

Příloha č. 2 zadávací dokumentace

Podstatné informace, které byly obsahem předběžné tržní konzultace

Předběžných tržních konzultací se zúčastnili dodavatelé:

1. **DS Sychrov s.r.o.**, sídlem č. ev. 46, 463 44 Radimovice, IČO 08207364 (dále jen „DS Sychrov“),
2. **Alzheimer Home z.ú.**, sídlem Urešova 1757, Kunratice, 148 00 Praha 4, IČO 03593207 (dále jen „Alzheimer Home“),
3. **SeneCura Holding s.r.o.**, sídlem Ke Smíchovu 1144/144, Slivenec, 154 00 Praha 5, IČO 28245211 (dále jen „SeneCura“),
4. **AHC a.s.**, sídlem Budějovická 778/3, Michle, 140 00 Praha 4, IČO 24160369 (dále jen „AHC“).

Níže jsou uvedeny dotazy s jednotlivými reakcemi dodavatelů.

1. Jaký je podle vás optimální poměr lůžek v jednolůžkových pokojích z celkové uvažované maximální kapacity lůžek v DZR Tomešova a v DZR Nopova, vezme-li se v úvahu aktuální poptávka a specifické potřeby uživatelů a provozně-ekonomické předpoklady?

Odpověď DS Sychrov:

Dle našeho názoru je optimální rozvržení 15% jednolůžka a 85% dvojlůžka. Většina klientů nechce být sama, to pouze rodiny volí jednolůžko z důvodu obavy, že tak bude lépe.

Odpověď Alzheimer Home:

Z ekonomických důvodů je naší preferencí poměr 90/10 až 80/20 ve prospěch dvoulůžkových pokojů, jsme však schopni akceptovat i Vámi navržené řešení, a to v závislosti na konkrétním uspořádání.

Odpověď SeneCura:

V tomto ohledu silně záleží na skladbě klientů na jednotlivém oddělení DZR. Pokud se bavíme o lehčí formě demence, lze uvedené rozdělení považovat za přijatelné. V případě, že by se jednalo o střední až těžkou formu nemoci, je zde příliš mnoho jednolůžkových pokojů, u velmi těžké formy demence lze pak uvažovat i nad jiným řešením. Zde můžeme jako odborný provozovatel přijít se specializovaným řešením.

Z pohledu provozně-ekonomického je řešení s výlučně dvoulůžkovými pokoji výhodnější, je jednodušší již při výstavbě samotné. Aktuální poptávka v Jihomoravském kraji a Brně ukazuje, že toto řešení je možno považovat za vhodné.

Odpověď AHC:

S jednolůžkovými pokoji nemáme obecně dobré zkušenosti, naopak mohou prohloubit osamělost klientů. Proto je nedoporučujeme. Avšak je pravdou, že poptávka po těchto lůžkách je především u odlehčovacích služeb, nicméně bychom jejich poměr chtěli udržet mezi 5-10 %.

2. *Jaká je dle vašich zkušeností nejlepší praxe v zařízení DZR a DS v souvislosti s vnitřními dispozicemi jednotlivých lůžkových částí zařízení a jejich uspořádáním v rámci zařízení? Bude-li se uvažovat, že zařízení je členěno na patra, v nichž jsou jednotlivá oddělení dále členěná na menší skupiny/domácnosti, které obsahují jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, jaké je podle vás optimální uspořádání pokojů a počtu lůžek v odděleních a menších skupinách? Zajímá nás praxe, která nejen vyhovuje stávajícím předpisům, ale vyhovuje také optimálnímu provozu tj. konkrétní počet pokojů včetně údaje o počtu lůžek v rámci skupin a oddělení, jež jsou obsluhovány 1 „sesternou“.*

Odpověď DS Sychrov:

Počet lůžek na patře, nebo oddělení by mělo mít max. kapacitu 40 lůžek, lze tak zajistit stejný personál, který se denně stará o klienty.

Odpověď Alzheimer Home:

Výhodné je dle našich zkušeností obsluhovat 24 až 32 klientů na jednom oddělení.

Odpověď SeneCura:

Z provozního hlediska je třeba zohlednit minimálně jednu sesternu na patro, přičemž by tato měla zajišťovat provoz okolo 40 lůžek. Konkrétní počet pokojů je v případě, že není známá přesná skladba pokojů na patře irelevantní.

