

FAQ 7.1

Pytanie 1. Czy można zawęzić projekt geograficznie – kierować go nie do mieszkańców całego konkretnego subregionu, tylko np. do dwóch konkretnych miast z danego subregionu?

Wniosek o dofinansowanie projektu złożony w ramach naboru do danego subregionu może obejmować wsparciem grupę docelową wyłącznie z tego subregionu, czyli:

- osoby fizyczne mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego i/lub pracujące i/lub uczące się na terenie tego subregionu,
- podmioty, których siedziba/oddział znajduje się na terenie tego subregionu.

W dokumentacji postępowania konkurencyjnego nie określono, że projekt musi obejmować osoby/podmioty z obszaru całego subregionu, a zatem może skupiać się na konkretnych miastach.

Decyzja należy do wnioskodawcy.

Pytanie 2. Czy w ramach projektu kwalifikowalne jest wsparcie logopedy czy dietetyka – skoro to nie jest, tak jak podolog, personel medyczny?

Zgodnie z zapisami regulaminu wyboru projektów dotyczącym projektów złożonych w ramach postępowania konkurencyjnego działania 7.1, jednym z typów projektu podlegającemu dofinansowaniu jest opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna osób starszych i z niepełnosprawnościami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie zdeinstytucjonalizowanej, w tym m.in.: rehabilitacja ruchowa, psychiatryczna i logopedyczna, kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Z powyższego wynika, że wsparcie logopedy i dietetyka jest możliwe w ramach przedmiotowego naboru.

Pytanie 3. Czy w ramach projektu kwalifikowalny był by koszt pielęgniarki koordynującej całe udzielane w ramach projektu wsparcie zdrowotne - koordynatora merytorycznego który był by dostępny dla personelu ale także dla pacjentów i ich rodzin.

Przeprowadzał by rekrutację do projektu po zaakceptowaniu dokumentów - wizytę diagnozującą w domu pacjenta w ramach której przeprowadzał by skalę barthel celem weryfikacji czy dany pacjent kwalifikuje się do objęcia wsparciem zdrowotnym, weryfikował stan zdrowia, dokumentację medyczną i dokonywał diagnozy potrzeb pacjenta, jego sytuacji, preferencji i potrzeb rodziny i na tej podstawie dookreślał by jakie świadczenia i w jakim zakresie będą pacjentowi/jego rodzinie udzielone w ramach projektu – tworzył Indywidualny Plan Wsparcia..

W trakcie udzielania wsparcia koordynator merytoryczny odpowiedzialny by był za:

- koordynację i nadzór nad merytoryczną realizacją wszystkich form wsparcia przewidzianych w projekcie w tym: prócz usług świadczonych przez personel medyczny (pielęgniarki, opiekunów rehabilitantów, za realizację, badań, konsultacji, , przewidzianych refundacji kosztów drobnych sprzętów;
- pełnił by funkcję osoby do kontaktów w sprawach dotyczących udzielanego wsparcia – nie tylko dla personelu ale także dla pacjentów i ich rodzin (dyżury telefoniczne po południu i w soboty)
- przeprowadzał by comiesięczne spotkania/konsultacje z personelem zajmującym się danym

pacjentem i w razie potrzeby z pacjentem ,których celem byłaby ocena stanu zdrowia i ewentualna modyfikacja zakresu udzielanego wsparcia.

- był by wsparciem dla pielęgniarek/ opiekunów w sprawach trudnych związanych ze stanem zdrowia pacjenta i udzielanym mu wsparciem.

Z Pani opisu zadań, które wykonywałby „koordynator merytoryczny” wynika, że byłaby to osoba odpowiedzialna zarówno za działania medyczne, jak i za działania administracyjne. W sytuacji, gdy nie będzie możliwości sfinansowania danej usługi wsparcia z NFZ pacjent będzie mógł być objęty wsparciem medycznym w ramach projektu i nie będzie przeciwwskazań, aby sfinansować usługi pielęgniarki jako np. „koordynatora medycznego” w ramach kosztów bezpośrednich. Natomiast wszelkie działania administracyjne, organizacyjne mogą być sfinansowane jedynie w ramach kosztów pośrednich. Należy wyraźnie oddzielić te funkcje i zadania.

Należy również zwrócić uwagę, że dyżur telefoniczny o którym Pani wspomina rozumiany jako „gotowość”, nie może być realizowany w takiej formie. Wnioskodawca musi określić we wniosku o dofinansowanie projektu ile godzin pracy danego specjalisty będzie konieczne do realizacji celów projektu oraz ilu uczestników projektu uzyska wsparcie w ramach wskazanego czasu pracy tego specjalisty. Ostatecznej oceny zasadności i racjonalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów na podstawie całościowej oceny założeń projektowych.

Pytanie 4. Czy jako koszt kwalifikowalny w projekcie można wykazać koszt niezbędnych domowych konsultacji specjalistycznych (np. geriatra, kardiolog,) i badań diagnostycznych (usg), które były by wymagane do zapewnienia prawidłowego zakresu długoterminowej opieki nad seniorami, a pacjent oświadczyłby, że nie ma możliwości ich sfinansowania i zorganizowania w inny sposób?

Sfinansowanie danej usługi wsparcia w ramach projektu jest możliwe tylko w sytuacji, gdy w trakcie całego okresu trwania projektu dana osoba nie może otrzymać danego świadczenia w ramach NFZ (należy odpowiednio udokumentować, że pacjent ma możliwość konsultacji dopiero np. za dwa lata i uzasadnić we wniosku o dofinansowanie). Takim dokumentem na pewno nie może być oświadczenie pacjenta. Ostatecznej oceny zasadności i racjonalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów na podstawie całościowej oceny założeń projektowych.

