



**Działanie 6.21 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych
i usług opieki długoterminowej, typ 3
Nabór nr: FEPZ.06.21-IP.01-002/25**

- 1. Czy w ramach wsparcia projektowego możliwe jest finansowanie zajęć z integracji sensorycznej jako formy terapii wspomagającej dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, w tym ze spektrum autyzmu? Czy takie zajęcia mogą być kwalifikowalne w kontekście celów naboru i charakterystyki wsparcia?**

Odpowiedź: Zajęcia z integracji sensorycznej mogą być uznane za kwalifikowalne **pod warunkiem**, że:

- są częścią oferty ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej lub Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (I lub II poziom referencyjny) **posiadającego umowę z NFZ** i prowadzonego na terenie województwa zachodniopomorskiego, prowadzą do zwiększenia liczby godzin takiego wsparcia świadczonych przez podmiot,
- wynikają z **diagnozy potrzeb uczestników projektu** (np. dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, w tym ze spektrum autyzmu),
- stanowią **nową lub niewystarczająco dotąd realizowaną usługę** w ramach wsparcia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej.

- 2. W jaki sposób należy prawidłowo rozliczyć wynagrodzenie wnioskodawcy – osoby fizycznej prowadzącej jednoosobową działalność gospodarczą – w kosztach bezpośrednich projektu? Dodatkowo, prosimy o informację, czy możliwe jest rozliczenie samozatrudnionego, będącego jednocześnie beneficjentem projektu, na podstawie noty księgowej – oraz czy w tym zakresie istnieją jakieś ograniczenia lub rekomendacje?**

Odpowiedź: Zgodnie z **podrozdziałem 3.8 pkt 16** Wytycznych kwalifikowalności, **koszt zaangażowania osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą będącej beneficjentem projektu jest kwalifikowalny, pod warunkiem:**

- wyraźnego wskazania tej formy zaangażowania we wniosku o dofinansowanie projektu,
- określenia zakresu obowiązków tej osoby w projekcie,
- **rozliczania wynagrodzenia na podstawie noty księgowej.**

Niemniej jednak, należy także uwzględnić regulacje dotyczące kosztów pośrednich (podrozdział 3.12), które **wyraźnie rozdzielają koszty bezpośrednie i pośrednie.**

Zgodnie z pkt 6 tego podrozdziału: „**Niedopuszczalne jest rozliczanie kosztów**

pośrednich w ramach kosztów bezpośrednich. W przypadku wykazania takiego kosztu w kosztach bezpośrednich – uznaje się go za niekwalifikowalny.”

W związku z tym, aby wynagrodzenie samozatrudnionego beneficjenta mogło być **kosztem bezpośrednim**, musi ono:

- **dotyczyć konkretnych zadań merytorycznych realizowanych w projekcie**, a nie działań o charakterze administracyjnym, zarządczym, rozliczeniowym itp. (czyli typowo pośrednich),
- mieć bezpośrednie przełożenie na osiągnięcie celów projektu, np. prowadzenie terapii, wsparcia uczestników, edukacji rodzin itp.,
- nie pokrywać się z czynnościami objętymi katalogiem kosztów pośrednich (np. zarządzanie, księgowość, prowadzenie rejestrów).

Dodatkowo, należy pamiętać, że:

- koszty pośrednie w projektach EFS+ są rozliczane **wyłącznie ryczałtowo**, w wysokości zależnej od wartości kosztów bezpośrednich (np. 15% przy projektach powyżej 1 740 000 zł),
- nie można „dublować” zakresów – tj. nie można wykazać osoby zaangażowanej administracyjnie jako koszt bezpośredni.

3. Wnioskodawca prowadzi księgowość w formie podatkowej książki przychodów i rozchodów oraz planuje wyodrębnienie ewidencji księgowej projektu. Czy w tym zakresie IP posiada konkretne zalecenia dotyczące sposobu ewidencji kosztów (np. poprzez dedykowany rejestr, oznaczenia, konta pomocnicze)?

