



Studentská soutěž v evaluaci

2. ročník, 6. 12. 2018

Případová studie

Evaluace projektu „Doma i s Alzheimerovou chorobou“

**Toto zadání bylo vytvořeno striktně pro vzdělávací účely.**

Z této zadávací dokumentace, která tvoří soutěžní případovou studii, nevyplývá žádný závazek pro Domov důchodců Ústí nad Orlicí, Českou evaluační společnost, ani žádný jiný subjekt zmíněný v případové studii.

Děkujeme Domovu důchodců Ústí nad Orlicí a především jejímu řediteli Mgr. Bc. Janu Vojvodíkovi, MBA za svolení využít projekt „Doma i s Alzheimerovou chorobou“ coby případovou studii pro tuto soutěž a za jeho podporu při přípravě soutěžního zadání.

## 1 Předmět soutěže

Vaše konzultační firma byla požádána o předložení nabídky na základě přiložené zadávací dokumentace (ZD). Zadavatelem zakázky je Domov důchodců Ústí nad Orlicí, předmětem ZD je zhodnocení správného nastavení projektu a zhodnocení potenciálu dosažení očekávaných výsledků projektu. Domov důchodců Ústí nad Orlicí je zároveň realizátorem projektu.

Organizace má zájem na evaluaci projektu „Doma i s Alzheimerovou chorobou“ za účelem ověření vhodného nastavení (logiky) projektu a klíčových aktivit vzhledem k vytyčeným cílům a posouzení dopadů.

Vaše nabídka by měla prokázat vaše porozumění zadání, tj. pochopení projektu a požadovaných evaluačních služeb. Nabídka by konkrétně měla obsahovat znázornění intervenční logiky projektu, navržený metodický přístup a evaluační matici, v níž budou formulovány klíčové evaluační otázky a příslušné metriky / ukazatele. Mezi další požadavky patří zvážení potenciálních metodologických rizik vyplývajících z navrhovaného přístupu a návrh strategie eliminace těchto rizik. V neposlední řadě je od evaluačního týmu vyžadován stručný popis alespoň tří Formálních standardů provádění evaluací, které jste ve Vaší nabídce reflektovali (více k požadavkům v bodě 3.1. ZD).

Hodnotící komise vyhodnotí předložené nabídky dle kritérií uvedených v bodě 3.3. ZD. Na základě těchto kritérií vybere nejvhodnější nabídku, kterou doporučí Domovu důchodců Ústí nad Orlicí. Autoři doporučené nabídky budou vyhlášeni jako vítězové Studentské soutěže v evaluaci pro rok 2018.

### 1.1 Pravidla

1. Kontaktní osoba každého soutěžního týmu obdrží od organizátorů soutěže zadání soutěžní případové studie.
2. Týmy mohou zahájit práci na případové studii okamžitě po jejím obdržení.
3. Vaše nabídka musí být odeslána jako jeden soubor formátu pdf nejpozději do 14.30 soutěžního dne na email [soutez@czecheval.cz](mailto:soutez@czecheval.cz) a v kopii na [jungwiertova@czecheval.cz](mailto:jungwiertova@czecheval.cz).
4. Kouči nesmí v průběhu soutěže (od momentu, kdy tým obdrží zadání až po jeho odevzdání) se svými týmy komunikovat.
5. Porotci nesmí znát pravou identitu soutěžních týmů. Týmy se musí v celé nabídce a doprovodném emailu představit a identifikovat zvoleným fiktivním jménem týmu, jako např. Nejlepší konzultanti, a nesmí odkazovat na název školy a město, kde se škola nachází.
6. Pojmenujte výsledný dokument jménem Vašeho konzultantského týmu (např. Nejlepší konzultanti.pdf).
7. Vyhodnocení předložených nabídek může porotcům zabrat až 1 měsíc. Každý soutěžní tým dostane od poroty zpětnou vazbu.