Odpověď AHC:

Obecně každé patro navíc je přítěž, nejlepší provozy jsou nízkopodlažní. U velkokapacitních zařízení (100+) je ovšem nutné stavět i do výšky. Optimum je cca 11 klientů na jednoho pracovníka v přímé péči, a „sesterna“ o čtyřech pracovních. Celkem tedy vychází na sesternu cca 45 klientů, ovšem musí být umístěna ve viditelné vzdálenosti na chodbu ke všem pokojům. (Toto není vyložené pravidlo či dogma, vždy se v průběhu dá přizpůsobit a přizpůsobuje aktuální skladbě klientů.)

3. *Předpokládaná doba přípravy a výstavby projektu DZR Tomešova činí celkem 3 roky (1,5 roku příprava a 1,5 roku výstavba). Předpokládaná doba přípravy a výstavby projektu DZR Nopova činí celkem 3 + 2 roky, přičemž po prvních 3 letech by měl být zahájen provoz první části zařízení a během dvou let zdemolována a postavena druhá část zařízení. Po pěti letech od podpisu smlouvy by DZR Nopova měl být plně v provozu v obou částech zařízení. Přičemž riziko koncesionáře spočívající ve zkrácení doby koncese bude výslovně vyjmuta v případě prodloužení přípravy projektu z důvodů komplikací při řízení dle stavebního zákona. Jsou takto navržené harmonogramy podle vás reálné?*

Odpověď DS Sychrov:

Harmonogram je reálný.

Odpověď Alzheimer Home:

Navržené termíny pokládáme za realizovatelné.

Odpověď SeneCura:

Zde je třeba zásadně rozlišovat mezi DZR Tomešova a DZR Nopova. U DZR Tomešova je situace jednodušší z toho pohledu, že se nejedná o stávající provoz. Pokud má být částečně zachována stávající budova bývalé transfúzní stanice na pozemku, je třeba počítat s delší dobou na fázi přípravy, to samé se pak týká i případné rekonstrukce samotné, kdy vždy narazíte na problémy, které v době přípravy nebyly známy. Zde tedy navrhujeme prodloužení lhůty 3 let na minimálně 3,5 roku. DZR Nopova je situace komplikovanější, jedná se o zásah do stávajícího provozu, dle současného plánu se má jedna část budovy zbourat a přitom druhá nesmí být omezena v provozu. Domov stojí v zastavěném prostoru s větším množstvím sousedů, na tom stejném místě je třeba pak budovu znovu vybudovat. Zde jsou tři roky od podepsání smlouvy do začátku provozu v nově vybudované budově nereálné, zde počítáme spíše se čtyřmi roky. U druhé fáze by pak měl být čas postačující.

Odpověď AHC:

Nastudování daných záměrů po stavební stránce by zabralo množství času a dalších podkladů. Pokud vše půjde ideálně, je tento bod navržen srozumitelně a reálně.

4. Délka provozní fáze u obou koncesí DZR je navržena na 30 let. Máte k tomuto nějaké námítky, nebo připomínky ve směru optimálnosti jiné doby trvání koncese?

Odpověď DS Sychrov:

30 let nevadí, optimální 20 let.

Odpověď Alzheimer Home:

Navržená délka provozní fáze je pro nás akceptovatelná.

Odpověď SeneCura:

Z našeho pohledu by byla ideální doba provozní fáze obou koncesí DZR v délce trvání 40 let, jak je tomu běžně v rámci koncesních projektů na Slovinsku.

Odpověď AHC:

30 let je optimální doba. Samozřejmě vše bude o množství prostředků, které bude město/kraj vyplácet, pokud by se délka koncese protáhla, množství vyplácených prostředků by klesalo. Ale i v rámci predikovatelnosti vývoje sociálních služeb je pro nás 30 let rozumných.

5. Jaký softwarový program(y) evidence poskytování sociálních služeb a zpracování ekonomických dat používáte, nebo hodláte používat? Pro monitoring a reporting poskytovaných služeb - sociálních služeb, služeb facility managementu, ekonomických výsledků - by bylo velmi přínosné, pokud by bylo možné data a statistiky (týkající se uživatelů samotných, data ohledně ekonomiky zařízení, podklady pro výpočet výše služebného) automaticky generovat z těchto systémů.

Odpověď DS Sychrov:

Používáme CYGNUS 2, v tuto chvíli nic lepšího není.

Odpověď Alzheimer Home:

Používáme systémy Cygnus 2 a Smart Medix, ekonomický systém Money.

Odpověď SeneCura:

Pro tyto účely používáme program Cygnus od společnosti Iresoft, tak jako velké množství poskytovatelů sociálních služeb v České republice.

Odpověď AHC:

Účetnictví vedeme v Pohodě. Program pro sociální služby máme nyní Cygnus II, ale vážně zvažujeme přesun na EQUIP (méně rozšířený, za poloviční cenu s lepším reportováním).

