

Pytanie 1

Chcemy utworzyć nowe miejsca hospicjum domowego, czy w ramach projektu możemy uwzględnić dofinansowanie opieki wytchnieniowej w postaci krótkookresowej opieki całodobowej dla chorych paliatywnych do 60 dni dla 8 miejsc w jednym czasie, w roku zgodnie z wytycznymi EFS?

Zakładając iż opieka będzie zindywidualizowana, nie będzie zmuszać chorych do mieszkania razem i zagwarantuje możliwość sprawowania kontroli nad decyzjami chorego p. samych chorych?

Taka forma jest zgodna z wytycznymi EFS dot. włączenia jako realizowana w społeczności lokalnej, o czym mówi sam regulamin.

Zgodnie Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027:

-na str. 24: "Do usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w społeczności lokalnej należą w szczególności (...)

b) opieka wytchnieniowa w formie całodobowego krótkookresowego pobytu (nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) w placówkach, w których liczba miejsc całodobowego pobytu nie jest większa niż 8 lub w formie dziennego pobytu;

-na str 14.: "Na potrzeby wytycznych pojęcie opieki instytucjonalnej długoterminowej należy rozumieć jako opiekę świadczoną powyżej 60 dni w roku kalendarzowym.

-na str 15: "opieka wytchnieniowa – opieka (trwająca nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym) nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekuna faktycznego (w związku ze zdarzeniem losowym, potrzebą załatwienia codziennych spraw lub odpoczynku opiekuna faktycznego) oraz wsparcie dla opiekuna faktycznego i najbliższego otoczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności w postaci poradnictwa specjalistycznego, edukacji, grup samopomocowych"

Odpowiedź:

Wskazana wyżej forma wsparcia jest możliwa do realizacji w ramach niniejszego naboru zgodnie z warunkami określonymi w przytoczonych w pytaniu Wytycznych. Należy jednak mieć na uwadze, że kwestie te należy szczegółowo uzasadnić w kontekście diagnozy grupy docelowej, zidentyfikowanych jej potrzeb i opisać zgodnie z wymogami określonych w Instrukcji wypełniania wniosku (zał. nr 3 do Regulaminu) w odniesieniu do opisu zadania i budżetu. Na podstawie tego opisu dokonywana jest ocena zasadności i racjonalności przewidzianej formy wsparcia.

Pytanie 2

Zwracamy się z prośbą o doprecyzowanie zasad potwierdzania kwalifikowalności uczestników projektu w przypadku osób kwalifikujących się do objęcia opieką długoterminową.

Zgodnie z dokumentacją konkursową, dokumentami potwierdzającymi kwalifikowalność uczestnictwa są m.in.:

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- kwalifikacja pielęgniarska do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową (karta oceny pacjenta),
- dokument potwierdzający dokonanie oceny stanu pacjenta skalą Barthel,
- inny dokument potwierdzający spełnienie przez uczestnika kryterium kwalifikowalności uprawniającego do udziału w projekcie,
- zgoda pacjenta na objęcie opieką.

Prosimy o wyjaśnienie, czy beneficjent zobowiązany jest do posiadania pełnego kompletu wskazanych dokumentów w dokumentacji każdego uczestnika kwalifikującego się do opieki długoterminowej, czy też wystarczające jest posiadanie jednego z wymaganych dokumentów potwierdzających spełnienie kryteriów kwalifikowalności uczestnika udziału w projekcie (tzn

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub
- kwalifikacja pielęgniarska do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową (karta oceny pacjenta) lub
- dokument potwierdzający dokonanie oceny stanu pacjenta skalą Barthel. lub
- inny dokument potwierdzający spełnienie przez uczestnika projektu kryterium kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, lub
- zgoda pacjenta na objęcie opieką

Analogicznie prosimy o potwierdzenie zasad dokumentowania kwalifikowalności uczestników objętych opieką hospicyjną i paliatywną, tj. czy wymagane jest zgromadzenie wszystkich dokumentów wskazanych w dokumentacji konkursowej, czy też wystarczające jest posiadanie dokumentów jednoznacznie potwierdzających spełnienie kryteriów kwalifikowalności.

