

2021

Wpływ wsparcia RPOWŚ 2014-2020 na poprawę jakości i zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych na obszarze województwa świętokrzyskiego

Raport końcowy

Openfield

**Zamawiający:**

Województwo Świętokrzyskie

al. IX Wieków Kielc 3

25-516 Kielce

Openfield

Wykonawca:

Openfield Sp. z o.o.

Ozimska 4/7

45-057 Opole

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego
na lata 2014-2020

STRESZCZENIE

Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 realizuje cele dotyczące rozwoju społecznego regionu, zdefiniowane w Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do roku 2020 m.in. poprzez interwencję Osi priorytetowej 7 - Sprawne usługi publiczne, finansowanej ze środków EFRR oraz Osi priorytetowej 9 - Włączenie społeczne i walka ubóstwem, w której działania realizowane są przy wsparciu ze środków EFS.

W ramach niniejszej ewaluacji dokonano kompleksowej oceny działań podejmowanych w ramach RPOWŚ 2014-2020 w zakresie priorytetów inwestycyjnych:

- PI 9a - inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych
- PI 9iv - Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym.

W odniesieniu do logiki interwencji ustalono, iż:

trafnie zaprojektowano logikę interwencji w Działaniach 7.3 i 9.2 RPOWŚ. Zdiagnozowano w niej ważniejsze problemy regionalne (dotyczące infrastruktury zdrowotnej i społecznej oraz dostępności do usług społecznych i zdrowotnych), a także w prawidłowy sposób uwzględniono je w ramach interwencji. Kierunki działań przewidziane do realizacji w ramach interwencji w pełni odpowiadały potrzebom występującym w regionie.

W odniesieniu do wdrażania interwencji ustalono, iż:

interwencja w ramach Działania 7.3. i 9.2 RPOWŚ wdrażana jest w optymalny sposób. Na oba Działania przeznaczono alokację finansową, pozwalającą na wsparcie realizacji wielu projektów. W przypadku Działania 7.3 alokacja wyniosła ponad 56,7 mln euro. Pozwoliło to

na zawarcie 58 umów o dofinansowanie projektów ukierunkowanych na rozwój infrastruktury społecznej i zdrowotnej. Wnioski o dofinansowanie przeznaczone do wsparcia wyłoniono w 13 naborach prowadzonych w latach 2016-2019. Z kolei do 9.2 przypisano alokację w wysokości 92,9 mln euro, która została podzielona na trzy poddziałania, wśród których największą pulę zarezerwowano dla Poddziałania 9.2.1 (44,9 mln euro). W całym tym działaniu przeprowadzono łącznie 45 naborów.

W odniesieniu do poziomu osiągnięcia zakładanych wartości wskaźnikowych ustalono, iż:

aktualny poziom realizacji interwencji w Działaniach 7.3 i 9.2 RPOŚ utrzymuje się na wysokim poziomie. Duża część wskaźników monitorujących przypisanych do priorytetów inwestycyjnych (PI 9a oraz PI 9iv) wykazuje poziom ponadnormatywny w stosunku do stanu docelowego określonego dla 2023 roku. W przypadku żadnego ze wskaźników nie zidentyfikowano zagrożenia, polegającego na nieosiągnięciu zakładanej wartości docelowej.

W odniesieniu do użyteczności wsparcia w ramach projektów ustalono, iż:

projekty realizowane w Działaniach objętych ewaluacją odpowiadały w bardzo dużym stopniu na potrzeby społeczne i zdrowotne mieszkańców regionu oraz charakteryzowały się one stosunkowo dużą skutecznością w poprawie sytuacji odbiorców wsparcia. Najwyższym stopniem użyteczności z punktu widzenia odbiorców ostatecznych cieszyły się następujące formy wsparcia: zajęcia dodatkowe dla uczniów, usługa opiekuńcza lub specjalistyczna usługa opiekuńcza, usługa asystencka, usługa aktywnej integracji o charakterze zdrowotnym i społecznym, szkolenie/kursy, doskonalenie zawodowe oraz poradnictwo zawodowe.

W odniesieniu do komplementarności wsparcia ustalono, iż:

problemem jest niedostateczna komplementarność wsparcia, wyrażająca się tym, iż niewielka część projektów zakładających działania, w zakres których wchodziła rozbudowa infrastruktury społecznej lub zdrowotnej aplikowało o środki z EFS na poprawę dostępności do usług społecznych i zdrowotnych. Wydaje się, iż mechanizmem zaradczym powinno być

takie skonstruowanie kryteriów premiujących, aby upowszechnić realizację projektów komplementarnych.

W odniesieniu do wyzwań stojących przed regionem w kolejnych latach ustalono, że:

wyzwania dla regionalnej infrastruktury społecznej i zdrowotnej w województwie świętokrzyskim mają związek z takimi problemami jak: starzejąca się społecznością i wielochorobowość; duża liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego i zaburzeń wydzielania wewnętrznego oraz pogarszająca się kondycja psychiczna mieszkańców regionu.

W odniesieniu do przyszłych kierunków interwencji ustalono, że:

wsparcia wymagają inwestycje w zakresie infrastruktury zdrowotnej: inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorób układu oddechowego i zaburzeń wydzielania wewnętrznego. W kwestii infrastruktury społecznej przede wszystkim konieczny jest dalszy rozwój domów dziennego pobytu. W zakresie poprawy dostępu do usług społecznych i zdrowotnych konieczne wydaje się podniesienie nakładów na: rozwój usług opiekuńczych, doradztwa psychologicznego, w szczególności dla młodzieży.

SUMMARY

The Swietokrzyskie Voivodeship Regional Operational Programme 2014-2020 implements the region's social development objectives defined in the Swietokrzyskie Voivodeship Development Strategy 2020 including, among others, via the intervention of the Priority Axis 7 – Efficient Public Services, which is funded by the ERDF, as well as via the Priority Axis 9 – Social Inclusion and Combating Poverty, in which measures are implemented using the ESF funds.

This evaluation featured a complex assessment of the measures taken as part of the SV ROP 2014-2020 in terms of the following investment priorities:

- IP 9a - investments into healthcare and social infrastructure that contribute to the national, regional and local development, reduction in healthcare inequalities, promotion of social inclusion through better availability of social, cultural and recreational services as well as transitions from institutional services to local community-level services,
- IP 9iv - Improvement of access to affordable, permanent and high-quality services, including healthcare and social services of general interest.

In terms of the intervention's logic, it was determined that:

the designed intervention logic of Measure 7.3 and Measure 9.2 of the SV RPO was adequate. It diagnosed the more important regional problems (concerning the healthcare and social infrastructure as well as social and healthcare service availability) and correctly took them into consideration in the intervention. The measures projected for implementation as part of the intervention fully suited the needs identified in the region.

In terms of the intervention's implementation, it was determined that:

the intervention as part of Measure 7.3 and 9.2 of the SV ROP is implemented in an optimal manner. Both Measures featured funds that enabled supporting the implementation of many projects. In the case of Measure 7.3, the allocation amounted to over 56.7 million Euro. This allowed for the conclusion of 58 subsidisation agreements for projects aimed at developing the social and healthcare infrastructure. The subsidisation applications to be supported were selected in 13 recruitments conducted in 2016-2019. On the other hand, Measure 9.2 featured an allocation of 92.9 million Euro, divided into three sub-measures, among which the highest amount was reserved for Sub-measure 9.2.1 (44.9 million Euro). A total of 45 recruitments were conducted as part of this measure.

In terms of the level of achievement of the assumed indicators values, it was determined that:

the current level of the intervention's implementation in Measures 7.3 and 9.2 remains high. A large portion of the monitoring indicators assigned to the investment priorities (IP 9a and IP 9iv) demonstrates an excess when compared to the target value specified for 2023. None of the indicators showed the risk of failure to achieve the target value.

In terms of the usefulness of the projects' support, it was determined that:

the projects implemented in the Measures subject to evaluation largely met the social and healthcare needs of the region's residents and were characterised by a relatively high effectiveness in improving the support recipients' situation. From the final recipients' point of view, the following support forms enjoyed the highest degree of usefulness: additional classes for students, care service of specialist care service, assistance service, social and healthcare-related active integration service, training/courses, professional development and vocational guidance.

In terms of the support's complementarity, it was determined that:

the problem is the support's insufficient complementarity reflected in the fact that a small number of projects assuming investments into the social and healthcare infrastructure expansion applied for ESF funds to improve the availability of social and healthcare services. It seems that the remedial mechanism would be to frame the admission criteria in a way that disseminates the implementation of complementary projects.

In terms of the region's challenges in the coming years, it was determined that:

the challenges for the regional social and healthcare infrastructure in the Swietokrzyskie Voivodeship are related to the following issues: ageing communities and multiple morbidities, high number of deaths caused by cardiovascular diseases, cancer, respiratory diseases, endocrine disorders and the deteriorating mental condition of the region's residents.

In terms of the future interventions' directions, it was determined that:

it is necessary to support investments into the healthcare infrastructure related to the following: cardiovascular diseases, cancer diseases, respiratory diseases and endocrine disorders. In terms of the social infrastructure, it is mainly necessary to further develop the day care centres. On the other hand, in terms of improving access to social and healthcare services, it is necessary to invest into the development of care services, psychological counselling, especially for the youth.

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE	2
SUMMARY	5
WYKAZ SKRÓTÓW	10
WPROWADZENIE.....	11
METODOLOGIA BADANIA	13
LOGIKA INTERWENCJI W DZIAŁANIU 7.3 RPOWŚ 2014-2020	18
PRZESŁANKI INTERWENCJI	19
ZAŁOŻENIA INTERWENCJI.....	27
OCZEKIWANE EFEKTY INTERWENCJI	28
WDRAŻANIE INTERWENCJI.....	30
REALIZOWANE PROJEKTY	34
LOGIKA INTERWENCJI W DZIAŁANIU 9.2 RPOWŚ 2014-2020	38
PRZESŁANKI INTERWENCJI	39
ZAŁOŻENIA INTERWENCJI.....	46
OCZEKIWANE EFEKTY INTERWENCJI	48
WDRAŻANIE INTERWENCJI.....	49
REALIZOWANE PROJEKTY	53
WERYFIKACJA ZASTOSOWANEJ LOGIKI INTERWENCJI	55
EFEKTY REALIZACJI INTERWENCJI W DZIAŁANIACH 7.3 I 9.2 RPOWŚ.....	58
UWARUNKOWANIA REALIZACJI INTERWENCJI W DZIAŁANIACH 7.3 I 9.2 RPOWŚ.....	59
OCENA SYSTEMU WYBORU PROJEKTÓW.....	63
LICZBA I TYP PRYZNANYCH USŁUG WSPARCIA.....	67
DOSTĘPNOŚĆ WSPARCIA.....	71
UŻYTECZNOŚĆ WSPARCIA	78

TRWAŁOŚĆ WSPARCIA	81
NIEZAMIERZONE EFEKTY INTERWENCJI	83
KOMPLEMENTARNOŚĆ WSPARCIA	85
KOMPLEKSOWOŚĆ WSPARCIA	87
DOBRE PRAKTYKI	91
WPŁYW INTERWENCJI NA DEINSTYTUCJONALIZACJĘ	93
STAN ZDROWIA MIESZKAŃCÓW I DOSTĘP DO USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH W 2020 R.	96
KIERUNKI WSPARCIA W NOWEJ PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ	107
OBSZARY ZAGROŻEŃ I KIERUNKI WSPARCIA W NOWEJ PERSPEKTYWIE	108
LOGIKA INTERWENCJI W NOWEJ PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ.....	111
WNIOSKI KOŃCOWE.....	112
REKOMENDACJE.....	112

WYKAZ SKRÓTÓW

AOZ	Ambulatoryjna opieka zdrowotna
CATI	Wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo (Computer Assisted Telephone Interview)
CAWI	Wywiad internetowy wspomagany komputerowo (Computer Assisted Web Interview)
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EFSI	Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne
FGI	Zogniskowany wywiad grupowy (Focused Group Interview)
IDI	Pogłębiony wywiad indywidualny (In-depth Interview)
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
JST	Jednostka Samorządu Terytorialnego
KE	Komisja Europejska
KOF	Kielecki Obszar Funkcjonalny
PES	Podmioty Ekonomii Społecznej
PI	Priorytet Inwestycyjny
POIŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
POWER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PROGRAM	Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020
SOPZ	Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia dot. realizacji usługi wykonania niniejszego badania ewaluacyjnego
SZOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPOWŚ
TBE	Ewaluacja oparta na teorii (Theory-Based Evaluation)
TIK	Technologie informacyjno-komunikacyjne
UE	Unia Europejska
ZIT	Zintegrowane Inwestycje Terytorialne

WPROWADZENIE

Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 realizuje cele dotyczące rozwoju społecznego regionu, zdefiniowane w Strategii Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do roku 2020 m.in. poprzez interwencję Osi priorytetowej 7 - Sprawne usługi publiczne, finansowanej ze środków EFRR oraz Osi priorytetowej 9 - Włączenie społeczne i walka ubóstwem, w której działania realizowane są przy wsparciu ze środków EFS.

Jednym z celów RPOWŚ 2014-2020 jest zapewnienie powszechnego i równomiernego dostępu do usług publicznych społecznych i zdrowotnych, wsparciem objęte są także inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie dostępu do ochrony zdrowia.

W ramach przeprowadzonej ewaluacji dokonano kompleksowej oceny działań podejmowanych w ramach RPOWŚ 2014-2020 w zakresie priorytetów Inwestycyjnych:

- PI 9a - inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych,
- PI 9iv - Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym.

Celem głównym badania była ocena wpływu wsparcia udzielonego w ramach RPOWŚ 2014-2020 na poprawę jakości i zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych na obszarze województwa świętokrzyskiego. W kontekście realizacji celów badania dokonano podsumowania wsparcia w zakresie jakości i dostępności usług społecznych i zdrowotnych oraz zidentyfikowano i zaproponowano rozwiązania i kierunki wsparcia, które należałoby uwzględnić w programie regionalnym na lata 2021-2027.

Do celów szczegółowych badania należało:

1. Ocena dostępności infrastruktury społecznej i zdrowotnej wspartej z RPOWŚ na poprawę spójności wewnątrzregionalnej.
2. Ocena dostępności i jakości usług społecznych i zdrowotnych realizowanych w ramach RPOWŚ 2014-2020 mających wpływ na zmniejszenie ubóstwa i wykluczenia społecznego.
3. Sformułowanie rekomendacji dotyczących wsparcia w ramach perspektywy finansowej 2021–2027 w zakresie badanego obszaru interwencji, w tym z uwzględnieniem propozycji typów wsparcia.

METODOLOGIA BADANIA

Niniejsze badanie zostało podzielone na cztery ściśle powiązane ze sobą etapy badawcze.

Faza strukturalizacji

Pierwszy etap prac badawczych miał na celu doprecyzowanie zakresu i metodologii badania poprzez przeprowadzenie wstępnej analizy desk research oraz zapoznanie się z materiałami dotyczącymi przedmiotu badania. Dokonana została analiza informacji pozyskanych m.in. z aktów prawnych, strategii, literatury, wyników badań, dokumentów, danych statystyki publicznej itp.

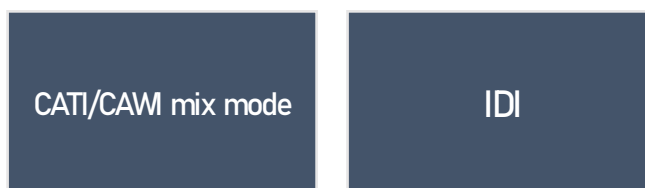
Na tym etapie zespół badawczy szczegółowo zaprojektował cały proces badawczy oraz opracował narzędzia do badań terenowych. Przygotowane zostały następujące narzędzia badawcze:

- Wstępny klucz do analizy danych zastanych;
- Scenariusze wywiadów IDI z przedstawicielami IZ/IP ZIT RPOWŚ 2014-2020, przedstawicielami Zamawiającego, ekspertami dziedzinowymi z zakresu ochrony zdrowia/polityki społecznej oraz z beneficjentami projektów.
- Kwestionariusze ankiet do realizacji badania CATI/CAWI z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego, które skorzystały ze wsparcia RPOWŚ 2014-2020 w ramach PI 9a oraz PI 9iv, z beneficjentami projektów objętych badaniem oraz z ich uczestnikami.

Faza obserwacji

Etap ten rozpoczął się wraz z zatwierdzeniem przez Zamawiającego raportu metodologicznego wraz z zestawem narzędzi badawczych. Na tym etapie została zrealizowana analiza danych zastanych oraz badania terenowe. Dane uzyskane w ramach analizy desk research i badań terenowych zostały ze sobą skonfrontowane i zsyntezowane w procesie analizy danych (zarówno ilościowych jak i jakościowych). W fazie obserwacji zastosowano triangulację metod i technik badawczych, dzięki czemu możliwe było pozyskanie szerokiego zakresu danych i informacji, kompleksowo opisujących badane zagadnienia.

W fazie obserwacji do zbierania danych wykorzystano następujące metody/techniki badawcze:



Faza analizy

Faza analizy polegała na przebadaniu danych, które zostały zebrane w fazie obserwacji. Zgromadzone dane poddano interpretacji oraz próbie szacowania efektów. Analiza zgromadzonego materiału badawczego była niezbędna dla prawidłowego opracowania wyników badania i sformułowania wstępnych wniosków z badania. Wykonawca zastosował analizę ilościową i jakościową, w tym przeprowadził analizy statystyczne oraz zastosował analizę danych przestrzennych.

Celem analizy ilościowej (in. statystycznej) jest pozyskanie jak największej wiedzy z uzyskanych danych o charakterze ilościowym. Dzięki analizie statystycznej można zatem ustalić, na jaką skalę bądź w jakim stopniu dane zjawisko występuje, a następnie wskazać główne tendencje obserwowane na konkretnym obszarze. Dzięki analizie statystycznej można odpowiedzieć głównie na pytanie „ile?”.

Analiza jakościowa obejmuje transkrypcje wywiadów oraz dokumenty. Jest to pogłębiona analiza tekstu, która pomaga uzyskać odpowiedź na pytanie „w jaki sposób?” i „jak?”. Służy wyciągnięciu wniosków z materiałów badawczych o charakterze jakościowym.

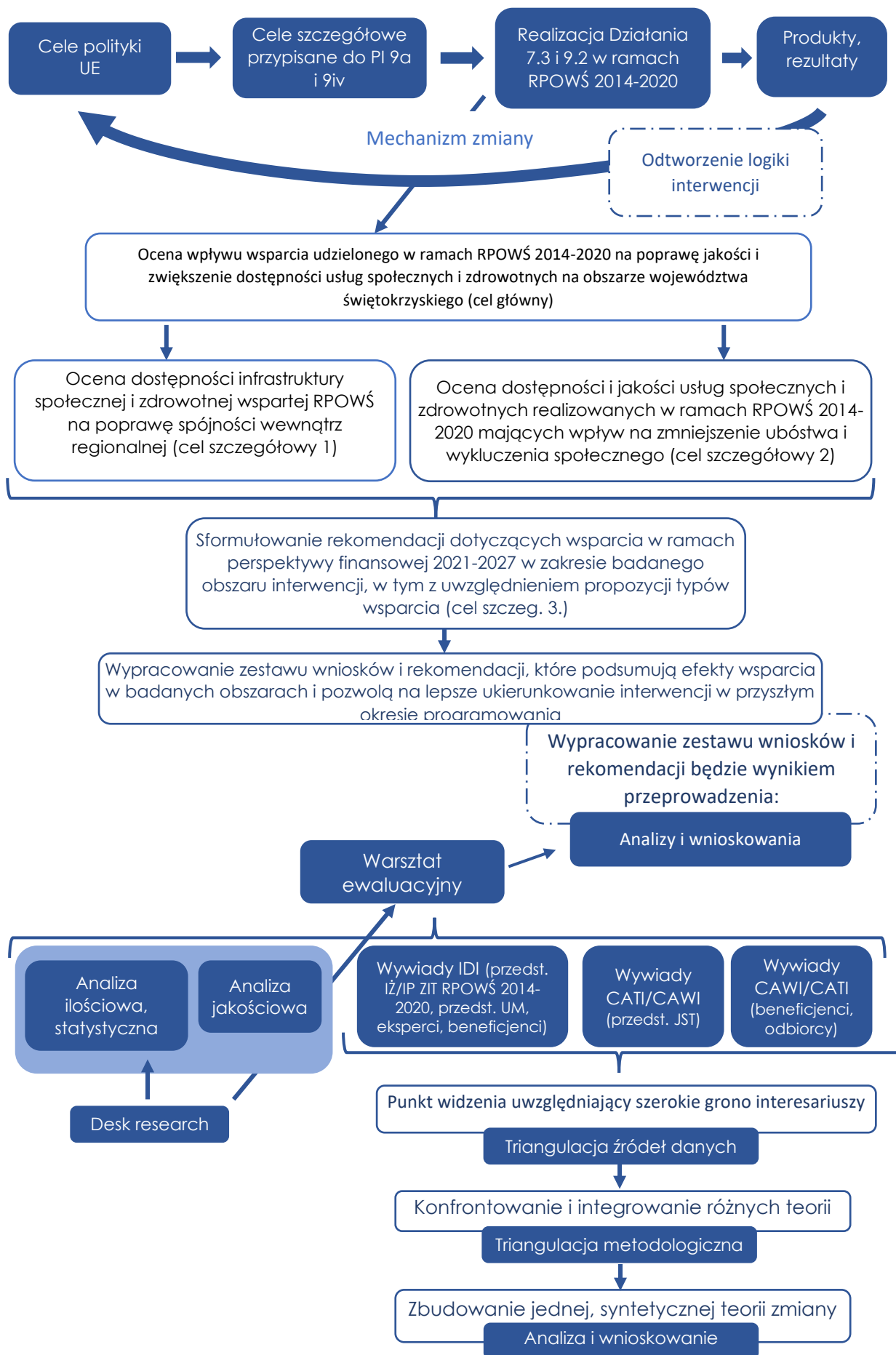
Faza oceny i rekomendacji

Faza oceny to ostatnia faza procesu badawczego, polegająca na ocenie i wnioskowaniu na podstawie zebranych danych. Na tym etapie realizowany jest również warsztat ewaluacyjny, przeprowadzony w formule FGI, pozwalający w gronie ekspertów dokonać analizy wyników badania, poddać je ocenie eksperckiej, przeprowadzić nad nimi dyskusję oraz wypracować

związane z nimi rekomendacje. Celem tej fazy procesu badawczego jest opracowanie zaleceń i rekomendacji.

Schemat logiczny badania

Poniżej pokazano w jaki sposób powiązane są ze sobą poszczególne cele szczegółowe badania, oraz w jaki sposób osiągnięto ich realizację. Dodatkowo, schemat logiczny badania zawiera elementy wynikające z teorii zmiany, która stanowił kontekst naukowy przyjęty w niniejszym badaniu. Tak przyjęta koncepcja pozwoliła na odtworzenie logiki interwencji w ramach ewaluowanych Działań 7.3 i 9.2 Programu, odkrycie mechanizmów zmiany, a tym samym uzyskanie danych pozwalających ocenić skuteczność, efektywność oraz użyteczność wszelkich elementów, metod i narzędzi, wykorzystanych w drodze wdrażania przedmiotowej interwencji.



Kryteria ewaluacyjne

Kryteriami badawczymi, jakie wykorzystano w procesie realizacji badania były:



Kryteria te zdefiniowano w następujący sposób:

- **Użyteczność** – pozwoli ocenić na ile rezultaty i wpływ programu zaspakają potrzeby jego adresatów,
- **Skuteczność** – pozwoli ocenić czy założone cele wsparcia zdefiniowane na etapie programowania są osiągnięte dzięki realizowanym projektom,
- **Efektywność** – pozwoli ocenić relacje pomiędzy poniesionymi nakładami a osiągniętymi efektami/rezultatami,
- **Trwałość** – pozwoli ocenić na ile efekty uzyskane w wyniku udzielonego wsparcia w infrastrukturę i usługi społeczne i zdrowotne są trwałe i pozostają trwałe po zakończeniu interwencji.

ROZDZIAŁ I

LOGIKA INTERWENCJI W DZIAŁANIU 7.3

RPOWŚ 2014-2020

PRZESŁANKI INTERWENCJI

Działanie 7.3 RPOWŚ „Infrastruktura zdrowotna i społeczna” wpisuje się w Priorytet Inwestycyjny PI 9a „inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowania włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych”.

Działanie 7.3 miało spełniać dwa zasadnicze cele. Jak wynika z zapisów Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych RPOWŚ 2014-2020, tymi celami są:

1. poprawienie jakości oraz szersze udostępnienie podmiotów ochrony zdrowia
2. poprawienie jakości oraz szersze udostępnienie obiektów pomocy i integracji społecznej¹.

Jak zauważano w dokumencie Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, w związku ze wzrostem odsetka osób w wieku poprodukcyjnym oraz wydłużającą się przeciętną długością życia mieszkańców regionu, występuje stale rosnące zapotrzebowanie na podstawową i specjalistyczną opiekę medyczną oraz pomoc społeczną. Zwrócono też uwagę na fakt, iż występuje w regionie ograniczona dostępność do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych. Podkreślano też, że regionalna infrastruktura zdrowotna i społeczna zawiera liczne deficyty (np. jeśli chodzi o aparaturę i sprzęt medyczny)².

W Programie stwierdzono, iż wsparte projekty z zakresu infrastruktury pomocy społecznej oraz zdrowia przyczynią się do poprawy problematycznych aspektów w dziedzinie usług publicznych województwa świętokrzyskiego m.in. w zakresie zwiększenia standardu infrastruktury społecznej (szczególnie na terenach zmarginalizowanych), zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenia w lecznictwie szpitalnym oraz zwiększenia zasobów specjalistycznej aparatury medycznej. Założono też, że zwiększy się dostępność do wolnych miejsc w szpitalach, poradniach geriatrycznych, zmniejszy się okres oczekiwania na miejsce w

¹ Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych RPOWŚ 2014-2020, s. 183.

² Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, s. 144.

zakładach opieki terminowej jak również ulegnie poprawie jakość specjalistycznych usług zdrowotnych.

Natomiast działanie 9.2 „Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych” wpisuje się w Priorytet Inwestycyjny PI9iv „Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym”.

W Programie podkreślano, że wspieranie rozwoju spersonalizowanych i zintegrowanych usług społecznych, z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, ma kluczowe znaczenie w aspekcie niwelowania zjawiska wykluczenia społecznego w regionie. Istotnym elementem interwencji jest podnoszenie jakości oraz zwiększanie dostępu do systemu opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w szczególności, osobami starszymi i z niepełnosprawnościami).

Zwrócono też uwagę na fakt, iż interwencja priorytetu przyczynia się do realizacji jego celu szczegółowego poprzez zwiększenie aktywności w poszukiwaniu pracy, podniesienie kwalifikacji i zatrudnienia wśród grup docelowych. Rezultatem tego jest ograniczenie ryzyka wykluczenia społecznego wynikającego z nierówności w dostępie usług społecznych i zdrowotnych.

Z przedstawionych wyżej opisów wyłaniają się dwie przesłanki podjęcia interwencji w obszarze infrastruktury zdrowotnej i społecznej. Są nimi:

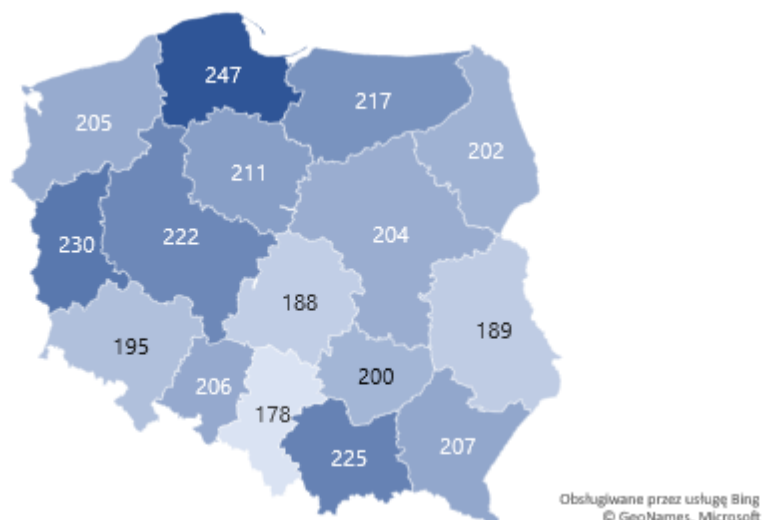
- ograniczona dostępność infrastruktury zdrowotnej
- stan zdrowia mieszkańców

Dostępność infrastruktury zdrowotnej

W kwestii dostępności do infrastruktury zdrowotnej w województwie świętokrzyskim trzeba stwierdzić, iż przy projektowaniu logiki interwencji w Działaniu 7.3 prawidłowo rozpoznano ten problem. Jak pokazują dane GUS, mieszkańcy województwa w 2014 roku nie mieli zapewnionej wysokiej dostępności do usług medycznych. Liczba ludności na łóżko w szpitalach ogólnych wynosiła 200 osób. Był to co prawda jeden z niższych wyników w kraju,

ale jednocześnie znacznie wyższy w porównaniu z takimi województwami jak śląskie (178 osób), łódzkie (188), lubelskie (189), gdzie zapewniono znacznie większą dostępność do łóżek szpitalnych.

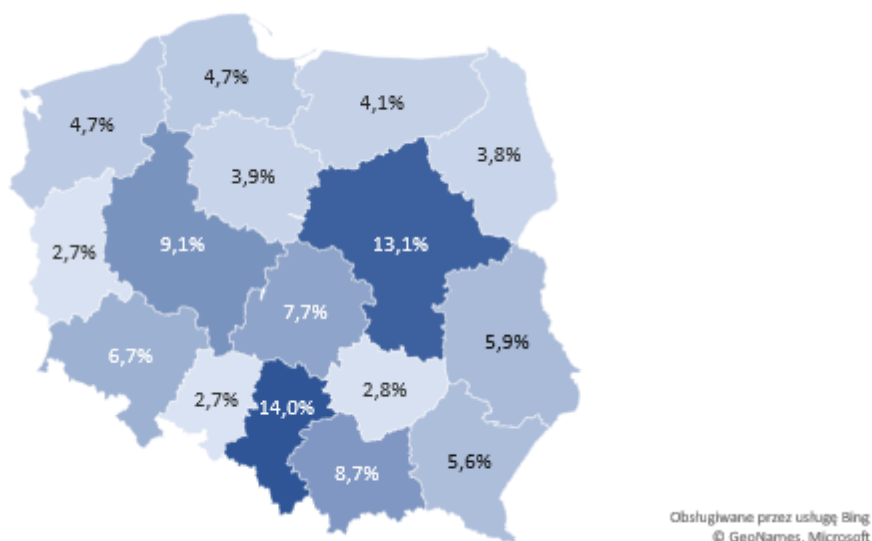
MAPA 1 LICZBA LUDNOŚCI NA ŁÓŻKO W SZPITALACH OGÓLNYCH



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W 2014 roku na terenie województwa świętokrzyskiego działało 568 przychodni, co stanowiło 2,8 proc. wszystkich przychodni w kraju. Był to zarazem jeden z najniższych wyników na tle wszystkich województw (tylko Opolszczyzna i Lubuskie miały gorszy rezultat). Regiony o zbliżonym potencjale demograficznym, co świętokrzyskie, miały znacznie bardziej rozbudowaną infrastrukturę (np. Podlaskie – 753 placówek).

MAPA 2 PRZYCHODNIE W SKALI WOJEWÓDZTW W 2014 R.