Pytanie 5. Ze względu na fakt iż od osób, które potrzebowałyby skorzystać z rehabilitacji wymagają

Państwo udokumentowania dochodów, a potrzebujący wsparcia seniorzy i ich rodziny (zwłaszcza na terenach wiejskich bardzo niechętnie ujawniają te informacje i z naszego rozeznania do projektu wynika, że osoby te wolą nie skorzystać z wsparcia rehabilitacyjnego niż przyznać się/zdobyć dokumenty potwierdzające jaki mają dochód i przekazać je pielęgniarce . Jednocześnie w oparciu o doświadczenia z wieloletniego udzielania wsparcia w zakresie medycznej opieki domowej uważamy, że dla tej grupy docelowej czyli seniorów po 60 roku życia i osób niepełnosprawnych i ich rodzin celem osiągnięcia celów projektowych – zapewnienia kompleksowej opieki medycznej w domu pacjenta, tak żeby ja najdłużej ten pacjent mógł pozostawać w swoim otoczeniu i nie potrzebował wsparcia instytucjonalnego - niezbędne jest udzielenie wsparcia przynajmniej w postaci konsultacji/doradztwa nt. profilaktyki upadków i zasad prowadzenia prawidłowej(adekwatnej do jego potrzeb i stanu zdrowia) opieki prze członków rodziny/opiekunów

nieformalnych m.in.:

- doradztwa i konsultacji dla członków rodziny pacjenta/opiekunów nieformalnych, którzy na co dzień opiekują się pacjentem w zakresie np.:

- jak efektywnie i bezpiecznie opiekować się danym pacjentem co mu zapewnić (np. odpowiednie obuwie, ubranie...)

- jak go przemieszczać bez uszczerbku na swoim zdrowiu (podnosić złóżka, przesiadać złóżka na wózek, z wózka na toaletę, jak wchodzić do wanny,)

- jakich zmian dokonać w otoczeniu pacjenta/jak dostosować jego przestrzeń żeby wyeliminować elementy ryzyka upadku i ułatwić mu samodzielne funkcjonowanie.

- doradztwa w doborze materiałów rehabilitacyjnych.

W związku z powyższym prosimy o zaakceptowanie takiej formy wsparcia - Doradztwo/konsultacje dla członków rodzin/opiekunów nieformalnych prowadzone przez magistra fizjoterapii w powyższym zakresie – jako wsparcia kwalifikowalnego w ramach projektu bez konieczności przedstawiania przez pacjentów czy członków ich rodzin/opiekunów nieformalnych zaświadczeń o dochodach czy innych dokumentów wskazujących odpowiednio niski dochód.

Zgodnie z warunkami realizacji projektu zapisanymi w regulaminie podstawowym działaniem w projekcie jest opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna osób starszych z niepełnosprawnościami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie zdeinstytucjonalizowanej (pierwszy typ projektu), w tym m.in.:

a) rehabilitacja ruchowa, psychiatryczna i logopedyczna,

b) świadczenia terapeutyczne,

c) kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego,

d) długotrwała opieka pielęgnarska,

e) usługi zdrowotne świadczone w Dziennych Domach Opieki Medycznej.

Zaproponowana przez Panią forma wsparcia nie wpisuje się w powyższy typ projektu. Wskazane w regulaminie typy projektu 2, 3 i 4 oraz wsparcie osób z otoczenia osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (osoby te są wymienione w punkcie 8 regulaminu Grupa docelowa) mogą być realizowane wyłącznie jako element projektu - działania zaplanowane w ramach tych typów mogą stanowić jedynie uzupełnienie do działań realizowanych w ramach wskazanego wyżej typu pierwszego.

Jednocześnie zwracamy uwagę, że wsparcie w postaci rehabilitacji jest skierowane wyłącznie do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (osoby starsze powyżej 60 r.ż., osoby z niepełnosprawnościami), a nie do osób z ich otoczenia. W każdym przypadku niezbędne jest spełnienie warunku numer 10 wskazanego w regulaminie wyboru projektów

w części numer 9 Warunki realizacji projektów dotyczącego osób w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej.

Ostatecznej oceny celowości zaplanowanych działań oraz zasadności i racjonalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów.

Pytanie 6. Czy w ramach projektu istnieje możliwość sfinansowania kosztów specjalistycznych badań, w tym laboratoryjnych oraz opieki lekarza specjalisty nad pacjentami objętymi wsparciem w ramach projektu?

Planowany projekt obejmowałby wsparciem osoby starsze niewydolne oddechowo, wspomagane w warunkach domowych dla których planowane jest przeprowadzanie systematycznych badań diagnostycznych oraz nadzór stanu zdrowia przez lekarza specjalistę.

Planując usługi w projekcie należy pamiętać, że nie można zastąpić finansowania świadczeń z NFZ środkami EFS+ oraz nie można dopuścić do podwójnego finansowania. W związku z tym co do zasady wszystkie świadczenia diagnostyczne, w tym laboratoryjne oraz porady lekarza specjalisty możliwe do zrealizowania w ramach NFZ nie mogą być finansowane ze środków EFS+. W wyjątkowych sytuacjach, gdy w trakcie trwania projektu (np. przez dwa lata) uczestnik nie może otrzymać danego świadczenia w ramach NFZ (co należy odpowiednio udokumentować i uzasadnić), dopuszcza się udzielenie jej przedmiotowego wsparcia w ramach projektu. Ostatecznej oceny zasadności i racjonalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów.

Pytanie 7. Czy w zakresie usług zdrowotnych świadczonych w Dziennych Domach Opieki Medycznej jest możliwe dofinansowanie kosztów wyposażenia, dostosowania pomieszczeń wymaganego dla DDOM, który wnioskodawca zamierza utworzyć w ramach tymczasowo wyłączzonego z użytkowania oddziału szpitalnego?

W ramach typu projektu nr 1 pn. Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna osób starszych i z niepełnosprawnościami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie zdeinstytucjonalizowanej możliwa jest realizacja m.in. usług zdrowotnych świadczonych w Dziennych Domach Opieki Medycznej. W przedmiotowym naborze nie dopuszcza się możliwości tworzenia nowych Dziennych Domów Opieki Medycznej a jedynie sfinansowanie usług świadczonych w już istniejących placówkach. W związku z powyższym wskazane koszty utworzenia DDOM-u nie będą kwalifikowane.