### 1.2 Dotazy nebo potíže

V případě dotazů nebo technických potíží během soutěžního dne piště na [soutez@czecheval.cz](mailto:soutez@czecheval.cz). Upozorňujeme ovšem, že organizační tým soutěže nebude poskytovat další specifické informace o hodnoceném projektu nad rámec poskytnutého zadání.

## 2 Zadání

### 2.1 Profil organizace

Naše organizace se zabývá systémem péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou a úzce spolupracuje s pobytovým zařízením – Domovem se zvláštním režimem, který je součástí Domova důchodců Ústí nad Orlicí. Podíleli jsme se na vzniku tohoto prvního pobytového zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou na území okresu Ústí nad Orlicí a stáli jsme v letech 2013 – 2014 u zrodu odborné mezinárodní diskuze o péči o uživatele s Alzheimerovou chorobou vedené na úrovni příspěvkových organizací. Zařízení, se kterým spolupracujeme, získalo letos opakovaně certifikát kvality Vážka®, udělovaný Českou alzheimerovskou společností. Naše odborné zázemí tvoří experti z celé ČR.

Realizovali jsme úspěšné projekty sociálních inovací ve výzvách B7 a O24, ověřili jsme si obtížnou průchodnost modelů konkurenčních vůči tradičním modelům, a proto přicházíme s modelem nekonkurenčním, participačním, ale relativně jednoduše řešícím téměř neřešitelnou situaci velmi ohrožené a silně rostoucí cílové skupiny osob s Alzheimerovou chorobou. Rádi bychom jej pilotovali na širokém vzorku uživatelů a poskytovatelů služeb v území, které známe a které zná nás, v území, kde jsme doma – a pak bychom jej ve třetím roce realizace rádi předali k obecnému využití.

### 2.2 Popis projektu

Organizace Domov důchodců Ústí nad Orlicí realizuje projekt podpořený z Operačního programu Zaměstnanost v období 1. 10. 2018 – 30. 9. 2021, jehož celkový rozpočet činí 12 500 000 Kč.

Počet osob s Alzheimerovou chorobou ve společnosti narůstá – hovoří se o začínající pandemii Alzheimerovy choroby v EU. Vytváření pobytové kapacity pro osoby s Alzheimerovou chorobou je nákladné a pomalé. Uživatelé s Alzheimerovou chorobou (ACH) nemohou využít běžné domovy pro seniory ani domy s pečovatelskou službou či penziony pro seniory, protože charakter jejich onemocnění jim v těchto zařízeních neumožňuje bezpečný pobyt (není kontrolována prostupnost uživatele ze zařízení do vnějšího prostředí). Setrvání v domácím prostředí vyžaduje úzkou spolupráci rodinných příslušníků s terénní sociální službou a klade na terénní sociální službu vysoké kompetenční nároky. Terénní sociální služba je ovšem orientována na jinou cílovou skupinu (senioři bez ACH a osoby se zdravotním postižením) – a k péči o uživatele s ACH nemá potřebným způsobem vzdělané zaměstnance (práce s pamětí, šetrná sebeobrana, bazální stimulace) ani správně nastavenou provozní dobu (nepřetržitý režim)<sup>1</sup>. Uživatelé s ACH tak narážejí na vysoký vstupní práh pobytového zařízení (čekací doba) – aniž mohou využít jiný typ pobytové sociální služby nebo zůstat v domácím prostředí s dostatečnou saturací svých specifických potřeb – a jediným východiskem je pro ně ne zcela bezpečné ponechání v domácím prostředí za pomoci běžné pečovatelské služby a rodinných příslušníků (což vede k rychlému dosažení kompetenčního stropu u pečovatelek a k vyhoření pečující rodiny), nebo dočasné umístění do LDN (léčebny dlouhodobě nemocných) – kde se ovšem stav osob s ACH (především stav kognitivních funkcí) rychle zhoršuje a mnozí v LDN zbytečně předčasně zchátrají (vlivem zklidňující medikace). Problém nemá v současné době jiné dostupné řešení, než opuštění zaměstnání některým rodinným příslušníkem a plnoúvazkovou neformální péči v rodině (což často vede k rozvoji burn-out syndromu u pečujícího) - nebo právě ono umístění uživatele do zdravotnického zařízení – do LDN. Péče v domácím prostředí, která nepracuje kompetentně se specifiky uživatele s ACH není dostatečně dlouhodobě udržitelná a nezlepšuje příliš kvalitu života uživatele s ACH proti pobytu v LDN (neřeší např. jeho pocity z prostoru či z komunikace).