6. Máte zájem o účast v připravovaných zadávacích řízeních na výběr koncesionáře v předběžně specifikovaném rozsahu?

Odpověď DS Sychrov:

Ano, máme zájem.

Odpověď Alzheimer Home:

Prezentujeme vážný zájem o účast v připravovaných řízeních.

Odpověď SeneCura:

Ano, předběžně máme zájem o účast.

Odpověď AHC:

Ano.

7. Máte nějaká doporučení, která by měl zadavatel zohlednit při přípravě zadávacích podmínek veřejné zakázky na výběr koncesionáře (včetně úpravy vhodných kvalifikačních požadavků a/nebo kritérií, která by měla být zohledněna v rámci hodnocení)?

Odpověď DS Sychrov:

Osobní zkušenosti s výstavbou a provozem.

Odpověď Alzheimer Home:

Doporučujeme, aby uchazeč měl coby registrovaný poskytovatel sociálních služeb zkušenost s provozem pobytového zařízení sociálních služeb.

Odpověď SeneCura:

Koncesionář by měl mít po skončení provozní fáze opci na odkoupení nemovitostí, které do té doby k provozování používal. V případě provozování 30 let, případně 40 let, je budova již zcela nevyhovující pro další provozování a musí být nákladně sanováno či zcela přestavěna. Zadavateli tedy potom vznikají další náklady, které nemusí vynaložit pokud koncesionáři nabídne ke koupi nemovitosti za zbytkovou účetní hodnotu.

Cena by neměla být hlavním hodnotícím kritériem pro vyhodnocení výběrového řízení, podstatnou část by měla tvořit i kvalita péče.

Zadavatel by měl při vyhodnocení vzít v potaz i stávající spolupráci daného uchazeče s veřejným sektorem v České republice.

Patříčně ohodnocen by měl být i uchazeč, který bude před zahájením provozu v první fázi DZR Nopova schopen postupně přebrat ty klienty, kteří budou nuceni opustit část DZR Nopova, která bude jako první určena k demolicí.

Odpověď AHC:

Často požadované profesní způsobilosti jednotlivých členů týmu jsou zbytečné – pouze zvyšují administrativu. „Měkké faktory“ typu: poměr lůžek DZR vůči ostatním lůžkům jako zvýšení kvality péče, ostatně jako veškeré faktory kvality péče, kterou dnes nikdo v ČR neumí měřit, jsou nežádoucí.

8. Prostor pro sdělení jakýchkoliv informací směrem od Vás k zadavateli (např. ideový návrh doplňkového využití dané lokality vedle samotného záměru atp.).

Odpověď SeneCura:

Finanční parametry by měly být po detailním výpočtu finančního modelu přizpůsobeny stávající situaci. To se týká hlavně investičních nákladů jakož i mzdových nákladů, které je nutno ve finančním modelu přizpůsobit.

Odpověď AHC:

Znepokojuje nás věta: „dalším zdrojem příjmů mohou být i dotace.“ Myslíme, že by minimálně kraj, který je subjektem, který přerozděluje dotace, ale i město Brno, které bude mít v tomto přerozdělování dotací jedno z hlavních slov, měly předem určit, zda počítají se zařazením lůžek do sítě, a toto by mělo zůstat neměnné po celou dobu koncese. Vycházíme z toho, že když tyto subjekty vypisují takovýto záměr, tak lůžka požadují a budou na ně přispívat. Pokud to ovšem nebude uvedeno, tak se celý projekt ve výsledku prodraží a v případě zařazení po XX letech půjdou tyto finance k dodatečnému zisku koncesionáře. Dnes dotace z kraje představují cca čtvrtinu příjmů sociálních zařízení, což je vysoká suma na to, aby zůstala nerozkryta.

Zásadním faktorem bude celková cena stavby. Nevíme, v jaké formě je plánováno její nadefinování, ale bylo by vhodné ji definovat i jinak nežli pouze počtem lůžek. Např.: výčtem místností, které musí být umístěny v objektu. Nemělo by dojít k extrému, kde bude součástí sauna, tělocvična atd., které nejsou klienty ve III. a IV. stupni PNP využívány, ale vyšetřovna lékaře, aktivizační místnost o kapacitě 1/3 z celkové kapacity zařízení, návštěvní místnost... to jsou místnosti, které nejsou definovány žádným zákonem ani předpisem, nicméně klienti je využijí (u jednotlivých místností bude platit že, víc lidí víc názorů, postup výběru necháváme na Vás).