Pytanie 8. Czy jako personel projektu realizowanego w ramach tego działania 7.1 prócz opiekunów medycznych (personel medyczny) mogą być zatrudnieni i udzielać wsparcia osobom starszym/ niepełnosprawnym osoby posiadające kwalifikacje opiekuna osób starszych, które posiadają doświadczenie i ukończone szkolenie uprawniające do opiekowania się osobami starszymi – czy tylko osoby posiadające kwalifikacje opiekuna medycznego?

Wyjaśniam, iż na rynku bardzo trudno pozyskać opiekunów medycznych, natomiast kwalifikacje opiekuna osób starszych w wielu wypadkach były by wystarczające do udzielania świadczeń podopiecznym, którzy są bardziej sprawni.

Zgodnie z regulaminem wyboru projektów dotyczącym projektów złożonych w ramach postępowania konkurencyjnego działania 7.1 przewidziane w projekcie świadczenia opieki zdrowotnej mogą być realizowane wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), tj. podmiot leczniczy w zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą, a także lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ww. ustawy.

W związku z powyższym usługi wykonywane przez osoby posiadające kwalifikacje opiekuna osób starszych nie mogą być finansowane w ramach postępowania dotyczącego usług zdrowotnych.

Pytanie 9. Czy wsparcie psychologiczne realizowane dla uczestników projektu (osób starszych i niepełnosprawnych) i ich opiekunów faktycznych może być częściowo albo w ogóle realizowane w formie dyżuru telefonicznego psychologa? Dyżur pełniony by był w siedzibie

wnioskodawcy/oddziale i psycholog miał by obowiązek nawiązywania kontaktu z podopiecznymi, którzy wg. diagnozy wymagają wsparcia psychologicznego.

Osoby starsze wstydzą się spotkań z psychologiem który miał by przyjść do nich do domu i rozmawiać z nim twarzą w twarz, natomiast zupełnie swobodnie korzystają z konsultacji telefonicznych – zwłaszcza jak psycholog dzwoni do nich.

Możliwość konsultacji z psychologiem jest to również dobre rozwiązanie dla członków rodzin/opiekunów faktycznych naszych podopiecznych, którzy po prostu nie mają czasu na spotkanie się z psychologiem, a dużo łatwiej im znaleźć chwilę w ciągu dnia żeby zadzwonić do psychologa (w trakcie jego dyżuru) i zapytać Jak sobie radzić z seniorem czy z samym sobą.

Dyżur telefoniczny psychologa nie może być realizowany w ramach niniejszych naborów. Wnioskodawca musi określić we wniosku o dofinansowanie projektu ile godzin pracy psychologa będzie konieczne do realizacji celów projektu oraz ilu uczestników projektu uzyska wsparcie w ramach wskazanego czasu pracy psychologa. Ostatecznej oceny zasadności i racjonalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów na podstawie całościowej oceny założeń projektowych.

Pytanie 10. Grupą docelową wsparcia są osoby starsze po 60 roku życia i osoby niepełnosprawne potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jednocześnie w dokumentacji wskazali państwo że do projektu będą kwalifikowane osoby które otrzymały od 0 do 80 punktów w skali Barthel. Pytanie: czy możemy w ramach projektu zawęzić tę grupę docelową do osób od 0 do 65 w skali Barthel? takie zawężenie wynika z faktu, iż chcielibyśmy udzielać wsparcia osobom niesamodzielnym w znaczącym stopniu/najbardziej potrzebujących, a w naszej opinii osoby w skali Bartel od 65 do 80 to są w miarę dobrym stanie. Czy jeżeli nie będzie możliwości zawężenia grupy docelowej do osób 0-65 pkt. Barthel, to czy możemy wprowadzić kryterium premiujące dla osób ze skalą 0-65 – co zwiększy szanse tych osób na otrzymanie wsparcia projektowego?

Zgodnie z warunkami realizacji projektów określonymi w Regulaminie, grupą docelową są:

- osoby starsze (po 60 r.ż.),
- z niepełnosprawnościami

pod warunkiem, że są to osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest skala Barthel. Bierze się w niej pod uwagę podstawowe czynności dnia codziennego takie jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Do projektu będą kwalifikowane osoby, które otrzymały od 0 do 80 punktów wg skali Barthel. Ocenę stopnia samodzielności fizycznej w skali Barthel mogą przeprowadzać jedynie osoby do tego uprawnione.

Mając na uwadze powyższe istotne jest, aby nie kwalifikować do wsparcia osób, które w skali Barthel otrzymały więcej niż 80 punktów. W kwestii zawężenia grupy docelowej do osób które uzyskają od 0 do 65 pkt w skali Barthel decyzja należy do Beneficjenta.

Pytanie 11. Czy w ramach projektu kwalifikowane mogą być koszty wynagrodzenia psychologa

które dotyczyłyby wsparcia psychologicznego realizowanego dla personelu medycznego udzielającego wsparcia w projekcie - osób które na co dzień pracują z podopiecznymi w ciężkich stanach - często umierających?

Zgodnie z kryterium pn. *W ramach projektu przewidziano wsparcie skierowane do opiekunów faktycznych (nieformalnych) osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - w zależności od indywidualnych potrzeb zapewnione jest wsparcie skierowane do opiekunów faktycznych (nieformalnych). Opiekunem faktycznym (nieformalnym) jest osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz.*

Mając na uwadze powyższe, koszty wsparcia psychologicznego kwalifikowalne są jedynie dla opiekunów nieformalnych.