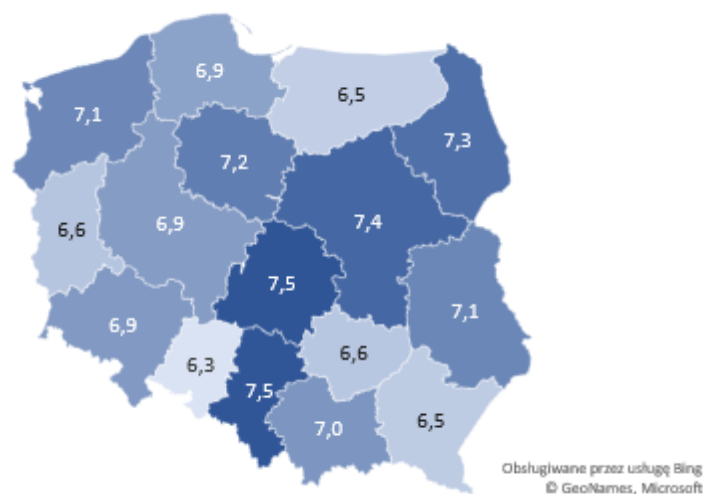


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Pod względem liczby przychodni przypadających na 10 tys. ludności województwo świętokrzyskie z wynikiem 4 odstaje od średniej obliczonej dla Polski. Podobny wynik mają jeszcze tylko dwa regiony (pomorskie i kujawsko-pomorskie). Wynik dla większości województw kształtuje się na poziomie 4 przychodni na 10 tys. ludności. Podkreślenia wymaga fakt, iż cztery regiony (warmińsko-mazurskie, śląskie, podlaskie i łódzkie) mają wyższą średnią (6 placówek na 10 tys. ludności).

Przeciętna dostępność infrastruktury zdrowotnej w analizowanym województwie przełożyła się na jedną z niższych w skali kraju liczbę porad lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Wynik dla omawianego regionu ukształtował się w 2014 roku na poziomie 6,6 (taki sam wynik dotyczył lubuskiego). Tylko Opolszczyzna, Podkarpacie i województwo warmińsko-mazurskie miały gorszą średnią.

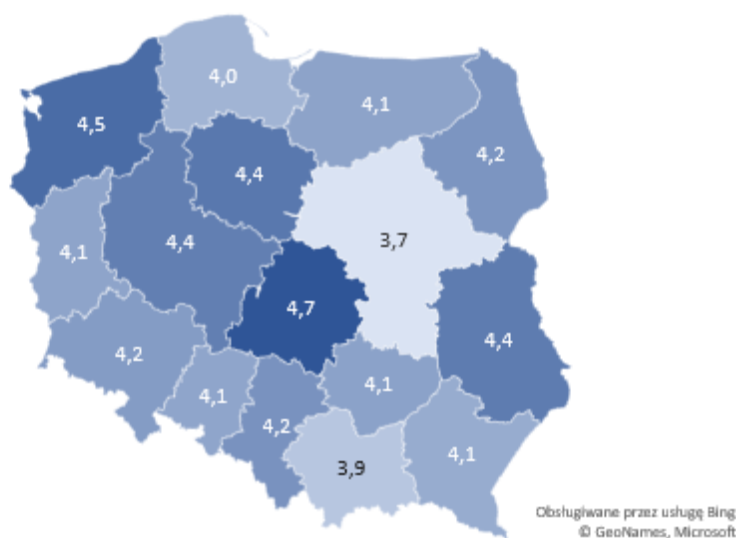
MAPA 3 PORADY LEKARSKIE W RAMACH AOZ W 2014 R. W PRZELICZENIU NA 1 MIESZKAŃCA



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Nieco lepiej wygląda liczba udzielonych porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Z wynikiem na poziomie 4.1 porad na 1 mieszkańca województwo świętokrzyskie znalazło się nieco poniżej średniej krajowej (4.2). Taki sam wynik odnotowały cztery województwa. Trzy regiony zanotowały gorszy wynik od świętokrzyskiego (małopolskie, pomorskie, mazowieckie). Pozostałe osiem województw miało wyższe średnie, co pokazuje, że na ich terenie dostępność do usług medycznych była nieco wyższa.

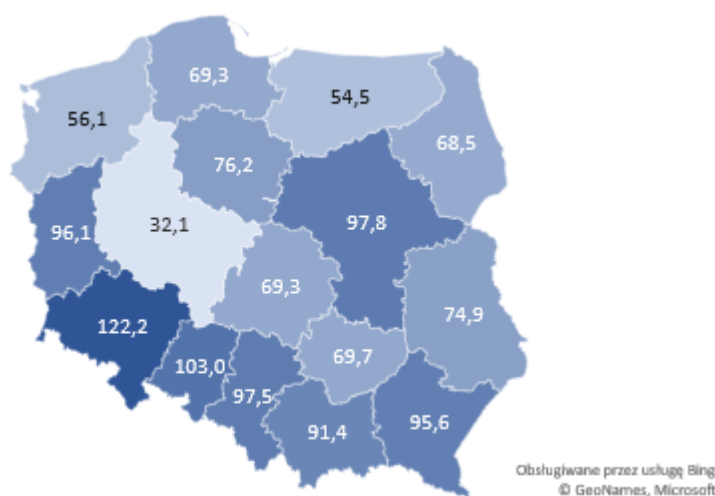
MAPA 4 PORADY LEKARSKIE W RAMACH POZ W 2014 R. W PRZELICZENIU NA 1 MIESZKAŃCA



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W 2014 roku istotnym problemem w województwie świętokrzyskim było zapewnienie dostępu do opieki w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Łóżek w tych placówkach na 100 tys. ludności było tylko 69,7. Był to zarazem jeden z niższych wyników w skali kraju, choć i tak znacznie lepszy niż w Wielkopolsce, która odstawiała od reszty kraju (32,1 łóżek).

MAPA 5 ŁÓŻKA W HOSPICJACH, ZAKŁADACH OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH I PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYCH NA 100 TYS. LUDNOŚCI



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

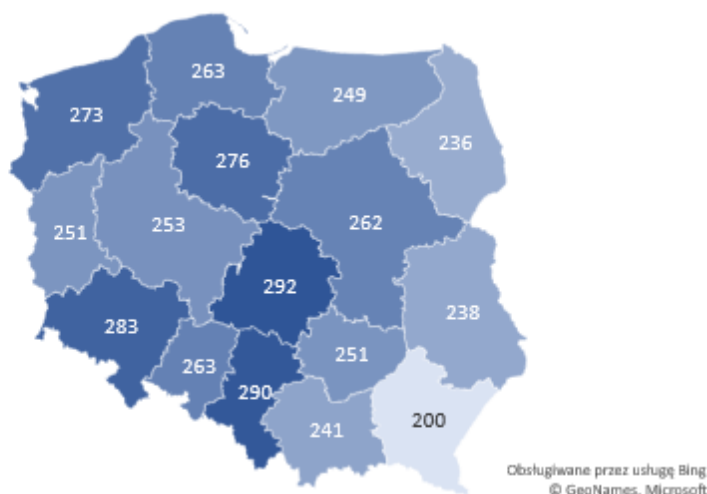
Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającą te osoby w codziennym funkcjonowaniu. Stanowi ważny element infrastruktury społecznej i zapewnia wsparcie osobom niesamodzielnym, dzięki któremu zwiększa się ich samodzielność życiowa. Pobyt w takim mieszkaniu może być przyznany osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność albo chorobę, potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonej przez jednostkę całodobowej opieki. Jak wynika z danych przekazanych przez samorządy gminne i powiatowe, w 2014 roku w województwie świętokrzyskim funkcjonowało 27 mieszkań chronionych, gdzie 21 z nich prowadzonych było przez jednostki samorządu terytorialnego, natomiast 6 przez organizacje pozarządowe. Placówki łącznie oferowały 122 miejsca, skorzystało z nich 101 osób. Słabo rozwinięta sieć

mieszkań chronionych w regionie zwiększała popyt na usługi opiekuńcze oferowane przez placówki stacjonarne.

Stan zdrowia mieszkańców

Mieszkańcy województwa świętokrzyskiego, podobnie jak mieszkańcy innych regionów w Polsce, narażeni są na schorzenia, które w znacznej mierze należą do chorób cywilizacyjnych, w tym przede wszystkim na choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe, które powodują nasilenie umieralności. Statystyki dotyczące umieralności pokazały w 2014 roku, że z powodu nowotworów umiera w regionie średnio 251 osób na 100 tys. ludności. Jest to szósty wynik w kraju. Pięć regionów (lubelskie, małopolskie, podkarpackie, podlaskie, warmińsko-mazurskie) może pochwalić się niższymi statystykami dotyczącymi umieralności z powodu nowotworów. Średnia obliczona dla kraju wyniosła 261. Najgorszy wynik odnotowano w woj. łódzkim (292 przypadków zgonów na 100 tys. ludności).

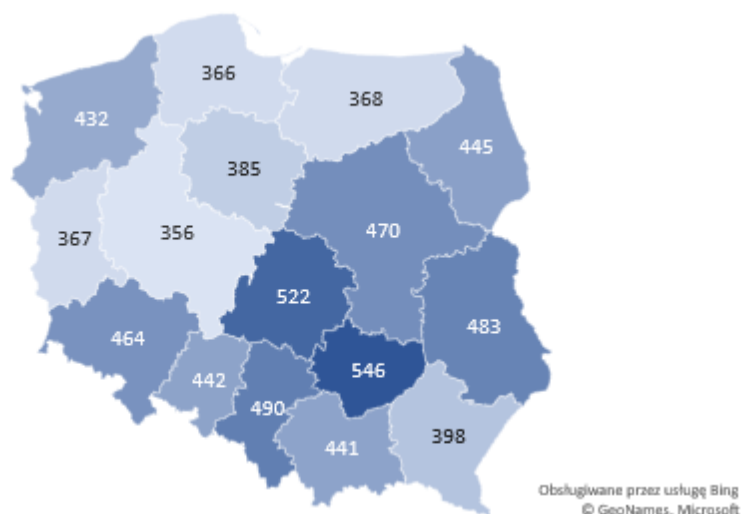
MAPA 6 ZGONY Z POWODU NOWOTWORÓW OGÓŁEM NA 100 TYS. LUDNOŚCI



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W 2014 roku z powodu chorób układu krążenia zmarło w województwie świętokrzyskim 546 osób na 100 tys. ludności. Był to jednocześnie najwyższy wynik w skali kraju. W pozostałych województwach sytuacja była lepsza lub wyraźnie lepsza niż w analizowanym regionie. Średnia obliczona dla kraju wyniosła 441.

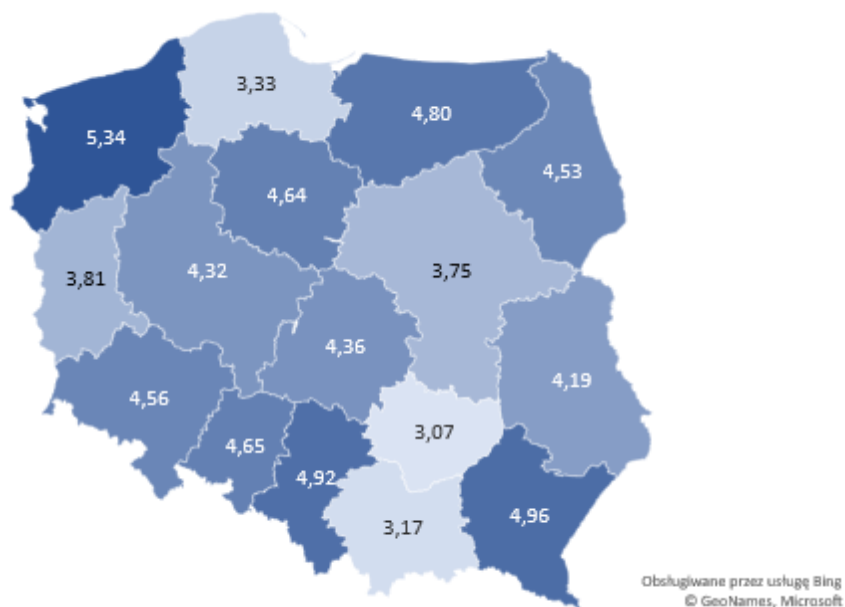
MAPA 7 ZGONY OSÓB Z POWODU CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA NA 100 TYS. LUDNOŚCI



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W 2014 roku na 1000 urodzeń żywych przypadało w województwie świętokrzyskim średnio 3,07 zgonów wśród niemowląt – najmniej wśród wszystkich województw w kraju. Tylko Małopolska miała porównywalny wynik z województwem świętokrzyskim. Pozostałe regiony miały znacznie gorsze statystyki.

MAPA 8 URODZENIA MARTWE NA 1000 URODZEŃ



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

ZAŁOŻENIA INTERWENCJI

Środki UE przewidziane na Działanie 7.3 RPOWŚ 2014-2020 „Infrastruktura zdrowotna i społeczna” wyniosły 56 767 336,00 euro. Alokację tę uznano za dalece niewystarczającą ze względu na skalę potrzeb i deficytów regionalnej infrastruktury społecznej i zdrowotnej.

Podział środków jest mocno ograniczany ogólnymi ramami. Oczywiście Zarząd Województwa ma możliwości przeznaczania na poszczególne dziedziny kwot, ale jednak pewnych ram musi się trzymać i nie może wychodzić poza ustalone limity. Natomiast podkreślić trzeba, że potrzeby były wyższe od alokacji finansowej.

Zakres wsparcia w ramach działania 7.3 obejmował następujące typy projektów:

Infrastruktura ochrony zdrowia

1. Przeprowadzenie robót budowlanych niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych. Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów będą kwalifikowalne, pod warunkiem, że ich realizacja jest uzasadniona z punktu widzenia poprawy efektywności (w tym kosztowej) i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Wyposażenie w sprzęt medyczny niezbędny z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Zakup niezbędnego sprzętu medycznego, aparatury medycznej i diagnostycznej, adaptacja pomieszczeń oraz inne niezbędne działania w związku z pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2 na terenie województwa świętokrzyskiego
4. Jako element projektu rozwiązania w zakresie ICT oraz inne inwestycje wskazane w Planie działań.

Wsparcie zadedykowano dla regionalnych podmiotów leczniczych, udzielających świadczenia zdrowotne stacjonarnie i całodobowo dedykowane: chorobom układu krążenia, chorobom nowotworowym, zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania, chorobom układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz chorobom układu oddechowego. Ponadto o wsparcie mogą ubiegać się jednostki udzielające świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym leczonym

z przyczyn, innych niż ww. grupy chorobowe, wynikających z przeprowadzonej diagnozy sytuacji demograficzno-epidemiologicznej regionu oraz zidentyfikowanych ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych. O wsparcie mogły też ubiegać się oddziały szpitalne zajmujące się leczeniem w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz inne oddziały zajmujące się leczeniem dzieci, a także jednostki diagnostyczne współpracujące z powyższymi oddziałami. Wreszcie wsparcie zostało skierowane do jednostek specjalizujących się w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Infrastruktura usług społecznych

1. Inwestycje w zakresie usług o charakterze profilaktycznym, opiekuńczym (w tym opieki nad dziećmi do lat 3),
2. Inwestycje w zakresie opieki nad rodziną i pieczy zastępczej,
3. Inwestycje w zakresie usług towarzyszących procesowi usamodzielniania się,
4. Inwestycje w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego m.in. mieszkania treningowe chronione i socjalne,
5. Inwestycje dotyczące placówek/ośrodków interwencji kryzysowej, a także diagnozowanie i monitorowanie problemów społecznych.

OCZEKIWANE EFEKTY INTERWENCJI

- Czy i w jakim stopniu udzielone wsparcie przyczyniło się do osiągnięcia celów szczegółowych objętych badaniem Priorytetów Inwestycyjnych, zarówno w aspekcie ilościowym - wartości przewidzianych wskaźników, jak i jakościowym?

Oczekiwane efekty wyrażone są wskaźnikami na poziomie priorytetów inwestycyjnych, wskazanymi w Programie. Poniższa tabela przedstawia oczekiwane efekty interwencji Działania 7.3 RPOWŚ opisane w postaci wskaźników strategicznych:

TABELA 1 POŻĄDANE EFEKTY INTERWENCJI W RAMACH DZIAŁANIA 7.3 RPOWŚ (WSKAŹNIKI STRATEGICZNE)

Wskaźnik	Działanie	Wartość bazowa	Aktualna	Wartość docelowa	Efekt
Średni pobyt chorego w dniach w szpitalach ogólnych	7.3	5,4	5,2* stan z 2019 ³	5,3	>poprawa zdrowia mieszkańców regionu >skrócenie czasu hospitalizacji
Liczba gospodarstw domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej	7.3	52 380	33 386* stan z 2020 ⁴	54 069	>zmniejszenie sfery ubóstwa >poprawa sytuacji materialnej mieszkańców

Źródło: opracowanie własne na podstawie RPOWŚ

Ustosunkowanie się do problemu, czy i w jakim stopniu wsparcie w ramach Programu przyczyniło się do osiągnięcia celów szczegółowych przypisanych do PI 9a wymaga głębszej analizy. W kontekście celu szczegółowego 1 Poprawiona jakość oraz szersze udostępnienie podmiotów ochrony zdrowia nie wzbudza kontrowersji. Przypisany do niego wskaźnik (Średni pobyt chorego w dniach w szpitalach ogólnych) pokazuje skrócenie przeciętnego pobytu chorego w szpitalu. Aktualna wartość 5,2 (pochodząca z 2019 roku) jest lepszym wynikiem od poziomu oczekiwanego w 2023 roku.

Inaczej wygląda ocena realizacji celu szczegółowego 2 Poprawiona jakość oraz szersze udostępnienie obiektów pomocy i integracji społecznej. Miernikiem realizacji tego celu szczegółowego jest wskaźnik Liczba gospodarstw domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej. Jego wartość bazowa z 2013 roku wynosiła 52 380. Wartość docelową określono na poziomie 54 069 (dla 2023). Wydaje się, iż wskaźnik ten został niewłaściwie oszacowany w Programie przy podawaniu wartości docelowej. Pożądanym kierunkiem jest spadek liczby gospodarstw korzystających ze środowiskowej

³ GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia, Warszawa 2021.

⁴ BDL GUS

pomocy społecznej. Występowanie takiej tendencji oznacza poprawę sytuacji społecznej w regionie oraz zmniejszenie skali zjawiska wykluczenia społecznego.

GUS definiuje ten wskaźnik następująco: „dane zawierają rzeczywistą liczbę gospodarstw domowych, które w danym roku skorzystały ze świadczeń środowiskowej pomocy społecznej. Każde gospodarstwo domowe zostało ujęte tylko raz, bez względu na rodzaj i liczbę otrzymanych świadczeń oraz niezależnie od tego czy w gospodarstwie wieloosobowym świadczenie otrzymała jedna, czy więcej osób. Gospodarstwo domowe korzystające ze środowiskowej pomocy społecznej, to takie, które otrzymało pomoc pieniężną, rzeczową lub w formie usług za pośrednictwem ośrodka pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z. późn. zm. (tekst jednolity D.U. z 29 czerwca 2016 r. Poz. 930). Warunkiem przyznania pomocy jest zaistnienie jednego z problemów wymienionych w artykule 7 ustawy. W przypadku świadczeń pieniężnych podstawowym warunkiem ich przyznania jest kryterium dochodowe”⁵. Dane GUS pokazują sukcesywny spadek liczby gospodarstw domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej. W 2018 było to 39 048 gospodarstw, a rok później 36 946. Na podstawie tych danych można stwierdzić, iż następuje poprawa sytuacji społecznej w regionie i w takim rozumieniu uzyskiwany jest postęp w realizacji celu szczegółowego 2.

WDRAŻANIE INTERWENCJI

Realizacja projektów w obszarze infrastruktury zdrowotnej była skomplikowanym procesem, złożonym z wielu etapów. Co istotne, możliwość realizacji projektów zdrowotnych była istotnie ograniczona przez mapę potrzeb zdrowotnych. Instytucja Zarządzająca RPOWŚ tworzyła plan działań, który, po pierwsze, musiał uzyskać zgodę od Wojewody Świętokrzyskiego oraz, po drugie, zyskać akceptację Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI. Komitet ten posiada status podkomitetu w ramach Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa, utworzonego na podstawie art. 141 ustawy wdrożeniowej. Zgodnie z Umową Partnerstwa jest głównym narzędziem koordynacji interwencji ze środków UE. W jego skład wchodzi przedstawiciele strony rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych oraz przedstawiciele innych podmiotów mających wpływ na sytuację w ochronie zdrowia. Celem koordynacji jest zapewnienie właściwego ukierunkowania

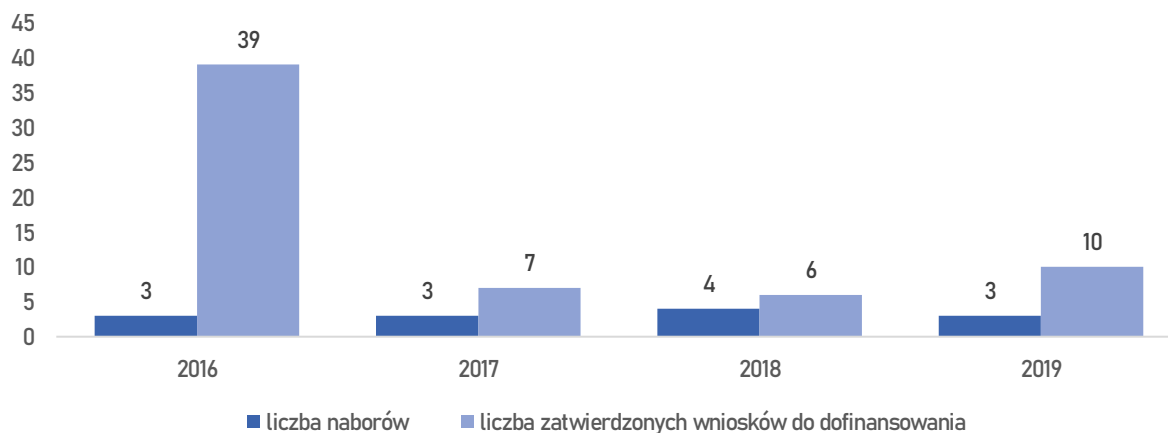
⁵ BDL GUS

interwencji, zapobieganie ich nakładaniu się, zapewnienie efektywności kosztowej oraz precyzyjne dostosowanie interwencji do zidentyfikowanych, na poziomie kraju i poszczególnych regionów, potrzeb. Otrzymanie pozytywnej opinii Komitetu otwierało drogę do standardowej procedury, polegającej na ogłoszeniu wezwania do złożenia wniosku o dofinansowanie.

Opisany wyżej system realizacji projektów zdrowotnych oceniany był ambiwalentnie. Z jednej strony zauważono, że działalność Komitetu w pewnym stopniu ogranicza swobodę w kreowaniu założeń polityki zdrowotnej na szczeblu regionalnym. Z drugiej jednak strony pozwala optymalizować inwestycje w dziedzinie infrastruktury zdrowotnej, co pozwala na efektywniejsze wydatkowanie środków europejskich i uzyskiwanie lepszych efektów w skali ogólnokrajowej.

W sumie w ramach Działania 7.3 przeprowadzono 13 naborów. Pierwsze nabory uruchomiono i rozstrzygnięto w 2016 roku. W czasie 3 pierwszych naborów wybrano do dofinansowania łącznie 39 wniosków. W kolejnym roku również przeprowadzono 3 konkursy. Pozwoliło to wyłonić kolejne 7 wniosków zatwierdzonych do dofinansowania. Największą liczbę naborów przeprowadzono w 2018 roku. Wtedy też rozstrzygnięto 4 konkursy. Dzięki nim kolejne 6 wniosków zakwalifikowano do dofinansowania z EFRR. Ostatnie nabory przeprowadzono w 2019 roku. W ich trakcie pozytywnie oceniono 10 wniosków o dofinansowanie. Tyle samo zawarto umów o dofinansowanie realizacji projektów. Podkreślenia wymaga fakt, iż wszystkie nabory odbywały się w trybie konkursowym.

WYKRES 1 LICZBA NABORÓW ORAZ LICZBA WNIOSKÓW ZATWIERDZONYCH DO DOFINANSOWANIA W RAMACH DZIAŁANIA 7.3 RPOWŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014

Według danych na koniec III kwartału 2021, województwo świętokrzyskie mogło pochwalić się zaawansowanym postępem finansowanych w zakresie realizacji priorytetów inwestycyjnych na lata 2014-2020. Na podstawie zawartych umów o dofinansowanie, poziom procentowy wykorzystanej alokacji wyniósł 101,38 proc. Co prawda poziom wykorzystanej alokacji na podstawie zatwierdzonych wniosków o płatność jest niższy (wynosi 64,63 proc.), nie zmienia to jednak faktu, iż udało się osiągnąć wysoki poziom realizacji alokacji finansowej przypisanej do PI 9a.

TABELA 2 POSTĘPY FINANSOWE REALIZACJI PI 9A

Numer PI	Priorytet inwestycyjny	Poziom % wykorzystanej alokacji na podstawie zawartych umów	Poziom % wykorzystanej alokacji na podstawie zatwierdzonych wniosków o płatność
9a	inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz	101,38%	64,63%

przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji kwartalnej z realizacji RPOWŚ (III kwartał 2021 r.)

Zaawansowany poziom realizacji PI 9a widać po analizie wskaźników monitorujących postępy we wdrażaniu interwencji. 12 wskaźników przypisano do PI 9a. 8 z nich wykazuje wartości ponadnormatywne w stosunku do poziomu docelowego określonego dla stanu z 2023. Największe przekroczenie poziomu docelowego widać przy wskaźniku dotyczącym liczby zakupionych aparatów do oznaczania koronawirusa metodą genetyczną/molekularną w związku z pandemią COVID-19. 2 wskaźniki są bliskie poziomowi 100 proc. zakładanych wartości. 2 ostatnie wskaźniki posiadają obecnie niższy poziom realizacji, ale nie występuje zagrożenie ich nieosiągnięcia. Co więcej, w przypadku jednego z nich (Wartość zakupionego sprzętu medycznego) szacowane jest przekroczenie wartości docelowej o ponad 45 proc.

TABELA 3 WARTOŚĆ WSKAŹNIKÓW MONITORUJĄCYCH WDRAŻANIE PI 9A

PI	Nazwa wskaźnika	Jednostka miary	Realizacja wskaźnika – szacowana	Realizacja wskaźnika – aktualna	Wartość docelowa 2023	% realizacji wartości docelowej
9a	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	szt.	44	38	27	140,74
	Liczba wybudowanych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej	szt.	3	3	2	150,00
	Liczba przebudowanych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej	szt.	21	18	11	163,64
	Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI)	os.	873 388	162 063	165 000	98,22
	Wartość zakupionego sprzętu medycznego (całkowity koszt publiczny) [CV2]	EUR	12 544 858	4 795 399	8 600 000	55,76
	Liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19 [CV7]	szt.	121	89	87	102,30
	Liczba laboratoriów które zostały nowowwybudowane, nowowypożone lub o	szt.	2	2	3	66,67

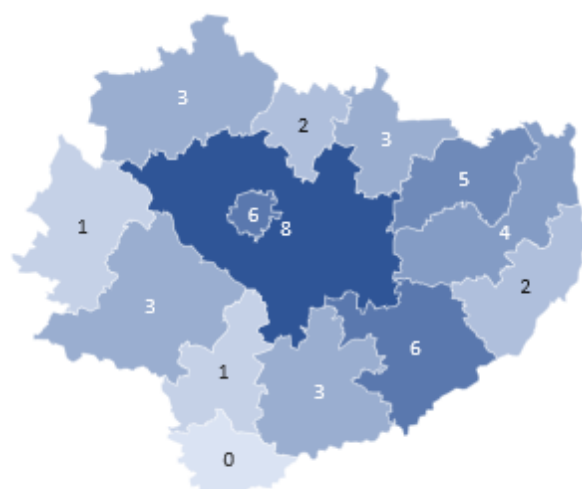
zwiększonych możliwościach testowania COVID-19 [CV9]					
Liczba wyposażonych laboratoriów w związku z pan epidemią COVID-19 [CV13]	szt.	4	4	3	133,33
Liczba wspartych podmiotów leczniczych w związku z pandemią COVID-19 [CV12]	szt.	20	16	17	94,12
Liczba zakupionych aparatów do oznaczania koronawirusa metodą genetyczną/molekularną w związku z pandemią COVID-19 [CV14]	szt.	16	16	5	320,00
Liczba zakupionego sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory [CV15]	szt.	4 437	1 969	950	207,26
Potencjał objętej wsparciem infrastruktury w zakresie opieki nad dziećmi lub infrastruktury edukacyjnej (CI)	os.	148	148	121	122,31

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji kwartalnej z realizacji RPOWŚ (III kwartał 2021 r.)

REALIZOWANE PROJEKTY

W ramach działania 7.3 RPOWŚ 45 beneficjentów realizuje projekty ukierunkowane na rozwój infrastruktury zdrowotnej i społecznej. Najwięcej projektów realizowanych jest na terenie powiatu świętokrzyskiego (8). W dwóch powiatach (Kielce i staszowski) liczba projektów jest nieco mniejsza (6). Pozostałe powiaty są terenem mniejszej intensywności, jeśli chodzi o wdrażanie projektów. Tylko obszar powiatu kazimierskiego nie korzysta ze wsparcia w ramach Działania 7.3.

MAPA 9 REALIZOWANE PROJEKTY NA TERENIE POWIATÓW WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO Z DZIAŁANIA 7.3 RPOWŚ



Obsługiwane przez usługę Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy beneficjentów RPOWŚ

Wśród dofinansowanych projektów 25 dotyczyło rozbudowy infrastruktury zdrowotnej, a 20 zakładało rozwój infrastruktury społecznej.

WERYFIKACJA ZASTOSOWANEJ LOGIKI INTERWENCJI

- Czy realizowane formy wsparcia są odpowiedzią na specyficzne potrzeby regionu i problemy grup najbardziej zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym?

Na podstawie powyższych analiz, poniżej przedstawiono logikę interwencji Działania 7.3 RPOWŚ w postaci tabeli ujmującej podstawowe elementy interwencji i związki przyczynowo-skutkowe między nimi w formie szeregu zdań warunkowych, wychodzących od przesłanek interwencji i dochodzących do oczekiwanych efektów.

Działanie	W związku z tym, że... (przesłanki: problemy/ potrzeby zdiagnozowane w 2014 r.)	...to jeżeli... (interwencja, działania)	...i dodatkowo... (opis warunków realizacji działań)	...to... (efekty bezpośrednie - produkty)	...i w efekcie... (efekty pośrednie - rezultaty)	...dzięki czemu... (osiągnięcie celu)
7.3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dostępność do infrastruktury zdrowotnej i społecznej utrzymywała się na niskim poziomie ▪ infrastruktura zdrowotna i społeczna była nierównomiernie rozwinięta wewnątrz województwa ▪ stan zdrowia mieszkańców regionu nie był zadowalający ▪ starzeje się społeczeństwo w województwie świętokrzyskim ▪ mieszkańcy regionu zapadają na choroby cywilizacyjne (głównie choroby układu krążenia i nowotwory) ▪ problemy zdrowotne wpływają na dezaktywizację zawodową i wzrost ryzyka wykluczenia społecznego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zostanie rozbudowana, zmodernizowana, doposażona sieć podmiotów składających się na regionalną infrastrukturę zdrowotną i społeczną 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ przeznaczona zostanie na te działania kwota dofinansowania 56 767 336 EUR; ▪ wybrane zostaną projekty do dofinansowania, które są najbardziej potrzebne z punktu widzenia deficytów regionu ▪ zawarto 58 umów (nierozwiązanych) na realizację projektów z zakresu poprawy infrastruktury społecznej i zdrowotnej 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ osoby z problemami zdrowotnymi znajdą profesjonalną, łatwo dostępną i nowoczesną opiekę zdrowotną ▪ osoby z obszaru wykluczenia społecznego będą mogły otrzymać dostosowane do ich potrzeb usługi społeczne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ osoby te poprawią stan swojego zdrowia ▪ wyjdą z obszaru wykluczenia społecznego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ograniczone zostanie ryzyko wykluczenia społecznego ▪ populacja województwa świętokrzyskiego znajdować się będzie w lepszej kondycji zdrowotnej ▪ wyrównany zostanie dostęp do usług społecznych i zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów programowych związanych z RPOWŚ

Logika interwencji w Działaniu 7.3 RPOWŚ została zaprojektowana w prawidłowy sposób. Ocenę tę oparto na trzech przesłankach.

