

Pyt. 1. W nawiązaniu do poprzedniej korespondencji chcielibyśmy doprecyzować kwestie budżetowe, szczególnie w nawiązaniu do zadań Rady Monitorowania.

Napisaliście Państwo o tym, że „warto założyć w projekcie wydatki, które będą ponoszone w celu uczestnictwa w ww. Radzie i realizacji zadań na nią nałożonych”, jednak procentowy udział (wynikający z Programu Profilaktyki) w zestawieniu z budżetem przewidzianym na dany makroregion powoduje, iż kwota będzie niewystarczająca na pokrycie podstawowych wydatków – przy założeniu, że każdy z makroregionów na etapie planowania budżetu przedstawi tożsame zadania.

Czy w związku z powyższym, **czy dopuszczacie Państwo wariant w którym beneficjenci doprecyzują budżet, z szczegółowym podziałem na zadania, po ukonstytuowaniu się Rady Monitorowania?**

Dla przykładu w działaniach w zakresie monitorowania i ewaluacji programu, których realizacja założona jest przez Radę Monitorowania, przewiduje „przygotowanie i wdrożenie programu informatycznego dla POZ i AOS z aplikacjami przeznaczonymi do prowadzenia od strony medycznej oraz administracyjnej pacjentów zakwalifikowanych do programu, usprawniającego zarządzanie danymi umożliwiające bezpieczne przechowywanie danych i tworzenia raportów. Program taki powinien zawierać aplikację umożliwiającą wypełnienie ankiet on-line przez pacjentów lub personel medyczny.

Zgodnie z zapisami Programu, szacunkowy procentowy udział w budżecie dla monitorowania i ewaluacji programu wynosi 2%. Przy budżecie dla regionu centralnego (dla którego budżet wynosi 20,40% kwoty 10 000 000 zł czyli 2 040 000 zł kwota ta wynosić będzie 40 800 zł.

Budowa aplikacji o której mowa powyżej może pochłonąć większy budżet niż powyższa kwota wynikająca z wyliczenia, a podkreślić należy, że działania przewidziane jest tylko jednym z wyszczególnionych w niezamkniętym katalogu działań przewidzianych dla monitorowania i ewaluacji programu.

Dodatkowo założenie, że każdy makroregion dysponować będzie swoim systemem informatycznym, niekorzystnie wpłynąć będzie na interoperacyjność z innymi aplikacjami.

ODPOWIEDŹ:

Podczas tworzenia budżetu projektu Wnioskodawca powinien dołożyć wszelkich starań aby zachować proporcje udziału poszczególnych kategorii wydatków zgodnie z programem profilaktycznym. Niemniej z uwagi na fakt, że przedstawiony w programie procentowy udział kosztów dot. danych działań jest szacunkowy, możliwe jest ewentualne zastosowanie aktualnych szacunków i racjonalnie uzasadniona zmiana proporcji względem tej przedstawionej w programie. Istotnym jest aby ww. zmiana nie wpływała na główne założenia programu.

Z uwagi na fakt, że przygotowanie i wdrożenie programu informatycznego dla POZ i AOS z aplikacjami przeznaczonymi do prowadzenia od strony medycznej oraz administracyjnej pacjentów zakwalifikowanych do programu jest jednym z zadań możliwych do sfinansowania w ramach projektu, we wniosku o dofinansowanie należy zaplanować środki na ww. cel w oparciu o rozeznanie cen rynkowych. Warto zaznaczyć, że zgodnie z kryterium dostępu do konkursu współpraca powinna być nawiązana z co najmniej 10 podmiotami POZ – tak niewielka liczba podmiotów powoduje, że koszt przedmiotowego narzędzia informatycznego nie powinien być zbyt duży i dostosowany do planowanej liczby współpracujących podmiotów w projekcie. Po utworzeniu Rady Monitorowania i ustaleniu podstawowych założeń współpracy między makroregionami, możliwe będzie wystąpienie o dokonanie zmian we wniosku, w tym przesunięcie środków między poszczególnymi pozycjami budżetowymi.

Należy mieć na uwadze, że wskazanie szacunkowych limitów procentowych w kosztach całkowitych na określone działania w projekcie związane jest z faktem, że podstawowym założeniem konkursu jest prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych, a nie działań w zakresie monitorowania i ewaluacji programu.

Pyt. 2. Proszę o potwierdzenie, że do projektu pacjenci mogą wchodzić ścieżką od lekarza POZ bądź po wypełnieniu ankiet bezpośrednio do lekarza specjalisty chorób zakaźnych, tj. czy pacjent może trafić bezpośrednio do lekarza specjalisty chorób zakaźnych z pominięciem lekarza POZ?

ODPOWIEDŹ:

Program nie przewiduje „bocznej ścieżki” do programu. Kwalifikacja odbywa się tylko przez lekarza POZ.

