

Załącznik nr 7 - Minimalny standard usług i katalog stawek

Minimalny standard usług i katalog stawek
dla projektów konkursowych realizowanych
w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego
Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

na projekty z zakresu wsparcia deinstytucjonalizacji opieki nad
osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki
nad osobami niesamodzielnymi (typ 9.3 B)

Wrocław, maj 2018 rok

Spis treści

Część I. Regulacje ogólne	3
Część II. Dzienny dom opieki medycznej - organizacja i zadania	5
Słownik:	5
Wstęp	6
I. Cele	6
II. Realizatorzy projektu – dzienne domy opieki medycznej (podmioty uprawnione do składania wniosków o dofinansowanie projektów w ramach RPO WD)	7
IV. Kryteria wyłączenia z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej	9
V. Zasady kwalifikowania i tryb kierowania do dziennego domu opieki medycznej	9
VI. Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej	9
VII. Czas pracy dziennego domu opieki medycznej	10
VIII. Zakres świadczeń udzielanych w ramach dziennego domu opieki medycznej	10
IX. Wymagania dotyczące personelu	13
X. Wymagania dotyczące zaplecza dziennego domu opieki medycznej	15
XI. Trwałość projektu	16
XII. Wskaźniki monitorowania projektu	17
XI. Katalog innych kosztów związanych z działaniem dziennego domu opieki medycznej możliwych do sfinansowania w ramach projektu	17
Załącznik nr 1	19
Załącznik nr 2	20
Część III. Katalog stawek cen towarów i usług	23
Część IV. Podstawy prawne i dokumenty programowe	25

Część I. Regulacje ogólne

1. Standardy usług oraz katalog stawek dotyczy realizacji usług aktywnej integracji oraz świadczeń pieniężnych i niepieniężnych.
2. Dla projektów o wartości wkładu publicznego do 100 000 EUR, obligatoryjnie stosuje się kwoty ryczałtowe. Do przeliczenia ww. kwoty na PLN należy stosować miesięczny obrachunkowy kurs wymiany stosowany przez KE aktualny na dzień ogłoszenia konkursu.
3. Wykaz dopuszczalnych stawek dla towarów i usług oraz standardów usług określa najczęściej występujące koszty w projektach finansowanych z EFS w ramach RPO WD 2014-2020, dokument ten nie ma charakteru zamkniętego, tzn. dopuszcza się ujmowanie w budżetach kosztów w nim niewskazanych.
4. Przyjęcie dopuszczalnej stawki nie oznacza również, że będzie akceptowana w każdym budżecie – przy ocenie będą brane pod uwagę takie czynniki jak: specyfika projektu, stopień złożoności projektu, wielkość grupy docelowej, miejsce realizacji projektu.
5. W przypadku przekroczenia ww. stawki Beneficjent jest zobowiązany do zawarcia we wniosku o dofinansowanie/wniosku o płatność uzasadnienia zaistniałej sytuacji.
6. Wprowadzenie katalogu maksymalnych dopuszczalnych stawek nie oznacza automatycznego akceptowania przez oceniających stawek w ich maksymalnie dopuszczonej wysokości. Oceniający każdorazowo zobowiązani są do weryfikacji kosztów zgodnie z zasadą efektywnego zarządzania finansami.
7. Jeśli koszt nie został ujęty w katalogu, istnieje możliwość odniesienia się do ceny podobnej kategorii kosztowej.
8. Wydatki, które nie zostały w nim ujęte powinny być zgodne z cenami rynkowymi oraz powinny spełniać zasady kwalifikowalności wydatków określone w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.
9. Wykaz dopuszczalnych stawek dla towarów i usług oraz standardów usług nie stanowi katalogu zamkniętego i może być rozszerzany o nowe pozycje. W przypadku wystąpienia w budżecie projektu kosztu spoza katalogu oceniający

każdorazowo zobowiązani są do dokonania oceny tego kosztu z perspektywy efektywności i racjonalności kosztowej, w tym spełniania odpowiedniej relacji nakład – rezultat.