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, lub
- inny dokument potwierdzający spełnienie przez uczestnika projektu kryterium kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, lub
- zgoda pacjenta na objęcie opieką

Odpowiedź:

W Regulaminie wskazano katalog dokumentów, na podstawie których możliwe jest potwierdzenie kwalifikowalności uczestnika do udziału w projekcie. Beneficjent zobowiązany jest do posiadania dokumentacji pozwalającej na jednoznaczne potwierdzenie spełnienia wszystkich kryteriów kwalifikowalności uczestnika. W szczególności dokumentacja powinna obejmować:

1. dokument potwierdzający uprawnienie do objęcia daną formą wsparcia (np. skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub inny dokument stanowiący podstawę objęcia opieką długoterminową/hospicyjną/paliatywną),
2. w przypadku opieki długoterminowej – dokument potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikowalności określonych dla tej formy wsparcia, tj. dokument potwierdzający liczbę punktów uzyskanych w skali Barthel, jeżeli informacja ta nie wynika z dokumentu wskazanego w pkt 1,
3. zgodę pacjenta na udział w projekcie, a w uzasadnionych przypadkach zgodę jego opiekuna.

Nie jest wymagane gromadzenie wszystkich dokumentów wymienionych w Regulaminie, o ile posiadana dokumentacja umożliwi jednoznaczne potwierdzenie spełnienia przez uczestnika wszystkich warunków kwalifikowalności oraz objęcia go właściwą formą wsparcia.

Pytanie 3

W regulaminie do konkursu FEWM.09.06-IZ.00-001/26 Usługi zdrowotne, na stronie 24 pkt. 2.3 grupa docelowa napisane jest, że „Wsparcie zaplanowane w projekcie musi być skierowane bezpośrednio do następujących grup odbiorców:

- osoby wykluczone z dostępu do usług kwalifikujące się do opieki długoterminowej, hospicyjnej i/lub paliatywnej, w szczególności osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (tj. osoby starsze, osoby z problemami zdrowia psychicznego, osoby z niepełnosprawnościami, osoby przewlekle i ciężko chore) oraz opiekunowie/rodziny sprawujące opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia, ieschające...”

zaś na stronie 25 w określeniu dokumentów kwalifikujących wskazane jest, że cyt. „UWAGA! Wsparcie w zakresie opieki długoterminowej w projekcie mogą otrzymać osoby, które w skali Barthel mają 0-40 pkt.”

Z dokładnej diagnozy naszej gminy, wiemy, że osoby mieszczące się w tej skali, tj. 0-40 nie będące w zabezpieczeniu opieki całodobowej to rzadkość. Na terenie naszej gminy ok. 10 tys., to 2 góra 3 osoby. W innych gminach jest to zjawisko podobne. Skala Barthel od 0 -40 używa się z tego co wiemy, do uzyskania świadczenia POZ – Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa lub w stosunku do osób które są umieszczone w ZOL(całodobowo) i jest niezmiernie rzadko udzielana.

Prosimy o wyjaśnienie czy projekt w grupie docelowej odnoszącej się do osób kwalifikujących się do opieki długoterminowej (regulamin str. 25 pkt. a) dotyczy wyłącznie tych które defacto kwalifikują się do świadczeń NFZ - Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa lub umieszczenie w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym (Barthel od 0-40)? Na pewno nie są to wtedy osoby opisywane jako cyt.” W szczególności osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (tj. osoby starsze, osoby z problemami zdrowia psychicznego, osoby z niepełnosprawnościami, osoby przewlekle i ciężko chore” – tylko zupełnie inna kategoria osób obłożnie chorych.