Po pierwsze, problemy i deficyty w obszarze infrastruktury społecznej i zdrowotnej w województwie świętokrzyskim zdiagnozowano prawidłowo. Dostrzegalny jest związek pomiędzy założeniami interwencji a realnie istniejącymi problemami społecznymi i zdrowotnymi. W SZOOP RPOWŚ uwzględniono w ramach działania 7.3 typy projektów, które dedykowano takim problemom zdrowotnym jak: choroby układu krążenia; choroby nowotworowe; zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania; choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz choroby układu oddechowego. Jak pokazała analiza na temat stanu zdrowia mieszkańców regionu, choroby te są najczęstszą przyczyną zgonów wśród mieszkańców regionu.

Po drugie, przewidziane przez Instytucję Zarządzającą RPOWŚ typy projektów przewidzianych do dofinansowania w ramach omawianego Działania w wysokim stopniu odpowiadały na potrzeby regionalne. Wybór projektów do dofinansowania opierał się na złożonym, wieloetapowym procesie, w którym szczegółowo weryfikowano zgodność z potrzebami regionu oraz zasadność realizacji planowanych inwestycji. Dla przykładu: zauważono problem starzenia się społeczeństwa w woj. świętokrzyskim i z tego też powodu objęto wsparciem finansowym projekty zakładające utworzenie placówek opieki całodobowej oferującej stały pobyt dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych wraz z mieszkaniami chronionymi (tego typu projekt był realizowany np. w powiecie skarżyskim). Innym przykładem jest wsparcie rozbudowy Szpitala Uzdrawiskowego „Krystyna” służącej optymalizacji procesu terapeutyczno-leczniczego w chorobach układu krążenia.

I wreszcie po trzecie, przekazana na wsparcie projektów alokacja finansowa na poziomie ponad 56,7 mln euro, choć może nie pokrywała w całości popytu ze strony beneficjentów, jednakże pozwoliła ona sfinansować realizację 58 projektów, które miały poprawić jakość i dostępność regionalnej infrastruktury społecznej i zdrowotnej.

ROZDZIAŁ II

LOGIKA INTERWENCJI W DZIAŁANIU 9.2

RPOWŚ 2014-2020

PRZESŁANKI INTERWENCJI

Natomiast działanie 9.2 „Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych” wpisuje się w Priorytet Inwestycyjny PI 9iv „Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym”.

W Programie podkreślano, że wspieranie rozwoju spersonalizowanych i zintegrowanych usług społecznych, z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, ma kluczowe znaczenie w aspekcie niwelowania zjawiska wykluczenia społecznego w regionie. Istotnym elementem interwencji jest podnoszenie jakości oraz zwiększanie dostępu do systemu opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w szczególności, osobami starszymi i z niepełnosprawnościami).

Istotnym obszarem interwencji w ramach działania 9.2 RPOWŚ jest wsparcie na rzecz dziecka i rodziny, nie tylko interwencyjne, ale także profilaktyczne o charakterze społecznym, wychowawczym czy zdrowotnym, co pozwoli eliminować przyczyny możliwego późniejszego wykluczenia lub niedostosowania społecznego. Szczególną potrzebę zauważano w obszarze wsparcia kierowanego do rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze i rodzin w kryzysie lub zagrożonych kryzysem, z uwagi na konieczność zapobiegania odrywaniu dziecka od rodziny, która stanowi podstawowe środowisko do jego funkcjonowania i rozwoju.

Zwrócono też uwagę na fakt, iż interwencja priorytetu przyczynia się do realizacji jego celu szczegółowego poprzez zwiększenie aktywności w poszukiwaniu pracy, podniesienie kwalifikacji i zatrudnienie wśród grup docelowych. Rezultatem tego jest ograniczenie ryzyka wykluczenia społecznego wynikającego z nierówności w dostępie usług społecznych i zdrowotnych.

Z przedstawionych wyżej opisów wyłaniają się dwie przesłanki podjęcia interwencji w obszarze infrastruktury zdrowotnej. Są nimi:

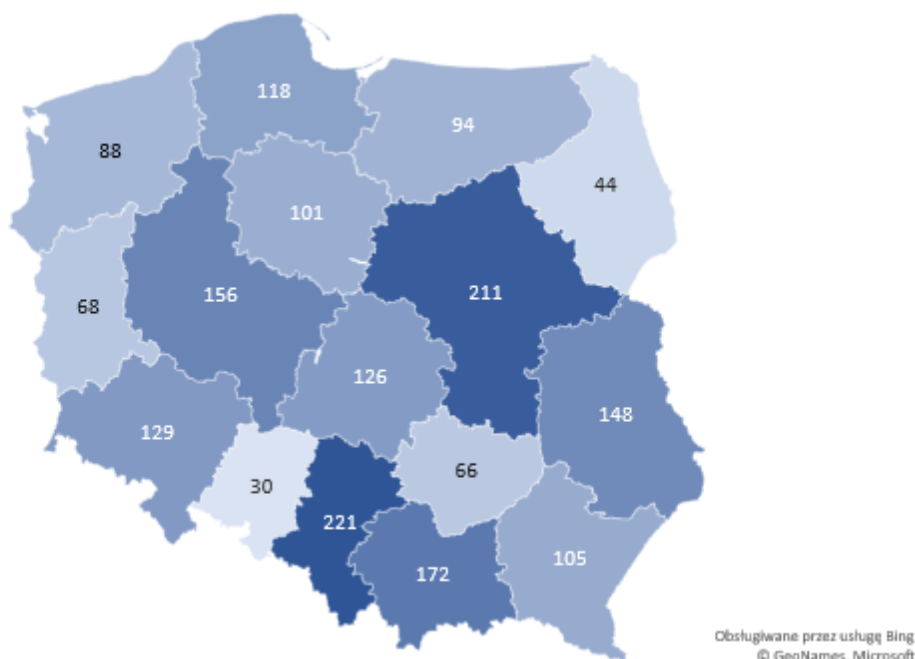
- Przerwanie aktywności zawodowej na skutek problemów zdrowotnych.

- Przerwanie aktywności zawodowej przez rodziców/opiekunów osób niesamodzielnych (np. dzieci, osób z niepełnosprawnościami).

Przerwanie aktywności zawodowej na skutek problemów zdrowotnych

Choroba lub niepełnosprawność w dużym stopniu wpływają na zjawisko bierności zawodowej. W 2014 roku w województwie świętokrzyskim było 66 tys. osób biernych zawodowo z powodu chorób lub niepełnosprawności. Nie licząc osób otrzymujących emeryturę, które również wlicza się w grupę biernych zawodowo, to właśnie osoby chore lub niepełnosprawne miały największą reprezentację w środowisku biernych zawodowo. Wynik analizowanego regionu na poziomie 66 tys. osób był ponad dwa razy wyższy niż na Opolszczyźnie (30 tys.), która posiada zbliżony potencjał demograficzny. Także Podlaskie z wynikiem 44 tys. osób prezentowało się lepiej od województwa świętokrzyskiego.

MAPA 10 LICZBA BIERNYCH ZAWODOWO Z POWODU CHOROBY I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W 2014 R. [TYS. OSÓB]



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W przypadku województwa świętokrzyskiego najczęstszą przyczyną orzeczeń o niepełnosprawności w 2012 roku były: choroby układu krążenia, nowotwory, zaburzenia

psychiczne i zaburzenia zachowania oraz choroby układu kostno-stawowego. One stanowiły główne źródła wpływające na dezaktywizację zawodową mieszkańców regionu.

Należy też zwrócić uwagę na fakt, iż województwo świętokrzyskie znajduje się w grupie województw o najniższej liczbie wydanych orzeczeń o niezdolności do pracy. Z wynikiem 121,8 region plasował się na czwartym miejscu w rankingu, ukazującym zróżnicowanie regionalne skali orzeczeń o niepełnosprawności z uwzględnieniem przyczyn jej wystąpienia. Najlepiej pod tym względem prezentowało się województwo podlaskie. Z kolei najgorzej wypadło kujawsko-pomorskie. Rozpiętość wskaźnika orzeczeń wynosiła od 83 do 242.

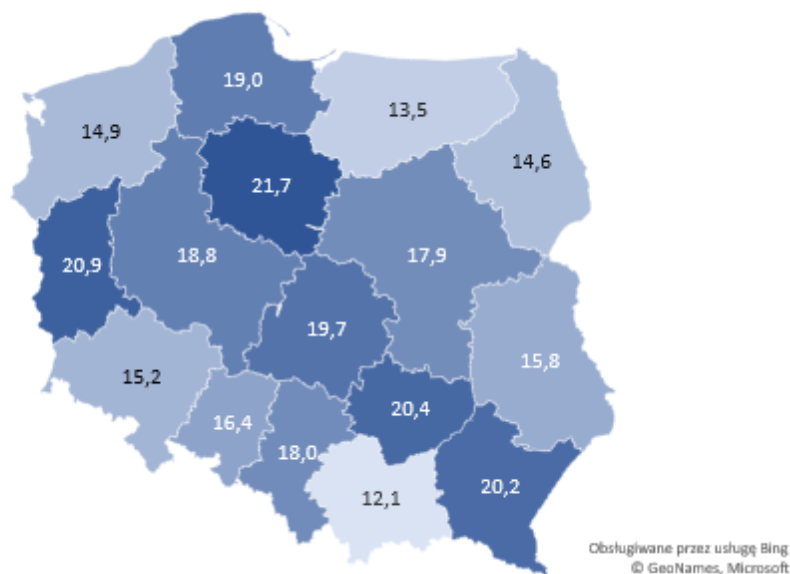
TABELA 4 ORZECZENIA USTALAJĄCE CAŁKOWITĄ NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI LUB CAŁKOWITĄ NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, LUB CZĘŚCIOWĄ NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W POLSCE WEDŁUG PRZYCZYN I WOJEWÓDZTW W 2012 R.

Województwo	Ogółem	Nowotwory	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	Choroby układu nerwowego	Choroby oka i przydatków oka	Choroby układu krążenia	Choroby układu oddechowego	Choroby układu trawiennego	Choroby układu kostno-stawowego	Choroby układu moczowo-płciowego	Urazy, zatrucia i inne
POLSKA	177,6	38,6	3,7	19,2	13,0	3,2	39,6	4,2	4,1	21,7	2,3	14,0
kujawsko-pomorskie	242,4	54,9	5,4	19,9	21,3	3,1	56,2	4,5	4,8	33,6	2,1	19,2
warmińsko-mazurskie	218,4	41,5	5,7	20,5	15,7	2,5	54,4	5,1	4,8	35,7	2,0	18,4
wielkopolskie	213,4	44,4	4,8	24,2	11,2	3,6	44,0	5,2	5,0	30,1	2,5	17,7
łódzkie	212,3	39,0	3,8	28,0	16,8	3,1	44,7	4,4	4,8	18,2	3,8	20,1
mazowieckie	203,2	43,6	4,8	21,0	15,5	3,3	45,1	5,1	5,1	25,2	3,0	14,6
zachodniopomorskie	196,1	48,5	3,4	21,0	14,6	4,0	45,7	4,1	4,0	18,6	2,7	13,7
śląskie	186,4	38,0	3,6	21,6	15,1	4,1	39,6	5,9	5,4	23,5	2,5	15,3
dolnośląskie	174,7	42,0	3,3	14,1	11,5	2,9	39,6	4,2	4,3	20,9	1,9	14,4
lubuskie	174,0	46,7	2,5	12,6	8,0	2,8	46,7	2,8	4,0	18,6	1,9	16,8
lubelskie	170,6	34,2	3,3	21,5	13,2	2,7	41,9	4,7	3,6	21,4	1,5	13,2
podkarpackie	151,9	27,5	4,2	26,0	13,2	4,8	29,6	2,0	2,4	19,2	2,8	9,4
małopolskie	138,1	33,4	2,0	14,8	8,8	2,9	30,6	3,2	3,2	16,3	1,7	12,6
świętokrzyskie	121,8	19,2	4,2	15,1	10,0	3,1	25,4	4,3	1,8	13,8	0,9	13,3
opolskie	117,8	37,8	1,3	8,4	4,8	2,4	34,7	2,2	2,8	9,3	2,4	5,8
pomorskie	108,7	24,6	2,6	9,6	10,6	1,4	22,7	2,3	2,4	14,8	1,2	5,4
podlaskie	82,9	28,1	1,8	10,8	3,9	2,2	19,0	1,0	1,8	5,9	1,3	3,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie NIZP-PZH (dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż w grupie osób z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej 20,4 proc. miało status osób pracujących. Był to jeden z najwyższych wyników w kraju. Pierwsze miejsce w zestawieniu regionów zajęło kujawsko-pomorskie, w którym udział niepełnosprawnych pracujących ukształtował się na poziomie 21,7 proc. Najgorzej pod tym względem prezentowała się sytuacja w województwie małopolskim.

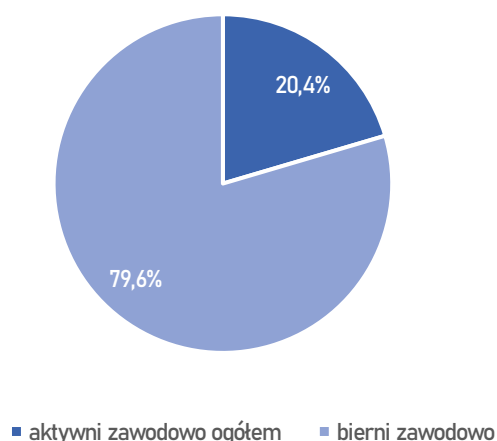
MAPA 11 WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W WIEKU 16 LAT I WIĘCEJ W 2014 R.



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Choć na tle innych regionów w kraju, sytuacja w województwie jawi się pozytywnie, to należy pamiętać o fakcie, iż populacja osób z niepełnosprawnościami liczyła w województwie świętokrzyskim w 2014 roku 137 tys. osób, z czego 109 tys. miało status biernych zawodowo (blisko 80 proc. ogółu). Na podstawie przedstawionych wyżej danych trzeba uznać przesłankę podjęcia interwencji za w pełni uzasadnioną.

WYKRES 2 OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE W WIEKU 16 LAT I WIĘCEJ WEDŁUG TYPU AKTYWNOŚCI

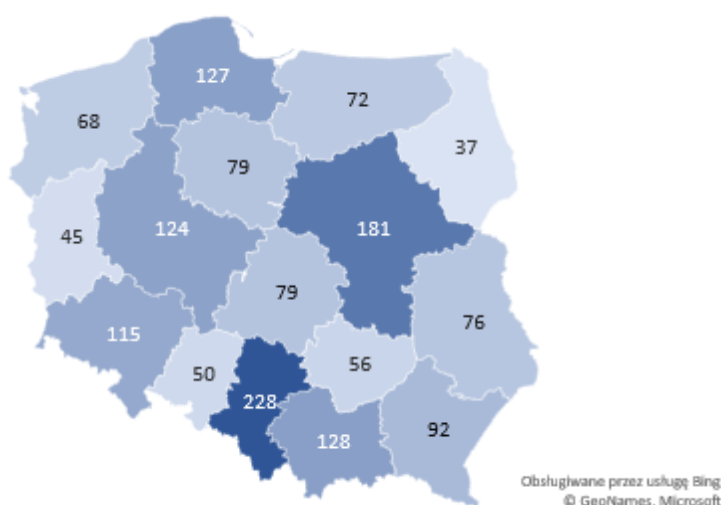


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Niski poziom aktywizacji zawodowej osób sprawujących opiekę nad osobami zależnymi

Dla 56 tys. mieszkańców województwa świętokrzyskiego główną przyczyną bierności zawodowej były w 2014 roku obowiązki rodzinne i zadania związane z prowadzeniem domu (12,3 proc. wszystkich przypadków bierności zawodowej). W tej kategorii mieszczą się osoby, które nie mogą podjąć zatrudnienia, gdyż zajmują się osobami zależnymi (dziećmi, seniorami, niepełnosprawnymi). Niedostateczna dostępność usług społecznych, w tym opiekuńczych, stanowiła czynnik ograniczający szanse aktywizacji zawodowych tego typu osób.

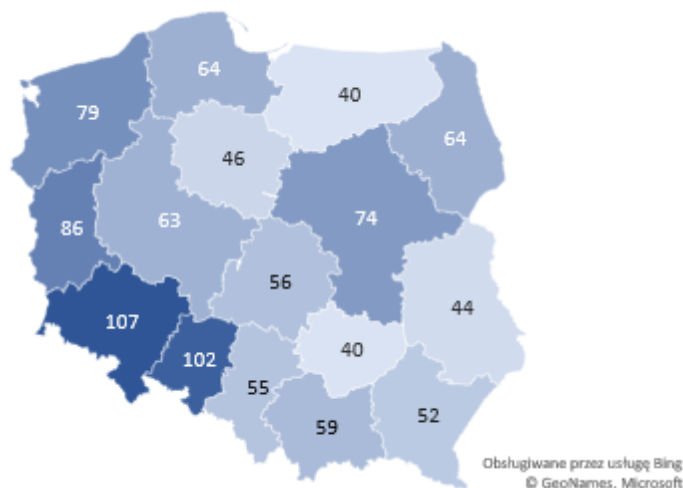
MAPA 12 LICZBA BIERNYCH ZAWODOWO Z POWODU OBOWIĄZKÓW RODZINNYCH W 2014 R. [TYS. OSÓB]



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Niski poziom aktywności zawodowej wśród rodziców/opiekunów osób niesamodzielnych skorelowany był z niską na tle kraju liczbą miejsc w żłobkach i klubach dziecięcych. W 2014 roku w województwie świętokrzyskim na 1 tys. dzieci w wieku do lat 3 przypadało tylko 40 miejsc w żłobkach i klubach dziecięcych. Był to najniższy wynik w kraju.

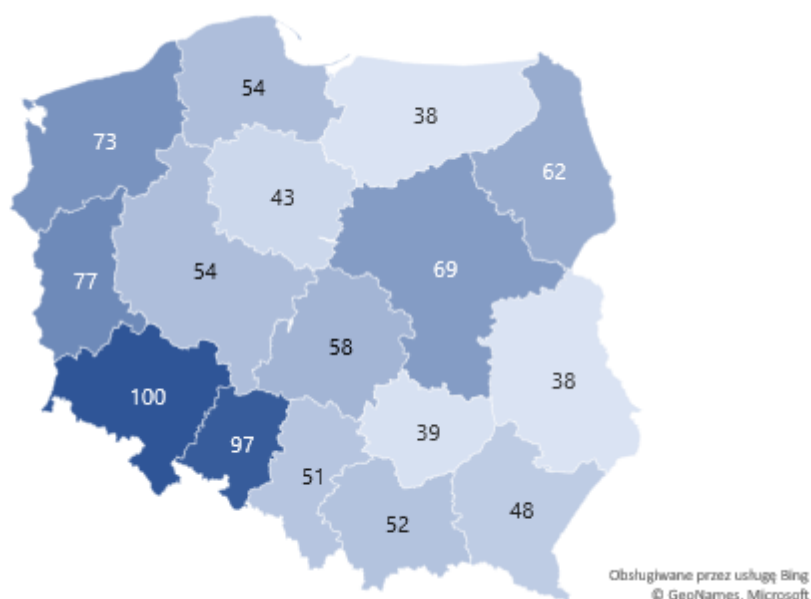
MAPA 13 MIEJSCA W ŻŁOBKACH I KLUBACH DZIECIĘCYCH NA 1000 DZIECI W WIEKU DO LAT 3



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Słabo rozwinięta infrastruktura społeczna powodowała, iż województwo świętokrzyskie należało w 2014 roku do grupy regionów charakteryzujących się niskim odsetkiem dzieci korzystających z opieki żłobków i klubów dziecięcych. W analizowanym regionie 39 dzieci umieszczonych było w żłobkach na 1000 dzieci w wieku do lat 3. Tylko warmińsko mazurskie i lubuskie miały gorsze statystyki (38 dzieci). Dla porównania w województwie dolnośląskim 100 dzieci na 1000 przebywało w żłobkach.

MAPA 14 DZIECI W ŻŁOBKACH I KLUBACH DZIECIĘCYCH NA 1000 DZIECI W WIEKU DO LAT 3



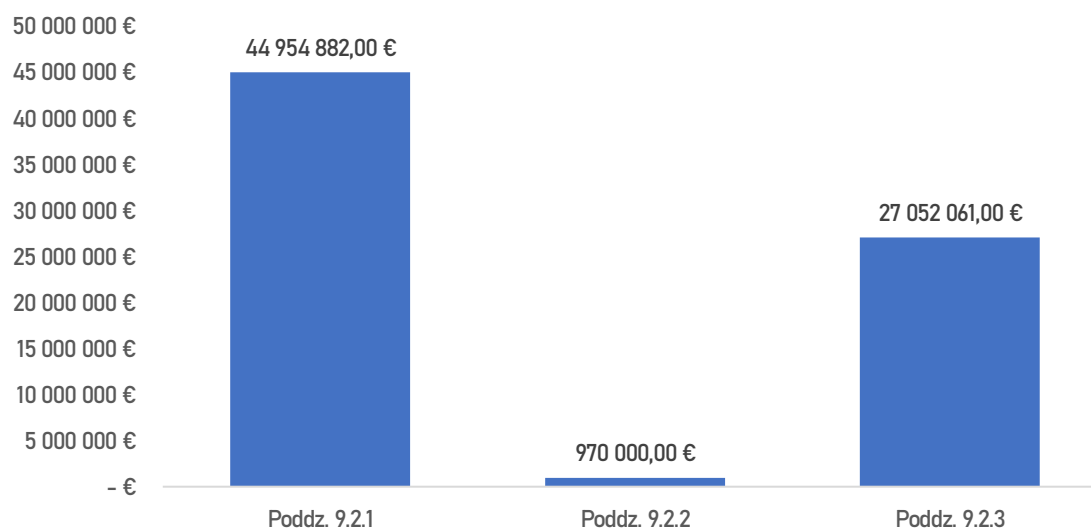
Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

ZAŁOŻENIA INTERWENCJI

Środki UE przewidziane na Działanie 9.2 „Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych” wyniosły 72 976 943 euro, w tym zdecydowaną większość alokacji (44 954 882 euro) przypisano do Poddziałania 9.2.1 „Rozwój wysokiej jakości usług społecznych (projekty konkursowe i projekty pozakonkursowe)”, natomiast 970 000,00 euro skierowano na Poddziałanie 9.2.2 „Rozwój wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych – ZIT (projekty konkursowe)”, a pozostałą część alokacji (27 052 061 euro) na Poddziałanie 9.2.3 „Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych (projekty konkursowe i projekty w trybie nadzwyczajnym)”. Podobnie jak w przypadku Działania 7.3, tak i w odniesieniu do Działania 9.2 RPOWŚ, oceniono, że alokacja finansowa nie zaspakajała w pełnym stopniu zapotrzebowania na środki finansowe w związku z realizacją projektów na rzecz poprawy dostępu do usług społecznych i zdrowotnych. Szczególnie na ten aspekt zwracano uwagę przy ocenie wielkości dofinansowania dla Poddziałania 9.2.2.

Mieliśmy ograniczoną wielkość środków w stosunku do faktycznych potrzeb.

WYKRES 3 ALOKACJA UE NA DZIAŁANIE 9.2 RPOWŚ [EURO]



Źródło: opracowanie własne na podstawie SZOOP RPOWŚ

Zakres wsparcia w ramach działania 9.2 obejmował typy projektów, zakładające m.in.:

1. Profilaktykę społeczną skierowaną do dzieci i rodzin w ramach działalności placówek wsparcia dziennego, świetlic środowiskowych
2. Wsparcie na rzecz prawidłowego funkcjonowania rodziny, tj. działania asystenta rodziny, grupy wsparcia, interwencja kryzysowa, warsztaty i poradnictwo dla rodzin, w tym m.in. specjalistyczne, terapeutyczne i prawne (poradnictwo prawne i obywatelskie świadczone w oparciu o zdiagnozowane, indywidualne potrzeby uczestników).
3. Wsparcie procesu usamodzielniania się i integracji ze środowiskiem, w tym poprzez specjalistyczne poradnictwo, usługi w mieszkaniach chronionych i mieszkaniach wspomaganych (treningowych, wspieranych) – np.: pobyt czasowy z uwzględnieniem usług w formie treningów, nauki samodzielności, poradnictwa, pracy socjalnej, zmierzające do całkowitego usamodzielnienia.
4. Wsparcie systemu pieczy zastępczej poprzez: a) rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej oraz wsparcie dla procesu deinstytucjonalizacji form instytucjonalnych pieczy zastępczej, b) wsparcie rodzin i wychowanków pieczy zastępczej w ramach m.in. poradnictwa, terapii i specjalistycznego wsparcia.

5. Deinstytucjonalizację opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
6. Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych, w tym osób sprawujących pieczę zastępczą oraz opiekunów (w szczególności członków rodzin) w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osobami starszymi

OCZEKIWANE EFEKTY INTERWENCJI

- Czy i w jakim stopniu udzielone wsparcie przyczyniło się do osiągnięcia celów szczegółowych objętych badaniem Priorytetów Inwestycyjnych, zarówno w aspekcie ilościowym - wartości przewidzianych wskaźników, jak i jakościowym?

Oczekiwane efekty wyrażone są wskaźnikami na poziomie priorytetów inwestycyjnych, wskazanymi w dokumencie RPOWŚ. Poniższa tabela przedstawia oczekiwane efekty interwencji Działania 9.2 RPOWŚ opisane w postaci wskaźników strategicznych:

TABELA 5 POŻĄDANE EFEKTY INTERWENCJI W RAMACH DZIAŁANIA 9.2 RPOWŚ (WSKAŹNIKI STRATEGICZNE)

Wskaźnik	Poddziałanie	Wartość bazowa	Aktualna (III kwartał 2021)	Wartość docelowa	Efekt
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu.	9.2.1 9.2.2 9.2.3	-	3 263	2 887	>poprawa sytuacji społecznej mieszkańców regionu > zmniejszenie skali wykluczenia społecznego
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu	9.2.1 9.2.2 9.2.3	-	177	391	>poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców

> zmniejszenie
skali wykluczenia
społecznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie RPOWŚ

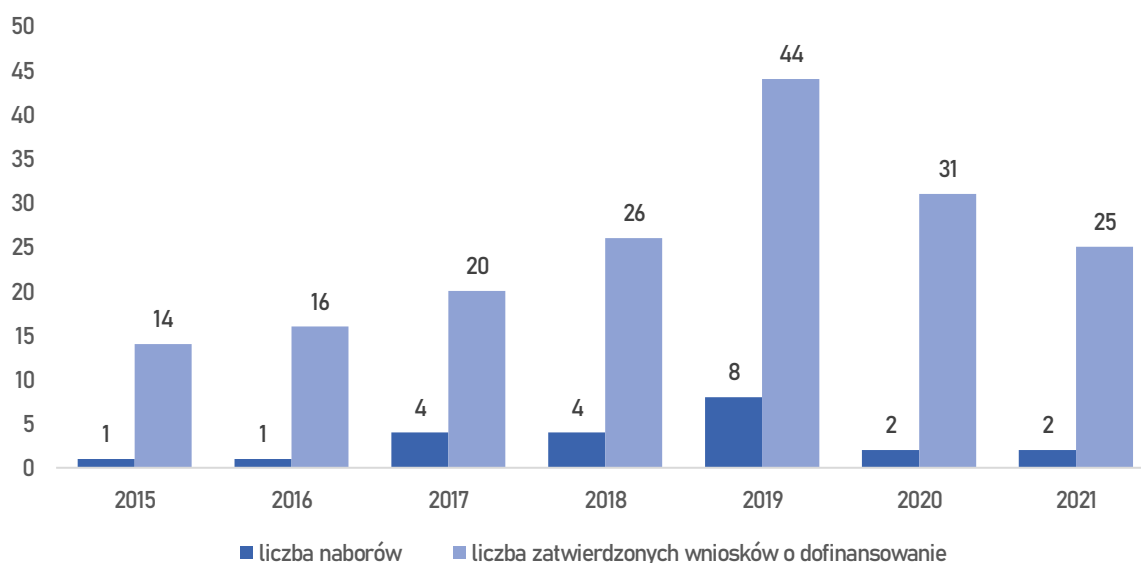
Postępy w realizacji obu celów szczegółowych przypisanych do priorytetu 9 iv są wyraźnie widoczne. W przypadku celu szczegółowego 1: Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, aktualny poziom realizacji wskaźnika o 13 proc. przewyższa docelową wartość określoną dla 2023 roku. Jeśli zaś chodzi o cel szczegółowy 2: Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych to aktualna wartość wskaźnika mierzącego postępy tego celu ma wartość 177. Oznacza to osiągnięcie wartości docelowej na poziomie 45,26 proc. Choć realizacja celu szczegółowego 2 nie jest tak zaawansowana jak w przypadku celu 1, jednak nie występuje zagrożenie nieosiągnięcia zakładanej wartości docelowej.

WDRAŻANIE INTERWENCJI

W całym Działaniu 9.2 RPOWŚ przeprowadzono łącznie 45 naborów, z czego najwięcej, bo 22 ogłoszono w ramach Poddziałania 9.2.1. 19 konkursów zorganizowano w ramach Poddziałania 9.2.3. Natomiast 4 nabory odbyły się w Poddziałaniu 9.2.2.

Jeśli chodzi o nabory w Poddziałaniu 9.2.1 to pierwsze dwa lata realizacji interwencji (2015 i 2016) przyniosły po jednym naborze w każdym roku, które pozwoliły wybrać do dofinansowania odpowiednio 14 i 16 projektów do dofinansowania. Kolejne dwa lata przyniosły znaczącą intensyfikację działań konkursowych. Zorganizowano wtedy po 4 nabory w każdym roku. Zaklasyfikowano do dofinansowania łącznie 46 projektów. Rekordowy był jednak rok 2018, kiedy rozstrzygnięto aż 8 konkursów. Objęto wówczas dofinansowaniem UE 44 projekty. Ostatnia dwa lata realizacji interwencji w ramach Poddziałania 9.2.1 odbywały się w warunkach pandemicznych. Zarówno w 2020, jak i 2021 roku zorganizowano po dwa nabory. 31 projektów uzyskało dofinansowanie w 2020 roku, a rok później niewiele mniej, bo 25.