V českém prostředí dosud neexistuje relevantní alternativní řešení, zahraniční modely pracují v jiném sociálním systému – organizačně využitelný by byl např. holandský model Jose de Bloka, provozovaný v domácí péči Buurtzorg, který je ovšem situován do oblasti ryze zdravotní péče (<https://www.buurtzorg.com/>).

Projekt reaguje především na následující problémy:

- **NEDOSTATEK POBYTOVÉ KAPACITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO UŽIVATELE S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

*„Odpověď na otázku, kolik lidí trpí v České republice Alzheimerovou chorobou či jinými typy demence, rozhodně není jednoduchá. V tuzemských podmínkách totiž dosud neexistuje relevantní výzkum, který by otázku prevalence či incidence Alzheimerovy choroby validně mapoval. Je se tak třeba spokojit s kvalifikovanými odhady, které vycházejí z evropských a světových prací a studií. Podíl lidí s demencí v České republice v roce 2013 byl 1,39 %, o pouhý rok později už 1,45 %, v roce 2015 pak 1,48 % (cca 148 000 osob).“<sup>1</sup>. Těchto 148 000 osob z roku 2016 představuje převis nad lůžkovou kapacitou všech DZR v ČR v roce 2016 o 129 894 osob, tj. o 87,77% - jasně to demonstruje tlak osob s ACH na kapacity a kompetence terénních služeb. (Počet lůžek 18 106, s nímž výpočet pracuje, pochází ze Statistické ročenky MPSV za rok 2016, str. 72).*

- **PLOŠNÁ NEPŘIPRAVENOST TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA UŽIVATELE S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU** (kompetenční a provozní)

Z LDN přišlo do Domova důchodců Ústí nad Orlicí v letech 2013 – 2018 cca 42% uživatelů Domova se zvláštním režimem, přičemž cca 60% z nich by podle odborného názoru zaměstnanců Domova bylo udržitelných v domácím prostředí až do okamžiku nástupu.

- **EPIDEMICKÝ NÁRŮST ALZHEIMEROVY CHOROBY V POPULACI**

Vezměme v úvahu, že relevantní výzkumy pro české podmínky neexistují, že efektivní péče o osoby s ACH musí zahrnovat i podíl rodiny (je-li k dispozici) a že se tedy podle kvalifikovaných odhadů skutečně blíží výzkumu popsánému ve výše citované studii (Mátl a kol., 2016). V tom případě 14 hodin týdně představuje při 4,5 týdnech v měsíci 63 hodin profesionální péče v domácím prostředí, což při nákladu validovaném v našich projektech ve výzvách B7 a O24 činí 25 200 Kč měsíčně. Domov důchodců Ústí nad Orlicí (řazený krajem mezi nákladově efektivní Domovy) má plánovanou nákladovost ve službě Domov se zvláštním režimem pro rok 2018 ve výši 37 781 Kč/lůžko/měsíc, tedy o 12 581 Kč vyšší (nižší údaje ze Zprávy o stavu demence za rok 2016 nezohledňují vysoký nárůst platů v letech 2017-2018). Náklad na lůžko v LDN pak činí podle našich průzkumů (VZP náklady nezveřejňuje) cca 40-50 000 Kč měsíčně, přičemž jde o čistý náklad státního rozpočtu bez finanční spoluúčasti pacienta (státního pojištěnce).