Odpowiedź: Tak – Instytucja Pośrednicząca nakłada konkretne obowiązki w zakresie prowadzenia ewidencji księgowej projektu, wynikające z zapisów umowy (§7 ust. 1 i 2):

1. **Wnioskodawca jest zobowiązany do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej projektu**, w sposób umożliwiający przejrzystą identyfikację wszystkich operacji finansowych związanych z realizacją projektu – z **wyłączeniem kosztów pośrednich**, które są rozliczane ryczałtem.
2. **Dokumenty księgowe muszą być odpowiednio opisane**, tak aby widoczny był związek z projektem – co najmniej poprzez wskazanie **numeru projektu**, którego dany dokument dotyczy.
3. Obowiązki te dotyczą również **partnerów/realizatorów**, o ile są zaangażowani w projekt, i obejmują część projektu przez nich realizowaną.

W przypadku prowadzenia księgowości uproszczonej (np. KPiR), sposób wyodrębnienia ewidencji może przyjąć formę np.:

- dodatkowego rejestru księgowego (np. w Excelu lub systemie finansowo-księgowym),
- oznaczania dowodów księgowych w sposób umożliwiający identyfikację wydatków projektowych (np. przez kodowanie: „FEPZ/2025/XX”),
- prowadzenia zestawień pomocniczych, które będą podstawą do sporządzania wniosków o płatność i zestawień wydatków.

Ponadto, zgodnie z §8 umowy:

- **wydatki powinny być realizowane wyłącznie z wyodrębnionego rachunku bankowego projektu**, wskazanego w umowie – wyjątki dopuszczalne są tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach, a ich brak uzasadnienia może skutkować uznaniem wydatków za niekwalifikowalne,
- **wszystkie płatności muszą być zgodne z zatwierdzonym harmonogramem płatności i budżetem projektu**, a wydatki nieujęte w budżecie mogą być rozliczane tylko wtedy, gdy są niezbędne, racjonalne i bezpośrednio związane z zaplanowanymi zadaniami.

4. Czy w ramach projektu możliwe jest zaplanowanie i sfinansowanie udziału w szkoleniu typu MBA dla wnioskodawcy będącego osobą fizyczną prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą – jako formy podnoszenia kwalifikacji związanej z realizacją projektu?

Odpowiedź: Szkolenia i działania podnoszące kwalifikacje personelu są co do zasady kwalifikowalne, **jeśli dotyczą personelu medycznego, terapeutycznego lub niemedycznego zaangażowanego w realizację projektu** oraz **pozostają w bezpośrednim związku z celami i zakresem wsparcia projektu**, czyli m.in. zwiększaniem dostępności i jakości środowiskowych form opieki psychiatrycznej.

Studia typu MBA, mimo że są formą rozwoju kompetencji zarządczych, mają zazwyczaj charakter ogólny i długoterminowy, dlatego ich sfinansowanie **wymaga dobrego uzasadnienia**, szczególnie w kontekście:

- konieczności wykazania związku z działaniami wspierającymi reformę psychiatrii środowiskowej,
- ograniczenia czasowego realizacji projektu: **realizacja projektu nie może trwać dłużej niż 36 miesięcy**, a rozpoczęcie następuje **nie wcześniej niż w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie**. Tymczasem wiele programów MBA trwa 18–24 miesiące lub dłużej, co

może stanowić istotne ograniczenie w kontekście realizacji, ukończenia i rozliczenia tej formy wsparcia w ramach projektu.

Uzasadnienie takiego wydatku będzie podlegało ocenie podczas weryfikacji zasadności i efektywności takiej formy wsparcia.

5. **Czy w kosztach bezpośrednich projektu można uwzględnić zatrudnienie osoby pracującej na recepcji, której zadania obejmują m.in. weryfikację danych pacjentów, rejestrację, a także bieżące wsparcie lub opiekę nad dzieckiem w czasie korzystania ze wsparcia? Czy taka rola może być kwalifikowana jako forma wsparcia otoczenia dziecka?**

Odpowiedź: Tak – **jeśli osoba ta pełni funkcję wsparcia otoczenia dziecka**, a więc:

- rejestruje pacjentów, weryfikuje dane, **udziela wsparcia lub opieki nad dzieckiem** w trakcie terapii,
- działa w strukturze ośrodka prowadzącego projekt.