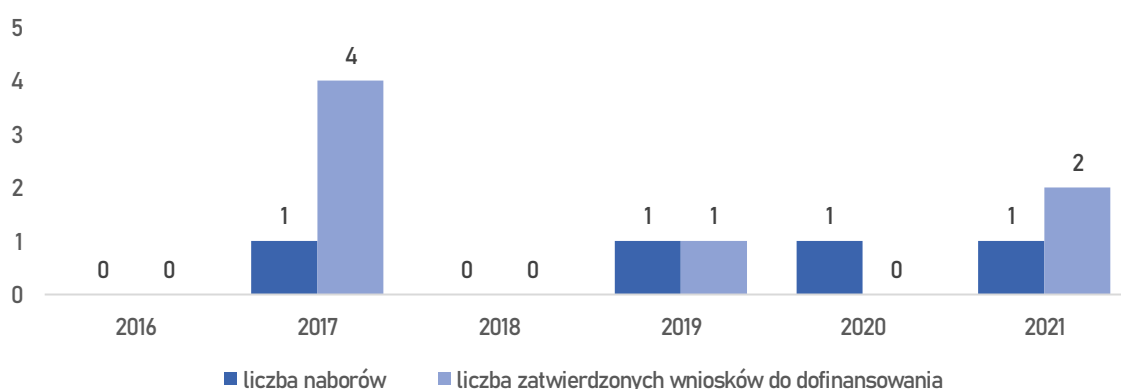
WYKRES 4 NABORY W RAMACH PODDZIAŁANIA 9.2.1 RPOWŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie SL2014

W Poddziałaniu 9.2.2 „Rozwój wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych – ZIT” zorganizowano w sumie 4 nabory. Jeden rozstrzygnięto na początku 2017 roku. Drugi nabór odbył się dwa lata później. Również w 2020 i 2021 roku przeprowadzono po jednym naborze. Do realizacji wyłoniono w sumie 7 projektów w ramach Poddziałania 9.2.2, jednak 6 umów ma status realizowanych (nierozwiązanych).

WYKRES 5 NABORY W RAMACH PODDZIAŁANIA 9.2.2 RPOWŚ

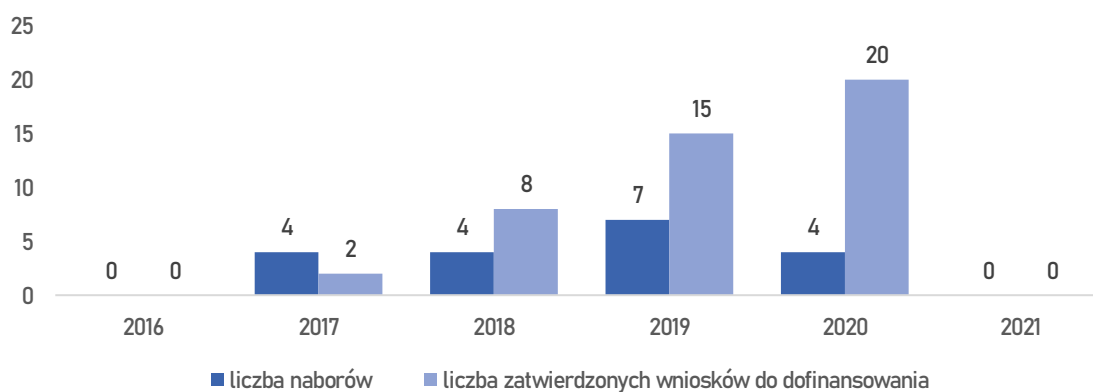


Źródło: opracowanie własne na podstawie SL2014

Nabory w ramach Poddziałania 9.2.3 ruszyły dopiero w 2017 roku, a więc najpóźniej w stosunku do pozostałych naborów z Działania 9.2. 4 konkursy zorganizowane w 2017 roku

nie przyniosły jednak istotnego postępu jeśli chodzi o zatwierdzenie wniosków do dofinansowania. 2 nabory nie pozwoliły wyłonić wniosków, które można było skierować do dofinansowania. Natomiast w pozostałych dwóch wyłoniono w sumie tylko 2 wnioski, które uzyskały dofinansowanie UE. W 2018 roku również przeprowadzono 8 postępowań konkursowych. W efekcie wybrano 8 wniosków, które mogły uzyskać dofinansowanie. 7 naborów odbyło się w 2019 roku. W ich trakcie zatwierdzono do wsparcia finansowego 15 wniosków (łącznie podpisano 13 umów na realizację projektów). Ostatnie 4 konkursy zorganizowano w 2020 roku, z czego 2 w trybie nadzwyczajnym. Dzięki nim 20 wniosków zatwierdzono do dofinansowania. Tyle samo zawarto umów na realizację projektów.

WYKRES 6 NABORY W RAMACH PODDZIAŁANIA 9.2.3 RPOWŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie SL2014

Realizacja priorytetu inwestycyjnego PI 9iv wykazuje zbliżony poziom zaawansowania, co w przypadku PI 9a. Poziom wykorzystanej alokacji na podstawie zawartych umów przekracza w obu priorytetach inwestycyjnych próg 100 proc. Jeśli chodzi zaś o poziom wykorzystania alokacji na podstawie zatwierdzonych wniosków o płatność, to aktualny, na koniec III kwartału 2021 roku, wynik, pokazuje 63,15 proc., co należy uznać za przyzwoity rezultat.

TABELA 6 POSTĘPY FINANSOWE REALIZACJI PI 9IV

Numer PI	Priorytet inwestycyjny	Poziom % wykorzystanej alokacji na podstawie zawartych umów	Poziom % wykorzystanej alokacji na podstawie zatwierdzonych wniosków o płatność
9iv	Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym	101,2%	63,15%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji kwartalnej z realizacji RPOWŚ (III kwartał 2021 r.)

Priorytet inwestycyjny 9iv monitorowany jest przy użyciu 7 wskaźników realizacji. 3 z nich wykazuje stan ponadnormatywny w stosunku do docelowego poziomu określonego dla 2023 roku. Najwyższe przekroczenie występuje w ramach wskaźnika sprawdzającego liczbę osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. 3 kolejne wskaźniki wykazują zaawansowany poziom realizacji. W przypadku jednego wskaźnika (Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu), którego obecny poziom realizacji wynosi 45,27 proc., widać mniej zaawansowany poziom realizacji. Trzeba jednak zauważyć, że wartości dotyczące liczby wspartych miejsc zostaną wykazane dopiero po zakończeniu realizacji projektów. Zakładana w realizowanych projektach wartość wskaźnika wskazuje, że nie występuje zagrożenie nieosiągnięcia wartości docelowej.

TABELA 7 WARTOŚĆ WSKAŹNIKÓW MONITORUJĄCYCH WDRAŻANIE PI 09IV

PI	Nazwa wskaźnika	Jednostka miary	Realizacja wskaźnika - szacowana	Realizacja wskaźnika - aktualna	Wartość docelowa 2023	% realizacji wartości docelowej

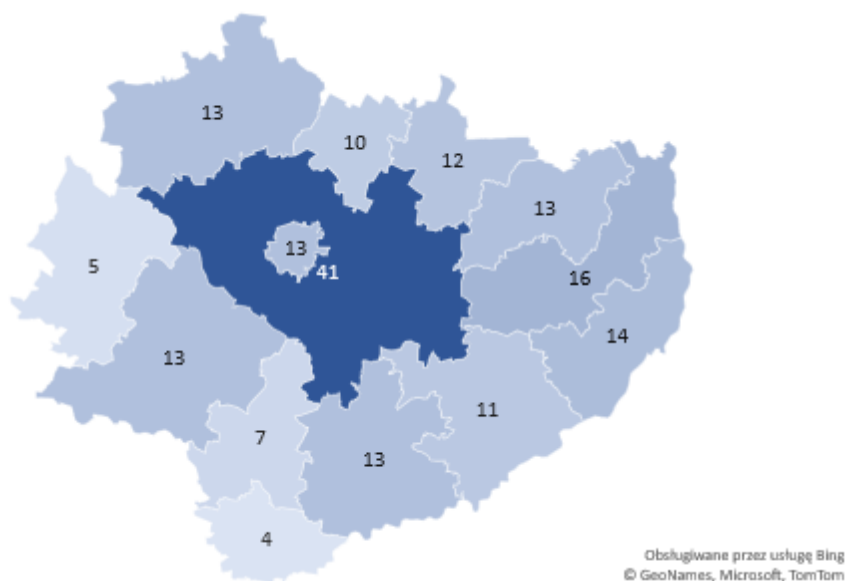
09iv	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie	os.	n/d	19 076	22 454	84,96
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	os.	n/d	2 483	3 035	81,81
	Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 [CV31]	os.	n/d	2 113	759	278,39
	Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 [CV33]	szt.	n/d	1 149	932	123,28
	Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 [CV30]	EUR	n/d	19 235 134	19 423 947	99,03
	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu	szt.	n/d	3 263	2 887	113,02
	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu	szt.	n/d	177	391	45,27

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji kwartalnej z realizacji RPOWŚ (III kwartał 2021 r.)

REALIZOWANE PROJEKTY

W ramach Poddziałania 9.2.1 najwięcej projektów ukierunkowanych na ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych było realizowanych w powiecie kieleckim (41). W większości powiatów województwa świętokrzyskiego liczba projektów mieściła się w przedziale od 10 do 16. Tylko 3 powiaty odstawały pod względem liczby realizowanych projektów – kazimierski, na terenie którego realizowano tylko 4 projekty, włoszczowski (z 5 projektami) oraz pińczowski (z 7).

MAPA 15 REALIZOWANE PROJEKTY W PODDZIAŁANIU 9.2.1

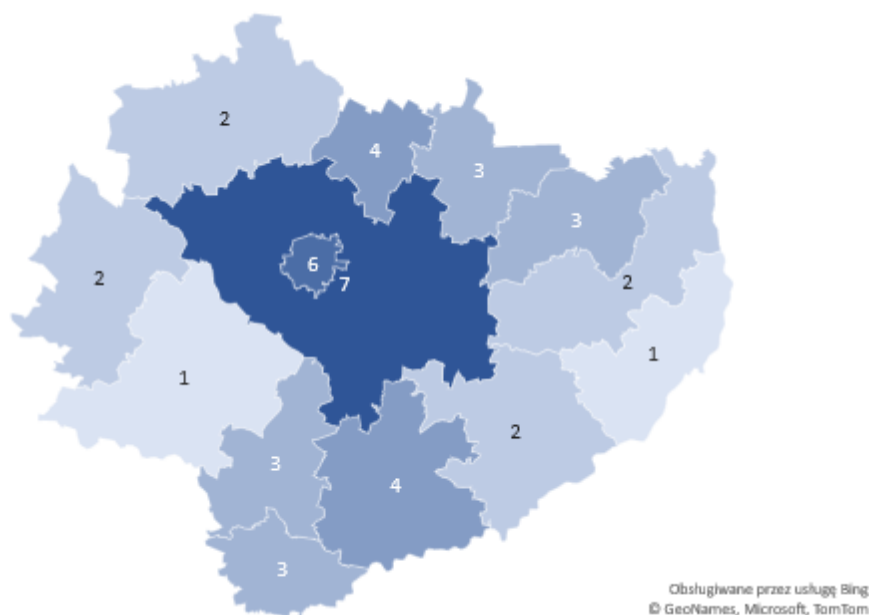


Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy beneficjentów RPOWŚ

W Poddziałaniu 9.2.2, które w całości było zadedykowane obszarowi ZIT KOF, wsparto realizację 6 projektów.

Z kolei w Poddziałaniu 9.2.3 największa koncentracja projektów występowała w powiecie kieleckim (7) oraz w stolicy województwa świętokrzyskiego (6). Na terenie dwóch powiatów (jędrzejowskiego i sandomierskiego) były wdrażane pojedyncze projekty. W pozostałych powiatach liczba projektów mieściła się w przedziale od 2 do 4.

MAPA 16 REALIZOWANE PROJEKTY W PODDZIAŁANIU 9.2.3



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy beneficjentów RPOWŚ

WERYFIKACJA ZASTOSOWANEJ LOGIKI INTERWENCJI

- Czy realizowane formy wsparcia są odpowiedzią na specyficzne potrzeby regionu i problemy grup najbardziej zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym?

Na podstawie przeprowadzonych analiz przedstawiono w poniższej tabeli logikę interwencji Działania 9.2 RPOWŚ ujmującej podstawowe elementy interwencji i związki przyczynowo-skutkowe między nimi w formie szeregu zdań warunkowych, wychodzących od przesłanek interwencji i dochodzących do oczekiwanych efektów.

Weryfikacja zastosowanej logiki interwencji w Działaniu 9.2 RPOWŚ pozwoliła na sformułowanie następujących ustaleń.

Po pierwsze, właściwie zostały zdiagnozowane problemy oraz ich źródła w województwie świętokrzyskim, uzasadniające podjęcie interwencji ukierunkowanej na zwiększenie dostępności do usług społecznych i zdrowotnych. W Programie zauważono, że mieszkańcy regionu nie mają odpowiedniego dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych. Ograniczona dostępność negatywnie odbija się na rozwoju kapitału ludzkiego i

spójności społecznej. Sposobem na ograniczenie skali tych problemów było zaprojektowanie interwencji ukierunkowanej na poprawę dostępu mieszkańców regionu do podstawowych usług społecznych o charakterze profilaktycznym, opiekuńczym oraz wsparcia rodziny, a także w dziedzinie usług zdrowotnych. Wsparcie to podporządkowano idei deinstytucjonalizacji usług, by możliwe było stopniowe przechodzenie od usług opiekuńczych świadczonych przez instytucje do usług o charakterze środowiskowym.

Po drugie, pod kątem potrzeb i problemów regionalnych zostały zaprojektowane odpowiednie działania. Co istotne, dopuszczono do realizacji szeroki katalog typów projektów, począwszy od profilaktyki społecznej skierowanej do dzieci i rodzin, poprzez wsparcie na rzecz prawidłowego funkcjonowania rodziny, kończąc na deinstytucjonalizacji opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

I wreszcie po trzecie, przyjęte założenia interwencji oraz wybrane do dofinansowania projekty w wysokim stopniu odpowiadały na potrzebę zwiększenia dostępności do usług społecznych i zdrowotnych na terenie województwa świętokrzyskiego. Dla przykładu: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kielcach zrealizowało projekt pn. „Centrum Usług - Współpraca na rzecz społeczności lokalnej”. Jego celem była poprawa jakości systemu rodzinnego oraz minimalizowanie barier uniemożliwiających osobom niesamodzielnym/niepełnosprawnym pozostanie w środowisku lokalnym i samodzielne funkcjonowanie poprzez zwiększenie dostępności do usług społecznych. Innym przykładem jest projekt realizowany na terenie gminy Raków, polegający na deinstytucjonalizacji opieki nad 45 osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez rozwój alternatywnych form stacjonarnej opieki dziennej realizowanej w 4 Klubach Seniora.

Poddziałanie	W związku z tym, że... (przesłanki: problemy/ potrzeby zdiagnozowane w 2014 r.)	...to jeżeli... (interwencja, działania)	...i dodatkowo... (opis warunków realizacji działań)	...to... (efekty bezpośrednie - produkty)	...i w efekcie... (efekty pośrednie - rezultaty)	...dzięki czemu... (osiągnięcie celu)
9.2.1 9.2.2 9.2.3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ infrastruktura społeczna i zdrowotna była nierównomiernie rozwinięta wewnątrz województwa świętokrzyskiego ▪ osoby z niepełnosprawnością w niedostatecznym stopniu zostały włączone w rynek pracy ▪ osoby opiekujące się osobami zależnymi bardzo często oddalone są od rynku pracy ▪ brak aktywności grozi wystąpieniem ryzyka wykluczenia społecznego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ułatwi się dostęp do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ przeznaczona zostanie na te działania kwota dofinansowania 72 976 943 EUR; ▪ wybrane zostaną projekty do dofinansowania, które są najbardziej potrzebne z punktu widzenia potrzeb mieszkańców regionu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ osoby zagrożone wykluczeniem społecznym uzyskają wsparcie w zakresie społecznym i zdrowotnym 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poprawi się ich sytuacja zdrowotna i społeczna ▪ powrócą na rynek pracy i rozpoczną aktywność zawodową 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zasoby rynku pracy w województwie świętokrzyskim będą bardziej efektywnie wykorzystane ▪ zmniejszy się zjawisko bierności zawodowej ▪ ograniczone zostanie ryzyko wykluczenia społecznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów programowych związanych z RPOWŚ

ROZDZIAŁ III

EFEKTY REALIZACJI INTERWENCJI W DZIAŁANIACH 7.3 I 9.2 RPOWŚ

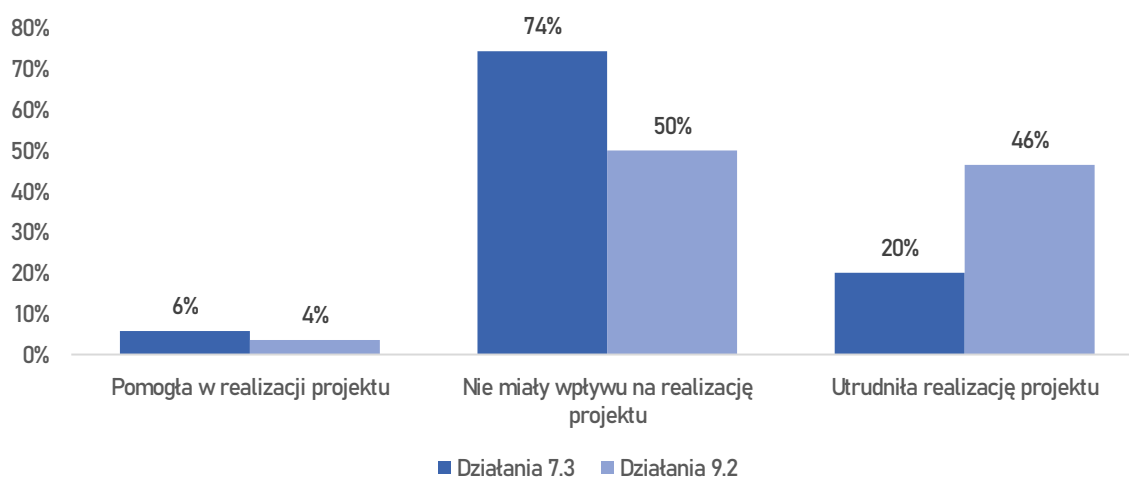
UWARUNKOWANIA REALIZACJI INTERWENCJI W DZIAŁANIACH 7.3 I 9.2 RPOWŚ

- Jakie czynniki zewnętrzne w istotny sposób przyczyniły się do realizacji założonych celów interwencji, a jakie utrudniły ich realizację (np. otoczenie prawne, zmiany społeczno-gospodarcze, sytuacja epidemiczna związana z pandemią COVID-19)?

Realizacja projektów w Działaniach 7.3 i 9.2 RPOWŚ zachodziła w szczególnych okolicznościach. Czynnikiem, który miał wpływ na proces wdrażania projektów, była pandemia COVID-19. Miała ona negatywny wpływ na możliwość realizacji projektów. Po pierwsze, wprowadzone obostrzenia w związku z pandemią COVID-19 uniemożliwiały prowadzenie działań projektowych. Po drugie, mieszkańcy regionu, podobnie jak w innych częściach kraju, bojąc się zarażenia, ograniczali swoją mobilność i aktywność społeczną. W momencie luzowania obostrzeń, gotowość uczestników do partycypowania w zaplanowanych działaniach była wciąż niewielka. W związku z tym, iż pandemia COVID-19 stworzyła niesprzyjające warunki dla realizacji projektów, część z nich została zawieszona. Wiązało się to z koniecznością aneksowania umów i wydłużenia okresu na realizację projektu. Poniżej przedstawiono dane z badania ilościowego z beneficjentami, ukazujące skalę trudności w związku z pandemią COVID-19.

Podkreślenia wymaga fakt, iż realizacja projektów ukierunkowana na rozwój infrastruktury społecznej i zdrowotnej była w znacznie mniejszym stopniu narażona na negatywne skutki pandemii COVID-19. Tylko co piąty badany beneficjent z Działania 7.3 doświadczył trudności w związku z pandemią. Blisko $\frac{3}{4}$ beneficjentów oceniło, że pandemia nie miała wpływu na realizację projektu. Wynikało to ze specyfiki projektów, które polegały na zakupie sprzętu medycznego lub realizacji procesów inwestycyjnych (np. modernizacja lub przebudowa budynków). Inaczej jednak sprawa wygląda w przypadku realizacji interwencji w Działaniu 9.2. Dla blisko połowy beneficjentów z tego Działania, obostrzenia związane z pandemią utrudniły w sposób znaczący realizację projektów. Druga połowa respondentów nie zauważyła wpływu pandemii na proces wdrażania projektów.

WYKRES 7 WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA PROCES REALIZACJI PROJEKTÓW



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z beneficjentami

Wyniki badań ilościowych potwierdziły wypowiedzi beneficjentów w trakcie realizacji badań jakościowych. Wynika z nich, iż pandemia wpłynęła na zmianę planowanych działań w projekcie (wykluczenie np. wyjazdów), tymczasowe wstrzymanie realizacji pewnych usług lub reorganizację działań i dopasowanie ich do panujących w danym momencie obostrzeń.

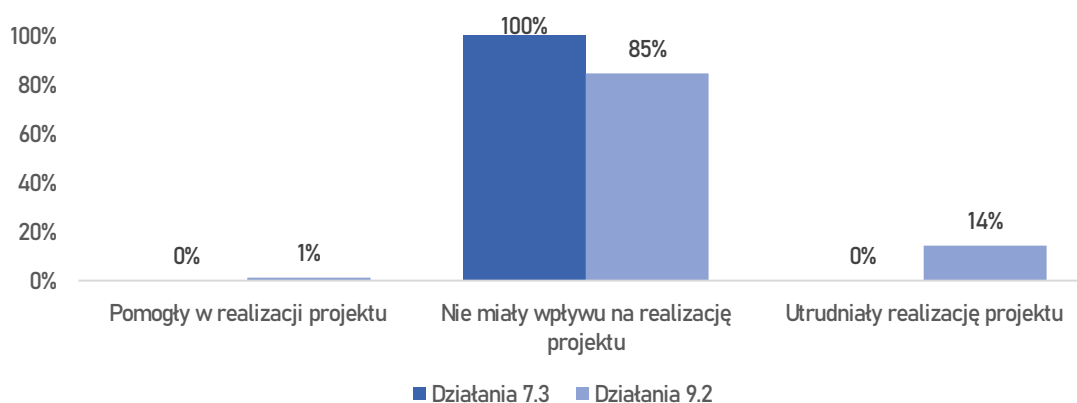
Trudnością podstawową było to, że z racji pandemii musieliśmy wstrzymać świadczenia, które były zaplanowane. Nie mogliśmy tych osób przyjmować do placówki. Czas leciał, nam nie przybywało nowych uczestników, bo nie było jak prowadzić tych zajęć.

Pandemia wpłynęła negatywnie na realizację projektu. Było nam ciężko, mieliśmy pewne ograniczenia, był moment, że musiałyśmy dzieci dzielić na grupy po 5 osób. Tu był ogromny problem z takim podziałem na grupki.

Na pewno były problemy, kiedy pojawiła się pandemia, bo wtedy zajęcia, które planowaliśmy musieliśmy przeorganizować i zmienić trochę plany. Nie mogliśmy dla młodzieży zorganizować wakacyjnego wyjazdu dla młodzieży. Musieliśmy w innej formie zaoferować wsparcie w projekcie.

W ramach badania sprawdzono również oddziaływanie czynników społeczno-gospodarczych na realizację projektów. Beneficjenci z Działania 7.3 RPOWŚ zgodnie ocenili, iż nie doświadczyli trudności w związku ze zmianą uwarunkowań społeczno-gospodarczych. Natomiast 14 proc. beneficjentów z Działania 9.2 zauważyło negatywny wpływ tych czynników na proces wdrażania projektów. Przede wszystkim zwracali uwagę na wzrost cen materiałów budowlanych i usług budowlanych, przez co ponoszone koszty były wyższe niż przewidywały to kosztorysy projektów. Wzrost usług budowlanych powodował również komplikacje z wyłonieniem wykonawców w procedurach przetargowych (głównie dotyczyło to projektów twardych). Procedury te niejednokrotnie musiały być powtarzane, co opóźniało realizację działań zaplanowanych w przedsięwzięciu. Zwracano też uwagę na wzrost cen środków ochrony indywidualnej (zwłaszcza w początkowym okresie rozwoju pandemii COVID-19 w Polsce).

WYKRES 8 WPŁYW CZYNNIKÓW SPOŁECZNO-GOSPODARCZYCH NA PROCES REALIZACJI PROJEKTÓW



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z beneficjentami

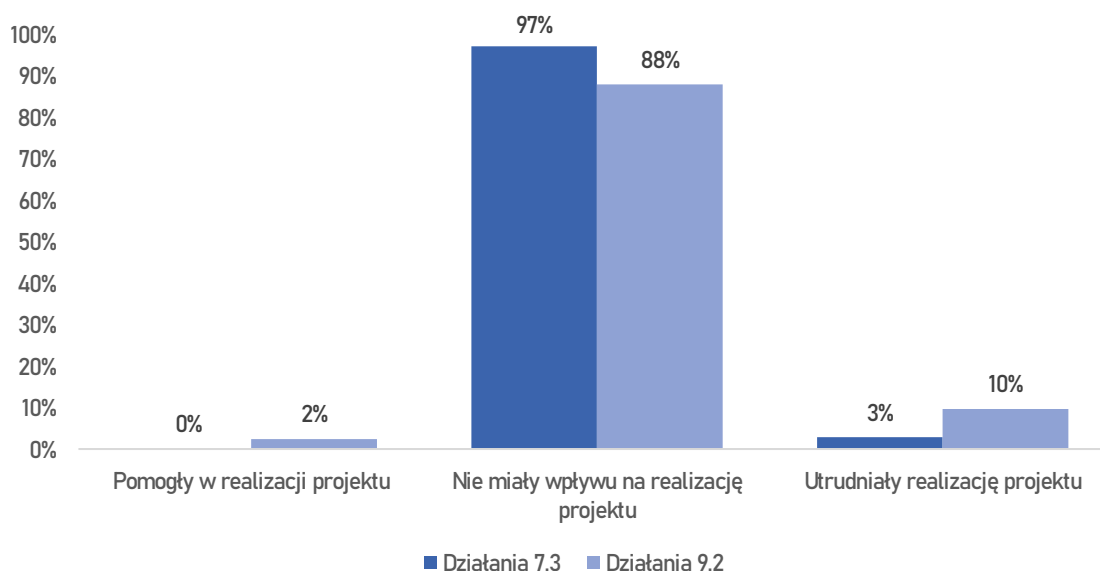
Negatywny wpływ wzrostu cen na realizację projektu podkreślali uczestnicy wywiadów jakościowych. Zwracano uwagę, że podawane w kosztorysie ceny zakupu materiałów lub robót ulegał dezaktualizacji na skutek szybko rosnących cen na rynku.

Myślę, że u nas problemem było to, że dokumentacja projektowa była przygotowana dużo wcześniej niż realizowaliśmy ten projekt. Najpierw była dokumentacja konkursowa, potem wniosek o dofinansowanie, potem cała procedura oceny i upłynął dosyć długi okres czasu. Poza tym same roboty długo

trwały i ostatnim etapem był sam zakup wyposażenia. W tym czasie nastąpił wzrost cen w stosunku do tych pierwotnie planowanych. Ta dokumentacja była kilka lat wcześniej przygotowywana i były zakładane wartości, które potem okazały się nie do końca aktualne. Musieliśmy powtarzać przetargi.

Zmiany otoczenia prawnego były czynnikiem negatywnie wpływającym na 3 proc. projektów realizowanych w Działaniu 7.3 i 10 proc. w Działaniu 9.2. Dla zdecydowanej większości beneficjentów uwarunkowania prawne nie stanowiły istotnego faktora. W ramach badania pogłębiono wiedzę o źródłach trudności, wynikających ze zmian prawnych. Zwracano uwagę na nowelizację ustawy Prawo zamówień publicznych szczególnie w zakresie organizacji postępowań przetargowych. Część ankietowanych podnosiła też kwestię zmian w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (tzw. ustawa covidowa). Inne rozwiązania prawne nie oddziaływały w istotnym stopniu na realizację projektów.

WYKRES 9 WPŁYW CZYNNIKÓW PRAWNYCH NA PROCES REALIZACJI PROJEKTÓW



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z beneficjentami

OCENA SYSTEMU WYBORU PROJEKTÓW

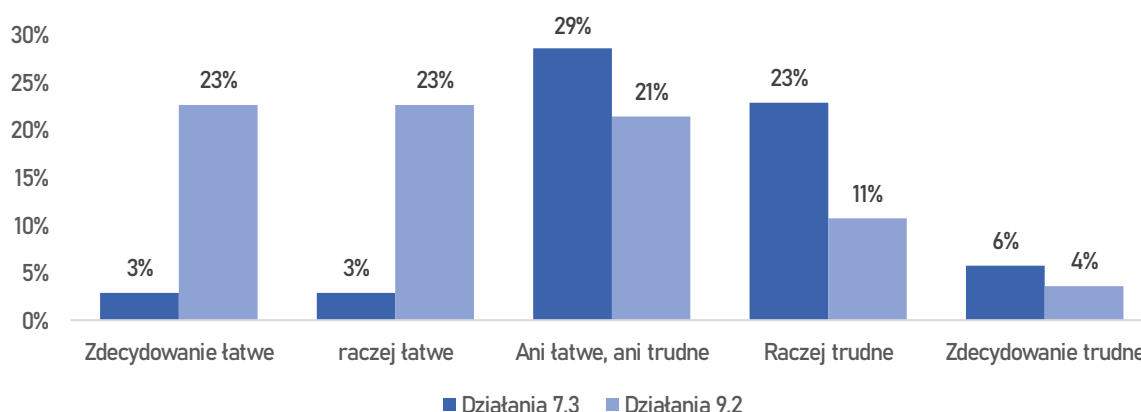
- Jak należy ocenić stosowane różnorodne formuły wyboru projektów (instrument terytorialny ZIT, OSI, tryb wyboru projektów, kryteria oceny) pod względem skuteczności, efektywności i jakości wdrażania wsparcia. Jakie problemy występują w poszczególnych formułach i trybach wyboru, z czego to wynika?
- Jaki jest stopień skuteczności wykorzystanych mechanizmów wdrażania w postaci terytorialnego rozkładu interwencji. Czy należy kontynuować wykorzystanie tych mechanizmów w perspektywie finansowej 2021 – 2027?

Wśród beneficjentów realizujących projekty w Działaniach 7.3 i 9.2 RPOWŚ zauważalna jest różnica w ocenie stopnia trudności aplikowania o środki UE na realizację projektów.

Respondenci z Działania 9.2 byli bardziej skłonni do uznania procedur aplikowania za bardzo łatwe lub stosunkowo łatwe (46 proc. badanych tak oceniło obowiązujące procedury). Co piąty respondent ocenił, iż wypełnienie aplikacji i udział w procesie naboru wiązał się ze średnim stopniem trudności. 15 proc. ankietowanych uznało, że było to trudne dla nich wyzwanie. Podkreślenia wymaga fakt, że w przypadku Działania 9.2 udział w naborze ograniczał się tylko do złożenia wniosku o dofinansowanie. Inne dokumenty były wymagane dopiero na etapie podpisania umowy. Tego typu ułatwienie (dwuetapowość składania dokumentów) z pewnością spowodowało, że beneficjenci Działania 9.2. pozytywnie ocenili system aplikowania o środki finansowe z EFS.

Beneficjenci z Działania 7.3 zupełnie inaczej oceniali postępowanie konkursowe. Tylko 6 proc. ankietowanych uznało, iż nie sprawiło im kłopotu spełnienie wszelkich wymogów. Co trzeci respondent ocenił poziom trudności na średni. Podobny odsetek respondentów oceniał udział w naborze jako zadanie trudne i wymagające użycia specjalistycznej wiedzy i umiejętności.