Tyto faktory způsobují často **zbytečné umístování osob s ACH do LDN nebo nekompetentní péči v domácím prostředí nebo předčasné umístění do DZR** (což brání využívání kapacity pro skutečně potřebné uživatele), a tím často **zbytečný propad jejich zdravotního stavu a kvality jejich života** a vyvolává **vysoké náklady na jejich pobyt** (DZR bez skutečné a nevratné potřeby nebo LDN).

### 2.3 Cíle projektu

Cílem projektu je umožnit žadatelům o pobytovou sociální službu pro uživatele s ACH strávit co nejdelší dobu před přijetím do pobytové služby v přirozeném domácím prostředí (pokud to dovoluje jejich zdravotní stav) prostřednictvím edukace běžné terénní služby přímo ze strany poskytovatele pobytové služby a dokrytím specializovanou službou s vysokou odbornou kompetencí v úkonech a časech, které běžná terénní služba nezajišťuje.

---

<sup>1</sup> MÁTL, O., MÁTLOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. (2016): Zpráva o stavu demence 2016. Kolik zaplatíte za péči? Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. 2016. 43 s. ISBN 978-80-86541-50-1.s.9-10)

**Tento model navíc umožní obsazovat lůžka v pobytové službě pod menším tlakem na přijetí uživatelů z rodin, které nezvládají péči v domácím prostředí a bude možné při obsazování lůžek více zohledňovat skutečný sociální a zdravotní status přijímaného uživatele.**

Uživatel s ACH tak nemusí strávit čekací dobu před přijetím do pobytového zařízení (průměrně cca 3 – 12 měsíců) v domácím prostředí při péči nesaturující jeho specifické potřeby, ani pobytem v LDN (který by byl nákladný a nevěnoval by se jeho specifickým potřebám, tedy především procvičování paměti a kognitivních funkcí a neakceptoval by jeho specifické pocity v prostoru, čase a komunikaci). Zvýší se tím kvalita života uživatele během čekací doby a zpomaluje se jeho zdravotní, osobnostní a sociálně dovednostní deprese.

V prostředí ČR tak bude po skončení realizace projektu k dispozici vyzkoušené modelové řešení, jak v situaci epidemického nárůstu Alzheimerovy choroby nabídnout osobám s ACH a jejich rodinným příslušníkům dosud chybějící možnost překlenout relativně dlouhou dobu mezi diagnostikovanou ACH vyžadující pobytovou péči a nástupem do pobytového zařízení sociálních služeb co nejšetrněji, nejbezpečněji a nejkvalitněji – a zároveň úsporněji vůči veřejným rozpočtům (viz zásada „co nejdéle“, popsána o řádek níže).

Situaci by tedy řešila kompenzace uživatelů v domácím prostředí co nejdéle (než si jejich zdravotní stav nebo sociální situace pobyt v DZR nebo ve zdravotnickém zařízení skutečně a nevratně vynutí), s využitím konzultační a nácvikové podpory kvalifikovaného personálu zařízení pobytových sociálních služeb pro osoby s ACH, zacílenému přímo na poskytovatele terénní sociální služby, s nabídkou pokrytí časových oken (odpoledne, noci, víkendy) specializovanou terénní službou (osobní asistence pro osoby s ACH), provozovanou společně s pobytovým zařízením. Náklady na specializovanou službu a na konzultační a nácvikovou podporu by v součtu nepřevýšily náklad běžné terénní sociální služby a benefitem by byla nejen vyšší kvalita života osob s ACH, ale i významná úspora ve srovnání s náklady na péči v DZR nebo v LDN. Tím, kdo by po běžné terénní sociální službě vyžadoval její spolupráci se specializovanou službou by byl uživatel, resp. rodina uživatele – tak je tomu dnes běžně při spolupráci například terénní sociální služby a zdravotní terénní ošetřovatelské služby – home care (je to zcela nekonfliktní a všeobecně přijímaný postup).