Pytanie 12. Punkt 11 na stronie 15 regulaminu konkursu mówi, że „do projektu nie mogą być zakwalifikowane osoby objęte opieką w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, świadczenia w hospicjum domowym oraz rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy zawartej w NFZ co zapobiegnie podwójnemu finansowaniu”

pytanie: czy w ramach projektu możemy oferować wsparcie w postaci usług opiekuńczej medycznej osobom, które otrzymują (obecnie od naszego personelu, lub innego podmiotu) wsparcie tylko w formie świadczenia pielęgniarstwa długoterminowego finansowane z NFZ – z naszych doświadczeń wynika że takie osoby bardzo potrzebują wsparcia opiekuńczego, która do uzupełni pracę pielęgniarki zapewniając im kompleksowe wsparcie z projektu (bez pielęgniarki).

Zgodnie ze wskazanym punktem regulaminu wsparcie, jakim objęte zostaną osoby w projekcie nie może być tożsame ze wsparciem, jakie te osoby uzyskują lub mogłyby uzyskać w ramach NFZ. Jeśli więc nie będzie możliwości sfinansowania danej usługi wsparcia z NFZ pacjent będzie mógł być objęty wsparciem w ramach projektu i nie będzie przeciwwskazań, aby sfinansować usługi opiekuńczej medycznej.

Należy mieć jednak na uwadze, że pielęgniarka posiada szersze kompetencje niż opiekun medyczny, a wydatki w projekcie powinny być zasadne i racjonalne (co zostanie ocenione przez Komisję Oceny Projektów na podstawie całościowej oceny założeń projektowych).

Pytanie 13. Czy w ramach projektu kwalifikowalny byłby koszt zestawu akcesoriów do rehabilitacji domowej? Taki wydatek obejmowałby koszty zakupu drobnego sprzętu, akcesoriów do indywidualnych ćwiczeń podopiecznego w domu (między innymi miękkie piłki ogólnorozwojowe, taśmy rehabilitacyjne, przyrządy do treningu dłoni i stóp, hantle, maty, piłki, wałki sensoryczne, rotory kończyn górnych i dolnych ...) Rehabilitant będzie zalecał ćwiczenia które podopieczny z wykorzystaniem przekazanych mu akcesoriów będzie mógł samodzielnie wykonywać w domu. Średni koszt zestawu przypadającego dla jednego podopiecznego objętego rehabilitacją to około 100 zł.

Zgodnie z zapisami regulaminu wyboru projektów wsparcie w zakresie rehabilitacji medycznej musi

być kierowane do osób znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno – ekonomicznej, czyli osób, których dochód nie przekracza 250% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz spełniających co najmniej dwie przesłanki określone w art. 7 ww. ustawy.

W sytuacji, gdy wsparcie będzie kierowane do osób spełniających ww. warunki, a realizacja założonych celów w projekcie będzie niemożliwa bez zakupu odpowiedniego sprzętu do świadczenia usług, wówczas istnieje możliwość sfinansowania akcesoriów do rehabilitacji w ramach projektu. Należy mieć jednak na uwadze, iż ostatecznej oceny pod kątem racjonalności i kwalifikowalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów.

Pytanie 14. Czy w ramach projektu możliwe jest kwalifikowanie pozycji która przewiduje środki na refundację drobnych sprzętów/ urządzeń ułatwiających funkcjonowanie podopiecznego w domu i udzielaniu mu wsparcia, dostosowujących jego otoczenie do jego indywidualnych potrzeb i możliwości i ułatwiających opiekę nad tym podopiecznym np. krzeselko do korzystania z toalety czy krzeselko pod prysznic, deski do przesiadania się, laski, stojaki na kroplówkę, materace odleżynowe, uchwyty, materace odleżynowe i inne takie akcesoria na których zakup podopieczni nie mają pieniędzy. Oczywiście urządzenia ten sprzęt drobny byłby przekazany podopiecznemu i przez niego wykorzystywany przez cały czas trwania projektu i po projekcie.

Analogicznie jak w pytaniu numer 6, jeśli wsparcie będzie kierowane do osób spełniających warunki udziału w projekcie (określone w regulaminie wyboru projektów), a realizacja założonych celów w projekcie będzie niemożliwa bez zakupu odpowiednich urządzeń, wówczas istnieje możliwość sfinansowania drobnych sprzętów/ urządzeń ułatwiających funkcjonowanie podopiecznego w domu. Ostatecznej oceny pod kątem racjonalności i kwalifikowalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów.

Pytanie 15. Proszę o potwierdzenie, że niezmiennie, tak jak to było w poprzednich konkursach, jeżeli nasi opiekunowie i pielęgniarki mają samochody służbowe, to w projekcie w którym świadczą usługi w domach podopiecznych, kwalifikowalne będą koszty paliwa do tego samochodu i koszty przeglądów niezbędnych do jego utrzymania.

Jeśli wymaga tego specyfika projektu i użycie samochodu służbowego jako środka umożliwiającego dojazd do miejsca realizacji usług w projekcie jest konieczne, istnieje możliwość sfinansowania kosztów paliwa niezbędnego do dotarcia do uczestników projektu oraz kosztów niezbędnych przeglądów (proporcjonalnie do wykorzystania samochodu w ramach projektu). Ostatecznej oceny pod kątem racjonalności i kwalifikowalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów.

Pytanie 16. Proszę o potwierdzenie, że tak jak to było do tej pory, w konkursach kwalifikowalne w ramach projektu są koszty wyposażenia pracowników udzielających świadczeń w domach podopiecznych między innymi: torby medyczne i zużywalne rzeczy stanowiące ich wyposażenie m.in. środki opatrunkowe, środki dezynfekcyjne, podstawowe lekarstwa... i inne środki ułatwiające i umożliwiające realizację świadczeń w domu podopiecznego - średniomiesięczny koszt zestawu to ok. 500 zł/miesiąc.

Jeśli wyposażenie pracowników udzielających świadczeń w domach podopiecznych jest niezbędne

do realizacji celów projektu i ich koszt został poniesiony w związku z realizacją projektu, wówczas istnieje możliwość ich sfinansowania. Niezbędne będzie wskazanie produktów wchodzących w skład zestawu i ich cen jednostkowych. Ostatecznej oceny pod kątem racjonalności i kwalifikowalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów.