10. Katalog ten jest obowiązkowym narzędziem oceny racjonalności i efektywności kosztów oraz realizacji usług.
11. Koszty zatrudnienia personelu projektu należy weryfikować z uwzględnieniem m.in. wielkości projektu, złożoności działań, liczebności grupy docelowej, rodzaju wykonywanej pracy, zaangażowania czasowego, kwalifikacji, kompetencji i doświadczenia zawodowego kadry. Projektodawca powinien zawrzeć we wniosku wyczerpujące uzasadnienie przyjętych stawek oraz dysponować dokumentacją, w oparciu o którą zostały ustalone (np. analizami finansowymi).
12. W części II został zamieszczony dokument Dzienny dom opieki medycznej – organizacja i zadania (standard DDOM), przyjętym w formie uchwały przez Komitet Sterujący w dniu 19.09.2017 r. nr 49/2017/XIV.
13. Zgodnie ze standardem DDOM, opieka dla pacjentów musi być realizowana przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, w składzie którego wymagany jest lekarz specjalista w dziedzinie geriatrici lub gerontologii albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrici. Mając jednak na uwadze małą liczbę praktykujących w Polsce lekarzy geriatriców, w przypadku braku możliwości zatrudnienia ww. lekarza specjalisty, i po przeprowadzeniu odpowiedniej analizy potwierdzającej ten fakt, możliwe jest dopuszczenie świadczenia usług w ramach DDOM przez zespół medyczny, w którym zamiast geriatrici mógłby zostać zaangażowany lekarz innej specjalizacji – z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych.

Część II. Dzienny dom opieki medycznej - organizacja i zadania

Słownik:

- 1) **Deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej** - są to wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form świadczeń zdrowotnych w środowisku lokalnym mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych, zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży;
- 2) **Dzienny dom opieki medycznej (DDOM)** - jest jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych;
- 3) **Indywidualny plan wsparcia** — plan pracy terapeutycznej z uczestnikiem, tworzony na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany;
- 4) **Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)** — wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcyjnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych;
- 5) **Osoba korzystająca ze wsparcia** – osoba bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach dziennego domu opieki medycznej;
- 6) **Koszt pobytu** – wszystkie koszty związane z objęciem opieką osób zakwalifikowanych do pobytu w dziennym domu opieki medycznej;
- 7) **Pobyt w dziennym domu opieki medycznej** – korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) świadczonych w dziennym domu opieki medycznej;

- 8) **Rodzina** – osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące lub wskazane przez osobę zakwalifikowaną do dziennego domu opieki medycznej;
- 9) **Zespół terapeutyczny** – zespół powoływany do kompleksowej opieki nad osobami zakwalifikowanymi do dziennego domu opieki medycznej.

Wstęp

Poniższy standard dziennego domu opieki medycznej został przetestowany w ramach projektów pilotażowych PO WER. W wyniku realizacji PO WER na obszarze województwa dolnośląskiego powstały dwie tego typu placówki, zaobserwowane zostało także zapotrzebowanie na tworzenie kolejnych. Jest to możliwe poprzez upowszechnienie wypracowanych w PO WER rozwiązań na Dolnym Śląsku z wykorzystaniem środków RPO WD 2014-2020.

I. Cele

Główny cel:

Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój systemu świadczeń zdrowotnych dla osób niesamodzielnych, w tym osób starszych.

Zaplanowane działanie ma na celu poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami starszymi, poprzez przygotowanie i wdrożenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających rozwój form świadczeń zdrowotnych.

Projektowane rozwiązanie stanowi realizację działań na rzecz osób starszych i niesamodzielnych, określonych w dokumencie pn.: „Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”, przyjętym Uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 (M.P. z 2014 r., poz. 118). Główne zidentyfikowane wyzwania dla polityki senioralnej, wokół których wypracowano kierunki interwencji, to m.in. wydłużenie okresu aktywności zawodowej, wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej, zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi). Jednocześnie należy zaznaczyć, iż kwestie związane z koniecznością podjęcia działań na rzecz osób starszych w obszarze zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych zostały ujęte w rozdziale 2 pn.: „*Zdrowie i samodzielność*”, w szczególności w podrozdziale 2.1.1 Priorytet 1. pn.: „*Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług*

medycznych dla osób starszych” oraz w podrozdziale 2.1.3 Priorytet 3. pn.: „Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych”.