Pyt. 3. W Regulaminie konkursu wskazano że działania w zakresie działań promocyjnych skierowanych do społeczeństwa (przygotowanie kampanii edukacyjno-informacyjnej, przygotowanie materiałów informacyjnych w formie spotu telewizyjnego i radiowego, przeprowadzenie działań informacyjnych w mediach konwencjonalnych (TV, radio, ogłoszenia w prasie lokalnej o realizacji programu), przygotowanie strony internetowej informującej o problemie chorób odkleszczowych, przygotowanie, wydruk plakatów informacyjnych o programie oraz ulotek) **zaleca się aby zadanie było prowadzone przez Radę Monitorowania.**

- a) Czy w związku z powyższym materiały promocyjne, które powstaną mają być jednolite dla wszystkich makroregionów podobnie jak to ma być przy wykonaniu platformy e-learningowej?
- b) Jeśli tak, czy wszystkie makroregiony muszą w jednakowym terminie rozpocząć realizację swoich projektów, by wspólnie uczestniczyć w opracowaniu materiałów promocyjnych i szkoleniowych? Czy należy zaplanować rozpoczęcie realizacji projektu od 1.07.2020?
- c) Czy w budżecie projektu należy zapewnić całą szacowaną kwotę niezbędną do opracowania materiałów promocyjnych i przeprowadzenia kampanii, czy tylko część tej kwoty przypadającą na dany makroregion? Czy w przypadku wspólnego ponoszenia kosztów działań promocyjnych i innych kosztów przez makroregiony, koszty te będą ponoszone/rozliczane zgodnie z procentowym podziałem alokacji konkursu (np. region wschodni 8,66 %?) czy raczej w równych częściach przez poszczególne regiony (każdy - 16,6 %)?

ODPOWIEDŹ:

Ad. a) Materiały promocyjne, które powstaną powinny zostać opracowane pod względem merytorycznym (zleca się, aby materiały były spójne/uzgodnione pod względem identyfikacji wizualnej) przez Radę Monitorowania. Celem takiego podejścia jest zachowanie jednolitości materiałów we wszystkich makroregionach. Należy pamiętać, że wszyscy Beneficjenci wybrani w ramach konkursu w poszczególnych makroregionach są realizatorami jednego programu profilaktycznego.

Ad. b) Nie ma obligatoryjnego wskazania aby wszystkie makroregiony rozpoczęły w jednakowym terminie, aczkolwiek sugestia wskazana w Regulaminie konkursu (lipiec 2020 r.) powinna spowodować, że wszystkie projekty rozpoczną się w podobnych czasie. W przypadku, gdyby któryś z potencjalnych projektów zaczynał się później jego przedstawiciele powinni brać udział w posiedzeniach Rady nawet przed formalnym rozpoczęciem realizacji projektu.

Ad. c) W budżecie projektu należy zapewnić całą szacowaną kwotę niezbędną do opracowania materiałów promocyjnych i przeprowadzenia kampanii. Dopiero po utworzeniu Rady Monitorowania będzie możliwe ewentualne uzgadnianie w zakresie wspólnego prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych oraz przesunięcia wygenerowanych w ten sposób oszczędności.

Pyt. 4. Dot. wskaźników:

- wzrost odsetka nowych rozpoznai boreliozy z Lyme na podstawie rumienia wędrującego z 55% do 80% wśród uczestników programu w 2023 roku.
- spadek odsetka przypadków boreliozy II stadium do 20% wśród uczestników programu w 2023 roku.
- wzrost poziomu wiedzy u 80% uczestników programu oraz 95% osób stanowiących personel medyczny (jako rezultat skuteczności części edukacyjnej), potwierdzony wynikiem ankiet ewaluacyjnych.
- wzrost liczby dodatnich wyników badania laboratoryjnego przeprowadzonego testem ELISA i Western blot o 1,2 tys.

W jaki sposób monitorować te wskaźniki? W jaki sposób ustalić wartość bazową? Osiągnięcie wymaganych wartości nie jest możliwe w ramach poszczególnych projektów, ponieważ są to mierniki założone dla całego programu. Czy jest możliwe zamiast monitorować te wskaźniki i wykazywać je we wniosku o dofinansowanie, mierzyć je na poziomie Rady Monitorowania?

ODPOWIEDŹ: Przedmiotowe wskaźniki powinny być monitorowane przez Radę. Zgodnie z zapisami Regulaminu konkursu (str. 25) Projektodawca powinien monitorować ww. wskaźniki – ale nie oznacza to, iż musi je wskazywać we wniosku o dofinansowanie. Przedmiotowe wskaźniki są niezbędne do sprawozdawania z realizacji programu do czego przyczyniać się będą prace Rady.

W przypadku miernika „wzrost liczby dodatnich wyników badania laboratoryjnego przeprowadzonego testem ELISA i Western blot o 1,2 tys.„ jako wartość bazową należy przyjąć 0. Aby uzyskać wartość ww. wskaźnika w programie należy monitorować dodatkowo testy ELISA i Western blot.

Pyt. 5. Czy procenty wykazane w tabeli na str. 17 w programie profilaktycznym są obligatoryjne? Dotyczy to np. odsetka pacjentów, którzy mogą być objęci testem ELISA – określonym na poziomie 15%. Czy można zwiększyć wskazane wartości procentowe. Byłoby to korzystne, ponieważ więcej osób mogłoby skorzystać i zostać przebadanym. Zdaniem projektodawców odsetki pacjentów objętych badaniami i testami są zbyt małe.

ODPOWIEDŹ:

Liczba osób oraz odsetek osób objętych poszczególnymi badaniami zostały oszacowane przez eksperta w celu zaplanowania budżetu. W związku z powyższym przedstawione dane należy traktować poglądowo, a badania należy przeprowadzić zgodnie z zasadami kwalifikacji. Oznacza to, że nie ma ograniczeń procentowych osób objętych poszczególnymi badaniami.