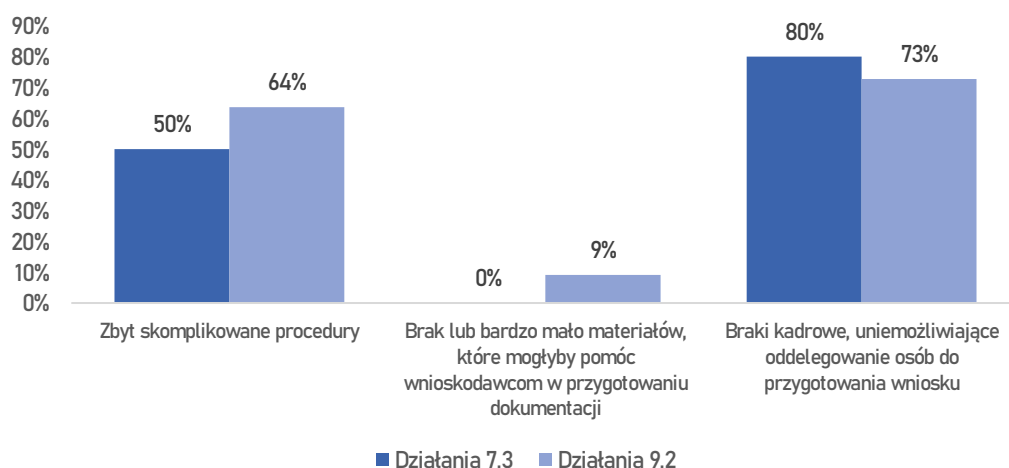
WYKRES 10 OCENA STOPNIA TRUDNOŚCI UDZIAŁU W NABORACH W DZIAŁANIU 7.3 I 9.2 RPOWŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z beneficjentami

Podstawowym źródłem problemów, leżących po stronie Wnioskodawców, jest to, iż nie mają oni profesjonalnej kadry, która mogłaby odpowiadać za zebranie dokumentacji i przygotowanie wniosku o dofinansowanie. Zwracało na ten aspekt uwagę 80 proc. beneficjentów z Działania 7.3 oraz 73 proc. podmiotów z Działania 9.2. Wnioskodawcy rozwiązują ten problem za pomocą zlecenia przygotowania dokumentacji pod kątem naborów profesjonalnym firmom konsultingowym. Z takiej pomocy korzystało 63 proc. badanych beneficjentów z Działania 7.3 i co trzeci ankietowany z Działania 9.2. Znaczący odsetek badanych zwracało też uwagę na inną barierę w postaci zbyt skomplikowanych procedur. Ten aspekt podkreślało odpowiednio 50 proc. badanych podmiotów (Działanie 7.3) i 64 proc. respondentów (Działanie 9.2). Wyjaśniano, że wysoki poziom biurokratyzowania procedur naboru (konieczność przygotowania i złożenia wielu różnych dokumentów) powodował trudności w spełnieniu kryterium dostępu przez beneficjentów.

WYKRES 11 ŹRÓDŁA TRUDNOŚCI W APLIKOWANIU O ŚRODKI UE W RAMACH DZIAŁAŃ 7.3 I 9.2 RPOWŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z beneficjentami

Dodatkową wiedzę na temat systemu wyboru projektów pozyskano w trakcie wywiadów pogłębionych. Beneficjenci zwracali uwagę na fakt, iż posiadanie doświadczenia w realizacji projektów znacznie ułatwia staranie się o kolejne dofinansowania z EFRR lub EFS.

Mamy doświadczenie. Sam generator wniosków i cała procedura była znana. Nie mieliśmy trudności, jednak jest to praca skomplikowana. Należy wiedzieć, jak to zrobić. Dla organizacji, które zaczynają, jest to rzecz trudna. Zachowanie tych wszystkich wymaganych zapisów, umiejętność wypełnienia wniosku nie jest rzeczą łatwą, natomiast u nas, z racji doświadczenia, już inaczej na to patrzymy.

Generalnie te wszystkie przepisy prawne, dokumentacja związana z realizacją projektów unijnych jest szeroko rozbudowana. Spełnienie wszystkich wymagań nie jest łatwe. Jeżeli realizuje się projekt, tak jak u nas przez okres dwóch lat, w międzyczasie niektóre rzeczy uciekają i trzeba wracać do tych wytycznych, żeby sobie przypomnieć. Ja sobie nie przypominam, żeby w trakcie tego projektu było dużo zmian prawnych, ale mimo wszystko dokumentacja, to jest coś przerażającego.

Kilku beneficjentów, którzy brali udział w badaniach jakościowych, nie potrafiło się ustosunkować do kwestii oceny trybu wyboru projektów, gdyż nie byli za to odpowiedzialni, a pracę nad przygotowaniem wniosku powierzali firmom konsultingowym.

Należy też zwrócić uwagę na fakt, iż ze strony IZ RPOWŚ podejmowane były wysiłki, aby minimalizować obciążenie biurokratyczne związane z udziałem w naborach. Do takich działań możemy zaliczyć: upraszczanie regulaminów konkursowych, zmiana kryteriów czy modyfikowanie trybu naboru wniosków.

Na przestrzeni tego całego okresu programowania zmieniało się też dużo, dostosowywaliśmy regulamin, żeby był prostszy, łatwiejszy, zmienialiśmy kryteria, bo widzieliśmy, że już jakaś grupa jest nasycona usługami, a inna potrzebuje wsparcia. Należy podkreślić, że dużo kryteriów było odgórnie narzuconych i my tutaj nie mogliśmy ich w jakiś sposób pominąć. Dodatkowo jeszcze musieliśmy dołożyć swoje, które miałyby wpływ na zaspokojenie tych potrzeb w różnych obszarach. Nie mogliśmy za bardzo obciążać beneficjentów. Trzeba było szukać optymalnych rozwiązań.

Z badania jakościowego wyłania się ustalenie, iż dobrze ocenianym rozwiązaniem stosowanym w procesie wyboru projektów jest dwuetapowy system oceny projektów, polegający na tym, iż na I etapie składana jest minimalna liczba dokumentów, a dopiero zakwalifikowanie wniosku do drugiej fazy oceny skutkuje koniecznością dostarczenia większej liczby dokumentów.

Proces aplikowania oceniam bardzo pozytywnie. Według nas takim największym plusem była dwuetapowość, to znaczy w pierwszym etapie konkursu był składany wniosek, studium wykonalności i taka minimalna liczba załączników. I dopiero po ocenie tych wniosków powstała lista rankingowa beneficjentów wstępnie zakwalifikowanych. I dopiero w drugim etapie była konieczność przedstawienia pozostałych załączników do całości dokumentacji.

Pozytywnie też oceniono tryb nadzwyczajny, który został uruchomiony w związku z pogarszającą się sytuacją epidemiologiczną w kraju i regionie. Podkreślano fakt, iż ze strony IZ RPOWŚ można było otrzymać profesjonalną i szybką pomoc doradczą, dzięki której możliwe było przygotowanie wniosku o dofinansowanie.

Proces był bardzo szybki. Tak naprawdę 7 dni mieliśmy na przygotowanie projektu. Pracuję w referacie, który ubiega się o takie twarde projekty i dla nas było to takie zderzenie z miękkim projektem i jeszcze w tak krótkim czasie, ale determinacja, zaangażowanie i chęć tych jednostek, którym bardzo zależało, żeby te środki uzyskać, to dzięki temu jakoś to sprawnie poszło. Poza tym muszę zwrócić uwagę na to, że departament EFS bardzo nam pomagał. Jak mieliśmy jakieś pytania, czy wątpliwości, to szybko zostały rozwiązane. Myślę, że naprawdę daliśmy radę i projekt był nieźle przygotowany i co najważniejsze, zrealizowaliśmy go praktycznie w 100 proc. i wszystkie podmioty, które prosiły o wsparcie, dostały go.

Z kolei jeśli chodzi o instrument terytorialny ZIT to zauważano, że jest on bardzo potrzebny, gdyż udaje się dzięki niemu realizować projekty w partnerstwach, które są w stanie skutecznie rozwiązywać problemy dotyczące Kielecki Obszar Funkcjonalny. Pozytywnie oceniono rozwiązanie, zakładające uwzględnienie w procesie oceny projektów kryteriów przygotowanych przez ZIT KOF. Dzięki tym kryteriom można było wyłonić te projekty, które uznawano za strategiczne z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb społecznych i zdrowotnych mieszkańców obszaru funkcjonalnego. Negatywnie oceniano zaś stosunkowo niewielką alokację finansową na Poddziałanie 9.2.2, które umożliwiło wsparcie zaledwie 6 projektów. Oceniono, iż skala realizacji projektów powinna być znacznie większa, aby móc silniej wpływać na poprawę sytuacji na terenie KOF. Wiąże się z tym jednak zwiększenie alokacji finansowej na instrument terytorialny ZIT.

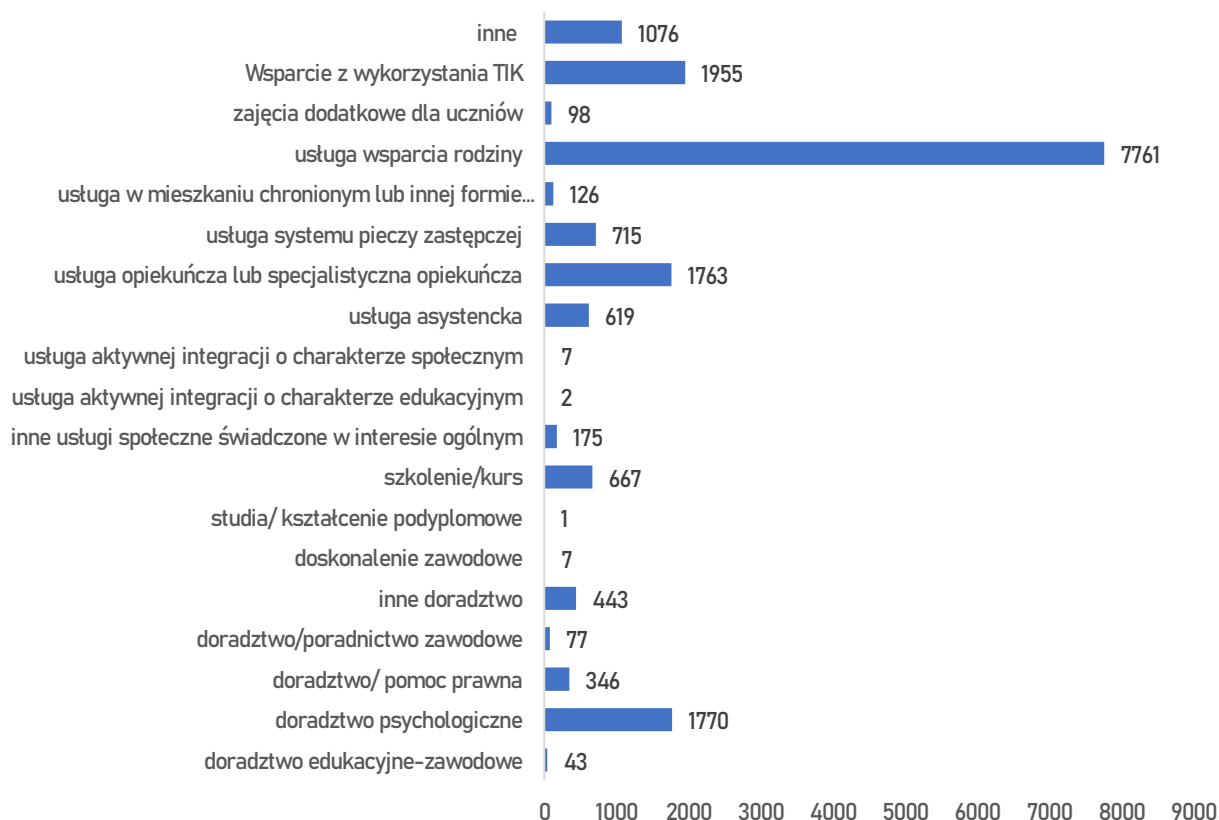
LICZBA I TYP PRYZNANYCH USŁUG WSPARCIA

- W jakim stopniu wykorzystywane były poszczególne typy wsparcia dostępne w ramach poszczególnych działań/poddziałań? Które z nich cieszą się większym, a które mniejszym zainteresowaniem. Z czego to wynika?

Określenie liczby i typu przyznanych usług wsparcia w ramach projektów realizowanych w Działaniu 9.2 (w rozbiciu na Poddziałaania 9.2.1, 9.2.2 i 9.2.3) było możliwe, dzięki bazie uczestników z systemu SL2014. Analiza danych na pełnej liczbie uczestników pozwoliła określić specyfikę poszczególnych Poddziałań.

W ramach poddziałania 9.2.1 największym zainteresowaniem cieszyły się usługi wsparcia rodziny. Tego typu usługami objęto ponad 7,7 tys. osób. Usługi z zakresu wykorzystania TIK skierowano do blisko 2 tys. odbiorców. Z doradztwa psychologicznego skorzystało 1770 osób. Prawie tyle samo osób wykazało zainteresowanie usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi. Usługi systemu pieczy zastępczej zaadresowano do 715 osób. 619 osób stanowiło grupę odbiorców usług asystenckich. Szkoleniami/kursami objęto 667 mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Pozostałe typy wsparcia cieszyły się mniejszym popytem wśród mieszkańców regionu.

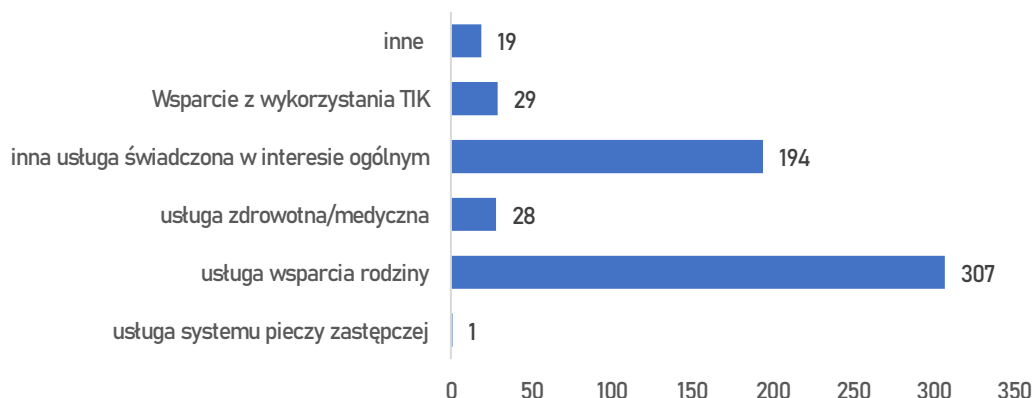
WYKRES 12 LICZBA I TYP USŁUG WSPARCIA W PODDZIAŁANIU 9.2.1



Źródło: opracowanie własne na podstawie SL2014

W ramach Poddziałania 9.2.2 najczęściej realizowaną usługą wsparcia były usługi wsparcia rodziny. 307 mieszkańców obszaru ZIT KOF objęto tym typem wsparcia. Na drugim miejscu uplasowały się usługi zakwalifikowane do kategorii inne usługi świadczone w interesie ogólnym (194 osób z nich skorzystało). 28 osób objęto usługami zdrowotnymi/medycznymi. Podobna liczba odbiorców dotyczyła wsparcia z wykorzystania TIK.

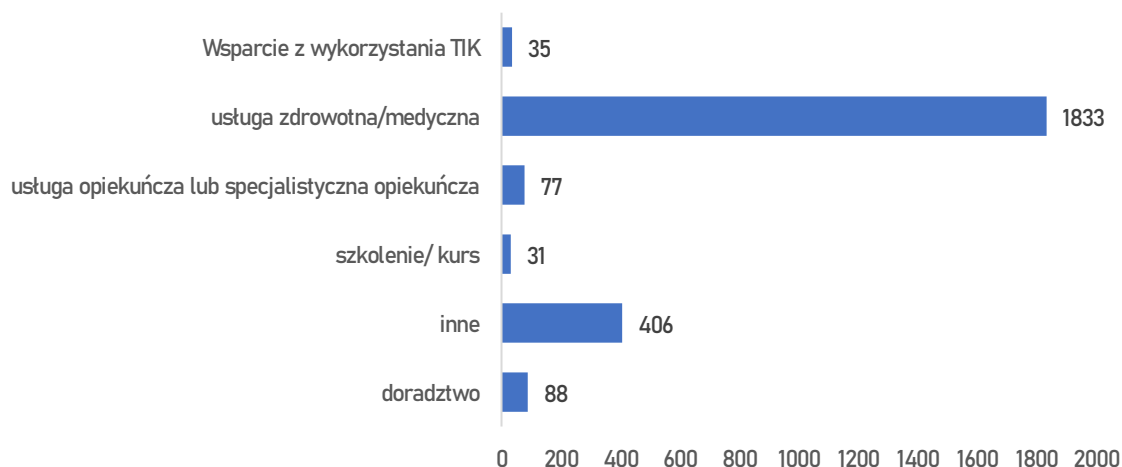
WYKRES 13 LICZBA I TYP USŁUG WSPARCIA W PODDZIAŁANIU 9.2.2



Źródło: opracowanie własne na podstawie SL2014

Specyfika Poddziałania 9.2.3 wyrażała się tym, iż najwięcej zrealizowano usług zdrowotnych/medycznych. Grupa odbiorców tego typu usług liczyła 1833 osób, co stanowiło 74,2 proc. wszystkich usług udzielonych w analizowanym Poddziałaniu. 406 osób skorzystało z usług, które w systemie SL2014 zostały zaklasyfikowane jako „inne”. Doradztwem zostało objętych 88 mieszkańców. 77 uczestników projektów uzyskało wsparcie poprzez realizację usługi opiekuńczej lub specjalistycznej usługi opiekuńczej. Pozostałe formy usług wsparcia cieszyły się znacznie mniejszym zainteresowaniem.

WYKRES 14 LICZBA I TYP USŁUG WSPARCIA W PODDZIAŁANIU 9.2.3



Źródło: opracowanie własne na podstawie SL2014

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż uczestnicy na początku realizacji projektów byli diagnozowani pod kątem tego, jaki typ wsparcia jest im najbardziej potrzebny. Na podstawie przeprowadzonych diagnoz dobierano dla uczestników te formy wsparcia, które, z jednej strony, będą odpowiadać na ich potrzeby, z drugiej zaś, pomogą im w poprawie sytuacji społecznej i zdrowotnej, dzięki której będą oni mogli wyjść z obszaru zagrożenia wykluczeniem społecznym. Ścieżka wsparcia w każdym projekcie miała charakter zindywidualizowany i spersonalizowany. Dzięki czemu uczestnik otrzymywał te formy wsparcia, które wynikają z analizy jego sytuacji społeczno-zawodowej i zdrowotnej.

DOSTĘPNOŚĆ WSPARCIA

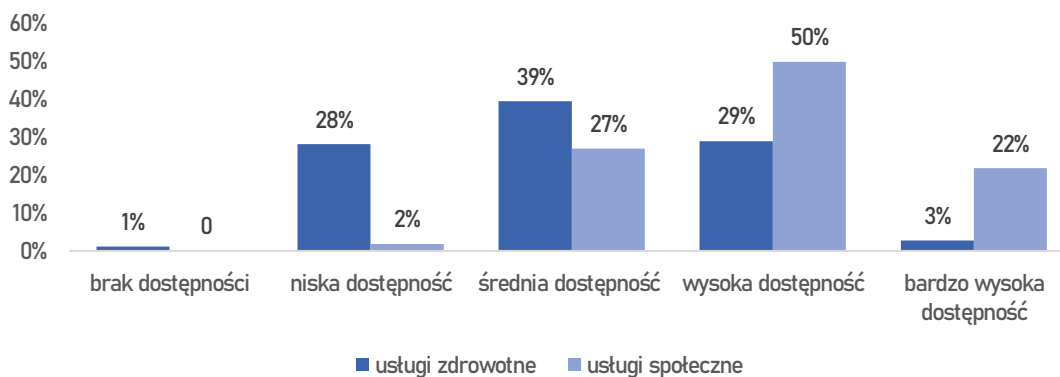
- Czy i jak zmienia się dostępność i jakość usług społecznych/zdrowotnych w regionie. Jaki jest poziom dostępności do usług społecznych, zdrowotnych zwłaszcza osób niepełnosprawnych, chorych (dostęp do dziennych domów opieki, domów pomocy) mieszkańców województwa. Czy realizowane działania w ramach RPOWŚ zwiększają dostęp do usług społecznych/zdrowotnych w regionie świętokrzyskim?

Ocenę dostępności usług zdrowotnych i społecznych w województwie świętokrzyskim oparto na wynikach badania z jednostkami samorządu terytorialnego. W badaniu wzięło udział 67 gmin oraz 8 powiatów. Zebrane dane pozwoliły ocenić dostępność oraz jakość usług społecznych i zdrowotnych w regionie, a także określić, jakie zmiany zaszły w tym obszarze na przestrzeni ostatnich 7 lat oraz jaki wpływ na te zmiany miała interwencja publiczna podejmowana w ramach Działań 7.3 i 9.2 RPOWŚ.

Aktualną dostępność do usług społecznych oceniono znacznie wyżej niż w przypadku usług zdrowotnych. 72 proc. badanych JST twierdziła, iż na ich terenie usługi społeczne charakteryzują się wysoką lub bardzo wysoką dostępnością. Średnią dostępność odnotowało 27 proc. ankietowanych JST. Niską dostępność usług społecznych zauważyło tylko 2 proc. respondentów. Zupełnie inaczej oceniono dostępność usług zdrowotnych. Tylko co trzecia JST przypisywała usługom zdrowotnym wysoką lub bardzo wysoką dostępność. Blisko 30 proc. JST oceniała dostępność do usług zdrowotnych jako niską. W przypadku jednej gminy

odnotowano brak dostępności do usług zdrowotnych. Średnią dostępność do usług zdrowotnych odnotowano w 39 proc. JST.

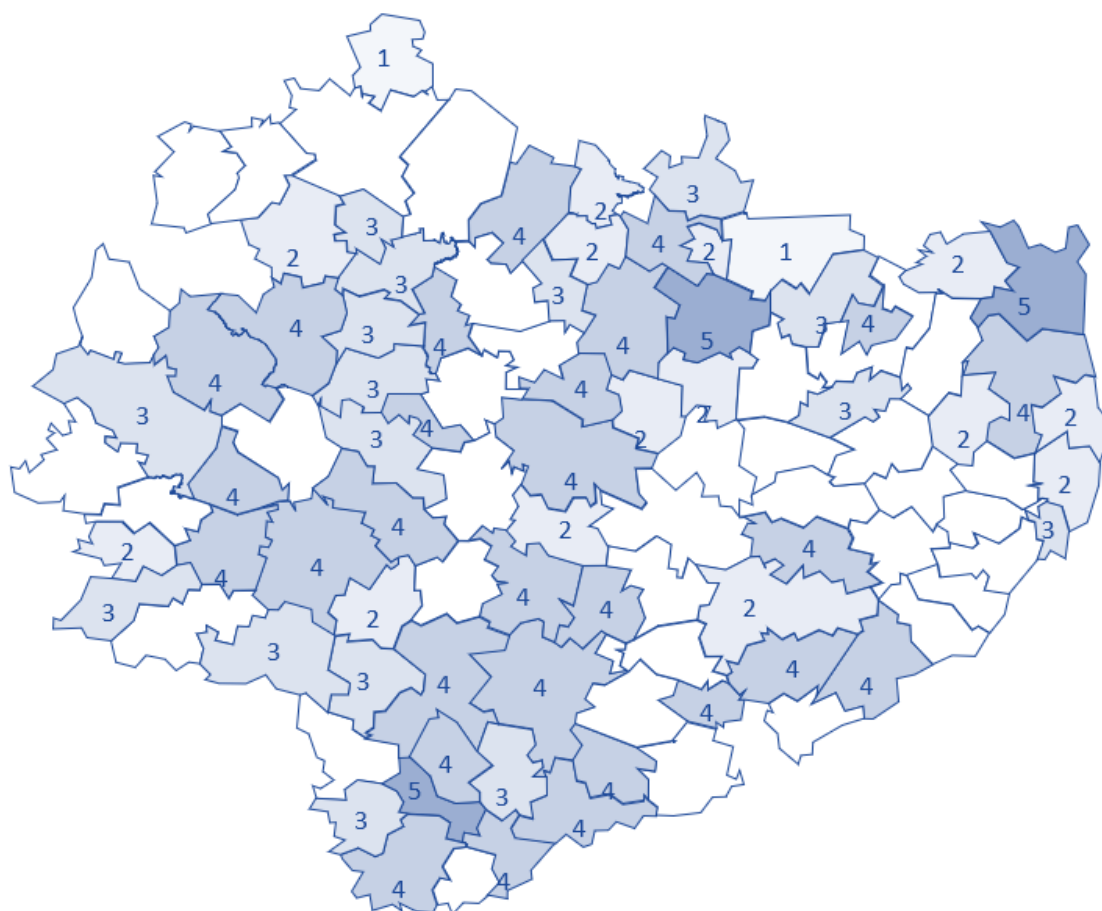
WYKRES 15 DOSTĘPNOŚĆ USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚWIĘTOKRZYSKIM



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z JST

Na poniższej mapie przedstawiono oceny dotyczące dostępności usług zdrowotnych w poszczególnych gminach województwa świętokrzyskiego. Ocena ta wyrażona jest w skali 1-5, gdzie 1 oznacza brak dostępności, a 5 bardzo wysoką dostępność usług zdrowotnych. Białe pola oznaczają brak danych, wynikających z faktu, iż gmina nie wzięła udziału w badaniu ilościowym.

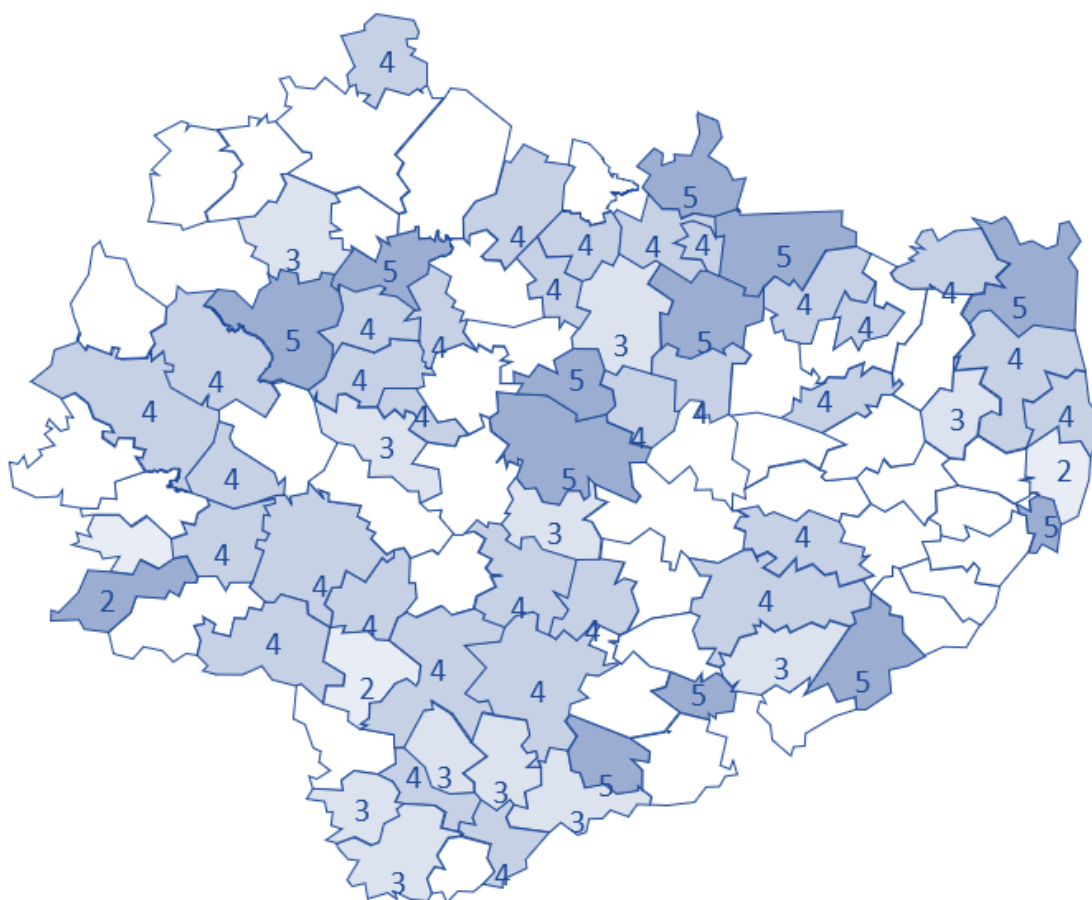
MAPA 17 DOSTĘPNOŚĆ USŁUG ZDROWOTNYCH W GMINACH WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIEGO



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z JST

Analogicznie do usług zdrowotnych oceniono dostępność usług społecznych w gminach województwa świętokrzyskiego. Zauważalna jest wyższa ocena dostępności w porównaniu do usług zdrowotnych.

MAPA 18 DOSTĘPNOŚĆ USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINACH WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIEGO



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z JST

W trakcie realizacji badania określono, które typy usług społecznych są obecnie najmniej i najbardziej dostępne na terenie województwa świętokrzyskiego. Jak wynika z badań, stosunkowo łatwo dostępne są dziś usługi asystenckie i opiekuńcze. Podobnie oceniono dostępność do całodobowej opieki sprawowanej przez domy pomocy społecznej. Oceniono też, iż nie występuje duży problem z dostępem do usług dla opiekunów osób niesamodzielnych. Pozostałe formy wsparcia są znacznie mniej dostępne. Największe pole do poprawy widać w odniesieniu do takich usług jak: rodzinne domy pomocy, wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego, teleopieka, mieszkania chronione i wspomagane oraz domy dziennego pobytu.

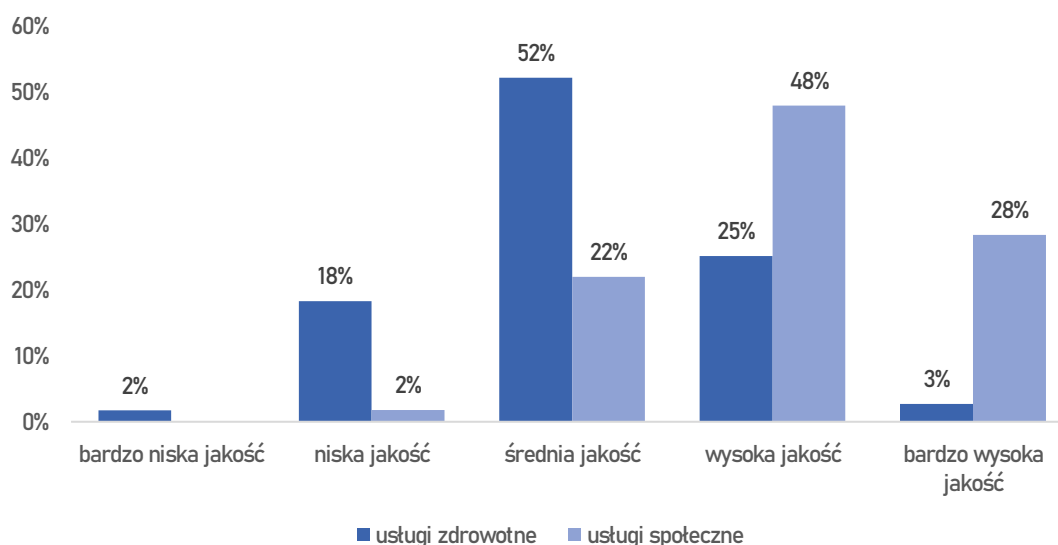
WYKRES 16 DOSTĘPNOŚĆ TYPÓW USŁUG SPOŁECZNYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚWIĘTOKRZYSKIM



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z JST

Podobnie w ocenie jakości usług zdrowotnych i społecznych zauważyć można prawidłowość, polegającą na przypisywaniu usługom społecznym wyższych ocen aniżeli usługom zdrowotnym. 76 proc. badanych JST stwierdziło, iż na ich obszarze usługi społeczne charakteryzują się wysoką lub bardzo wysoką jakością. Tylko 28 proc. JST w ten sam sposób oceniało usługi zdrowotne. Niską lub bardzo niską jakość usług zdrowotnych zauważała co piąta badana JST. Dla porównania, tylko 2 proc. JST taką ocenę przypisywało usługom społecznym. Połowa JST oceniła, iż na ich obszarze usługi zdrowotne mają średnią jakość. 22 proc. JST oceniła jakość usług społecznych jako średnią.