W projekcie należy ewidencjonować działania prowadzone przez taką osobę na rzecz pacjentów finansowanych z projektu, np. jeśli otwierana jest filia i taka osoba będzie zatrudniona w pełnym wymiarze czasu a placówka w pełni będzie obsługiwała tylko pacjentów finansowanych z projektu EFS+, wówczas taki wydatek będzie finansowany w 100%. W każdym innym przypadku należy zastosować proporcjonalny podział wynagradzania nakładu pracy jaki jest ponoszony na rzecz pacjentów projektu. Należy to opisać np. jako suplement do umowy, zakres czynności, karta czasu pracy itp.

Taka rola może być uznana za **część kompleksowego wsparcia środowiskowego**, szczególnie jeśli realnie wpływa na zwiększenie dostępności i jakości usług dla dzieci i młodzieży.

6. **W regulaminie znajduje się zapis dotyczący możliwości objęcia wsparciem *personelu medycznego i niemedycznego*, jednak nie odnajdujemy jednoznacznej informacji, czy dotyczy to również osób współpracujących z Wnioskodawcą na podstawie umowy cywilnoprawnej (umowa zlecenia). Czy osoby zatrudnione na podstawie umowy zlecenia, świadczące usługi terapeutyczne lub wspierające działalność placówki (np. psychoterapeuci, terapeuci środowiskowi), mogą zostać zakwalifikowane jako uczestnicy projektu i korzystać ze szkoleń finansowanych w jego ramach?**

Odpowiedź: Zgodnie z Wytocznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków EFS+ oraz zapisami regulaminu naboru, możliwe jest uznanie osób współpracujących z Beneficjentem na podstawie umowy cywilnoprawnej (np. zlecenie) lub w formule B2B (działalność gospodarcza) za **personel projektu**, o ile:

- są zaangażowane w realizację zadań merytorycznych projektu (np. prowadzenie terapii, wsparcie środowiskowe, edukacja rodzin),
- forma ich współpracy i zakres obowiązków zostały jednoznacznie wskazane we wniosku o dofinansowanie,
- realizowane przez nich zadania są związane z celem projektu i przyczyniają się do osiągnięcia wskaźników.

Tym samym takie osoby mogą również zostać zakwalifikowane jako **grupa docelowa**, o której mowa w naborze, tj. „*personel medyczny, terapeutyczny i niemedyczny sprawujący opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*”.

7. Czy możliwe jest szkolenie osób, które nie będą zatrudnione w ramach projektu (czyli nie będą finansowane z budżetu projektu jako personel), lecz będą świadczyć usługi na rzecz Wnioskodawcy na podstawie umowy zlecenia w okresie realizacji projektu lub przed jego rozpoczęciem? Czy w takim przypadku czas ich udziału w szkoleniach będzie kwalifikowalny?

Odpowiedź: W przypadku gdy ww. osoby świadczą usługi w ramach projektu, a planowane szkolenia mają na celu:

- podniesienie ich kwalifikacji zawodowych niezbędnych do realizacji zadań projektowych (np. wdrażania nowych usług terapeutycznych),
 - poprawę jakości świadczenia opieki środowiskowej,
- ich udział w szkoleniach **może zostać uznany za kwalifikowalny koszt projektu**, a dane osoby należy ująć w ramach odpowiedniego wskaźnika produktu:
- „Liczba osób personelu medycznego, terapeutycznego i niemedycznego uczestniczących w działaniach podnoszących kwalifikacje/kompetencje.”*

8. Jeżeli możliwe jest szkolenie takich zleceniobiorców (niezatrudnionych w ramach projektu), to czy takie działanie będzie traktowane jako pomoc publiczna lub pomoc de minimis?