Projektowane rozwiązania zostały przygotowane w oparciu o dokument pn. „*Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*”, opracowany przez Zespół do spraw gerontologii, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 13, poz. 87, z późn. zm.), jak również z uwzględnieniem zaleceń zawartych w Informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach przeprowadzanej w Ministerstwie Zdrowia kontroli P/14/062 pn. „*Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*”.

Cele pośrednie:

- poprawa jakości zarządzania finansowego w ochronie zdrowia poprzez wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej;
- rozwój sektora usług medycznych świadczonych w warunkach zbliżonych do domowych,
- rozwój nowych form dziennej opieki nad osobami niesamodzielnymi;
- poprawa stanu zdrowia osób niesamodzielnych;
- zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród osób niesamodzielnych;
- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, rozwój wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych (edukacja, wsparcie psychologiczne).

II. Realizatorzy projektu – dzienne domy opieki medycznej (podmioty uprawnione do składania wniosków o dofinansowanie projektów w ramach RPO WD)

Dzienny dom opieki medycznej może być prowadzony przez podmiot leczniczy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Wymóg dotyczy okresu realizacji projektu. Może to być jedna umowa lub większa liczba umów, obejmująca/-ych cały okres realizacji projektu. Brak ww. umowy na którymkolwiek etapie realizacji projektu może być podstawą do odstąpienia od podpisania umowy o dofinansowanie projektu (jeżeli realizacja projektu rozpoczęła się przed podpisaniem umowy o dofinansowanie) lub rozwiązania umowy o dofinansowanie (jeżeli została podpisana przed rozpoczęciem realizacji projektu) przez instytucję

organizującą konkurs. Dzienny dom opieki medycznej jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego, który złoży wniosek o dofinansowanie projektu.

III. Osoby korzystające ze wsparcia w dziennym domu opieki medycznej

Do dziennego domu opieki medycznej mogą być przyjęci:

- pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;
- pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Wsparcie skierowane będzie do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 lat których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach dziennego domu opieki medycznej będą objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).

Pacjenci w wieku powyżej 65 powinni stanowić min. 50% łącznej liczby pacjentów. Podstawowe cele kwalifikowania pacjentów do domu opieki medycznej to: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki - możliwe do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego - co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką.

W dziennym domu opieki medycznej będzie mogło przebywać równocześnie 25 pacjentów.

IV. Kryteria wyłączenia z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej

Ze względu na charakter opieki świadczonej w dziennym domu opieki medycznej, ze wsparcia wyłączone będą osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

V. Zasady kwalifikowania i tryb kierowania do dziennego domu opieki medycznej

Kierowanie do dziennego domu opieki medycznej odbywa się na podstawie skierowania (załącznik nr 1) oraz karty oceny stanu klinicznego, sporządzanej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel) (załącznik nr 2). Skierowanie do dziennego domu opieki medycznej wydaje:

- lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;
- w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.

VI. Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej

Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne). W pierwszym miesiącu, zaleca się, aby pacjenci przebywali w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie. Ponadto, istnieje możliwość uelastycznienia godzin i dni pobytu - jednak uzależnione jest to wyłącznie potrzebami zdrowotnymi pacjenta.

Podmiot leczniczy prowadzący dzienny dom opieki medycznej zobowiązany jest do opracowania regulaminu organizacyjnego działania dziennego domu opieki medycznej, który będzie określał w szczególności godziny pracy.

VII. Czas pracy dziennego domu opieki medycznej

Dzienny dom opieki medycznej funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania domu może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb.