Odpowiedź:

We wskazanym naborze kategoria osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu została zawężona do osób kwalifikujących się do opieki długoterminowej/hospicyjnej/paliatywnej. Osoby kwalifikujące się do wskazanych form opieki pozostają jednocześnie osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jednak ze względu na ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia wymagają bardziej specjalistycznych usług zdrowotnych niż ogólne wsparcie opiekuńcze czy społeczne. Właśnie dlatego regulamin wskazuje dodatkowe kryteria kwalifikowalności, w tym wymóg uzyskania od 0 do 40 punktów w skali Barthel w przypadku wsparcia w zakresie opieki długoterminowej. Takie zawężenie grupy docelowej jest spójne z charakterem interwencji ukierunkowanej na rozwój usług zdrowotnych oraz z założeniem koncentracji środków na osobach o największych potrzebach zdrowotnych, dla których dostęp do specjalistycznych usług zdrowotnych ma kluczowe znaczenie dla jakości życia oraz możliwości pozostania w środowisku domowym.

Pytanie 4

Czy w ramach projektu możliwe jest zaplanowanie wydatków na niezbędny remont i wyposażenie pomieszczenia przeznaczonego na potrzeby punktu stacjonarnego, w szczególności w zakresie dostosowania przestrzeni do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością, zapewnienia dostępności, bezpieczeństwa oraz warunków niezbędnych do świadczenia usług zdrowotnych i wspierających w ramach projektu?

Odpowiedź:

Kwestia zaplanowanych działań i związanych z tym kosztów podlega ocenie w ramach oceny formalno-merytorycznej. Należy podkreślić, że dobór form wsparcia w projekcie musi wynikać z diagnozy grupy docelowej i wskazanych potrzeb. Zaplanowane działania, sposób ich realizacji oraz planowane koszty (remont, wyposażenie) należy szczegółowo opisać i uzasadnić we wniosku o dofinansowanie. Ostateczna ocena kwalifikowalności i zasadności wskazanych wydatków będzie dokonywana na podstawie zapisów wniosku o dofinansowanie oraz przedstawionego uzasadnienia.

Pytanie 5

Czy taki wydatek powinien zostać ujęty jako cross-financing?

Odpowiedź:

W przypadku, gdy planowane wydatki obejmują roboty budowlane, prace adaptacyjne, remontowe lub dostosowanie infrastruktury, co do zasady należy je kwalifikować jako cross-financing, zgodnie z obowiązującymi Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków. Ostateczna kwalifikacja poszczególnych wydatków zależy jednak od ich szczegółowego charakteru oraz zakresu planowanych

prac i powinna zostać określona na etapie przygotowania dokumentacji projektowej. Kwestia ta następnie podlega ocenie na etapie oceny formalno-merytorycznej wniosku.

Pytanie 6

Czy w opisanym modelu możliwe jest również zaplanowanie kosztów dowozu door to door dla uczestników projektu z ograniczoną mobilnością, w przypadku gdy dowóz byłby niezbędny do skorzystania z usług świadczonych w punkcie stacjonarnym i miałby charakter uzupełniający wobec usług realizowanych w miejscu zamieszkania?

Odpowiedź:

Możliwe jest zaplanowanie kosztów transportu uczestników projektu w formule door-to-door, jeżeli jest on niezbędny do skorzystania ze wsparcia oferowanego w projekcie i adekwatny do zaplanowanych form wsparcia w odniesieniu do wskazanej w naborze grupy docelowej. Jednocześnie należy podkreślić, że transport powinien mieć charakter uzupełniający wobec głównego modelu wsparcia realizowanego w środowisku zamieszkania uczestnika, a jego zakres powinien wynikać z indywidualnej oceny potrzeb uczestników projektu oraz być odpowiednio uzasadniony we wniosku o dofinansowanie. Kwestie te należy szczegółowo opisać i uzasadnić w projekcie i dopiero na podstawie tego opisu dokonywana jest ocena zasadności i racjonalności przewidzianej formy wsparcia i zaplanowanych kosztów.