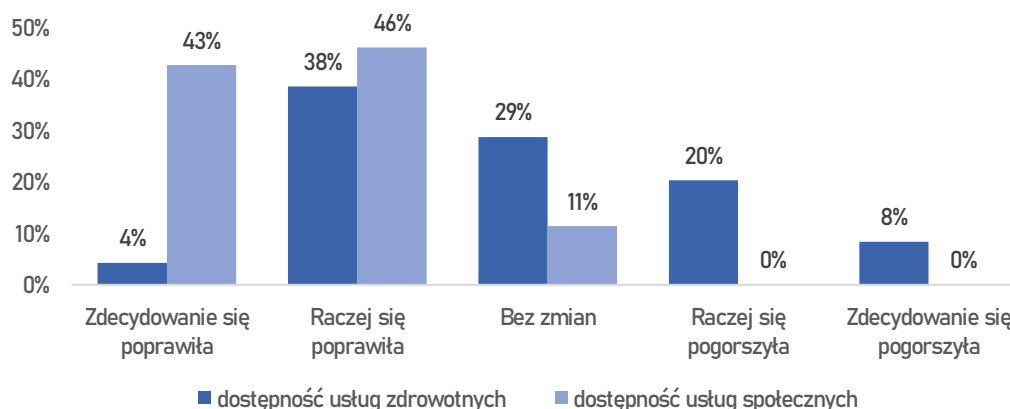
WYKRES 17 JAKOŚĆ USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚWIĘTOKRZYSKIM



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z JST

Badane JST zauważyły znaczącą poprawę dostępności usług społecznych na terenie województwa świętokrzyskiego na przestrzeni ostatnich 7 lat. Blisko 90 proc. JST oceniło, iż dostępność do usług społecznych poprawiła się w dużym lub bardzo dużym stopniu. Tylko co dziesiąta JST nie zauważyła zmian w tym zakresie. Jeśli chodzi o usługi zdrowotne to wzrost ich dostępności odnotowało 42 proc. badanych JST. Brak zmian odnotowało 32 proc. respondentów. 28 proc. ankietyowanych JST stwierdziło, iż zaobserwowało wręcz pogorszenie się dostępności do usług zdrowotnych.

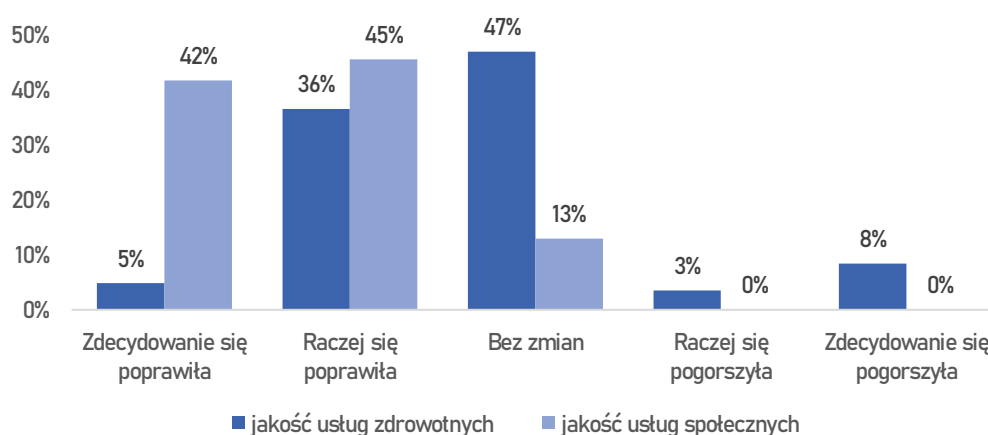
WYKRES 18 ZMIANA DOSTĘPNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH OD 2014 ROKU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z JST

JST zauważyły, oprócz znaczącego wzrostu dostępności usług społecznych, także istotny skok, jeśli chodzi o jakość oferowanych usług społecznych. Poprawę w tym zakresie zaobserwowało 87 proc. respondentów. Tylko 13 proc. nie dostrzegło zmiany w porównaniu ze stanem z 2014 roku. Poprawę jakości usług zdrowotnych stwierdził znacznie mniejszy odsetek JST (41 proc.). 47 proc. ankietowanych utrzymywało, iż nie nastąpiły zmiany w jakości usług zdrowotnych w porównaniu ze stanem sprzed 7 lat. Zdaniem 11 proc. JST, jakość usług zdrowotnych spadła w ostatnich latach.

WYKRES 19 ZMIANA JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH OD 2014 ROKU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z JST

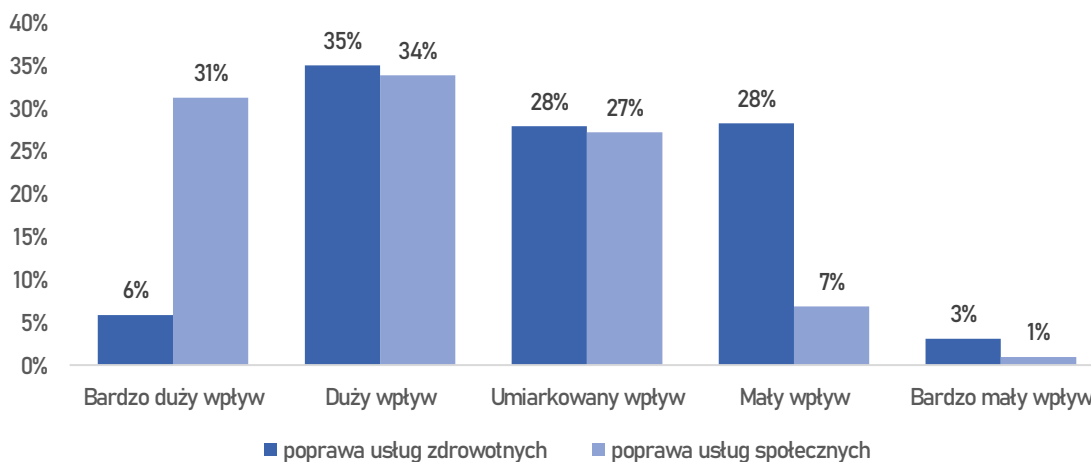
Wśród JST dominowało przekonanie, że realizacja interwencji w działaniach 7.3 i 9.2 wywarła istotny wpływ na poprawę dostępności jakości usług społecznych. Takie zdanie podzielało aż 65 proc. badanych jednostek. Z kolei kolejne 27 proc. oceniło, iż Program miał umiarkowany wpływ na poprawę w tym zakresie. Mniejszy wpływ interwencji finansowanej ze środków UE widzieli respondenci na poprawę dostępności i jakości usług zdrowotnych.

Podkreślenia wymaga fakt, iż, zgodnie z podziałem kompetencji między UE a państwami członkowskimi, kształtowanie polityki zdrowotnej leży w gestii przede wszystkim w państwach członkowskich UE. Unia Europejska uzupełnia jedynie krajowe polityki zdrowotne.

41 proc. JST uznało, iż RPOWŚ miało istotny wpływ na poprawę dostępności i jakości usług zdrowotnych. Umiarkowany wpływ Programu dostrzegło 28 proc. respondentów. Co trzeci

ankietowany uznał, iż Program miał niewielki wpływ na zmiany w regionalnej infrastrukturze zdrowia.

WYKRES 20 WPŁYW RPOWŚ NA POPRAWĘ USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH W WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIM



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI Z JST

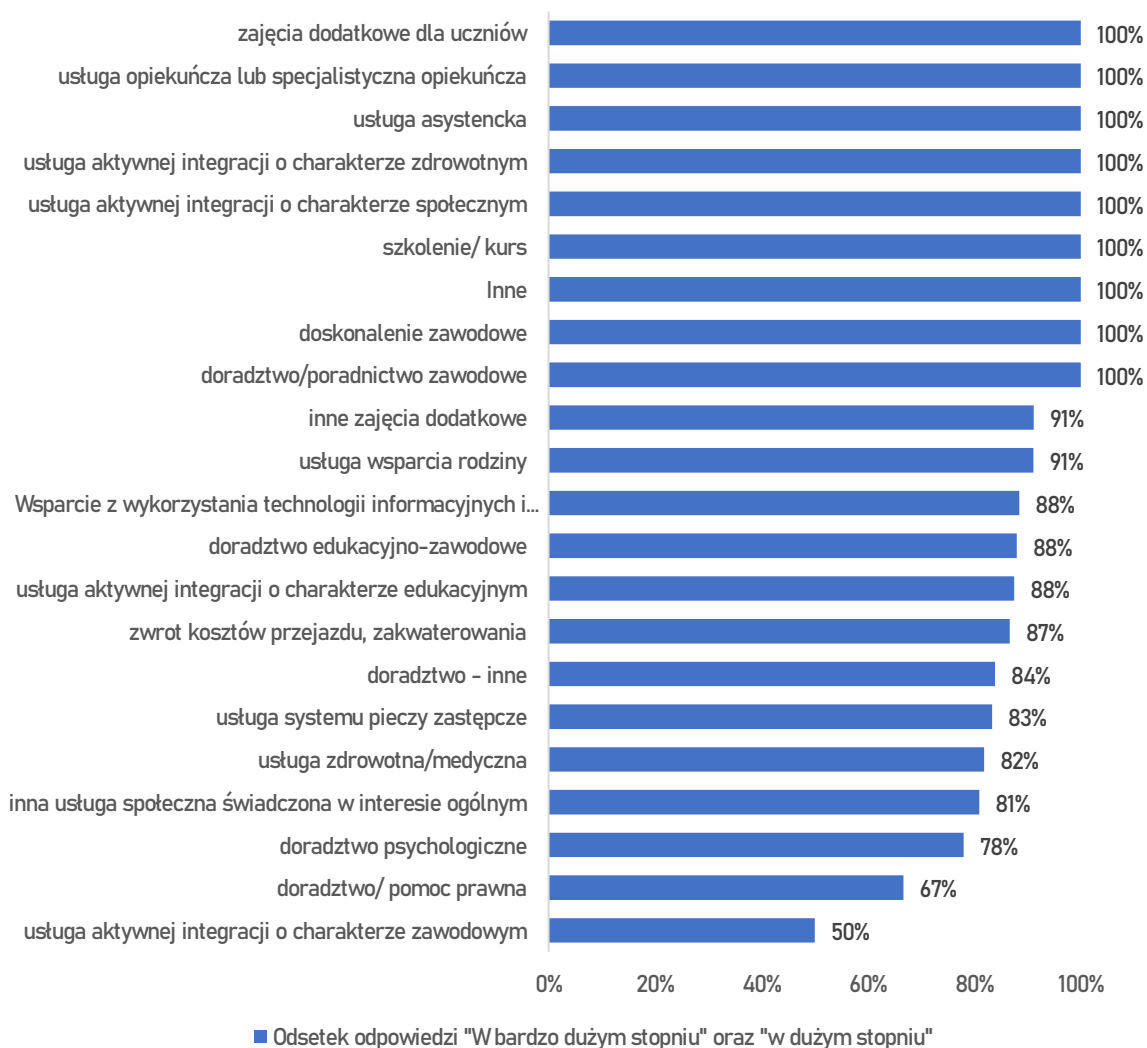
UŻYTECZNOŚĆ WSPARCIA

- Czy i w jakim stopniu oferowane formy wsparcia dostępne w ramach działania 7.3 i działania 9.2 RPOWŚ są użyteczne z punktu widzenia odbiorców wsparcia?
- W jakim stopniu zrealizowane działania zaspokajają zapotrzebowanie na usługi społeczne i zdrowotne uczestników projektu (oraz potencjalnych uczestników projektów)?

Uczestnicy projektów ocenili w badaniu ilościowym użyteczność poszczególnych form wsparcia. W przypadku 9 form wszyscy respondenci uznali, iż w bardzo dużym lub dużym stopniu zaspokajało ich potrzeby. Dotyczyło to następujących form: zajęcia dodatkowe dla uczniów, usługa opiekuńcza lub specjalistyczna usługa opiekuńcza, usługa asystencka, usługa aktywnej integracji o charakterze zdrowotnym i społecznym, szkolenie/kursy, doskonalenie zawodowe oraz poradnictwo zawodowe. Wymienione formy wsparcia charakteryzowały się najwyższym stopniem użyteczności z punktu widzenia odbiorców ostatecznych. 11 innych form również było wysoko oceniana pod względem zaspokajania potrzeb uczestników projektów. W gruncie rzeczy tylko dwie formy wsparcia (pomoc prawna oraz usługa

aktywnej integracji o charakterze zawodowym) odstawały od reszty form dostępnych w projektach w ramach Działania 9.2 RPOWŚ. Pomoc prawna została oceniona przez 67 proc. respondentów jako odpowiadająca na ich potrzeby, a usługa aktywnej integracji o charakterze zawodowym tylko przez połowę ankietowanych.

WYKRES 21 OCENA UŻYTECZNOŚCI POSZCZEGÓLNYCH FORM WSPARCIA DOSTĘPNYCH W DZIAŁANIU 9.2 RPOWŚ

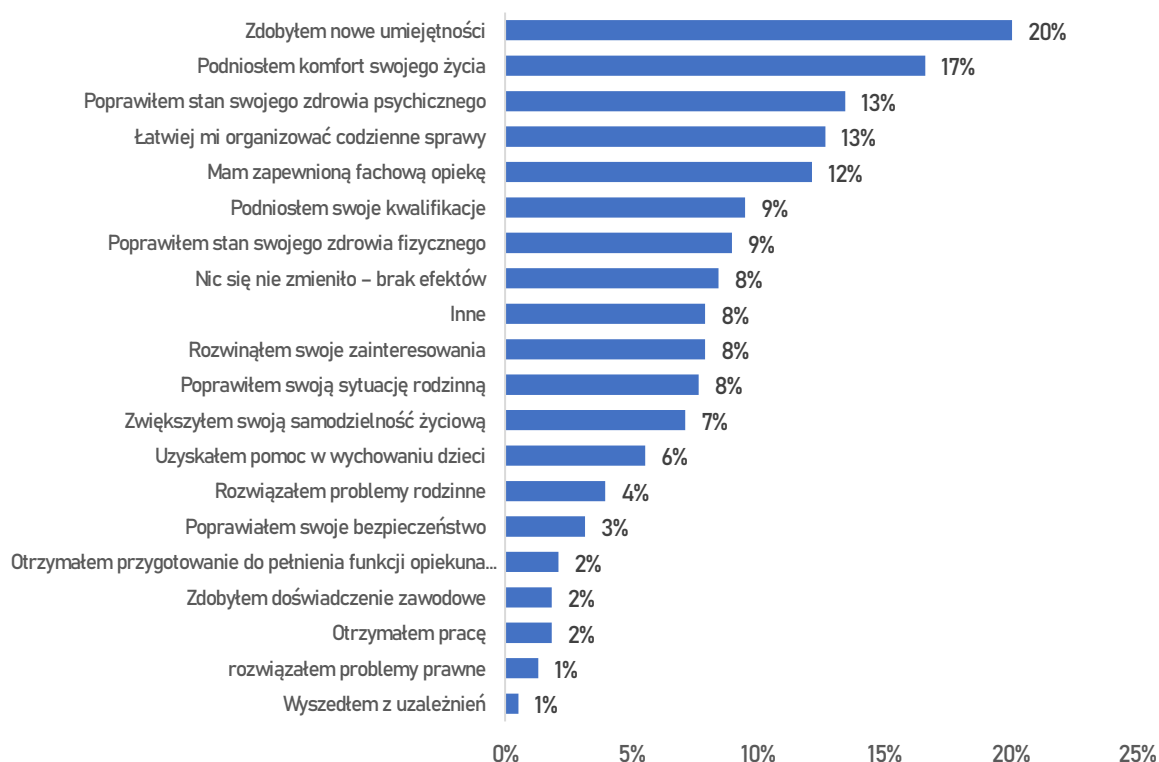


Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z uczestnikami projektów

Badanie uczestników projektów obejmowało również ustalenie, jakie zmiany wywołał udział w projektach finansowanych z Działania 9.2 RPOWŚ. 20 proc. respondentów zdobyło nowe umiejętności. Niemal taki sam odsetek ankietowanych podniosło komfort swojego życia. Poprawę stanu zdrowia psychicznego odnotowało 13 proc. odbiorców ostatecznych. Tyle

samo uczestników łatwiej organizuje codzienne sprawy. 12 proc. badanych uczestników stwierdziło, że ma zapewnioną fachową opiekę. Niemal co dziesiąty respondent podniósł swoje kwalifikacje lub poprawił stan swojego zdrowia. Do efektów wsparcia można również zaliczyć: poprawienie sytuacji rodzinnej, zwiększenie samodzielności życiowej, rozwinięcie zainteresowań oraz uzyskanie pomocy w wychowaniu dzieci. Pozostałe efekty uzyskały mniejsze wskazania ze strony odbiorców ostatecznych. W kategorii inne znalazły się efekty, które, po przeanalizowaniu, można było zaklasyfikować do istniejących kategorii.

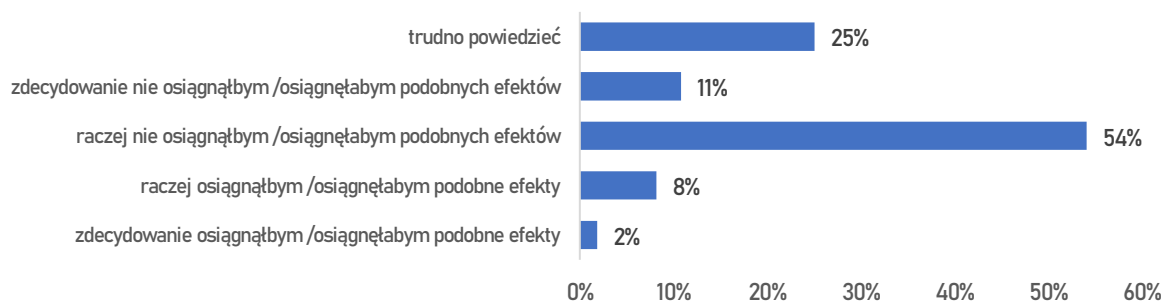
WYKRES 22 EFEKTY REALIZACJI WSPARCIA W DZIAŁANIU 9.2 RPOWŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z uczestnikami projektów

Bez wsparcia finansowanego na realizację projektów ukierunkowanych na zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych wielu odbiorców wsparcia nie miałyby możliwości uzyskania efektów opisanych powyżej. 54 proc. uczestników oceniło, iż raczej nie osiągnęliby podobnych efektów. 11 proc. respondentów definitywnie wykluczyło możliwość osiągnięcia efektów, które dał im udział w projekcie. Co czwarty ankietowany nie był w stanie jednoznacznie odnieść się do tej kwestii. Tylko 10 proc. badanych uważało, że możliwe byłoby osiągnięcie podobnych efektów.

WYKRES 23 SZANSE NA UZYSKANIE EFEKTÓW BEZ UDZIAŁU W PROJEKCIE



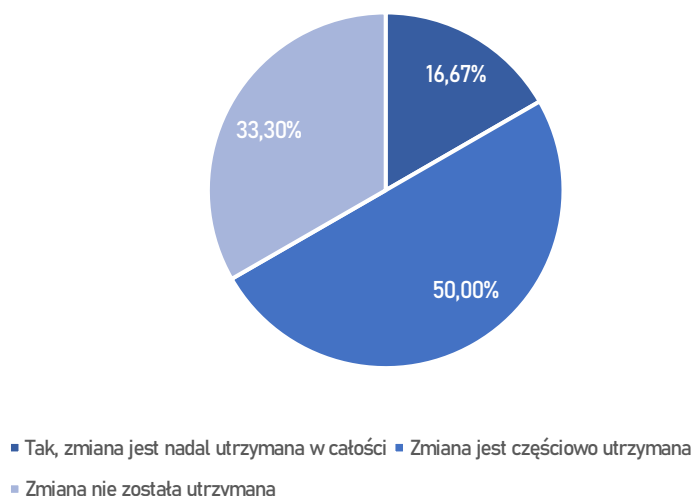
Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z uczestnikami projektów

TRWAŁOŚĆ WSPARCIA

- Jak ocenia się trwałość oferowanego w ramach wskazanych priorytetów wsparcia? Jakie czynniki mogą wpłynąć na trwałość wsparcia? Czy i jakie działania należy podjąć, aby wpłynąć pozytywnie na trwałość oraz przeciwdziałać negatywnym zjawiskom?

Jak wynika z badań ilościowych przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie uczestników projektów, udzielone wsparcie cechuje się względną trwałością. 50 proc. ankietowanych zadeklarowało, iż efekty uzyskane w ramach projektu częściowo są utrzymane. Niemal 17 proc. badanych oceniło, iż osiągnięte efekty są w pełni utrzymane. Z kolei co trzeci uczestnik przyznał, że efekty nie zostały utrzymane. Niewątpliwie byłoby pożądanym, aby trwałość wsparcia była znacznie wyższa.

WYKRES 24 TRWAŁOŚĆ WSPARCIA



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z uczestnikami projektów

Trzeba jednak zauważyć, że trwałość wsparcia warunkowana jest przez wiele czynników. Zależać może od tego, jakie jest przygotowanie beneficjenta do realizacji projektu oraz od doboru narzędzi i technik do zapewnienia wsparcia dla odbiorców ostatecznych. Te czynniki jednak nie odegrały w tym przypadku istotnej roli, gdyż uczestnicy wysoko oceniali przygotowanie merytoryczne i organizacyjne beneficjentów. Niewątpliwie, na trwałość wsparcia mogła negatywnie wpływać forma realizacji projektu związana z sytuacją epidemiologiczną w kraju (zdalna forma realizacji niektórych typów wsparcia). Zdaniem beneficjentów, głównym faktorem wpływającym na trwałość wsparcia jest jednak postawa i zachowania samych odbiorców ostatecznych, w tym ich motywacja do dokonania zmian w swojej sytuacji życiowej. W wywiadach pogłębionych beneficjenci bardzo często podkreślali, iż wielu uczestnikom sprawiało problem funkcjonowanie w realiach projektowych i systematyczne korzystanie z usług wsparcia, które im zadedykowano. Wydaje się więc, iż głównym czynnikiem warunkującym trwałość wsparcia jest nastawienie samych uczestników po zakończeniu realizacji projektów. Trafną ocenę na temat trwałości efektów uzyskanych w wyniku realizacji projektów przedstawił jeden z beneficjentów.

Postępy u tych osób widać. Trwałymi efektami jest wzrost samodzielności, pewności siebie. Te osoby objęte wsparciem odzyskują samodzielność i wydaje mi

się, że to jest efekt trwały. Ponadto sama ta aktywizacja ma wpływ na poprawę ich kondycji i zdrowia, ponieważ te osoby mają lepsze samopoczucie, odzyskują też formę fizyczną.

NIEZAMIERZONE EFEKTY INTERWENCJI

- Czy w wyniku realizacji projektów pojawiły się efekty niezamierzone/niespodziewane te zarówno negatywne jak i pozytywne? Jak można przeciwdziałać zidentyfikowanym efektom negatywnym, a wzmacniać pozytywne?

Beneficjenci uczestniczący w badaniach ilościowych i jakościowych nie dostrzegali negatywnych, niezamierzonych efektów realizacji projektów. Projekty nakierowane były na udzielenie wsparcia w obszarze społecznym i zdrowotnym. Nie może zatem dziwić, iż nie powstały w wyniku interwencji negatywne efekty. Zaobserwowano natomiast szereg pozytywnych efektów, których nie spodziewano się osiągnąć. **Część beneficjentów zauważyła, że dzięki realizacji projektów doszło do integracji społeczności lokalnej i pobudzenia jej do podejmowania aktywności.** Trzeba podkreślić, iż tego rodzaju „efekt uboczny” realizacji projektu jest bardzo istotny i pożądany. Aktywna, zorganizowana społeczność lokalna jest w stanie skutecznie niwelować obszar zagrożenia wykluczeniem społecznym, a przez to pozytywnie też wpływa na utrzymanie trwałości wsparcia dostarczanego odbiorcom ostatecznym w projekcie.

Takich efektów jest bardzo dużo. Na pewno takim efektem jest integracja wsi, gdzie dzieci, dorośli i seniorzy współpracowali ze sobą. Ta wieś się mobilizowała w momencie, kiedy organizowaliśmy, czy organizujemy jakieś wydarzenia. Wcześniej każdy miał swój kąt i nikt się nie wdawał w większe relacje a tutaj trzeba było trochę mobilizacji, bo jak dzieci przedstawiały te swoje możliwości, to trzeba było ciasta zrobić, panowie jakąś scenę zbudować i to taki efekt integracyjny powstawał. Na pewno to wzmocniło sam poziom wsi, bo tych sołectw mamy 26, natomiast te dwie wsie tak zostały trochę wyciągnięte i nie przypuszczaliśmy, że to będzie taki fajny efekt, że stały się tak trochę bogatsze, że się o nich więcej

mówi. W tym momencie i koło gospodyń wiejskich tam powstało, radzą sobie ci ludzie z tym wszystkim.

Wśród uczestników projektu zauważa się **również wyższą skłonność do podejmowania aktywności społecznej i szukania nowych form działania po zakończonym udziale w projekcie.**

Wśród uczestników widzimy zmianę. Ta zmiana polega na większej chęci do uczestnictwa w niektórych aktywnościach. Widzimy to, że dzięki temu, że dzieci miały korepetycje, to poprawiły się wyniki w nauce. Widzimy to, że jak ktoś był na kursie, realizowanym przez nas, to przychodził i mówił, że jak będą organizowane staże, to on umówił się z panią, która organizowała kurs, że będzie mógł tam przejść staż. To są takie pozytywy tego projektu.

W trakcie badania zwrócono też uwagę na jeszcze jeden, nie mniej istotny aspekt. Otóż realizacja projektu realnie wpływa nie tylko na uczestników, ich rodziny i otoczenie społeczne, ale też na organizacje realizujące projekt. **Dzięki wsparciu finansowemu z Programu podmioty takie jak: JST, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, mogą profesjonalizować się, rozwijać, zdobywać nową wiedzę i umiejętności, a przez to podnosić jakość swoich usług wsparcia wobec mieszkańców regionu.** Z punktu widzenia regionu jest to bardzo ważna korzyść, gdyż rozwija się dzięki temu sieć wysoko sprofesjonalizowanych instytucji, które mogą skutecznie rozwiązywać problemy społeczne i zdrowotne w województwie świętokrzyskim i wpływać na zmniejszanie się obszarów wykluczenia społecznego.

Na pewno wzmacnia się nasz potencjał jednostki pomocy społecznej, bo jako pracownicy dużo się uczymy, możemy więcej oferować naszym klientom, poszerza się nasza wiedza, tu myślę o personelu projektu.

KOMPLEMENTARNOŚĆ WSPARCIA

- Czy i w jaki sposób została zapewniona komplementarność działań podejmowanych w ramach RPOWŚ 2014-2020 w zakresie dostępu do usług społecznych, zdrowotnych i związanych z nimi inwestycjami w infrastrukturę zdrowotną? Jakie przyniosła ona efekty? Jakie były trudności w przygotowaniu i realizacji projektów komplementarnych?

Podkreślenia wymaga fakt, iż zapewnienie komplementarnego wsparcia było zadaniem niezwykle trudnym i tylko niewielkiej części beneficjentów udało się sprostać temu wyzwaniu.

Była komplementarność, ale myślę, że nie była to jakaś duża skala, ale pojawiały się takie projekty. Ciężko było zsynchronizować jednak te działania, to jest bardzo duża trudność.

Infrastruktura rządzi się innymi trochę prawami, EFS innymi, a zgranie tego wszystkiego było naprawdę bardzo ciężkie.

W praktyce zapewnienie komplementarności polegało na realizacji procesu inwestycyjnego ze środków EFRR (np. w modernizację infrastruktury zdrowotnej), przy jednoczesnym ubieganiu się o środki z EFS, aby, po zakończeniu inwestycji, móc przejść do oferowania usług zdrowotnych. Podjęto próbę ustalenia, co stoi na przeszkodzie, aby większa liczba projektów mogła spełniać warunek komplementarności. Z przeprowadzonych wywiadów z przedstawicielami IZ RPOWŚ oraz Beneficjentami wyłania się kilka źródeł problemów. Po pierwsze, beneficjenci posiadają niewystarczające zasoby (ludzkie, wiedzy, know-how), aby móc jednocześnie koordynować realizację kilku projektów finansowanych ze środków UE. Po drugie, realizacja procesu inwestycyjnego wiąże się z licznymi ryzykami, które mogą powodować opóźnienia w realizacji projektu w ramach Działania 7.3. Mając na horyzoncie konieczność zsynchronizowania działań finansowanych z dwóch różnych źródeł (EFRR i EFS), wielu beneficjentów wolało nie podejmować takiego ryzyka. Po trzecie, pandemia COVID-19 była czynnikiem utrudniającym realizację projektów (np. wydłużenie okresu realizacji

działań), co wywierało negatywny wpływ na zapewnienie komplementarnego wsparcia. I wreszcie po czwarte, jest też dużym wyzwaniem takie ułożenie harmonogramu naborów, aby sprzyjać realizacji projektów komplementarnych.

Choć wiele czynników utrudniało realizację projektów komplementarnych, to zarazem trzeba przyznać, iż niektóre projekty z sukcesem łączyły inwestycje w infrastrukturę z zapewnieniem dostępu do usług wsparcia.

Zdarzały się jednostkowe projekty, które były pomyślane w sposób komplementarny. Były do nas składane projekty już na działalność, założenie przedszkola, świetlicy, a w tym czasie były umowy podpisywane, że projekt rozpocznie się za półtora roku, żeby dokończyć inwestycję.

Ekspozycji wymaga fakt, iż IZ RPOWŚ ułatwiała na tyle, na ile było to możliwe realizację projektów komplementarnych.

W tych projektach, gdzie była potrzeba infrastrukturalna, to wtedy zwiększaliśmy właśnie cross-financing, żeby mogli dostosować projekt, żeby nie utrudniać im realizacji, Tak samo było w świetlicach. Też był zwiększony cross-financing, żeby beneficjenci mogli zrobić to kompleksowo.

Niewątpliwie jednak nadal konieczne jest, aby poprzez stosowanie np. kryteriów premiujących w procesie oceny wniosków o dofinansowanie ze środków EFS nagradzać tych beneficjentów, którzy uzyskali finansowanie na rozwój infrastruktury społecznej i zdrowotnej z EFRR, aby częściej myśleli oni o kontynuacji projektu, tyle że już nie jako projekt infrastrukturalny, a projekt nakierowany na wsparcie grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Należy też rozważyć rozwiązanie polegające na premiowaniu tych wniosków o dofinansowanie ze źródła EFRR, które zagwarantują kontynuowanie realizacji projektu z wykorzystaniem finansowania EFS.

KOMPLEKSOWOŚĆ WSPARCIA

- Czy i na ile projekty realizowane w ramach RPOWŚ są komplementarne do inicjatyw podejmowanych w ramach programów krajowych finansowanych z EFRR i EFS, oraz innych programów?

Wsparcie oferowane w ramach Działania 7.3 i 9.2 RPOWŚ na rozwój infrastruktury społecznej i zdrowotnej oraz poprawę dostępu do usług społecznych i zdrowotnych było komplementarne względem innych rodzajów interwencji podejmowanych w ramach programów operacyjnych na szczeblu krajowym. Zidentyfikowano dwa krajowe programy operacyjne, które zawierają działania dedykowane infrastrukturze społecznej i zdrowotnej. W ramach Programu Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 wparto rozwój ratownictwa medycznego oraz infrastrukturę ponadregionalnych podmiotów leczniczych. Z kolei w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 wsparcie ukierunkowano na rozwój kadr medycznych (lekarzy, pielęgniarek) oraz na wdrażanie programów profilaktycznych.