Odpowiedź: Niezależnie od tego, czy osoby te otrzymują wynagrodzenie za realizację zadań w projekcie, należy przeanalizować, czy w związku z ich udziałem w szkoleniu występują przesłanki pomocy de minimis. W szczególności – gdy osoba:

- prowadzi działalność gospodarczą (np. psychoterapeuta z własnym gabinetem),
- dzięki szkoleniu finansowanemu z projektu nabywa nowe kwalifikacje, które następnie komercyjnie wykorzystuje poza projektem (np. wprowadza nową usługę do swojej oferty),
- a sama usługa szkoleniowa nie jest odpłatnie świadczona przez nią w ramach projektu,

to może dojść do sytuacji, w której **udzielona zostaje pomoc de minimis**, ponieważ osoba ta uzyskuje **korzyść ekonomiczną** i trwałą przewagę rynkową.

Wówczas, zgodnie z obowiązującymi przepisami i **Załącznikiem nr 1 do Instrukcji wypełniania wniosku o dofinansowanie – Identyfikacja pomocy publicznej/de minimis**, Wnioskodawca (Beneficjent):

- dokonuje analizy przesłanek pomocy (test pomocy),
- identyfikuje pomoc de minimis na **drugim poziomie** (udzielana uczestnikowi projektu, nie beneficjentowi),
- nie zaznacza pomocy w sekcji Budżet projektu, ale uzupełnia wymagane pola dot. spełnienia kryterium zgodności z pomocą publiczną/pomocą de minimis. Beneficjent musi zebrać **odpowiednie dokumenty uczestnika projektu** (formularz informacji, oświadczenia o pomocy) oraz wystawić mu zaświadczenie o udzielonej pomocy.

9. Na stronie 94 regulaminu konkursu wskazano zakres wsparcia możliwy do realizacji w ramach naboru. Proszę o wyjaśnienie jak rozumiana jest w ramach projektu "realizacja usług medycznych, w tym realizacja nowych usług nie wdrażanych wcześniej lub realizowanych w niewielkim stopniu" i co może się na nią złożyć. Czy standardowa usługa medyczna polegająca na wizycie pacjenta dobraniu i zastosowaniu odpowiedniej terapii i farmakologii może być przedmiotem wsparcia w ramach przedmiotowego konkursu, jeśli nie zostanie zastosowana nowa usługa?

Odpowiedź: Zgodnie z dokumentacją konkursową, „realizacja usług medycznych, w tym realizacja nowych usług nie wdrażanych wcześniej lub realizowanych w niewielkim stopniu” odnosi się do działań, które prowadzą do poszerzenia zakresu dostępnych świadczeń zdrowotnych w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży – zarówno poprzez wdrożenie nowych form wsparcia, jak i rozszerzenie skali usług już realizowanych, lecz dotychczas dostępnych w ograniczonym zakresie.

W tym kontekście, jako kwalifikowane do wsparcia mogą być uznane także standardowe usługi medyczne – polegające m.in. na wizycie pacjenta, doborze odpowiedniej terapii i farmakoterapii – pod warunkiem, że w ramach projektu zostanie zapewnione:

- zwiększenie dostępności do tych usług/ zwiększenie liczby świadczeń (np. poprzez objęcie większej liczby pacjentów niż dotychczas),
- ich realizacja będzie zgodna z celami deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, określonymi w „Strategii Deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”,

- oraz projekt wykaże spójność z danymi zawartymi w Mapie Potrzeb Zdrowotnych, w szczególności w obszarze 7 oraz rekomendacjach wskazanych w załączniku nr 16, pkt 7.1.

W związku z powyższym, świadczenia standardowe – o ile nie stanowią powielenia dotychczasowej działalności w tej samej skali – mogą być elementem wsparcia w ramach konkursu, jeżeli przyczyniają się do poszerzenia oferty wsparcia środowiskowego i zwiększenia liczby osób objętych opieką.