## 2.4 Aktivity projektu

1) **Žadatel o pobytovou službu pro osoby s ACH, resp. jeho rodina či opatrovník** bude vyzván ke vstupu do projektu, **edukován a přesně poučen**, jak má komunikovat s místní terénní sociální službou (pečovatelská služba nebo osobní asistence). Pro celou dobu účasti v projektu získává konzultační a komunikační podporu v oblasti provádění a sjednávání péče, bezbariérových a cíleně bariérových úprav bytu (diagnóza ACH), vyřizování příspěvku na péči, certifikované testování na ACH apod.

2) Místní terénní sociální službě bude realizátorem projektu nabídnuto **bezplatné proškolení zaměstnanců, budou zmapována nepokrytá místa** (chybějící kompetence nebo chybějící časová či místní dostupnost péče) **ve službě o konkrétního uživatele.**

3) Identifikovaná **nepokrytá místa budou dokryta specializovanou službou** osobní asistence pro osoby s ACH, poskytovanou přímo ve spolupráci s pobytovým zařízením pro osoby s ACH a pod jeho odborným dohledem. (Praktickou realizovatelnost a nákladovost tohoto bodu plánujeme ověřit – v rámci projektu bude vytvořena, zaregistrována a odpilotována specializovaná služba ve spolupráci s pobytovým zařízením.)

Pro dosažení konečného výsledku je nutné v průběhu projektu vytvořit a pro sledovanou cílovou skupinu provozovat specializovanou službu osobní asistence pro osoby s ACH, schopnou edukovat zaměstnance běžných terénních sociálních služeb a pomáhat dokrývat prostor, kam běžná terénní sociální služba kompetenčně, odbornostně, časově či lokálně není schopna službu poskytnout – a provozovat tuto specializovanou službu tak, aby byla nákladově srovnatelná s běžnou terénní sociální

službou a zároveň nákladově pod úrovní nákladů na péči v DZR nebo v LDN. Zjištěné výsledky je třeba efektivně prezentovat jako příklad dobré praxe.

### Typický účastník

Typickým účastníkem je žadatel o pobytovou službu Domov se zvláštním režimem – tedy osoba s ACH, ať již žádá sám nebo prostřednictvím rodiny či opatrovníka. Tento žadatel je vždy akutním žadatelem, protože je u něj diagnostikována ACH a jeho bezpečné setrvání v přirozeném (domácím) prostředí není zpravidla za současných podmínek možné.

**Díky realizaci projektu bude žadatel** ponechán co nejdéle v přirozeném prostředí bez významného nebezpečí ztráty orientace, útěku či úrazu a se systematickým procvičováním kognitivních funkcí a přihlížením k jeho specifickým orientačním a komunikačním potřebám, což by v součtu vedlo k udržení či zvýšení kvality života uživatele; rodina by tuto situaci částečně kompenzovala vlastní neformální péčí v kombinaci s využitím běžné místní terénní sociální služby, doplněné specializovanou službou osobní asistence pro osoby s ACH, poskytovanou ve spolupráci s pobytovým zařízením.

**Z našich zkušeností (pobytovou službu DZR provozujeme od roku 2013) je tohle představa, kterou rodiny mají o trávení čekací doby žadatelem, nicméně tato alternativa v současné době neexistuje – není k dispozici.**

Rodině žadatele bude poskytnuta komplexní a individualizovaná pomoc zkušeného mentora (pracovníků Alzheimer poradny provozované Domovem důchodců Ústí nad Orlicí), s jejichž pomocí rodina dokáže kvalifikovaně rozhodnout o volbě efektivního řešení v domácím prostředí a provést jeho realizaci, přičemž mentor konzultačně doprovází rodinu během celého procesu péče (ideálně až po umístění žadatele do DZR). Sjednaná terénní služba (místní pečovatelská služba) i doplňkově pečující rodina (neformální pečující) bude při péči o žadatele moci v oblasti kompenzace a sanace specifických potřeb osob s ACH čerpat podporu zkušených mentorů – zaměstnanců přímé obslužné péče Domova důchodců Ústí nad Orlicí a postupně se mohou zaměstnanci místní pečovatelské služby sami stávat mentory pro své kolegy. V případech přesahujících kompetence nebo rozsah činností pečovatelské služby doplní takto vzniklé systémové okno specializovaná služba osobní asistence, provozovaná předkladatelem projektu mimo rozpočet projektu, ale jako jeho třetí nosný pilíř.

