

FAQ 7.1

1. Zwracam się z pytaniem czy nabór na usługi w ramach konkursu 7.1 zostanie ogłoszony zgodnie z terminem z akt. harmonogramu tj 20 maja?

W związku z zapytaniem informuję, że na ten moment nabór wniosków do działania 7.1 *Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa* FEO 2021-2027 zaplanowany jest w terminie wskazanym w obowiązującym harmonogramie, tj. 20.05-10.06.2024 r. Proszę jednak mieć na uwadze, że harmonogram podlega aktualizacji (nie rzadziej niż na koniec każdego kwartału), dlatego warto na bieżąco śledzić zmiany.

2. W konkursie działania 7.1 FEO w ramach typu projektu 1) Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna osób starszych i z niepełnosprawnościami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie zdeinstytucjonalizowanej jest możliwość sfinansowania:

- a) *rehabilitacji ruchowej, psychiatrycznej i logopedycznej,*
- b) *świadczeń terapeutycznych*

Z dokumentów „do konkursu” wynika, że za świadczenia terapeutyczne należy rozumieć „działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację”

Co w takim razie należy rozumieć pod pojęciem samej rehabilitacji psychiatrycznej? – bo wydaje się, że oba zakresy działań mogłyby obejmować to samo.

Chyba że jedyną różnicą jest taka, że pkt a) jest skierowany do „osób znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno – ekonomicznej, czyli osób, których dochód nie przekracza 200% 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”

Natomiast pkt. b) nie posiada takiego ograniczenia.

Będę niezmiernie zobowiązana za wyjaśnienie powyższych kwestii.

Zgodnie z wytycznymi do konkursu pierwszy typ projektu podlegający dofinansowaniu to 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 pielęgnarska,
- e) usługi zdrowotne świadczone w Dziennych Domach Opieki Medycznej.

Definicje świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej, świadczenia opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych oraz świadczeń terapeutycznych, zgodnie z zaktualizowanym rozporządzeniem Ministra

Zdrowiaz dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz.U.2019.1285 z dnia 2019.07.11) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z załącznik nr 1 do wykazu świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji oraz obwieszczeniem nr 1/2024 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lutego 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej - to świadczenia ochrony zdrowia obejmujące wczesną lub późną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, w wieku od 18 roku życia, leczonych z powodu utrwalonych zaburzeń funkcjonowania życiowego lub znacznego ryzyka powstania takich zaburzeń. Rehabilitację psychiatryczną realizuje się ze wskazaniem zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10:

- Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09);
- Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29);
- Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39);
- Upośledzenie umysłowe (F70-F79);
- Całościowe zaburzenia rozwojowe (F84);
- Zaburzenie psychiczne, inaczej nieokreślone (F99).

Realizacja świadczeń wyłącznie w ramach turnusu rehabilitacyjnego - zorganizowanego, trwającego nie dłużej niż 14 dni, pobytu poza miejscem udzielania świadczeń gwarantowanych, obejmującego leczenie i intensywną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi i ze znacznym stopniem nieprzystosowania społecznego lub dla osób uzależnionych w ramach określonego programu terapeutycznego.

Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych to świadczenia ochrony zdrowia obejmujące opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach.

Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych to świadczenia ochrony zdrowia obejmujące leczenie chorych na przewlekle lub oporne na terapię zaburzenia psychiczne, w szczególności psychotyczne:

- Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09);
- Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29);
- Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39);
- Upośledzenie umysłowe (F70-F79)

Świadczenia terapeutyczne - to działania służące korekcie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz usuwaniu przyczyn i objawów tych zaburzeń, obejmujące w szczególności profilaktykę, diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację.

Cytowane wyżej rozporządzenie definiuje warunki jakie należy spełnić realizując poszczególne typy działań. Należy jednak pamiętać, że zakres usług projektów może dotyczyć wyłącznie usług udzielanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym przewlekle chorym, które przez dłuższy czas potrzebują pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego, a które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opieka ta może być udzielana wyłącznie w formie zdeinstytucjonalizowanej również przez opiekunów formalnych (personel medyczny i

pracowników świadczących usługi opiekuńcze) lub opiekunów faktycznych (rodzinę, osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą, bliskich, wolontariuszy).

3. W związku z ogłoszonym naborem z dz. 7.1 proszę o odpowiedź na poniższe pytania w związku z ww. naborem:

1. czy rehabilitacja medyczna wskazana w Regulaminie (pkt. 10) dotyczy wsparcia ujętego w typie 1 a:) tj.

1) 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,

Tak, rehabilitacja medyczna dotyczy rehabilitacji ruchowej, psychiatrycznej i logopedycznej wskazanej w pierwszym typie projektu.