10. W ramach naboru przewidziano kryterium „Infrastruktura wytworzona w ramach projektu”. Czy 20% ograniczenie dotyczące gospodarczego wykorzystania infrastruktury dotyczy tylko działalności pozaleczniczej np. wynajmu sali szkoleniowej, w których zostanie zamontowana klimatyzacja w ramach projektu, czy też całej działalności podmiotu także dotyczącej udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Odpowiedź: Zgodnie z interpretacją pojęcia „gospodarcze wykorzystanie infrastruktury” w kontekście funduszy unijnych i zasad pomocy publicznej, ograniczenie to odnosi się do wszelkiej działalności prowadzonej na zasadach rynkowych – zarówno w zakresie działalności pozaleczniczej, jak i leczniczej.

W związku z tym, świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych (np. w ramach kontraktu z NFZ) nie są uznawane za działalność gospodarczą i mogą być realizowane w całości w infrastrukturze wytworzonej w ramach projektu.

Natomiast świadczenia zdrowotne realizowane komercyjnie, poza systemem publicznym (np. wizyty odpłatne, badania prywatne), jak również wszelka działalność pozalecznicza prowadzona odpłatnie, podlegają łącznemu ograniczeniu – nie mogą przekroczyć 20% zasobów/wydajności infrastruktury w ujęciu rocznym.

Tym samym, 20% limit odnosi się do całkowitego gospodarczego wykorzystania infrastruktury, niezależnie od tego, czy ma ono charakter leczniczy czy pozaleczniczy, o ile odbywa się na zasadach rynkowych.

11. Jakiego rodzaju wsparcie może zostać udzielone otoczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, psychologicznymi oraz uzależnieniami? Czy możliwe jest objęcie wsparciem indywidualnym opiekunów, a także prowadzenie terapii rodzinnych, których celem jest bezpośrednie wspieranie beneficjenta ostatecznego?

Odpowiedź: Tak, na podstawie zapisów regulaminu oraz założeń naboru możliwe i uzasadnione jest:

- a) objęcie wsparciem indywidualnym opiekunów (otoczenia) dzieci i młodzieży

Regulamin jednoznacznie wskazuje, że grupą docelową są również osoby z otoczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, psychologicznymi i uzależnieniami. W związku z tym:

- możliwe jest zaplanowanie indywidualnych form wsparcia dla opiekunów prawnych, rodziców czy innych bliskich osób (np. psychoedukacja, konsultacje, poradnictwo psychologiczne czy wsparcie emocjonalne),
 - takie wsparcie musi być jednak ukierunkowane na poprawę sytuacji dziecka lub młodzieży – czyli wspierać jego proces zdrowienia, stabilizacji czy integracji w środowisku lokalnym.
- b) prowadzenie terapii rodzinnych

Terapia rodzinna jest dopuszczalna i zgodna z celami naboru, gdyż:

- wpisuje się w model psychiatrii środowiskowej i podejście kompleksowe do zdrowia psychicznego,
- wspiera beneficjenta ostatecznego (dziecko/młodzież) poprzez oddziaływanie na jego najbliższe środowisko,
- odpowiada na potrzebę zwiększenia dostępności i jakości usług zdrowotnych dla dzieci i młodzieży.

Warunki, o których należy pamiętać:

1. Działania muszą wynikać z diagnozy potrzeb przeprowadzonej przez Wnioskodawcę.
2. Wsparcie nie może mieć charakteru instytucjonalnego – nie może np. polegać na całodobowej opiece w placówce.
3. Zakres wsparcia musi przyczyniać się do poprawy dostępności i jakości usług zdrowotnych w środowisku lokalnym – czyli być zgodny z ideą deinstytucjonalizacji.
4. Celem musi być wspieranie dziecka lub młodzieży – więc wsparcie otoczenia jest dopuszczalne o ile służy bezpośrednio poprawie sytuacji dziecka.
5. Nie można powielać działań finansowanych z poziomu krajowego, np. programów diagnostycznych realizowanych przez MZ.
6. Wsparcie musi się przyczyniać do wsparcia i rozwoju istniejących Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej i CZP dla dzieci i młodzieży o nowe usługi/miejsca świadczenia tych usług.