Pytanie 17. Proszę o informację czy w ramach konkursu 7.1 opiekunowie faktyczni/ członkowie rodzin podopiecznych, którzy się nimi opiekują - są osobną grupą docelową i powinni wypełniać deklarację uczestnictwa w projekcie w momencie, jeżeli otrzymują od nas doradztwo w zakresie tego jak się opiekować taką osobą niesamodzielną i ewentualnie wsparcie psychologiczne /możliwość kontaktu z psychologiem.

W regulaminie wyboru projektów nie zostało wyszczególnione wsparcie dla opiekunów faktycznych / członków rodzin podopiecznych, jednak w grupie docelowej zostały wskazane osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności) i ich otoczenie. Kryterium merytoryczne szczegółowe bezwzględne pn.

„W ramach projektu przewidziano wsparcie skierowane do opiekunów faktycznych (nieformalnych) osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” wynika z rekomendacji Komitetu Sterującego do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia (KS) o charakterze bezwzględnym. Zgodnie z definicją w kryterium sprawdza się czy we wniosku wskazano informacje potwierdzające, że w zależności od indywidualnych potrzeb zapewnione jest wsparcie skierowane do opiekunów faktycznych (nieformalnych). Opiekunem faktycznym (nieformalnym) jest osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz. Analogicznie kryterium merytoryczne szczegółowe punktowane, pn. „Projekt przewiduje wsparcie psychologiczne dla opiekunów nieformalnych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu” również wynika z rekomendacji KS.

Zgodnie z definicją opieki długoterminowej ujętej w Wytycznych dot. EFS+, opieka ta może być udzielana przez opiekunów formalnych (personel medyczny) lub opiekunów faktycznych (rodzinę, bliskich i wolontariuszy).

Mając na uwadze powyższe należy przyjąć, że opiekunowie faktyczni są osobną grupą docelową i powinni wypełniać deklarację uczestnictwa w projekcie, jeśli są objęci wsparciem.

Pytanie 18. Proszę o potwierdzenie, że kwalifikowalnym wydatkiem w projekcie 7.1 są wydatki poniesione na pokrycie kosztów wizyt domowych przez lekarzy różnych specjalizacji w tym lekarza geriatrę i refundacja kosztów niezbędnych badań.

Należy pamiętać, że nie można zastąpić finansowania świadczeń z NFZ środkami z EFS+ oraz nie można dopuścić do podwójnego finansowania. W sytuacji, gdy w trakcie trwania projektu dana osoba nie może otrzymać danego świadczenia w ramach NFZ (co należy odpowiednio udokumentować i uzasadnić we wniosku o dofinansowanie), wówczas dopuszcza się udzielenie jej przedmiotowego wsparcia w ramach projektu.

Pytanie 19. W dokumentach dotyczących działania 7.1 wymienionych jest 6 wskaźników proszę o informację które z tych wskaźników dotyczą bądź jasną informację które z tych wskaźników nie

dotyczą działania 7.1 w ramach którego realizowane jest wsparcie zdrowotne deinstytucjonalizacyjne w formie świadczenia kompleksowych usług medycznych w domu podopiecznego.

Zgodnie z zapisami *Regulaminu*, Wnioskodawca jest zobowiązany do wyboru i określenia wartości docelowych adekwatnych wskaźników produktu i rezultatu przypisanych dla danego działania. W *Generatorze wniosków* automatycznie wykazywane są tzw. wskaźniki horyzontalne (7 wskaźników mierzonych we wszystkich działaniach). Jeżeli Wnioskodawca zakłada ich realizację (tzn. zakres rzeczowy projektu dotyczy danego wskaźnika), to powinien określić ich wartość docelową, natomiast jeśli zakres projektu nie dotyczy danego wskaźnika horyzontalnego, wtedy wnioskodawca pozostawia wartość docelową „0” (jeśli jednak w trakcie realizacji projektu wskaźnik z wartością docelową „0” będzie realizowany, beneficjent zobowiązany jest do jego wykazania we wniosku o płatność). Oprócz tych 7 wskaźników horyzontalnych wnioskodawca w *Generatorze* wybiera z „listy rozwijalnej” wszystkie adekwatne wskaźniki przypisane do działania, tzn. te, które będzie realizować. Decyzja, które wskaźniki należy wybrać, należy do wnioskodawcy, jednakże na etapie oceny merytorycznej oceniający wniosek będzie sprawdzał, czy wybrane przez wnioskodawcę wskaźniki są adekwatne do zakresu projektu i czy w sposób kompleksowy opisują zakres rzeczowy i charakter projektu.

Pytanie 20. Czy w ramach kosztów projektu kwalifikowalne są koszty laptopa i odpowiedniego oprogramowania, które wykorzystywane będą do realizacji wsparcia projektowego?

Zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027* wydatek jest kwalifikowalny m.in., jeżeli jest niezbędny do realizacji celów projektu i został poniesiony w związku z realizacją projektu lub jego przygotowaniem oraz, gdy został dokonany w sposób przejrzysty, racjonalny i efektywny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów. Ostatecznej oceny racjonalności wydatku dokona Komisja Oceny Projektów. Jeśli sprzęt dotyczący zarządzania projektem może być zakupiony wyłącznie w ramach kosztów pośrednich.

Pytanie 21. Jakie wsparcie w ramach konkursu na zdrowie z działania 7.1 można przewidzieć dla opiekunów faktycznych/członków rodzin podopiecznych? Czy może być to poradnictwo jak opiekować się podopiecznym – które udzielać będzie personel (pielęgniarki, opiekunowie med., rehabilitant czy psycholog), wsparcie psychologiczne? Czy może być opieka wytchnieniowa?