TABELA 8 ZAKRES WSPARCIA NA ROZWÓJ INFRASTRUKTURY SPOŁECZNEJ I ZDROWOTNEJ W RAMACH PO

Nazwa Programu	Nazwa osi	Nazwa Działania
Program Infrastruktura i Środowisko 2014-2020	Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Działanie 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego ▪ Działanie 9.2 Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych

<p>Program Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020</p>	<p>Oś Priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Działanie 5.1 Programy profilaktyczne ▪ Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych ▪ Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych ▪ Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych ▪ Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarstwa
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Źródło: opracowanie własne

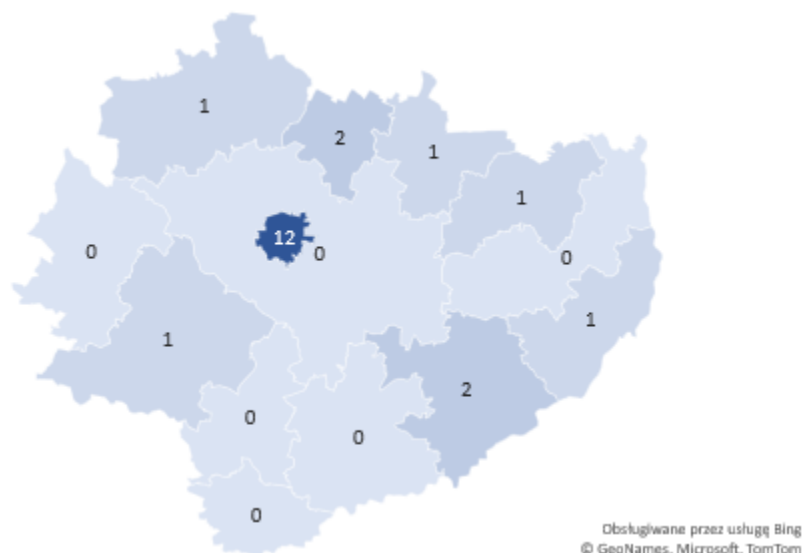
W ramach Programu Infrastruktura i Środowisko realizowano na terenie województwa świętokrzyskiego 23 projekty, z czego 17 w ramach Działania 9.1 i pozostałe 6 w Działaniu 9.2. Wartość dofinansowania UE przekroczyła poziom 110,4 mln zł.

Wartość dofinansowania UE na realizację projektów z Działania 9.1 wyniosła ponad 66,1 mln zł. Większość projektów dotyczyła rozbudowy i doposażenia oddziałów ratunkowych, w tym budowy lądowiska dla helikopterów (np. przy Szpitalu Kieleckim św. Aleksandra lub ZOZ w Skarżysku-Kamiennej). Dwa projekty dotyczyły z kolei wzmocnienia infrastruktury technicznej do działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zakup ambulansów sanitarnych.

Na realizację 6 projektów w ramach Działania 9.2 POiŚ skierowano strumień finansowy w wysokości przeszło 44,3 mln zł. Realizowane projekty dotyczyły: odtworzenia istniejącej infrastruktury Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach; wsparcia Oddziałów Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach w zakresie neonatologii, pediatrii i innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci, a także współpracujących z nimi pracowni diagnostycznych; wymiany jednego akceleratora oraz rozbudowy Kliniki Radioterapii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach z zakupem dodatkowego akceleratora; wykorzystania innowacyjnych metod poprawy zdrowia prokreacyjnego społeczeństwa województwa świętokrzyskiego; zakupu cyfrowego tomografu PET/CT dla Zakładu Medycyny Nuklearnej z Ośrodkiem PET Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach oraz doposażenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Kielcach w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Najwięcej projektów było realizowanych w stolicy województwa (12 projektów). W pięciu powiatach nie realizowano żadnego projektu z POiŚ. W pozostałych realizowano pojedyncze projekty (tylko w skarżyskim i staszowskim po 2).

MAPA 19 MIEJSCE REALIZACJI PROJEKTÓW Z POIŚ W WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIM



Źródło: opracowanie własne na podstawie listu projektów realizowanych z Funduszy Europejskich w Polsce w latach 2014-2020

W ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój zrealizowano na terenie województwa dwa projekty (dedykowane wyłącznie województwu świętokrzyskiemu), które łącznie uzyskały dofinansowanie UE na poziomie ponad 3 mln zł. Jeden z projektów zakładał poprawę jakości kształcenia poprzez opracowanie i wdrożenie „Programu Rozwojowego” WSUZ w Pińczowie oraz utworzenie i późniejszy rozwój Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej na kierunku pielęgniarstwo. Drugi z projektów przewidywał utworzenie dziennego domu opieki medycznej w Kielcach. Beneficjentem był Caritas w Kielcach. Projekt ten wpisywał się w rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki zapobiegających umieszczaniu osób zależnych w zakładach stacjonarnych w szczególności na oddziałach szpitalnych. Na realizację tej inwestycji skierowano ponad 842 tys. zł.

Poza dwoma wymienionymi wyżej projektami należy wymienić ponadregionalne projekty realizowane na terenie kilku regionów. W ramach Działania 9.1 POWER uruchomiono

realizację łącznie 16 projektów profilaktycznych. Wśród województw objętych tymi działaniami było świętokrzyskie. Szczegółowy wykaz projektów przedstawiono poniżej:

TABELA 9 PROJEKTY PROFILAKTYCZNE REALIZOWANE W RAMACH DZIAŁANIA 9.1 POWER NA TERENIE WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

PROJEKTY PROFILAKTYCZNE

1. Profilaktyka nowotworów płuc

2. WyRaS - Wykryj Raka Skóry

3. ZAPOBIEGAJ I DZIAŁAJ Z GŁOWĄ - Regionalny Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi – NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Tomaszów Mazowiecki

4. Twój świadomy wybór - program profilaktyki nowotworów głowy i szyi

5. Profilaktyka złamań osteoporotycznych w Polsce południowo-wschodniej

6. Profilaktyka nowotworów głowy i szyi

7. Profilaktyka nowotworów wątroby - Pomyśl o wątrobie nim ona przypomni o sobie

8. Weź głęboki oddech

9. Profilaktyka i diagnostyka Reumatoidalnego Zapalenia Stawów w Polsce południowo-wschodniej.

10. Profilaktyka przede wszystkim - wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów u osób w wieku aktywności zawodowej w woj. lubelskim, świętokrzyskim, podkarpackim i mazowieckim - projekt pilotażowy Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie

11. Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.

12. Rozpoznać w porę chorobę - wczesne wykrywanie RZS przez specjalistów WSS5 w Sosnowcu przy wsparciu placówek POZ z województw: śląskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego

13. Pomyśl o mózgu – projekt profilaktyki chorób naczyń mózgowych

14. Go To Dent - Profilaktyka próchnicy zębów

15. Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi - moduł regionalny

16. Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu

Źródło: opracowanie własne na podstawie listu projektów realizowanych z Funduszy Europejskich w Polsce w latach 2014-2020

Ponadto, w ramach Działania 5.4 POWER realizowano w świętokrzyskim i kilku innych województwach 8 projektów ukierunkowanych na rozwój kadr medycznych (głównie pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów).

DOBRE PRAKTYKI

- Jakie dobre praktyki można wskazać/wyróżnić w zakresie wdrażania projektów, z których rozwiązania mogłyby być wykorzystane/mieć zastosowanie w przyszłości?

W trakcie realizacji badania ewaluacyjnego zidentyfikowano w projektach następujące dobre praktyki:

- Przeprowadzenie szczegółowej diagnozy potrzeb uczestnika i zapewnienie mu kompleksowej, spersonalizowanej oferty usług wsparcia, które są w stanie skutecznie poprawić jego sytuację społeczną i zdrowotną.

Należy wyjść od tych usług opiekuńczych, to pomaga samym uczestnikom, ale także ich rodzinom. Są to osoby, które wymagają dziennej opieki i w związku z tym przebywając tam, opiekunowie mogą podjąć pracę zawodową. Sami

uczestnicy aktywizują się, bardzo chętnie uczestniczą we wszelkiego rodzaju wsparcia. Te formy są dostosowane do nich, przeróżnego rodzaju czynności, które pozwalają im odzyskać funkcje społeczne, odzyskać samodzielność. Jest to dostosowane do indywidualnych potrzeb dla każdego. Nie mamy takiej ścieżki wsparcia sztywnej. Są tam osoby mniej i bardziej sprawne i proces aktywizacji będzie się różnił.

- Tworzenie formalnych lub nieformalnych partnerstw z innymi podmiotami celem wykorzystania ich potencjału (ludzkiego, know-how) do zapewnienia wysokiej jakości usług i skutecznego rozwiązywania problemów grup docelowych.
-

Ponieważ my zajmujemy się pozyskiwaniem środków, ale nie mamy takiej wiedzy *stricte* merytorycznej, jeśli chodzi o pomoc społeczną i przy tworzeniu tego projektu, tego wniosku korzystaliśmy z pomocy pracowników domu pomocy społecznej, który u nas już funkcjonuje na terenie Skarżyska i to też jest nasza jednostka i pracownicy bardzo nam pomagali przy tworzeniu projektu i dzięki temu pokazywali nam na co zwrócić uwagę i uniknęliśmy wielu błędów później w trakcie realizacji. Wydaje mi się, że to jest taką dobrą praktyką ta współpraca, żeby jednak współpracować, żeby się nie zamykać we własnym gronie, tylko, żeby wyjść szerzej i współpracować.

- Stosowanie kompleksowego podejścia do realizacji projektu, co oznacza łączenie inwestycji w rozbudowę infrastruktury społecznej lub zdrowotnej z oferowaniem usług społecznych lub zdrowotnych.
-

Wydaje mi się, że taką najmocniejszą stroną naszego projektu była jego kompleksowość. Ponieważ w ramach naszego projektu wykonywane były roboty budowlane, jak i zakupiliśmy kompleksowe wyposażenie całego budynku i po zakończeniu od razu powstawała jednostka, która od razu mogła przyjmować pensjonariuszy domu pomocy społecznej i mieszkańców chronionych.

WPŁYW INTERWENCJI NA DEINSTYTUCJONALIZACJĘ

- W jakim stopniu wsparcie udzielone z Programu przyczyniło się do deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych w województwie? Jaki jest pożądany kierunek deinstytucjonalizacji tych usług, czy wsparcie udzielone w ramach Programu przyczyniło się do propagowania w/w zjawiska.
- Czy w wyniku realizacji projektów, przede wszystkim w formie zdeinstytucjonalizowanych usług opiekuńczych, poprawiła się jakość życia osób niesamodzielnych i zwiększył się krąg osób objętych wsparciem?

Deinstytucjonalizacja usług to proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej, realizowany w oparciu o „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” i wymagający z jednej strony rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest profilaktyka, mająca zapobiegać umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej, a w przypadku dzieci – rozdzieleniu dziecka z rodziną i umieszczeniu w pieczy zastępczej.

W Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 zapisano, iż „nacisk jest położony na deinstytucjonalizację usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym, niemniej jednak, zachodzące procesy starzenia się społeczeństwa w perspektywie kolejnych lat wymagają zwiększania dostępu również do stacjonarnych usług opieki dziennej i całodobowej”⁶. Panuje więc przekonanie, że choć deinstytucjonalizacja jest odpowiednim modelem działania i należy go wspierać, to jednocześnie należy utrzymać infrastrukturę społeczną, która istnieje w regionie i rozwiązuje problemy społeczne. Jak zauważono w trakcie wywiadów jakościowych:

Są na przykład domy pomocy społecznej. Tego typu instytucji nie da się zamknąć, bo są osoby, które muszą mieć całodobową opiekę. A z drugiej strony rozmowy z pracownikami tych instytucji całodobowych pokazuje, że słowo deinstytucjonalizacja działa na nich negatywnie. Oni się boją i w ich odczuciu są

⁶ Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, s. 196.

zagrożeni. Uważają, że mogą stracić miejsca pracy, że coś zostanie zmienione i ta placówka nie będzie potrzebna.

Proces deinstytucjonalizacji w ramach ocenianej interwencji wyrażał się przeważnie poprzez:

- rozwijanie działalności placówek zapewniających opiekę dzienną i całodobową dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym osób starszych, z niepełnosprawnościami, chorych),
- usługi opiekuńcze i specjalistyczne i asystenckie w ramach opieki rodzinnej i środowiskowej m.in. w formie rodzinnych domów pomocy, usług asystenta osoby z niepełnosprawnościami,
- podnoszenie kwalifikacji i kompetencji osób związanych ze świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych, w tym opiekunów (w szczególności członków rodzin) w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w tym osobami starszymi,
- szkolenia oraz doradztwo w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w tym osób starszych.

Nie ulega wątpliwości, iż wsparcie oferowane w ramach Działania 9.2 RPOWŚ miało bardzo duży wpływ na rozwój zdeinstytucjonalizowanych form wsparcia. W trakcie wywiadów pogłębionych respondenci reprezentujący IZ RPOWŚ zauważyli, iż w perspektywie finansowej 2014-2020 nacisk na deinstytucjonalizację był bardzo duży, co też wyróżnia kończąca się perspektywę od poprzedniej (2007-2013), kiedy środki UE były kierowane na wsparcie instytucji, które obecnie nie mogą liczyć na uzyskanie wsparcia finansowanego ze środków UE.

Myślę, że środki unijne mają decydujące znaczenie w kontekście rozwoju deinstytucjonalizacji. Dzieje się tak dlatego, że potrzeby w zakresie domów pomocy społecznej są w regionie, ale w Programie jest stosowane ograniczenie, że wspieramy jednostki do 30 osób i pewnie gdyby nie to założenie to te pieniądze w ramach Programu byłyby kierowane na domy pomocy społecznej. Szłyby pewnie też na domy dziecka. Natomiast te środki idą na to, co chcemy, czyli rodziny zastępcze, mieszkania chronione, mieszkania socjalne. Tu właśnie

następuje zmiana korzystna, a więc realizacja usług na poziomie społeczności lokalnej, bez izolowania odbiorców wsparcia od relacji społecznych.

Na pewno ten proces jest zauważany w zakresie usług asystenckich dla osób niepełnosprawnych, mieszkańców wspomaganych, czy treningowych.

W wywiadach jakościowych podkreślano też, że odbiorcy wsparcia otrzymywanego w formie zdeinstytucjonalizowanej na ogół są zadowoleni z jakości usług, a przede wszystkim doceniają ich świadczenie w miejscu zamieszkania oraz zindywidualizowany charakter. Zwracano uwagę na liczne korzyści, wynikające z otrzymywania wsparcia w formie zdeinstytucjonalizowanej. Po pierwsze, odbiorcy ostateczni, pozostając w miejscu swojego zamieszkania, nie tracą kontaktu ze środowiskiem rodzinnym i społecznością lokalną. Pozwala im to zachować lepszą kondycję psychiczną. Po drugie, wsparcie to daje osobom niesamodzielnym możliwość poprawienia jakości życia, gdyż nabywają one umiejętności i kompetencje, które pozwalają im zwiększyć swoją samodzielność życiową. I po trzecie wreszcie, efektywność finansowa wsparcia na rzecz rozwoju usług zdeinstytucjonalizowanych jest znacznie wyższa niż w przypadku podmiotów oferujących całodobową, stacjonarną pomoc. W ramach badania ustalono, iż deinstytucjonalizacja jest odbierana jako kierunek wymagający dalszego wsparcia i rozwoju. Zaznaczano jednak, iż proces ten winien być rozłożony na lata i być stopniowo wdrażany z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców i uwarunkowań regionalnych.

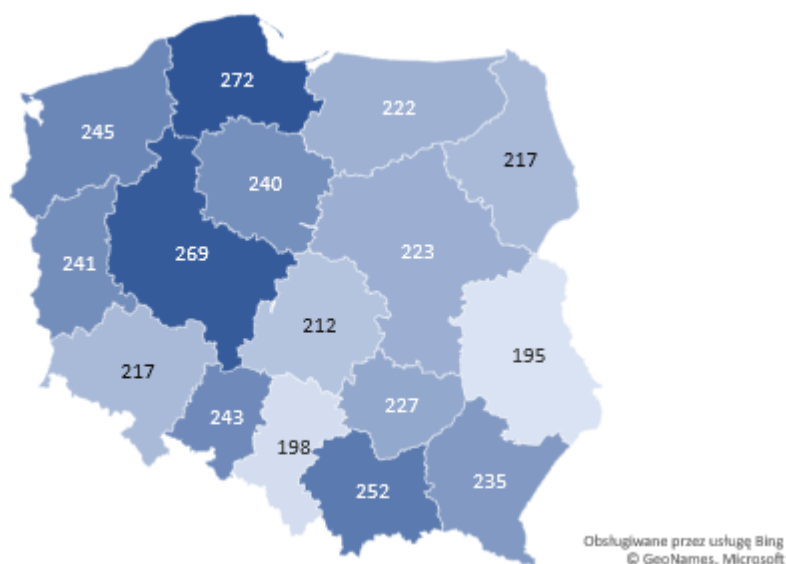
ROZDZIAŁ IV

STAN ZDROWIA MIESZKAŃCÓW I DOSTĘP DO USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH W 2020 R.

Dostępność infrastruktury zdrowotnej

W porównaniu z danymi z 2014 roku, w województwie świętokrzyskim spadła dostępność łóżek szpitalnych. Zgodnie z danymi GUS z 2020 roku, na jedno łóżko szpitalne przypadało 227 mieszkańców. Trzeba jednocześnie zauważyć, że spadek dostępności łóżek szpitalnych jest zauważalny we wszystkich województwach w kraju. Wynika to z kilku czynników. Po pierwsze, z założeń polityki zdrowotnej, aby jak najwięcej świadczeń zdrowotnych było udzielanych w POZ i AOZ. Taki kierunek działań wspiera również Unia Europejska. Po drugie, z niedostatecznego poziomu finansowania służby zdrowia w Polsce. I wreszcie po trzecie, ograniczona dostępność do kadr medycznych (lekarzy, pielęgniarek itp.).

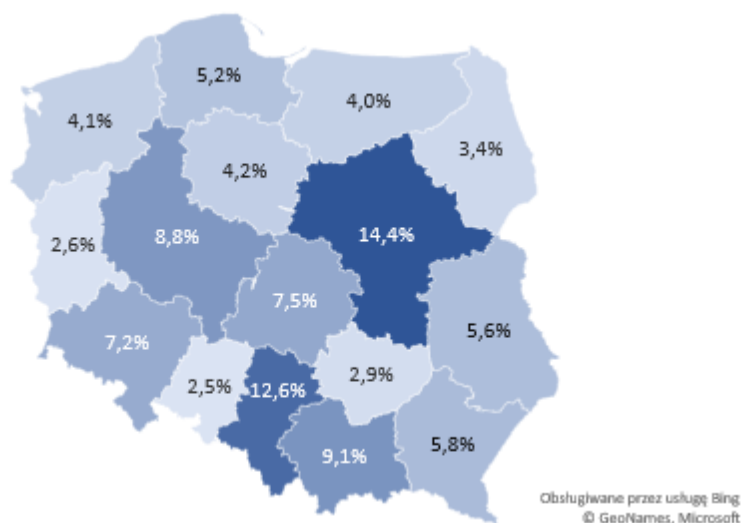
MAPA 20 LICZBA LUDNOŚCI NA ŁÓŻKO W SZPITALACH OGÓLNYCH W 2020 R.



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W 2014 roku na terenie województwa świętokrzyskiego działało 568 przychodni, co stanowiło 2,8 proc. wszystkich przychodni w kraju. Przez okres ostatnich 6 lat liczba przychodni w analizowanym regionie wzrosła o 11,6 proc., osiągając liczbę 634 (2,9 proc. ogółu przychodni w kraju). Tylko w pięciu województwach wzrost liczby przychodni był wyższy niż w świętokrzyskim. W niektórych województwach (np. podlaskim czy śląskim) doszło do zmniejszenia liczby przychodni.

MAPA 21 PRZYCHODNIE W SKALI WOJEWÓDZTW W 2020 R.

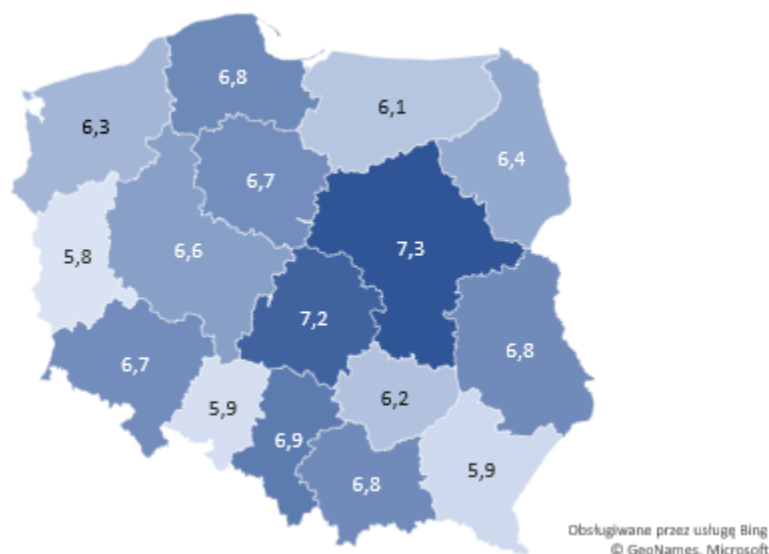


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Jeśli chodzi o liczbę przychodni w przeliczeniu na 10 tys. ludności to wynik przyjął wartość 5 w 2020 roku i był on wyższy od rezultatu zanotowanego w 2014 roku. Trzeba jednak dodać, iż nadal jest on poniżej średniej obliczonej dla kraju (6).

W 2020 roku średnia liczba udzielonych porad w ramach AOZ w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniosła 6,2 i była ona niższa od wyniku uzyskanego w 2014 roku (6,6). Nadal województwo świętokrzyskie należy do grupy regionów, w której udziela się stosunkowo niewiele porad lekarskich w ramach AOZ. Podkreślenia wymaga jednak fakt, iż spadek liczby udzielanych porad widoczny jest nie tylko w skali badanego regionu, ale też ogólnokrajowej. We wszystkich województwach zaobserwowano podobny trend.

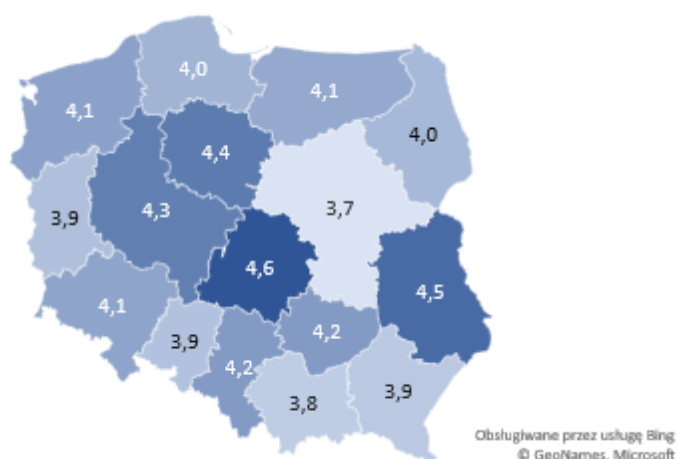
MAPA 22 PORADY LEKARSKIE W RAMACH AOZ W 2020 W PRZELICZENIU NA 1 MIESZKAŃCA



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Poprawa jest za to zauważalna w kwestii liczby porad lekarskich w ramach POZ w przeliczeniu na 1 mieszkańca. O ile w 2014 roku średnia wyniosła 4,1 porad, o tyle w 2020 roku wynik wyniósł 4,2. Co ciekawe, tylko w nielicznych województwach zwiększyła się liczba udzielonych porad lekarskich. W niektórych województwach pozostała ona na niezmiennym poziomie (np. pomorskim), w innych zaś doszło do spadku liczby porad (np. najwięcej w zachodniopomorskim).

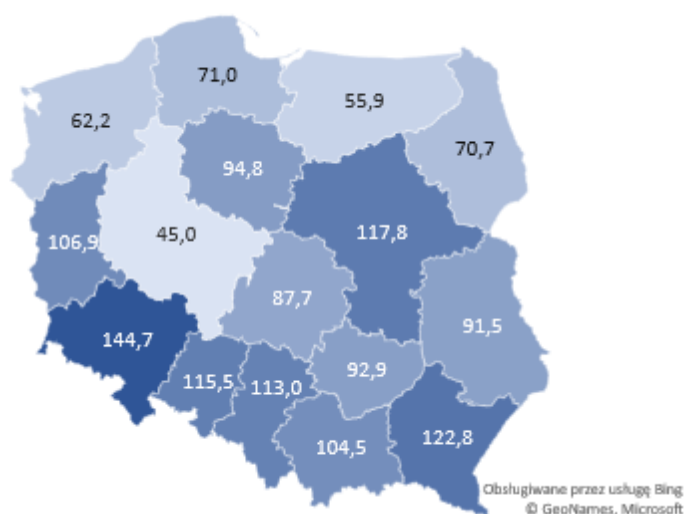
MAPA 23 PORADY LEKARSKIE W RAMACH POZ W 2020 W PRZELICZENIU NA 1 MIESZKAŃCA



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W 2014 roku istotnym problemem w województwie świętokrzyskim było zapewnienie dostępu do opieki w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. W tym obszarze doszło na przestrzeni ostatnich lat do znaczącej poprawy. Wynik na poziomie 92,9 łóżek w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców jest o 33 proc. wyższy od stanu z 2014 roku. Tylko jeden region (Wielkopolskie) mógł się wykazać wyższą dynamiką wzrostową od województwa świętokrzyskiego (o 7 punktów proc.).

MAPA 24 ŁÓŻKA W HOSPICJACH, ZAKŁADACH OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH I PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYCH NA 100 TYS. LUDNOŚCI



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

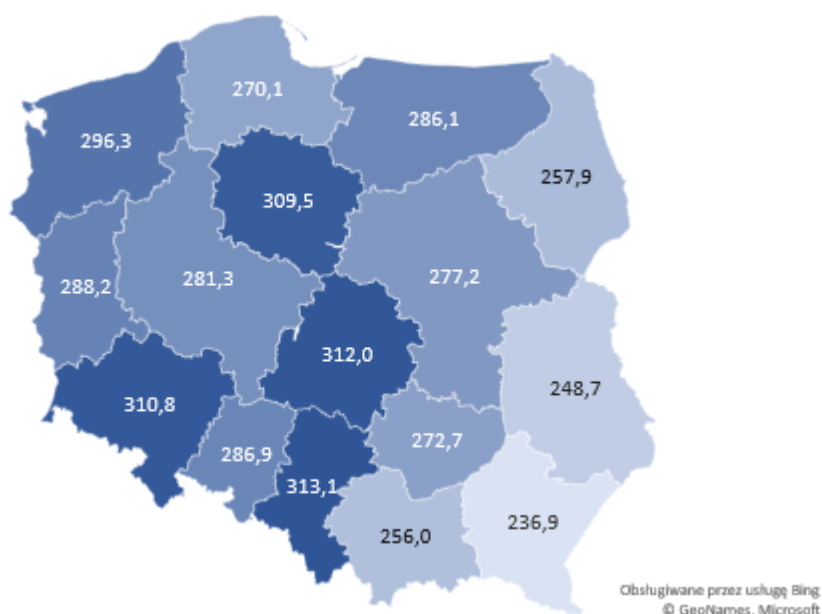
W 2020 roku w województwie świętokrzyskim funkcjonowały 292 mieszkania chronione (o 265 mieszkań więcej w stosunku do 2015 roku). 167 z nich prowadzonych było przez jednostki samorządu terytorialnego, natomiast 125 przez organizacje pozarządowe. Tego typu mieszkania były dostępne w 30 gminach na terenie województwa świętokrzyskiego. Tylko w trzech powiatach dostęp do mieszkań chronionych jest niemożliwy z powodu ich braku (konecki i włoszczowski i pińczowski). Najwięcej z nich znajduje się w stolicy województwa, gdzie działa 110 mieszkań tego typu.

Stan zdrowia mieszkańców

Liczba zgonów z powodu nowotworów ogółem na 100 tys. ludności była istotnym problemem w województwie świętokrzyskim w 2014 roku. Skala tego problemu była jednak niższa niż w innych częściach Polski. Najbardziej aktualne odczyty z 2019 roku pokazują

jednak, że w analizowanym regionie wzrosła liczba zgonów z powodu nowotworów (o 9 proc.). W skali kraju doszło do analogicznego wzrostu. Największa dynamika wzrostu (o 15 proc.) została zanotowana w dwóch województwach: warmińsko-mazurskim i lubuskim. Pomimo faktu, iż położono istotny nacisk na walkę z nowotworami (np. inwestycje w zakup sprzętu medycznego, rozwój profilaktyki), to nadal nie zatrzymano wzrostu liczby zgonów z powodu nowotworów.

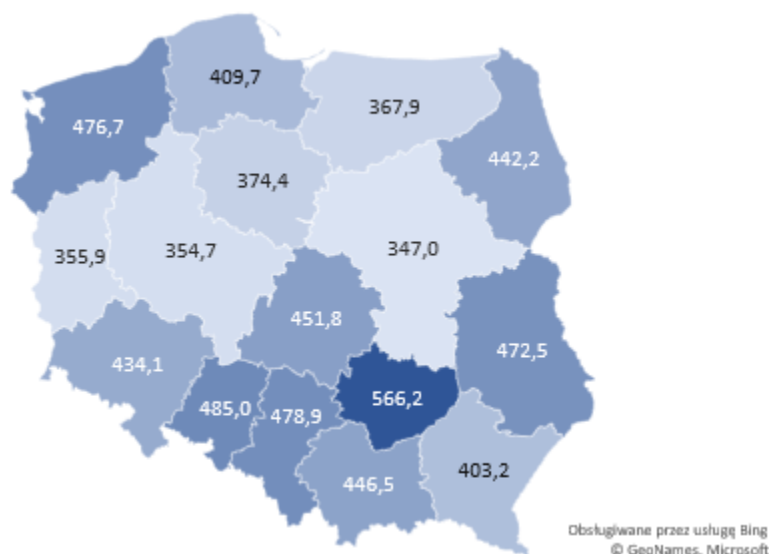
MAPA 25 ZGONY Z POWODU NOWOTWORÓW OGÓŁEM NA 100 TYS. LUDNOŚCI



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Już w 2014 roku liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie świętokrzyskim była znacznie wyższa w porównaniu z odczytami z innych regionów. Na przestrzeni pięciu ostatnich lat, skala tego problemu pogłębiła się. Liczba zgonów wzrosła o 4 proc. w porównaniu ze stanem z 2014 roku. Na tle kraju, w którym nastąpił spadek o 5 proc., sytuacja w województwie świętokrzyskim wydaje się poważna i bardzo niekorzystna. Konieczna jest dalsza koncentracja działań na rzecz poprawienia skuteczności leczenia chorób układu krążenia.