12. Jak należy rozumieć wskaźnik rezultatu: „Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej”? Czy należy go interpretować jako liczbę dostępnych miejsc wsparcia – rozumianych jako osoby które mogą zostać objęte pomocą indywidualną/ dostępne godziny pracy terapeutów? Jakie dokumenty będą stanowiły właściwe źródło potwierdzające osiągnięcie tego wskaźnika?

Odpowiedź: Zgodnie z definicją wskaźnika z LWK: „Wskaźnik obejmuje nowo utworzone dzięki wsparciu EFS+ miejsca stacjonarnego świadczenia usług społecznych lub zdrowotnych w społeczności lokalnej. **Liczbę miejsc należy monitorować jako potencjał danej placówki/ośrodka/mieszkania itp. do świadczenia usług, tj. liczbę osób, które mogą w tym samym momencie jednocześnie skorzystać z oferowanych usług (a nie miejsce jako obiekt, w którym dana usługa jest świadczona).**

Przykład: w przypadku utworzonego w projekcie mieszkania wspomagane, mogącego jednocześnie przyjąć 5 osób, należy wykazać 5 utworzonych miejsc świadczenia usług. W przypadku wsparcia istniejących wcześniej placówek świadczenia usług do wskaźnika zliczane są wyłącznie nowe miejsca utworzone dzięki wsparciu EFS+.

Wskaźnik mierzony w ciągu 4 tygodni od zakończenia projektu. Obowiązek weryfikacji wartości wskaźnika należy do instytucji podpisującej umowę z beneficjentem.”

W kontekście naboru dotyczącego wspierania procesu **deinstytucjonalizacji świadczeń opieki zdrowotnej** – w tym poprzez tworzenie i rozwój **Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży** – wskaźnik „**Liczba utworzonych miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej**” należy interpretować **jako liczbę realnie dostępnych miejsc stacjonarnego świadczenia usług**, czyli miejsc, w których **osoby mogą jednocześnie** otrzymywać wsparcie w ramach nowo utworzonych usług dzięki EFS+.

Nie chodzi o liczbę godzin pracy terapeutów czy liczby osób objętych wsparciem, ale o **fizyczny potencjał placówki** – czyli **ile osób jednocześnie** może skorzystać z usług stacjonarnych w danym miejscu.

Przykład: Projekt zakłada utworzenie CZP dla dzieci i młodzieży. W jego ramach powstaje:

- 1 pokój konsultacyjny (1 dziecko + 1 terapeuta jednocześnie),
- 1 sala terapii grupowej (do 6 dzieci jednocześnie),
- 2 gabinety psychologiczne (2 dzieci jednocześnie),
- 1 gabinet psychiatryczny (1 dziecko).
- Wskaźnik = **1 + 6 + 2 + 1 = 10 miejsc świadczenia usług.**

Dokumenty stanowiące źródło potwierdzające osiągnięcie wskaźnika:

Instytucja podpisująca umowę z beneficjentem będzie weryfikować wartość wskaźnika, dlatego warto zapewnić przejrzystość i spójność dokumentacji. **Przykładowe źródła:**

- **Dokumentacja projektowa** – opis działań projektowych związanych z utworzeniem nowych miejsc świadczenia usług.
- **Protokół odbioru/utworzenia placówki/miejsca** – np. dokumenty potwierdzające utworzenie nowego gabinetu terapeutycznego.

- **Rzut/plan lokalu z opisem funkcji pomieszczeń** – pokazujący, ile miejsc jednoczesnego świadczenia usług zostało fizycznie przygotowanych.
- **Zestawienie kadrowe** – może uzupełniać dokumentację, jeśli wskazuje, że dany gabinet został obsadzony i może funkcjonować zgodnie z założeniami.
- **Oświadczenie beneficjenta** z uzasadnieniem liczby miejsc (np. ile osób jednocześnie może przebywać na terapii indywidualnej, w sali terapii grupowej itp.), podpisane przez osobę uprawnioną.