Proszę również o wskazanie kwoty dochodu, którą należy przyjąć w obliczeniu kryterium dochodowego na uczestnika w związku z zapisami pkt. 10 Regulaminu konkursu w odniesieniu do objęcia wsparciem w zakresie rehabilitacji medycznej.

Do obliczenia kryterium dochodowego należy przyjąć kwotę kryterium dochodowego wskazanego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2021 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (poz. 1296), które ustala je na poziomie:

- dla osoby samotnie gospodarującej – w wysokości 776 zł,
- dla osoby w rodzinie – w wysokości 600 zł.

Oznacza to, że adekwatnie „dochód nie przekracza 200% właściwego kryterium dochodowego” tj.:

- dla osoby samotnie gospodarującej będzie to 1552 zł,
- dla osoby w rodzinie będzie to 1200 zł.

Jednocześnie proszę mieć na uwadze, że ww. kryteria dochodowe podlegają weryfikacji co 3 lata. Najbliższa aktualizacja powinna odbyć się do 15 lipca 2024 r., określając nowe kryteria dochodowe i kwoty świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, które będą obowiązywać od 1 stycznia 2025 r. Terminy dot. weryfikacji kryteriów dochodowych wynikają z art. 9 ust. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

4. Zwracam się z pytaniem czy nabór na usługi w ramach konkursu 7.1 zostanie ogłoszony zgodnie z terminem z akt. harmonogramu tj 20 maja?

w związku z zapytaniem informuję, że na ten moment nabór wniosków do działania 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa FEO 2021-2027 zaplanowany jest w terminie

wskazanim w obowiązującym harmonogramie, tj. 20.05-10.06.2024 r. Proszę jednak mieć na uwadze, że harmonogram podlega aktualizacji (nie rzadziej niż na koniec każdego kwartału), dlatego warto na bieżąco śledzić zmiany.

5. *Dzień dobry zwracam się z uprzejmą prośbą o jednoznaczna odpowiedź czy w ramach naboru 7.1 grupa docelowa może składać się z osób niepełnosprawnych poniżej 60 roku życia oczywiście z zastrzeżeniem spełnienia przesłanek Barthela 0-80.*

W związku z zapytaniem informuję, że grupa docelowa projektu została określona w Regulaminie wyboru projektów do działania 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa, zakres: usługi zdrowotne FEO 2021-2027 (tu: Warunki realizacji projektów, pkt. 4). Są to osoby starsze (po 60 r.ż.) i/lub z niepełnosprawnościami, pod warunkiem, że potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub pomocy w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stopnia samodzielności fizycznej stosowana jest skala Barthel, przy założeniu, że do projektu zakwalifikowane zostaną tylko te osoby, które na jej podstawie otrzymają 0-80 punktów.

Zgodnie z powyższymi zapisami osoby z niepełnosprawnościami, potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (poniżej 60 roku życia) wpisują się w grupę docelową.

6. *Czy w ramach tego programu możliwe jest świadczenie usług całodobowo ? Nie jest nigdzie to wyłączone w regulaminie - jest adnotacja o deinstytucjonalizacji więc jak dobrze rozumiem - nie może być więcej niż 8 miejsc usług całodobowego pobytu ?*

Czy w związku z tym możemy świadczyć usługi całodobowe dla 8 osób - oraz objąć opieką domową kolejnych 20 osób?

Zgodnie z definicją kryterium pn. *Deinstytucjonalizacja opieki medycznej nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu*: W ramach projektu nie są finansowane usługi opieki instytucjonalnej tj. nie są tworzone nowe miejsca opieki w formach instytucjonalnych, nie są utrzymywane istniejące miejsca w tych placówkach oraz nie są realizowane usługi na rzecz osób w nich przebywających.

Możliwe jest wsparcie w zakresie świadczenia usług zdrowotnych dla osób będących w opiece instytucjonalnej wyłącznie w celu przejścia tych osób do opieki realizowanej w formie usług świadczonych w społeczności lokalnej. Wsparcie to musi przyczyniać się do zwiększenia liczby miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej.

Ograniczenie do 8 miejsc całodobowego pobytu dotyczy placówek pomocy społecznej.

Jeśli chodzi o opiekę domową to nie ma wskazanych limitów osób, które mogą być objęte wsparciem w projekcie.

7. W nawiązaniu do dziś opublikowanego konkursu działania 7.1 FEO Usługi Zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa jest możliwość sfinansowania następującego typu projektu:

1) Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna osób starszych i z niepełnosprawnościami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie zdeinstytucjonalizowanej, w tym m.in.:

e) usługi zdrowotne świadczone w Dziennych Domach Opieki Medycznej.