VIII. Zakres świadczeń udzielanych w ramach dziennego domu opieki medycznej

Dzienny dom opieki medycznej zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach domu opieki medycznej należą:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnowania;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się pacjentowi w ramach projektu Europejskiego Funduszu Społecznego niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone będą zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania. Wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.

Świadczenia zdrowotne udzielane w trakcie pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej:

– **najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta**

Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków. Zastosowanie określonych i wskazanych poniżej narzędzi do oceny stanu zdrowia pacjenta powinno być zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie całościowa ocena geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13.

Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:

a) w przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż:

- ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem.
- ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

b) w przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż.:

- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem;
- ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- ocenę stanu umysłowego:
 - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.
 - określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.

- **na koniec każdego miesiąca**

Zespół terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta i jego opiekunów faktycznych, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie

o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.

- **przed wypisaniem pacjenta**

Konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia. W uzasadnionych przypadkach, w sytuacji gdy personel dziennego domu opieki medycznej uzna to za konieczne istnieje możliwość nawiązania współpracy z pracownikiem socjalnym. Pracownik socjalny, wykonujący swoje zadania na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769, z późn. zm.), przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, etc. Koszt wynagrodzenia pracownika socjalnego nie jest pokrywany ze środków projektu.

- **po wypisaniu pacjenta**

W celu podtrzymania efektów pobytu należy prowadzić działania stymulujące pacjenta do samodzielnej pracy oraz monitorujące stan pacjentów po opuszczeniu dziennego domu opieki medycznej polegające na:

- prowadzeniu wizyt domowych (1-2) przez fizjoterapeutę, w trakcie których uczyłby on ćwiczeń rehabilitacyjnych i udzielał porad w zakresie podtrzymania efektów działań prowadzonych w dziennym domu opieki medycznej w warunkach domowych;
- wykonywania rozmów telefonicznych przez personel dziennego domu opieki medycznej (po wcześniejszym ewentualnym wyznaczeniu opiekuna danego pacjenta), monitorujących stan zdrowia pacjenta w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu wsparcia;
- nawiązania współpracy personelu dziennego domu opieki medycznej z pielęgniarką środowiskową, która – w razie zdiagnozowania potrzeby - będzie świadczyła usługi na rzecz pacjenta w zakresie spraw socjalnych poprzez instytucje, stowarzyszenia, organizacje pozarządowe oraz placówki ochrony zdrowia.

IX. Wymagania dotyczące personelu

Opieka dla pacjentów realizowana będzie przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w składzie:

- 1) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;

- 2) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
- 3) lekarz specjalista w dziedzinie geriatric - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby. Mając na uwadze małą liczbę praktykujących w Polsce lekarzy geriatric, w przypadku braku możliwości zatrudnienia ww. lekarza specjalisty, i po przeprowadzeniu odpowiedniej analizy potwierdzającej ten fakt, możliwe jest dopuszczenie świadczenia usług w ramach DDOM przez zespół medyczny, w którym zamiast geriatric mógłby zostać zaangażowany lekarz innej specjalizacji – z zakresu medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych.;
- 4) pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu, magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatricznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatricznej”
- 5) pielęgniarka - posiadająca doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekłe chorymi; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatricznej”
- 6) osoba prowadząca fizjoterapię – zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatricznej”; – 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów;
- 7) opiekun medyczny – zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatricznej” - 1 etat w przeliczeniu na 15 pacjentów
- 8) terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo
- 9) psycholog lub psychoterapeuta – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo

Dopuszcza się możliwość angażowania do zespołu terapeutycznego w przypadku zdiagnozowania u pacjenta potrzeby w tym zakresie:

1) dietetyka, który z chwilą przyjęcia pacjenta do domu opieki medycznej opracuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów, będzie udzielał pacjentom i ich rodzinom porad w zakresie żywienia;

2) logopedy lub afazjologa, który będzie udzielał świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;

Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny obowiązany będzie do przeprowadzania cotygodniowych porad w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji oraz ustalenia dalszego planu terapii. W cotygodniowych poradach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego musi uczestniczyć co najmniej 50% składu zespołu. Dodatkowo, w przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów, można nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