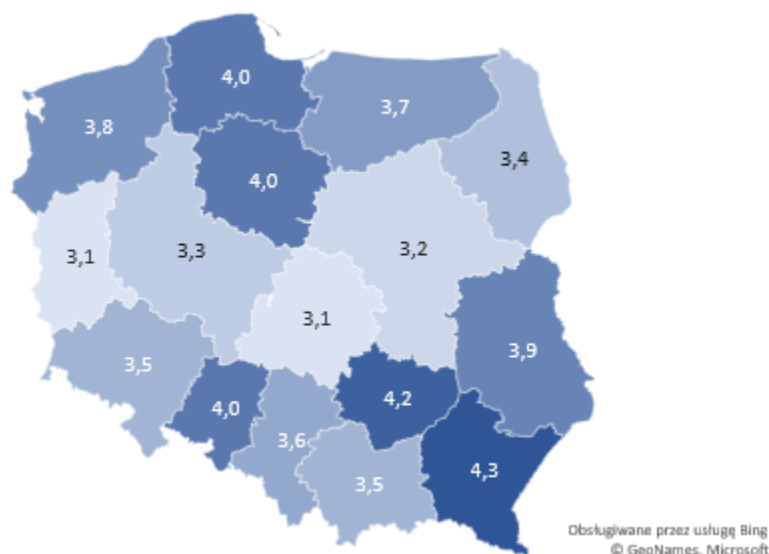
MAPA 26 ZGONY OSÓB Z POWODU CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA NA 100 TYS. LUDNOŚCI



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

W 2014 roku na 1000 urodzeń żywych przypadało w województwie świętokrzyskim średnio 3,07 zgonów wśród niemowląt – najmniej wśród wszystkich województw w kraju. Zgodnie z ostatnim odczytem GUS z 2020 roku, liczba zgonów wśród niemowląt na 1000 urodzeń żywych wzrosła do poziomu 4,2. Jest to niemal najwyższa wartość w kraju (tylko w województwie podkarpackim jest wyższa śmiertelność wśród niemowląt). O ile w skali kraju nastąpił spadek z poziomu 4,2 do poziomu 3,6, o tyle w analizowanym regionie nastąpił odwrotny i niekorzystny trend.

MAPA 27 URODZENIA MARTWE NA 1000 URODZEŃ

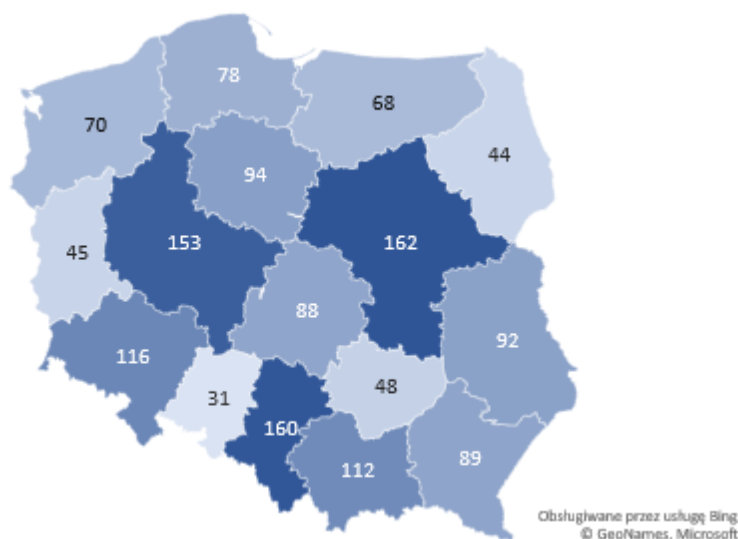


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Przerywanie aktywności zawodowej na skutek problemów zdrowotnych

Jeszcze w 2014 roku było 66 tys. osób biernych zawodowo z powodu chorób lub niepełnosprawności na terenie województwa świętokrzyskiego. Wynik ten był ponad dwa razy wyższy niż na Opolszczyźnie (30 tys.), która posiada zbliżony potencjał demograficzny. Według stanu na koniec 2020 roku, liczba biernych zawodowo z powodu chorób lub niepełnosprawności kształtowała się na poziomie 48 tys. Dalej jest on wyższy niż na Opolszczyźnie, ale trzeba zauważyć postęp, jaki odnotowano w tym obszarze (spadek na poziomie 28 proc.).

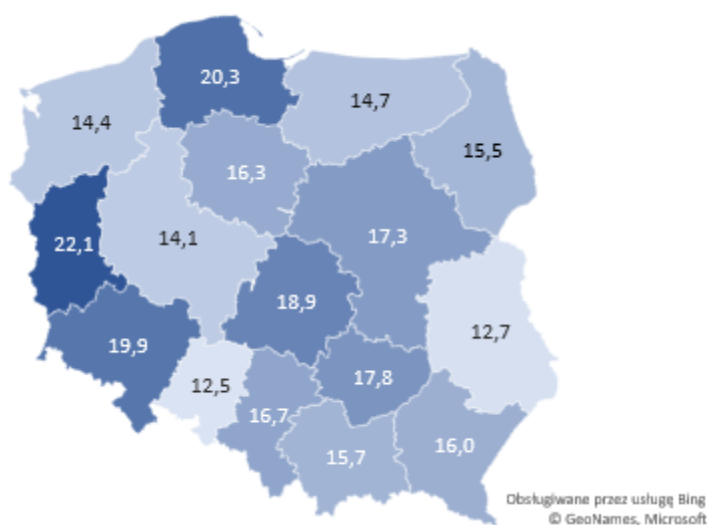
MAPA 28 LICZBA BIERNYCH ZAWODOWO Z POWODU CHOROBY I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W 2020 R. [TYS. OSÓB]



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnością wzrósł z poziomu 17,5 proc. w 2014 roku do poziomu 17,8 proc. w 2020. Odsetek ten jest wyższy od średniej krajowej o 1,1 punktu proc. Trzeba jednak zauważyć, że w niektórych województwach (lubuskie, pomorskie) poziom ten przekracza próg 20 proc. Dużo niższy poziom zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami występuje w lubuskim i opolskim.

MAPA 29 WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W WIEKU 16 LAT I WIĘCEJ W 2020 R.

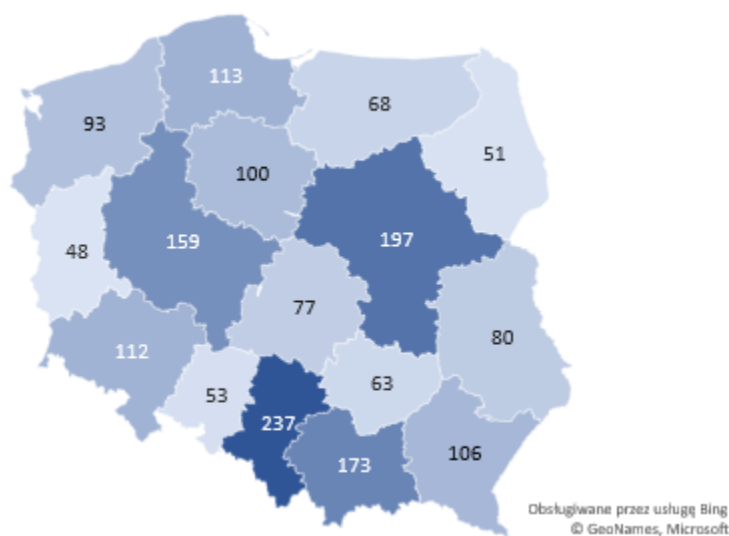


Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Poziom aktywizacji zawodowej osób sprawujących opiekę nad osobami zależnymi

W 2014 roku, liczba osób biernych zawodowo z powodu obowiązków rodzinnych wyniosła 56 tys. osób. Sześć lat później liczbę tę GUS oszacował na 63 tys. osób, co oznacza wzrost na poziomie 13 proc. W skali kraju również nastąpił wzrost, tyle że o wartości nieco niższej (11 proc.). Tylko w czterech województwa liczba biernych zawodowo z powodu obowiązków rodzinnych spadła. Najwięcej w województwie pomorskim (o 11 proc.).

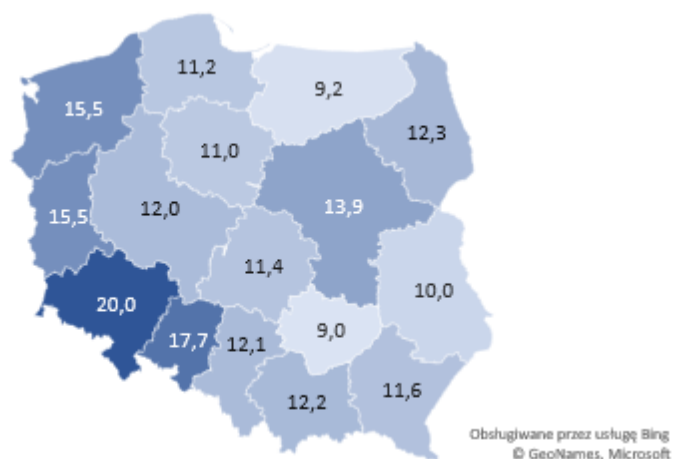
MAPA 30 LICZBA BIERNYCH ZAWODOWO Z POWODU OBOWIĄZKÓW RODZINNYCH W 2020 R. [TYS. OSÓB]



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

Powyżej opisany wzrost liczby osób biernych zawodowo z powodu obowiązków rodzinnych jest trudny do zrozumienia biorąc pod uwagę fakt, iż radykalnie wzrosła liczba dzieci do lat 3 objęta opieką żłobkową. W 2014 roku tylko 3,9 proc. dzieci było objętych tego typu opieką. Na koniec 2020 roku, było to już 9 proc., a więc wzrost o wartości (231 proc.). Nadal co prawda w skali kraju odsetek dzieci objętych opieką żłobkową jest wyższy niż w województwie świętokrzyskim (o 3,8 punktu proc.), ale dynamika wzrostu w regionie była wyższa niż dla całego kraju.

MAPA 31 ODSETEK DZIECI OBJĘTYCH OPIEKĄ ŻŁOBKOWĄ W 2020 R.



Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS

ROZDZIAŁ V

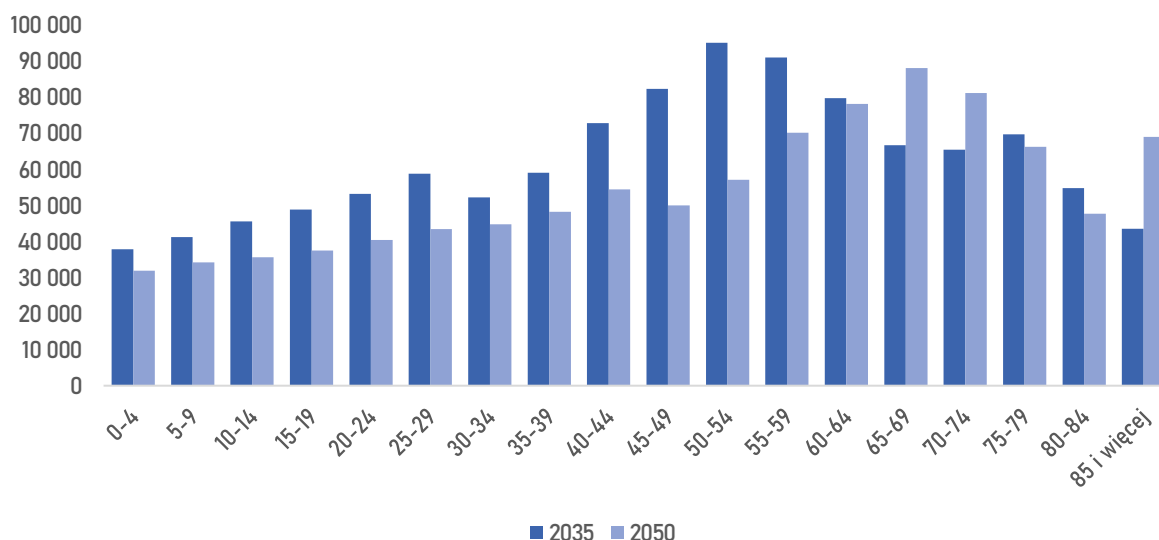
KIERUNKI WSPARCIA W NOWEJ PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ

OBSZARY ZAGROŻEŃ I KIERUNKI WSPARCIA W NOWEJ PERSPEKTYWIE

- Czy pojawiły się nowe zagadnienia/obszary, które wymagają objęcia wsparciem Programu w perspektywie finansowej 2021-2027?

Z prognoz przygotowanych przez GUS wynika, że ludność województwa świętokrzyskiego, podobnie jak mieszkańcy innych regionów, znajduje się w fazie starzenia się. Oznacza to, iż odsetek osób w wieku poprodukcyjnym będzie zwiększał się w ogólnej populacji, przy jednoczesnym spadku udziału osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym. Innymi słowy, w następnych dekadach będzie rosło obciążenie demograficzne. Wiąże się to w naturalny sposób z licznymi wyzwaniami dla podmiotów udzielających usług społecznych i zdrowotnych. Wraz z rosnącą liczbą osób starszych i wydłużającą się przeciętną długością życia, rosnąć będzie popyt na usługi w zakresie opieki geriatrycznej, długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej. Kwestią, która wykazuje powiązanie z tematem starzenia się społeczeństwa, jest też wielochorobowość (charakterystyczna dla osób w podeszłym wieku) oraz feminizacja występująca szczególnie w starszych grupach wiekowych. Należy zatem skupić się na tych obszarach, aby w niedalekiej przyszłości regionalna infrastruktura społeczna i zdrowotna była w stanie sprostać większemu zapotrzebowaniu na ww. usługi. Eksperti biorący udział w badaniu podkreślali, iż potrzebnym kierunkiem działania jest rozwój domów dziennej opieki, które zapewniają opiekę przejściową i krótkoterminową rehabilitację po zakończeniu leczenia szpitalnego.

WYKRES 25 PROGNOZOWANY STAN LUDNOŚCI WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO W POSZCZEGÓLNYCH GRUPACH WIEKOWYCH W ROKU 2035 I 2050



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

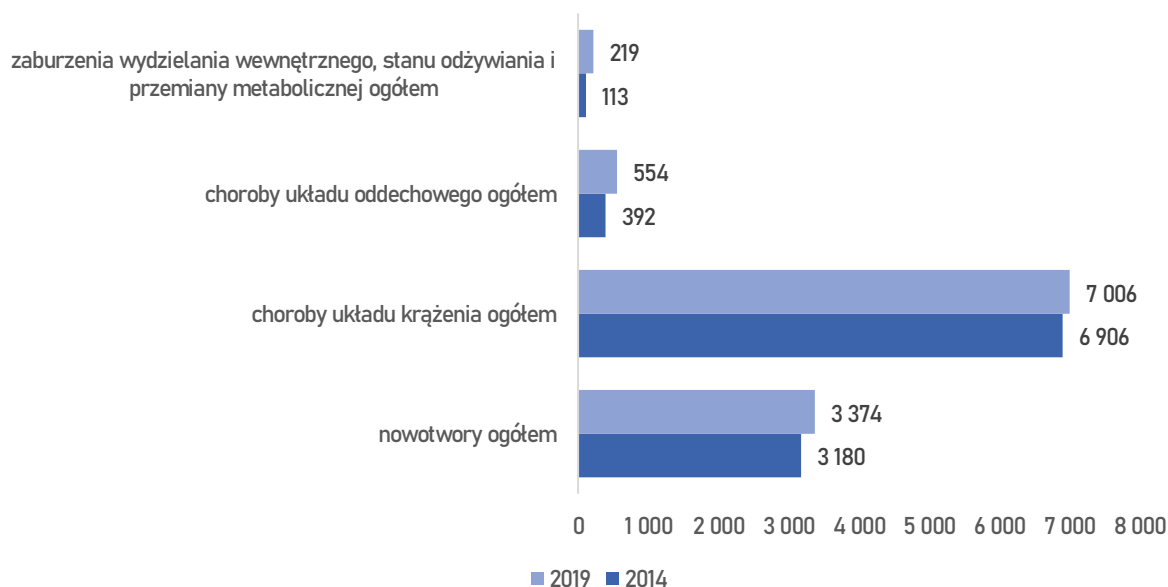
Konieczność wsparcia tego typu działań potwierdziły ustalenia wywiadów pogłębianych:

Oczywiście niezbędne jest kontynuowanie działań jeżeli chodzi o opiekę długoterminową, o opiekę paliatywno-hospicyjną, mamy tutaj dużo potrzeb jeżeli chodzi o hospicja dla dzieci. Te hospicja w ogóle w naszym województwie jeżeli chodzi o stacjonarne placówki nie istnieją, mamy tylko dwa hospicja domowe, które zupełnie nie zaspokajają potrzeb dzieci ciężko chorych.

Mimo iż w obecnej perspektywie finansowej interwencja w województwie świętokrzyskim została ukierunkowana na walkę z chorobami cywilizacyjnymi, to nadal choroby te stanowią główne źródło zgonów wśród mieszkańców regionu. Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych wzrosła, jeśli porównamy dane z ostatniego odczytu (z 2019 roku) z danymi zebranymi w 2014 roku. Istotnie też wzrosła śmiertelność z powodu chorób układu oddechowego oraz z powodu zaburzeń wydzielania wewnętrznego, choć choroby te nie generują tak dużej liczby zgonów jak nowotwory czy choroby układu krążenia. Uzasadnione więc wydaje się utrzymanie wsparcia na realizację działań ukierunkowanych na

poprawę skuteczności leczenia chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego i zaburzeń wydzielania wewnętrznego.

WYKRES 26 LICZBA ZGONÓW W oj.. ŚWIĘTOKRZYSKIM Z POWODU WYBRANYCH CHORÓB



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

W trakcie badania zwrócono też uwagę na potrzebę skierowania wsparcia na poprawę kondycji psychicznej dzieci oraz osób dorosłych. Podkreślano, iż zdrowie psychiczne mieszkańców regionu ulega pogorszeniu, na co duży wpływ ma pandemia COVID-19 oraz wprowadzane obostrzenia, które ograniczyły kontakty społeczne. Eksperti zwracali uwagę na potrzebę zapewnienia doradztwa psychologicznego dla młodzieży, na co złożyła się pandemia COVID-19 i izolacja młodzieży od kontaktu z rówieśnikami.

Także na szczeblu unijnym i krajowym dostrzega się potrzebę zintensyfikowania działań na rzecz poprawy stanu zdrowia psychicznego. Jak wynika z załącznika nr 2 „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” do programu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, działania na rzecz wsparcia psychiatrii osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży będą podejmowane na szczeblu krajowym, przy czym zauważyć można kierunek wsparcia, który może być finansowany na poziomie regionalnym.

Chodzi mianowicie o umożliwienie szpitalom wielospecjalistycznym dostosowanie lub utworzenie oddziałów psychiatrycznych.

Wsparcie też na pewno jest potrzebne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, pandemia pokazała, że nie tylko dzieci ale i starsi, dorośli.

LOGIKA INTERWENCJI W NOWEJ PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ

- Czy i w jakim kształcie należy kontynuować interwencje w perspektywie finansowej 2021-2027 (w odniesieniu do typów projektu, trybu wyboru, warunków realizacji)?

System realizacji interwencji w Działaniach 7.3 i 9.2 RPOWŚ uznano za optymalny i spełniający swoje funkcje. Z analizy logiki interwencji wynika, że zaplanowane działania, forma ich realizacji, odpowiadają zdiagnozowanym w regionie potrzebom. Co więcej, udaje się dokonywać postępów w osiąganiu zakładanych celów interwencji, co pokazuje aktualna wartość wskaźników monitorujących, postępy finansowe realizacji alokacji przypisanej do priorytetów inwestycyjnych, a także ustalenia badania ewaluacyjnego. W czasie zbierania i analizy materiału badawczego nie zidentyfikowano istotnych elementów wymagających poprawy czy modyfikacji. Podkreślano, iż większość elementów wchodzących w skład systemu naboru, kryteriów oceny, warunków realizacji, zasługuje na kontynuację. Jedyną rzeczą, która wymaga usprawnienia, jest zapewnienie takich warunków, aby zwiększyć komplementarność wsparcia. Chodzi o to, aby usługi społeczne mogły być łączone z usługami zdrowotnymi oraz aby realizacja projektów inwestycyjnych (finansowanych z EFRR) przechodziły w inwestycje wsparte w ramach EFS. Sposobem na to jest takie ułożenie kryteriów premiujących w procesie oceny wniosków, aby zachęcać Wnioskodawców do stosowania tego typu rozwiązań.

Perspektywa 2014-2020 pokazała nam jeżeli chodzi o usługi społeczne i zdrowotne, że jest potrzeba połączenia usług społecznych ze zdrowotnymi dlatego w tej perspektywie zaplanowaliśmy wspólne działanie, czyli beneficjent,

który będzie chciał u nas zrealizować takie kompleksowy projekt jednym projektem będzie mógł objąć właśnie takim wsparciem bardzo holistycznym, kompleksowym czyli zapewnić i usługi społeczne i usługi zdrowotne. Więc to przejawiało się w tej perspektywie i nie mogliśmy tego zrobić teraz, ale na 2021-2027 to zaplanowaliśmy

ROZDZIAŁ VI

WNIOSKI KOŃCOWE

Na podstawie przeprowadzonych badań i analiz sformułowano następujące ustalenia badawcze:

- Zaprojektowana logika interwencji w Działaniach 7.3 i 9.2 RPOWŚ została oceniona jako trafna. Działania te odpowiadają na zdiagnozowane problemy regionalne (dotyczące infrastruktury zdrowotnej i społecznej oraz dostępności do usług społecznych i zdrowotnych). Stworzone założenia interwencji pozwalają na niwelowanie zidentyfikowanych problemów i deficytów.
- Aktualny poziom realizacji interwencji w Działaniach 7.3 i 9.2 utrzymuje się na wysokim poziomie. Duża część wskaźników monitorujących przypisanych do priorytetów inwestycyjnych (PI 9a oraz PI 9iv) wykazuje poziom ponadnormatywny w stosunku do stanu docelowego określonego dla 2023 roku. W przypadku żadnego ze wskaźników nie zidentyfikowano zagrożenia, polegającego na nieosiągnięciu zakładanej wartości docelowej.
- Alokacja finansowa przypisana do Działań 7.3 i 9.2 RPOWŚ została oceniona jako niewystarczająca. Problemy i deficyty w obszarach objętych ww. działaniami są na tyle duże, iż konieczne jest kontynuowanie interwencji i przeznaczenie, o ile będzie to możliwe w nowej perspektywie finansowej, większych środków finansowych.
- Badania wykazały, iż projekty realizowane w Działaniach 7.3 i 9.2 RPOWŚ odpowiadały w bardzo dużym stopniu na potrzeby społeczne i zdrowotne mieszkańców regionu oraz charakteryzowały się one stosunkowo dużą skutecznością w poprawie sytuacji odbiorców wsparcia.
- Problemem, jaki zidentyfikowano w trakcie badania, jest niedostateczna komplementarność wsparcia, wyrażająca się tym, iż niewielka część projektów zakładających działania inwestycyjne w rozbudowę infrastruktury społecznej lub zdrowotnej aplikowało o środki z EFS na poprawę dostępności do usług społecznych i zdrowotnych. Wydaje się, iż mechanizmem zaradczym powinno być takie skonstruowanie kryteriów premiujących, aby upowszechnić realizację projektów komplementarnych.
- Rosnące wyzwania dla regionalnej infrastruktury społecznej i zdrowotnej w województwie świętokrzyskim mają związek z takimi problemami jak: starzejąca się społecznością i wielochorobowość; duża liczba zgonów z powodu chorób układu

krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego i zaburzeń wydzielania wewnętrznego oraz pogarszającej się kondycji psychicznej mieszkańców regionu.

- Do kierunków interwencji, które uznano za zgodne z obecnymi i przyszłymi potrzebami regionu w obszarze infrastruktury społecznej i zdrowotnej, zaliczono: inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorób układu oddechowego i zaburzeń wydzielania wewnętrznego. Z kolei w obszarze infrastruktury społecznej: domy dziennego pobytu.
- Do kierunków interwencji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych zaliczono: rozwój usług opiekuńczych dla osób starszych i niesamodzielnych oraz rozwój doradztwa psychologicznego, w szczególności dla młodzieży.

ROZDZIAŁ VII

REKOMENDACJE

Rekomendacje dla PI 9a

LP	WNIOSEK WYNIKAJĄCY Z BADANIA	PROPONOWANA REKOMENDACJA	ADRESAT	PROPONOWANY SPOSÓB WDROŻENIA REKOMENDACJI	TERMIN WDROŻENIA	KLASYFIKACJA	OBSZAR TEMATYCZNY
1	Z badania wynika, iż infrastruktura społeczna i zdrowotna, pomimo licznych inwestycji w obecnej perspektywie finansowej, nadal wymagają kontynuacji wsparcia. Biorąc pod uwagę skalę potrzeb regionalnych w obszarze infrastruktury społecznej i zdrowotnej oraz niesprzyjające tendencje demograficzne (np. starzenie się społeczeństwa) uznano, iż poziom alokacji finansowej na wsparcie infrastruktury społecznej i zdrowotnej jest dalece niewystarczające [s. 23].	Zaleca się kontynuowanie wsparcia ukierunkowanego na rozwój regionalnej infrastruktury społecznej i zdrowotnej w nowej perspektywie finansowej. Proponuje się też, aby przeznaczyć większą alokację finansową, o ile będzie to możliwe biorąc pod uwagę negocjacje z Komisją Europejską, na realizację działań ukierunkowanych na rozbudowę infrastruktury społecznej i zdrowotnej.	IZ	Zwiększenie nakładów finansowych w ramach Programu na wsparcie rozwoju infrastruktury społecznej i zdrowotnej w województwie świętokrzyskim.	II kwartał 2022	operacyjna	Zdrowie, włączenie społeczne

LP	WNIOSEK WYNIKAJĄCY Z BADANIA	PROPONOWANA REKOMENDACJA	ADRESAT	PROPONOWANY SPOSÓB WDROŻENIA REKOMENDACJI	TERMIN WDROŻENIA	KLASYFIKACJA	OBZAR TEMATYCZNY
2	Badanie wykazało, iż tylko niewielka część projektów realizowanych w Działaniu 7.3 RPOWŚ wykazywała się komplementarnością, co oznacza, iż realizacja projektów inwestycyjnych nie wiązała się z dalszymi staraniami o pozyskanie środków finansowych w ramach Działania 9.2 na poprawę dostępu do usług społecznych i zdrowotnych [s. 68-69].	Zaleca się położenie większego nacisku w procesie oceny wniosków o dofinansowanie na rozbudowę infrastruktury społecznej i zdrowotnych sposobów zapewnienia kontynuacji działań poprzez poprawę dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.	IZ	Preferowanie w procesie oceny wniosków o dofinansowanie projektów, zakładających łączenie inwestycji w infrastrukturę społeczną lub zdrowotną z późniejszymi działaniami ukierunkowanymi na wzrost dostępu do usług społecznych i zdrowotnych. Projektowanie harmonogramu naborów w sposób umożliwiający beneficjentowi łączenie realizacji projektów finansowanych z EFRR i EFS.	III kwartał 2022	operacyjna	Zdrowie, włączenie społeczne

LP	WNIOSEK WYNIKAJĄCY Z BADANIA	PROPONOWANA REKOMENDACJA	ADRESAT	PROPONOWANY SPOSÓB WDROŻENIA REKOMENDACJI	TERMIN WDROŻENIA	KLASYFIKACJA	OBSZAR TEMATYCZNY
3	Do kierunków interwencji, które uznano za zgodne z obecnymi i przyszłymi potrzebami regionu w obszarze infrastruktury zdrowotnej zaliczono: inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorobami układu oddechowego i zaburzeniami wydzielania wewnętrznego. Z kolei w obszarze infrastruktury społecznej: domy dziennego pobytu [s. 86-87].	Zaleca się, aby w nowej perspektywie finansowej jako priorytetowe kierunki interwencji traktować: inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorobami układu oddechowego i zaburzeniami wydzielania wewnętrznego oraz domy dziennego pobytu.	IZ	Uwzględnienie w SZOOP preferencji, jeśli chodzi przyszłe kierunki interwencji w obszarze infrastruktury społecznej i zdrowotnej, obejmującej: inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorobami układu oddechowego i zaburzeniami wydzielania wewnętrznego oraz domy dziennego pobytu.	II kwartał 2022	operacyjna	Zdrowie, włączenie społeczne

Rekomendacje dla PI 9iv

LP	WNIOSEK WYNIKAJĄCY Z BADANIA	PROPONOWANA REKOMENDACJA	ADRESAT	PROPONOWANY SPOSÓB WDROŻENIA REKOMENDACJI	TERMIN WDROŻENIA	KLASYFIKACJA	OBSZAR TEMATYCZNY
1	Badania pokazały, że pomimo istotnych nakładów na poprawę dostępu do usług społecznych i zdrowotnych w perspektywie finansowej 2014-2020, nadal występują duże potrzeby w tym zakresie. Co więcej, wpływ tendencji demograficznych (wydłużanie się przeciętnej długości życia, wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego, wielochorobowość) powodować będzie rosnący popyt na tego typu usługi [s. 37-38].	Zaleca się kontynuowanie wsparcia ukierunkowanego na poprawę dostępności usług społecznych i zdrowotnych w nowej perspektywie finansowej. Proponuje się też, aby przeznaczyć większą alokację finansową, o ile będzie to możliwe biorąc pod uwagę negocjacje z Komisją Europejską, na realizację działań ukierunkowanych na poprawę dostępności do usług społecznych i zdrowotnych	IZ	Zapisanie w SZOOP wyższej alokacji finansowej do Działania dedykowanego poprawie dostępności usług społecznych i zdrowotnych	II kwartał 2022	operacyjna	Zdrowie, włączenie społeczne

LP	WNIOSEK WYNIKAJĄCY Z BADANIA	PROPONOWANA REKOMENDACJA	ADRESAT	PROPONOWANY SPOSÓB WDROŻENIA REKOMENDACJI	TERMIN WDROŻENIA	KLASYFIKACJA	OBSZAR TEMATYCZNY
2	Badania pokazały, że niewielki odsetek beneficjentów z Działania 9.2 RPOWŚ zgłaszał trudności związane z udziałem w procesie pozyskiwania środków finansowych na realizację projektów. Co więcej, doceniono rozwiązane polegające na możliwości składania wymaganych załączników dopiero na etapie podpisywania umowy, a nie już na etapie składania samego wniosku o dofinansowanie [s. 51-52].	Zaleca się utrzymanie rozwiązania, polegającego na możliwości uzupełnienia dokumentacji aplikacyjnej na etapie podpisywania umowy. Rozwiązanie to jest korzystne z punktu widzenia beneficjentów oraz pozytywnie wpływa na odbiurokratyzowanie procedury aplikacyjnej.	iz	Zaprojektowanie procedur naboru w Działaniu dedykowanym poprawie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych w regionie w taki sposób, aby składanie dokumentów odbywało się na etapie podpisywania umowy o dofinansowanie realizacji projektu.	IV kwartał 2022	operacyjna	Zdrowie, włączenie społeczne
3	Do kierunków interwencji, które uznano za zgodne z obecnymi i przyszłymi potrzebami regionu jest poprawa dostępu do usług opiekuńczych dla osób starszych i niesamodzielnych oraz rozwój doradztwa psychologicznego, w	Zaleca się, aby w nowej perspektywie finansowej jako priorytetowe kierunki interwencji traktować: poprawę dostępu do usług opiekuńczych dla osób starszych i	IZ	Uwzględnienie w SZOOP listy priorytetowych kierunków interwencji w obszarze usług społecznych i zdrowotnych i uwzględnienie w niej w szczególności: poprawy dostępu do usług	II kwartał 2022	operacyjna	Zdrowie, włączenie społeczne

LP	WNIOSEK WYNIKAJĄCY Z BADANIA	PROPONOWANA REKOMENDACJA	ADRESAT	PROPONOWANY SPOSÓB WDROŻENIA REKOMENDACJI	TERMIN WDROŻENIA	KLASYFIKACJA	OBSZAR TEMATYCZNY
	szczegółności dla młodzieży [s. 87-88].	niesamodzielnym oraz rozwój doradztwa psychologicznego, w szczególności dla młodzieży.		opiekuńczych dla osób starszych i niesamodzielnym oraz rozwój doradztwa psychologicznego, w szczególności dla młodzieży.			