W naborach w poprzedniej perspektywie finansowej przy projektach DDOM należało opierać się o tzw. Standard DDOM (dokument opracowany przez Ministerstwo Zdrowia). W aktualnym naborze taki dokument nie funkcjonuje, stąd moje pytanie – w jaki sposób „zaprojektować” zakres wsparcia i usług Dziennego Domu Opieki Medycznej? Czy można przyjąć, że DDOM ma funkcjonować w obrębie i na zasadach Standardu DDOM z roku 2017?

W dokumentacji konkursowej znalazłam odniesienie do programu „Zdrowa przyszłość”, do którego istnieje załącznik nr 1 „Strategia Deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” opisujący po krótku DDOM (str. 266 opublikowanego w konkursie dokumentu „Zdrowa przyszłość”), natomiast opis usług i pacjentów opiera się ewidentnie na „starej perspektywie”

Czy zapisy powyższego dokumentu mogą zostać uznane za obowiązujące przy projektowaniu zadań oraz zakresu wsparcia udzielanego w ramach DDOM?

Jednocześnie proszę o informację czy w przypadku usług zdrowotnych świadczonych w Dziennych Domach Opieki Medycznej, w tym wskazanego w standardzie DDOM - „usprawniania ruchowego” rozumianego przez nas jako fizjoterapię/rehabilitację medyczną obowiązuje 200 % kryterium dochodowego dla osób objętych tą usługą? Czy zapisy Regulaminu w pkt. 10 dotyczą także usług świadczonych w ramach DDOM?

W dokumencie „Zdrowa przyszłość” (str. 193) w opisie narzędzia 2.3 *Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki* widnieje zapis: W ramach narzędzia należy również uwzględnić podejmowanie działań skierowanych do osób starszych i potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu, a także ich opiekunów, w tym: wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zinstytucjonalizowanych, w tym DDOM zgodnie z przyjętym standardem.

W Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 w podrozdziale 7.3 punkt 1 ppkt a): działania w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych w RP skupiają się na rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, w szczególności na wsparciu działalności lub tworzenia nowych pozainstytucjonalnych miejsc opieki medycznej (zgodnie ze standardami opracowanymi i przyjętymi przez MZ) dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób starszych.

Mając na uwadze powyższe oraz konsultacje robocze z Ministerstwem Zdrowia, opracowany we wrześniu 2017 r. przez Ministerstwo Zdrowia *Standard dziennego domu opieki medycznej* jest nadal obowiązującym dokumentem, gdyż nie było jego aktualizacji i DDOM-y mogą funkcjonować w oparciu o ten dokument.

Zgodnie z warunkami realizacji projektu zapisanymi w SZOP FEO 2021-2027 i Regulaminie: *wsparcie w zakresie rehabilitacji medycznej musi być kierowane do osób znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno – ekonomicznej*. Warunek ten dotyczy całego typu projektu *Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna osób starszych i z niepełnosprawnościami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie zdeinstytucjonalizowanej, a więc także usług świadczonych w Dziennych Domach Opieki Medycznej*.

8. Z Regulaminu konkursu wynika, że w ramach 1 typu projektu jest możliwość sfinansowania "kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego" W związku z tym pojawia się pytanie czy w ramach konsultacji lekarza dietetyka można założyć zlecenie badań laboratoryjnych (np. glukozy, cholesterolu, TSH, morfologii) celem określenia stanu zdrowia oraz określenia dalszego postępowania dietetycznego. Czy osoba przychodząca do projektu powinna na konsultację ze specjalistą-dietetykiem takie badania już posiadać?

Poprzez kontynuację leczenia farmakologicznego oraz dietetycznego należy rozumieć działania mające na celu ułatwienie funkcjonowania w społeczności lokalnej osobom przewlekle chorym, stale korzystającym z leków bądź stosującym specjalistyczne zalecenia dietetyczne. Wsparcie polegać może na pomocy w dawkowaniu leków, przestrzeganiu planów dietetycznych, pomocy w uzyskaniu recept oraz przestrzeganiu różnego rodzaju zaleceń lekarskich. Badania laboratoryjne, które mogą być wymagane podczas konsultacji dietetycznej co do zasady są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i mogą być wykonane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W związku z tym świadczenia diagnostyki laboratoryjnej możliwe do zrealizowania w ramach NFZ nie mogą być finansowane ze środków EFS+. Ostatecznej oceny zasadności przyjętych przez Wnioskodawcę założeń dokona Komisja Oceny Projektów (KOP) na etapie faktycznie złożonego wniosku o dofinansowanie, na podstawie przedstawionych opisów i ewentualnych złożonych wyjaśnień.