X. Wymagania dotyczące zaplecza dziennego domu opieki medycznej

Pomieszczenia muszą być dostosowane dla osób niesamodzielnych i starszych. Wymagane będzie spełnianie warunków określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

W budynku lub w zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń, muszą być zapewnione co najmniej następujące warunki:

- 1) szatnia;
- 2) toalety dla pacjentów - odrębne dla kobiet, mężczyzn oraz personelu;
- 3) łazienka z umywalką, prysznicem i krzesłem wraz z uchwytami oraz wydzielonym pomieszczeniem na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny;
- 4) dyżurka lekarska i pielęgniarska oraz gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem;
- 5) pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej;
- 6) pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową;
- 7) pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia, pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożywania posiłku, pomieszczenie z zestawem

wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią);

8) pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej wyposażone co najmniej w następujący sprzęt do:

- kinezyterapii (piłki, laski do ćwiczeń, drabinki, materace, rotor do ćwiczeń kończyn górnych, rotor do ćwiczeń kończyn dolnych, stół rehabilitacyjny, UGUL),
- krioterapii miejscowej,
- masażu (stół do masażu),
- elektrolecznictwa,
- światłolecznictwa,
- leczenia polem elektromagnetycznym.

9) pomieszczenie dla chorych częściowo leżących z co najmniej 2 łózkami na 10-15 uczestników programu, szafką przyłóżkową oraz umywalką w pomieszczeniu;

10) gabinet diagnostyczno-zabiegowy.

W dziennym domu opieki medycznej musi być zapewniony następujący sprzęt medyczny:

- 1) aparat EKG;
- 2) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej;
- 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
- 4) zestaw do reanimacji;
- 5) glukometr;
- 6) stetoskop;
- 7) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

XI. Trwałość projektu

Realizatorzy projektu zobowiązani są do zapewnienia jego trwałości. Finansowanie w okresie trwałości projektu obejmować będzie świadczenia z NFZ-jeżeli będą dostępne, a w przypadku ich braku z opłat pacjentów lub ich rodzin, które nie będą generować dochodu. W razie braku kontraktu NFZ lub chętnych do korzystania z usług DDOM realizator zobowiązany jest do utrzymania gotowości do wykonywania usług DDOM i prowadzenie działań informacyjnych o możliwości korzystania z jego usług.

XII. Wskaźniki monitorowania projektu

Realizacja projektu wiąże się z obowiązkiem monitorowania szeregu wskaźników, które należy wpisać we wniosku o dofinansowanie (jeśli nie są dostępne na liście rozwijanej) albo wybrać z listy wskaźników dostępnej w systemie SOWA EFS RPDS (o ile są na liście rozwijanej). Szczegółowe informacje na temat wskaźników obowiązkowych do realizacji w ramach konkursu są zamieszczone w załączniku nr 8 do regulaminu.

XI. Katalog innych kosztów związanych z działaniem dziennego domu opieki medycznej możliwych do sfinansowania w ramach projektu

Przy konstruowaniu budżetu projektu projektodawca obowiązany jest do kierowania się Wytycznymi horyzontalnymi w zakresie kwalifikowania, w tym w szczególności racjonalnością i efektywnością wydatków. Każdy projektodawca zobowiązany jest do zachowania zasady efektywnego zarządzania finansami nie tylko na poziomie poszczególnych wydatków, ale również na poziomie całego projektu. W związku z powyższym na etapie negocjacji wniosku o dofinansowanie projektodawca może zostać zobowiązany do przedstawienia potwierdzenia należytego szacowania kosztów. W tym celu beneficjent powinien przedstawić wyliczenia/kalkulacje potwierdzające rynkowość uwzględnionych w budżecie cen. Należy pamiętać, że wykazanie danego wydatku w budżecie projektu nie zwalnia beneficjenta z konieczności ponoszenia wydatków zgodnie z zasadą należytego zarządzania finansami. Oznacza to, że nawet zatwierdzenie wydatku we wniosku o dofinansowanie nie przesądza, że dokładnie taka sama kwota jest możliwa do wydatkowania w ramach projektu. Może się bowiem okazać, że z przeprowadzonej procedury wyboru wykonawcy (zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych lub zasadą konkurencyjności), faktyczna wartość usługi będzie odbiegać od wartości usługi zaprojektowanej w budżecie projektu. W ramach projektów o charakterze deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi kwalifikowalne są w szczególności następujące kategorie wydatków:

- wynagrodzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne – badania zlecone przez lekarza specjalistę (łączny koszt tych badań nie może przekroczyć kwoty 3 000 zł dla jednego pacjenta w ramach całego pobytu w dziennym domu opieki medycznej) – wymaga każdorazowego udokumentowania wskazania do wykonania badania,
- zabezpieczenie leków doraźnych, pierwszej pomocy, wyrobów medycznych, które nie wynikają z planu leczenia i pielęgnacji pacjenta,

- wydatki poniesione na zakup materiałów gospodarczych oraz wyrobów medycznych i materiałów wykorzystywanych w terapii zajęciowej i usprawnianiu ruchowym,
- opłaty za utrzymanie pomieszczeń (czynsz, najem, opłaty administracyjne),
- opłaty za energię elektryczną, ciepłą, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków,
- wyposażenie w sprzęt obiektu przeznaczonego bezpośrednio na dzienny dom opieki medycznej (w wysokości określonej przez system realizacji RPO WD).

Załącznik nr 1

WZÓR

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

.....
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca

– do dziennego domu opieki medycznej.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć
podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia
zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

Załącznik nr 2

WZÓR

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel ¹⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ²⁾	Wynik ³⁾
1	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała:	

	0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji⁴⁾	

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga¹⁾ skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....
.....
.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia
zdrowotnego

¹ Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”.

Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

²⁾ W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

³⁾ Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

⁴⁾ Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.

Część III. Katalog stawek cen towarów i usług

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 (rozdz. 8.3, pkt. 9) z dnia 19 września 2016 r. Instytucja Pośrednicząca określiła ceny rynkowe w zakresie najczęściej pojawiających się wydatków w danej grupie realizowanych projektów tzw. minimalny standard usług i katalog stawek (w tym wynagrodzeń) w ramach projektów konkursowych, finansowanych z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 w ramach Działania 9.3 B Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Maksymalna dopuszczalna cena została wyliczona w sposób następujący: średnia cena rynkowa uzyskana z badania rynku (10 ofert), następnie kwota zaokrąglona w górę do pełnych złotych (przy kwotach od 1,00 zł do 99,00 zł), do pełnych dziesiątek złotych (przy kwotach od 100,00 zł do 999,00 zł) lub do pełnych setek złotych (przy kwotach od 1 000,00 zł). Wskazane maksymalne ceny są cenami brutto.

Tabela 1. Mechanizm racjonalnych usprawnień

Rodzaj wydatku	Jednostka	Maksymalna dopuszczalna stawka na osobę
Mechanizm racjonalnych usprawnień – projekty ogólnodostępne (mechanizm jest uruchamiany w trakcie realizacji projektu)	osoba	12 000,00 zł
Koncepcja uniwersalnego projektowania – projekty dedykowane	osoba	Zgodnie z rzeczywistymi potrzebami osób z niepełnosprawnościami zdiagnozowanymi na etapie przygotowania wniosku o dofinansowanie

Tabela 2. Sprzęt komputerowy i inny

Rodzaj wydatku	Jednostka	Maksymalny dopuszczalny koszt (w złotych brutto)
Komputer lub laptop z oprogramowaniem	sztuka	3 500,00 zł
Drukarka	sztuka	800,00 zł
Tablica interaktywna	sztuka	4 500,00 zł
Projektor/rzutnik	sztuka	2 200,00 zł
Urządzenie wielofunkcyjne	sztuka	1 600,00 zł
Niszcarka	sztuka	1 400,00 zł
Flipchart	sztuka	320,00 zł
Tablica suchościeralna	sztuka	330,00 zł

Wydatki te co do zasady nie powinny być kwalifikowalne w ramach projektów, chyba, że jest to niezbędny sprzęt do realizacji konkretnego zakresu merytorycznego danego zadania. Niezbędność tych zakupów wynika np. ze specyfiki wsparcia oferowanego w projekcie, wielkości grupy docelowej, a konieczność zakupu tego sprzętu została uzasadniona we wniosku o dofinansowanie.