Wsparcie skierowane do opiekunów faktycznych powinno zostać zapewnione w zależności od indywidualnych potrzeb w ramach projektu. Rodzaj zaplanowanego wsparcia dla opiekunów faktycznych powinien wynikać z celów projektu gwarantując wartość dodaną do kompleksowego projektu dot. opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej osób starszych i z niepełnosprawnościami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie zdeinstytucjonalizowanej. Ostatecznej oceny pod kątem racjonalności i kwalifikowalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów. Ze wskazanych w pytaniu powyżej działań opieka wytchnieniowa jest usługą społeczną i jako taka nie może być sfinansowana w ramach postępowania dotyczącego usług zdrowotnych.

Pytanie 22. Ze względu na dolegliwości starcze (stopa cukrzycowa, niedokrwienie, stopa starcza, wrastające paznokcie) niezbędne dla większości seniorów/seniorek jest zapewnienie im

konsultacji i pomocy specjalisty podologa, który jest w stanie poradzić sobie z tymi problemami z którymi rodzina, a nawet pielęgniarka czy opiekun w ramach wykonywanych zadań nie dają sobie rady. Ze względu na brak możliwości sfinansowania usługi podologa z innych źródeł i fakt, iż większości osób nie stać na ten rodzaj wsparcia - zapewnienie domowych wizyt podologa w projekcie jest rozwiązaniem bardzo potrzebnym i wysokoefektywnym w związku z tym pytamy, czy w ramach naboru na zdrowie z 7.1 kwalifikowalne są koszty podologa?

Podolog nie jest zawodem medycznym, więc jego usługi nie mogą być kwalifikowane w przedmiotowym naborze.

Pytanie 23: Wg Kryteriów merytorycznych szczegółowych bezwzględnych, jednym z kryteriów jest: W ramach projektu w zależności od indywidualnych potrzeb zostanie zapewnione wsparcie dla osób o ograniczonej mobilności. Projekt przewiduje wyłącznie usługi długotrwałej opieki pielęgniarstwa (usługi będą wykonywane w miejscu zamieszkania uczestników projektu, zatem nie wymagających transportu uczestników). Realizacja projektu wymaga natomiast dokonania kwalifikacji przez osobę uprawnioną wg skali Barthel - usługi nie ujęte w kosztach kwalifikowalnych z uwagi na brak tego typu usług w regulaminie. Czy jeżeli w projekcie zostanie zaplanowany transport (poza budżetem) potencjalnych uczestników na kwalifikacje lub kwalifikacja odbędzie się w miejscu zamieszkania (lekarz dojedzie do potencjalnego uczestnika), czy ww kryterium zostanie spełnione?

Ocena stopnia samodzielności fizycznej prowadzona przez uprawnione osoby z wykorzystaniem skali Barthel jest zapewniona pacjentom ze środków NFZ, dlatego usługa transportu co do zasady nie powinna zostać uwzględniona w budżecie projektu. Natomiast w zależności od indywidualnych potrzeb uczestników projektu, w ramach projektu powinien zostać zapewniony dowóz dla osób o ograniczonej mobilności m.in. w celu zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych, dowozu do miejsc świadczenia usług niekoniecznie świadczonych w ramach projektu

Pytanie 24: W projekcie zaplanowano usługi długotrwałej opieki pielęgniarstwa w miejscu zamieszkania. Wg Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027, zasady konkurencyjności nie stosuje się m.in. do: zamówień, których przedmiotem są usługi wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej (z wyłączeniem usług świadczonych w placówkach wsparcia dziennego i placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistycznoterapeutycznego), sąsiedzkie usługi opiekuńcze, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, usługi asystenckie – świadczone osobiście przez osoby wskazane lub zaakceptowane przez uczestnika projektu.

Czy zatem usługi długotrwałej opieki pielęgniarstwa w miejscu zamieszkania wymagają wyłonienia wykonawców w trybie zasady konkurencyjności (koszt zadania pow. 50 tys. zł).

Zgodnie z regulaminem wyboru projektów dofinansowaniu może podlegać opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna osób starszych i z niepełnosprawnościami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie zdeinstytucjonalizowanej, w tym m.in.:

- a) rehabilitacja ruchowa, psychiatryczna i logopedyczna,
- b) świadczenia terapeutyczne,
- c) kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego,
- d) długotrwała opieka pielęgniarstwa,

e) usługi zdrowotne świadczone w Dziennych Domach Opieki Medycznej.

Przedmiotowy nabór (w ramach działania 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka

długoterminowa) dotyczy usług zdrowotnych w tym długotrwałej opieki pielęgniarstwa – nie ma zatem możliwości finansowania w ramach projektu usług społecznych i w związku z tym usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze nie mogą być realizowane w ramach tego naboru. Natomiast zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 wyłączenia dotyczą zamówień, których przedmiotem są usługi wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej (z wyłączeniem usług świadczonych w placówkach wsparcia dziennego i placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistyczno-terapeutycznego), sąsiedzkie usługi opiekuńcze, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, usługi asystenckie – świadczone osobiście przez osoby wskazane lub zaakceptowane przez uczestnika projektu.

Wyłączenie zastosowane w wytycznych dotyczy usług społecznych.

Pytanie nr 25. Jaka jest szacowana populacja osób spełniających kryterium dochodowe w woj. opolskim, poszczególnych powiatach lub gminach?

Pytanie nr 26. Czy był robiony reaserch na temat ilości osób spełniających kryterium dochodowe w regionie/subregionach?

Pytanie nr 27 Jeśli nie, to jak oszacować wskaźnik ilości osób, które skorzystają z programu?

Pytanie nr 28. Jakie instytucje mogą udostępnić dane na temat osób kwalifikujących się do kryterium dochodowego?