Vznikne tak dobrá praxe, etablovaná a systemizovaná v daném území, ekonomicky výhodná pro veřejné rozpočty a s dosud nerealizovatelnou mírou kvalitativního přesahu pro uživatele a jeho rodinu.

## 2.5 Cílové skupiny

Velikost cílové skupiny podpořené projektem lze odhadnout na minimálně 50 čekatelů na přijetí v průběhu realizace projektu (čekatelů bude více, ale ne u všech dovolí zdravotní stav a sociální situace, především charakter bydlení a časové možnosti rodiny, poskytnutí terénní služby). Cílem projektu tedy je udržet minimálně 50 čekatelů na službu co nejdéle v domácím prostředí s podporou běžné terénní pečovatelské služby v kombinaci se specializovanou osobní asistencí pro osoby s ACH a konzultačně-vzdělávacím supportem. Řešení má přímý dopad na:

- 1) uživatele s ACH – jejich kvalitu života, popř. délku dožití
- 2) jejich rodinné příslušníky
- 3) konkrétní terénní sociální služby – jejich vybavení kompetencemi pro péči o osoby s ACH
- 4) střednědobý plán sociálních služeb kraje - a k němu alokované náklady

Stakeholderi, které zapojíme (a jejich zájem prokazujeme v předběžné projektové žádosti):

- 1) poskytovatel pobytové sociální služby pro osoby s ACH

2) zřizovatel alespoň jedné velké terénní sociální služby na území okresu Ústí nad Orlicí

3) Krajský úřad Pardubického kraje (pro zařazení do střednědobého plánu)

## 2.6 Rizika projektu

Úspěch řešení ohrožuje:

1) případná neochota terénních sociálních služeb ke spolupráci – eliminováno participačním modelem doplnění služby výhradně v době, kdy služba běžně není realizována nebo v místě, kde služba běžně není poskytována nebo pro úkony, pro které nemá běžná terénní služba osvojeny znalostní a zkušenostní kompetence – podobný model existuje při spolupráci s home care již desítky let a spolupráci vyžaduje samotná rodina uživatele s ACH, tedy „zákazník“ terénní služby; navíc bude spolupráce s minimálně jednou velkou terénní službou zasmulována před podáním projektové žádosti (předpokládáme Centrum sociální péče města Žamberk)

2) případné nezařazení specializované služby (osobní asistence poskytované ve spolupráci s pobytovým zařízením) do střednědobého plánu sociálních služeb – eliminováno dlouholetou osobní znalostí prostředí a aktérů – proto projekt realizujeme „doma“ v Pardubickém kraji – kde jsme uspěli se zařazením do střednědobého plánu i v projektech B7 a O24

## 3 Požadavky na evaluaci

Předmětem zakázky je tvorba návrhu přístupu k monitorování a evaluace a následná realizace evaluace projektu „Doma i s Alzheimerovou chorobou“, která se zaměří především na:

- vhodnost nastavení projektu a volby klíčových aktivit vzhledem k zamýšleným cílům (teorie změny),
- monitoring plánovaných aktivit,
- přípravu strategie sběru dat k vyhodnocení dopadů projektu.

Evaluace by měla mimo jiné porovnat nákladovost tohoto udržení proti současné alternativě – pobytu v DZR nebo LDN – a dokumentovat dopad na kvalitu života uživatele. Průměrná čekací doba žadatelů je 3 - 12 měsíců.