Wnioskodawca decydując się na realizację projektu powinien posiadać urządzenia techniczne umożliwiające przeprowadzenie zaplanowanych form wsparcia.

W wyjątkowych przypadkach, gdy Wnioskodawca nie posiada wystarczającego zaplecza technicznego i urządzenia te są niezbędne do prowadzenia zajęć, wydatek należy uznać za kwalifikowalny.

Koszt laptopa obejmuje zakup systemu operacyjnego, oprogramowania Microsoft Office i oprogramowania antywirusowego. Cena rynkowa powinna być uzależniona od rodzaju laptopa i jest niższa, jeśli finansowany jest mniejszy zakres (np. zakup laptopa z systemem operacyjnym i oprogramowaniem antywirusowym, ale bez oprogramowania Microsoft Office).

Wypożyczenie stanowiska pracy personelu projektu (z wyłączeniem personelu, który zgodnie z Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 ujęty jest w kosztach

pośrednich) jest kwalifikowalne w przypadku spełnienia łącznie następujących warunków:

- a) Personel projektu, dla którego przeznaczone jest wyposażenie stanowiska pracy zatrudniony jest na podstawie stosunku pracy w wymiarze co najmniej ½ etatu. W przypadku personelu projektu zaangażowanego na podstawie stosunku pracy w wymiarze poniżej ½ etatu lub na podstawie innych form zaangażowania, koszty związane z wyposażeniem stanowiska pracy personelu projektu są niekwalifikowane.
- b) Wydatki na wyposażenie stanowiska pracy mogą być uznane za kwalifikowane pod warunkiem ich bezpośredniego wskazania we wniosku o dofinansowanie wraz z uzasadnieniem dla konieczności ich zakupu.

Część IV. Podstawy prawne i dokumenty programowe

Minimalny standard usług i katalog stawek nie jest katalogiem zamkniętym i wszelkie koszty usług/towarów, które nie zostały w nim ujęte powinny być zgodne z cenami rynkowymi oraz spełniać zasady kwalifikowalności.

Fakt wskazania danej stawki we wniosku o dofinansowanie nie może być podstawą beneficjenta do "uzasadnienia" wydatku uznanego za niekwalifikowalny na etapie zatwierdzania wniosku o płatność i/lub kontroli (jeżeli wystąpią podstawy do uznania wydatków za niekwalifikowalne).

Beneficjent jest zobowiązany do realizowania projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie projektu oraz do przestrzegania wszelkich postanowień umowy o dofinansowanie projektu w ramach RPO WD zawartej pomiędzy nim a instytucją pośredniczącą RPO WD.

W związku z udzielaniem pomocy publicznej beneficjent jest zobowiązany do monitorowania beneficjentów pomocy w zakresie przestrzegania zasad pomocy publicznej, w tym pomocy de minimis i informowania o wszelkich nieprawidłowościach IOK. Sposób monitorowania beneficjentów pomocy beneficjent przedstawia we wniosku o dofinansowanie projektu.

Realizacja wsparcia w ramach RPO WD 2014-2020 Działania 9.3 B w kwestiach nieuregulowanych w przedmiotowym dokumencie powinna być zgodna z przepisami prawa krajowego i wspólnotowego oraz dokumentami programowymi na lata 2014-2020.

Realizacja wsparcia powinna uwzględniać regulacje prawne i dokumenty programowe, wymienione w Rozdziale I, Podrozdziale 2 Regulaminu konkursu „Podstawy prawne”.