Odpowiedź na powyższe pytania: IZ FEO 2021-2027 nie szacowała populacji osób spełniających kryterium dochodowe w woj. opolskim. Pewne dane, które można wykorzystać zostały ujęte w Ocenie zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2022 r. - dokumencie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Opolu (ROPS), dostępnym na stronie tej instytucji. Rehabilitacja medyczna zgodnie z wymogiem Komisji Europejskiej musi być skierowana do osób znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno – ekonomicznej. Ma to na celu wsparcie tylko tych najbardziej potrzebujących. W porozumieniu z ROPS określono próg dochodowy, który definiuje osoby w trudnej sytuacji społeczno – ekonomicznej. Z uwagi na zgłaszane przez potencjalnych Beneficjentów problemy ze znalezieniem osób, które spełniałyby warunek, o którym mowa w regulaminie, próg ten został podwyższony do 250% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Jednocześnie informuję, że od stycznia 2025 r., zgodnie z aktualizacją ustawy o pomocy społecznej, kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wzrośnie z 776 zł do 1010 zł, a dla osoby w rodzinie z 600 zł do 823 zł. Zmiany progów dochodowych spowodują zwiększenie potencjalnej liczby osób, które można będzie objąć wsparciem.

Pytanie 29. Czy jeśli partnerem wiodącym inicjującym projekt jest MŚP, przepisy dotyczące ogłoszenia otwartego naboru na stronie ze wskazaniem co najmniej 21-dniowego terminu na zgłoszenie się partnerów nie obowiązują? Czy w takim razie jako załącznik do projektu przedstawia się jedynie porozumienie o partnerstwie?

Odpowiedź na pytanie: Jeśli wnioskodawcą nie jest podmiot, o którym mowa w art. 4, art. 5 ust. 1 i art. 6 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, nie podlega on obostrzeniom wskazanym w art. 39 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacjizadań finansowanych

ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. 2022 poz. 1079). W związku z powyższym wymaganym dokumentem jest umowa/porozumienie o partnerstwie.

Pytanie 30. Czy partner wiodący (MŚP) może zawrzeć partnerstwo z fundacją (typ beneficjenta: organizacja pozarządowa), z którą jest powiązany osobowo? (ta sama osoba występuje jako właściciel JDG, jak i prezes fundacji)

Odpowiedź na pytanie: Odnosząc się do tego pytania, należałoby się zastanowić jaki miałby być cel i zasadność zawarcia takiego partnerstwa, w jakisposób miałaby być zawarta umowa partnerstwa itp.? Równocześnie należy zwrócić uwagę na zapisy w punkcie 28 regulaminu wyboru projektów, zgodnie z którym zadania realizowane przez poszczególnych partnerów w ramach projektu partnerskiego nie mogą polegać na oferowaniu towarów, świadczeniu usług lub wykonywaniu robót budowlanych na rzecz pozostałych partnerów. Zasadność i celowość takiego partnerstwa mogą być poddane ocenie jedynie na podstawie szczegółowych informacji w tej kwestii. Ocenę taką wykonują eksperci Komisji Oceny Projektów na etapie oceny merytorycznej, którzy mogą zakwestionować zasadność tego partnerstwa.

Pytanie 31. Czy partner wiodący (MŚP) może podpisać umowę partnerstwa z miejskim ośrodkiem pomocy społecznej (typ beneficjenta: instytucja pomocy społecznej) czy powinno być ono zawarte z JST, którego jednostką organizacyjną jest MOPS?

Odpowiedź na pytanie: W sytuacji, kiedy miejski ośrodek pomocy społecznej (MOPS) jest jednostką organizacyjną jednostki samorządu terytorialnego (JST) nieposiadającą osobowości prawnej, nie może wystąpić jako samodzielny Partner. Partnerem będzie JST, a MOPS może przypaść rola realizatora zadań, jakie założył we wniosku JST.

Pytanie 32. Czy partner projektu (MOPS), któremu zostanie powierzone zadanie merytoryczne w postaci rekrutacji uczestników musi być odbiorcą dofinansowania czy może wykonywać zadanie bezkosztowo, tym samym nie wnioskując o refundację kosztów?

Odpowiedź na pytanie: Zgodnie z pkt. 28 regulaminu wyboru projektów udział partnera w projekcie partnerskim nie może polegać wyłącznie na wniesieniu do jego realizacji ww. zasobów, niezbędna jest realizacja przez Partnera zadań merytorycznych zaplanowanych w ramach kosztów bezpośrednich i tym samym korzystanie przez Partnera projektu z dofinansowania UE, które musi być przewidziane dla Partnera w budżecie projektu.

Pytanie 33. Jeśli: *do projektu nie mogą być zakwalifikowane osoby objęte opieką w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, świadczenia w hospicjum domowym oraz rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy zawartej z NFZ.*

- a) Jaki czas musi upłynąć od ostatniego świadczenia finansowanego z NFZ by pacjent mógł uczestniczyć w projekcie?
- b) Jeśli pacjent był w przeszłości objęty innym programem finansowanym ze środków innych niż NFZ, w którym udzielano świadczeń rehabilitacyjnych:
 - czy dopuszcza się zakwalifikowanie do udziału w projekcie, jeśli rehabilitacja obejmowała inny problem zdrowotny? (była rehabilitacja psychiatryczna a planuje się rehabilitację układu kostnowęzłowego);
 - czy dopuszcza się zakwalifikowanie do udziału w projekcie jeśli rehabilitacja była finansowana

ze środków UE ale została przeprowadzona i zakończona ale obejmowała ten sam problem zdrowotny. Jaki okres musi upłynąć od zakończenia udziału w takim projekcie?

- czy oświadczenie pacjenta o spełnieniu ww. będzie wystarczającym dokumentem na potrzeby spełnienia wymogów realizacji projektu? Jeśli nie – jak należy weryfikować to kryterium?

Odpowiedź na pytanie: Do projektu nie mogą być zakwalifikowane osoby objęte opieką w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, świadczenia w hospicjum domowym oraz rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy zawartej z NFZ. Jeśli świadczenia finansowane z NFZ zakończyły się (niezależnie od tego czy świadczenie obejmowało inny czy ten sam problem zdrowotny), osoba może być zakwalifikowana do projektu, nie ma ograniczenia co do okresu karencji. Należy mieć na uwadze, że pacjent może być objęty wsparciem w sytuacji, jeśli nie będzie możliwości sfinansowania danej usługi wsparcia z NFZ. Warunkiem kwalifikowalności uczestnika projektu lub podmiotu otrzymującego wsparcie jest spełnienie przez niego kryteriów kwalifikowalności uprawniających do udziału w projekcie, co jest potwierdzone właściwym dokumentem, w szczególności zaświadczeniem lub innym dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot, albo oświadczeniem uczestnika projektu lub podmiotu otrzymującego wsparcie, jeżeli kryterium kwalifikowalności nie może zostać potwierdzone dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot.