Celostátní přehledy nákladovosti s relevantní mírou verifikovatelnosti neexistují. Rozdíl v kvalitě života uživatele umístěného v domácím prostředí nebo předčasně či zbytně umístěného do DZR/LDN lze zjišťovat pouze subjektivně – standardizovaným evaluačním rozhovorem s rodinou uživatele – s tímto způsobem kvalitativního šetření by se mělo při nastavení evaluace počítat.

Předpokládaný termín zahájení prací na zakázce je leden 2019. Zadavatel očekává vstupní zprávu, kde bude popsán baseline a evaluační design nejpozději 31.8. 2019, následně ke 31.8. 2020 průběžnou zprávu a k 31.12. 2021 závěrečnou zprávu.

Zadavatel dále očekává, že se evaluační tým bude řídit Formálními standardy provádění evaluací a Etickým kodexem České evaluační společnosti.

### 3.1 Obsah nabídky

Předložené nabídky by měly obsahovat minimálně následující:

- Intervenční logiku projektu, včetně ověření logické provázanosti aktivit a cílů a identifikace případných chybějících elementů intervenční logiky.
- Popis evaluačního přístupu (včetně navržených metod).

- Evaluační matici, která bude obsahovat seznam klíčových evaluačních otázek, 1-3 výsledkové indikátory (ukazatele) pro každou otázku a předpokládané zdroje dat. Z matice musí být patrné, které indikátory se váží k jaké otázce.
- Návrh tří otázek k jedné z navrhovaných metod, u kterých je to relevantní (*např. pokud jste navrhli individuální rozhovory, zpracujte tři otázky, na něž se v rozhovorech budete ptát*).
- Identifikovaná rizika navrženého metodického přístupu a návrh strategií, jak bude těmto rizikům předejito, příp. jakým způsobem budou eliminována.
- Stručný popis toho, jak Váš tým ve své nabídce naplnil alespoň 3 Formální standardy provádění evaluací České evaluační společnosti<sup>2</sup>.

Rozpočet evaluace není vyžadovanou součástí nabídky.

### 3.2 Formální požadavky

Nabídka **musí** splňovat následující formální požadavky:

- Maximální rozsah nabídky je 12 stran. Do těchto 12 stran se započítává veškerý obsah nabídky s výjimkou titulní strany, tabulky obsahu a průvodního dopisu. Text nad 12 stran včetně jakýchkoli příloh nebude porotci hodnocen.
- Nabídka musí být prezentovaná ve standardním formátu A4 (21 x 29,7 cm) s okraji 2,5 cm na každé straně, s minimální velikostí písma 11 (10 pro text v tabulkách).

### 3.3 Hodnotící kritéria

Předložené nabídky budou hodnoceny dle následujících kritérií:

Kritérium	Váha
<b>Porozumění požadavkům:</b> porozumění projektu a evaluačním potřebám zadavatele	5%
<b>Intervenční logika:</b> srozumitelnost, úplnost a vhodnost zpracování intervenční logiky	15%
<b>Evaluační matice:</b> formulace vhodných a srozumitelných evaluačních otázek a vhodných a praktických výsledkových indikátorů	25%
<b>Evaluační design a metody:</b> vhodné zpracování (a zdůvodnění) evaluačního designu a přístupu ke sběru a analýze dat, kvalita navržených nástrojů sběru dat, vč. ukázkových otázek	25%
<b>Rizika a způsoby mitigace:</b> vhodné posouzení metodologických rizik a způsobů jejich eliminace	10%
<b>Inovace:</b> inovativní nápady nebo detailní praktické návrhy zpracování	5%
<b>Standardy:</b> prokázané porozumění vybraným Formálním standardům provádění evaluací a jejich adekvátní aplikace v nabídce	5%
<b>Nabídka:</b> kvalita nabídky (psaný projev a formát)	10%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>

<sup>2</sup> [https://czecheval.cz/dokumenty/ces\\_formalni\\_standardy\\_evaluaci\\_short\\_5\\_.pdf](https://czecheval.cz/dokumenty/ces_formalni_standardy_evaluaci_short_5_.pdf)