Pytanie 34. Dot. Budowania potencjału organizacji społeczeństwa obywatelskiego do świadczenia usług społ. i zdrowotnych.

Pytanie: czy dopuszcza się, w ramach realizacji ww. typu projektu przekazanie środków przez JST, organizacjom społeczeństwa obywatelskiego na podstawie przeprowadzenia przez JST otwartych konkursów ofert (w rozumieniu ustaw o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie i/lub o zdrowiu publicznym)?

Odpowiedź na pytanie: Żadne zapisy dokumentacji konkursowej nie ograniczają takiego podejścia, ograniczeniem jest to że budowanie potencjału organizacji społeczeństwa obywatelskiego realizowane jest wyłącznie jako element projektu i może stanowić jedynie uzupełnienie do działań zdrowotnych realizowanych w ramach typu nr 1. Zwraca się jednak uwagę, że ostatecznej oceny zasadności i racjonalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów na podstawie całościowej oceny założeń projektowych.

Ponadto informuje się, że działaniem dedykowanym wzmocnieniu potencjału dla organizacji pozarządowych jest działanie 6.3 *Budowanie potencjału partnerów społecznych oraz organizacji społeczeństwa obywatelskiego* w ramach którego jest większa możliwość wsparcia dla tych podmiotów.

Pytanie 35. Dot. grupy docelowej

a) czy w projekcie realizowanym przez JST szczebel gminny mogą uczestniczyć pacjenci z całego subregionu objętego wnioskiem? Według regulaminu wniosków o dofinansowanie projektu złożony w ramach naboru do danego subregionu może obejmować wsparciem grupę docelową wyłącznie z tego subregionu, czyli:

- osoby fizyczne mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego i/lub pracujące i/lub uczące się na terenie tego subregionu;

b) analizując powyższe mogą to być pacjenci spełniający jedno z kryteriów dot. obszaru np. jeśli pacjent pracuje w subregionie, jednak zamieszkuje inny subregion może zostać objęty projektem. Czy kryterium zamieszkania powinno jednak zostać rozumiane jako obligatoryjne, zaś pozostałe

– praca, nauka jako dodatkowe (nie muszą zostać spełnione) szczególnie, że charakter grupy docelowej może znacząco ograniczać sytuacje gdzie osoba pracuje lub się uczy.

Odpowiedź na pytanie: Wniosek o dofinansowanie projektu złożony w ramach naboru do danego subregionu może obejmować wsparciem grupę docelową wyłącznie z tego subregionu, nie ma ograniczenia dot. terenu konkretnej gminy. Wsparciem mogą być objęte osoby fizyczne spełniające co najmniej jeden z warunków wskazanych w regulaminie, tj.

- mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego,
- pracujące,
- uczące się

na terenie danego subregionu.

Pytanie 36. Dotyczy: Usługi dowozu dla osób o ograniczonej mobilności m.in. w celu zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych (door to door), jako element projektu.

Pytanie: Jaki charakter mogą mieć świadczone usługi dowozu w celu zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych – Sklep? Apteka? Lekarz, szpital? Czy świadczenia wspierające pozostanie aktywnym społecznie też mogą wchodzić w katalog usług (miejsca i wydarzenia kulturalne, religijne, spotkania zorganizowanych grup itp.?).

Odpowiedź na pytanie: Ten typ wsparcia realizowany jest wyłącznie jako element projektu i może stanowić jedynie uzupełnienie do działań zdrowotnych realizowanych w ramach typu nr 1, stąd charakter świadczonej usługi musi być powiązany z działaniami zdrowotnymi. Dowóz do miejsca wydarzenia kulturalnego, religijnego czy spotkania zorganizowanych grup nie łączy się z usługami zdrowotnymi, bardziej wpisywałoby się jako uzupełnienie usług społecznych. Ostatecznej oceny zasadności i racjonalności wydatków dokona Komisja Oceny Projektów na podstawie całościowej oceny założeń projektowych.

Pytanie 37 . Czy na etapie przed /i/ lub po podpisaniu umowy na realizację projektu, dopuszczalna będzie/przewiduje się, indeksację stawek jednostkowych, wstępnie zakładanych we wniosku, pod kątem dostosowania do poziomu kosztów cen rynkowych w oparciu o czynniki makroekonomiczne?

Odpowiedź na pytanie: Na etapie przed i/lub po podpisaniu umowy na realizację projektu nie będzie dopuszczalna indeksacja stawek jednostkowych. Ceny powinny zostać zaplanowane na etapie sporządzania wniosku.

Powyższe wynika z zapisów *Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027*, które dopuszczają taką możliwość tylko w sytuacji zastosowania w ramach projektu uproszczonych metod rozliczania wydatków: Sekcja 3.10.1., pkt 4 „stawki jednostkowe i kwoty ryczałtowe mogą podlegać indeksacji w celu ich dostosowania do cen rynkowych w oparciu o wskaźniki makroekonomiczne, zgodnie z metodyką przyjętą dla danej uproszczonej metody”.

Przytoczone wyżej uproszczone metody rozliczania wydatków, takie jak stawki jednostkowe i kwoty ryczałtowe dotyczą rozliczania kosztów bezpośrednich, a zgodnie z zapisami regulaminu wyboru projektów koszty bezpośrednie rozliczane są wyłącznie na podstawie rzeczywiście poniesionych wydatków i nie ma możliwości rozliczenia kosztów bezpośrednich na podstawie kwot ryczałtowych. Podobnie stawki jednostkowe również nie mają zastosowania w przedmiotowym naborze.