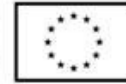




RAPORT KOŃCOWY

Wpływ inwestycji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych na jakość życia, poziom wykluczenia społecznego i ubóstwa w województwie dolnośląskim



Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Zamawiający:

Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego

Wybrzeże J. Słowackiego 12-14

50-411 Wrocław



Wykonawca:

EVALU Sp. z o.o.
ul. Dzika 19/23 lok. 55
00-172 Warszawa
tel.: 22 403-80-26
e-mail: evalu@evalu.pl



Zespół badawczy

Marta Cichowicz-Major

Beata Dec

Adam Grajek

Joanna Jasińska

Michał Marciniak

Sebastian Pałka

Jarema Piekutowski

Wojciech Pieniążek

Cezary Przyvył

Beata Tomczak

Agnieszka Śnieżek – kierownik badania

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI	3
WYKAZ SKRÓTÓW	5
STRESZCZENIE.....	7
SUMMARY	13
1. WPROWADZENIE.....	19
2. OPIS METODOLOGII, PRZEBIEGU BADANIA, ZASTOSOWANYCH TECHNIK GROMADZENIA I ANALIZY DANYCH	22
3. OCENA TRAFNOŚCI WSPARCIA.....	26
3.1. Usługi społeczne	26
3.2. Usługi zdrowotne.....	47
4. OCENA SKUTECZNOŚCI WSPARCIA.....	83
4.1. Usługi społeczne	83
4.2. Usługi zdrowotne.....	96
5. OCENA UŻYTECZNOŚCI WSPARCIA.....	117
5.1. Usługi społeczne	117
5.2. Usługi zdrowotne.....	122
6. OCENA TRWAŁOŚCI WSPARCIA	131
6.1. Usługi społeczne	131
6.2. Usługi zdrowotne.....	133
7. OCENA KOMPLEMENTARNOŚCI. KOORDYNACJA USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH	137
7.1. Usługi społeczne	137
7.2. Usługi zdrowotne.....	145
8. OCENA EFEKTYWNOŚCI WSPARCIA.....	152
8.1. Usługi społeczne	153
8.2. Usługi zdrowotne.....	157
9. PLANY APLIKACYJNE BENEFICJENTÓW I JST WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO.....	167
10. WNIOSKI I REKOMENDACJE.....	169
10.1. Usługi społeczne	169
10.2. Usługi zdrowotne.....	170

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

11.	TABELA WNIOSKÓW I REKOMENDACJI	173
12.	BIBLIOGRAFIA	186
13.	SPIS TABEL, WYKRESÓW I MAP	191
14.	ZAŁĄCZNIKI	193
14.1.	Narzędzia badawcze	193
14.2.	Sprawozdania ze studiów przypadku	193

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

WYKAZ SKRÓTÓW

AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
CATI	Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny (ang. Computer-Assisted Telephone Interviewing)
CAWI	Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony WWW (ang. Computer-Assisted Web Interview)
CIS	Centrum Integracji Społecznej
CUS	Centrum Usług Społecznych
DDOM	Dzienny Dom Opieki Medycznej
DDP	Dom Dziennego Pobytu
DPS	Domy Pomocy Społecznej
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
FEDS 2021-2027	Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027
GUS/BDL	Główny Urząd Statystyczny / Bank Danych Lokalnych
IDI	Indywidualne wywiady pogłębione
IZ RPO WD 2014-2020	Instytucja Zarządzająca Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020
JOPS	Jednostka Organizacji Pomocy Społecznej
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego
KE	Komisja Europejska
KIS	Kluby Integracji Społecznej
MZ	Ministerstwo Zdrowia
OZPS	Ocena zasobów pomocy społecznej
OzN	Osoba z niepełnosprawnościami
POW	Powiatowy Ośrodek Wsparcia

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RM	Raport Metodologiczny
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
RPO WD 2014-2020/RPO WD	Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020
SARS-CoV2	patogen koronawirusa, który prowadzi do rozwinięcia się ostrej choroby zakaźnej dróg oddechowych, nazwanej COVID-19
SL2014	aplikacja główna centralnego systemu teleinformatycznego, system wspierający realizację programów operacyjnych realizowanych w ramach Funduszy Europejskich 2014-2020
SOPU	Szczegółowy Opis Przedmiotu Umowy
STRATEG	system stworzony przez GUS na potrzeby programowania i monitorowania polityki rozwoju
TDI	Telefoniczny wywiad pogłębiony
WD	Województwo Dolnośląskie
WoD	Wniosek o Dofinansowanie
WoP	Wniosek o Płatność
WTZ	Warsztaty Terapii Zajęciowej
ZAZ	Zakłady Aktywności Zawodowej
ZIT	Zintegrowane Inwestycje Terytorialne
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

STRESZCZENIE

Głównym celem badania była ocena interwencji RPO WD 2014-2020 w zakresie poprawy dostępu do usług społecznych i zdrowotnych oraz zbadanie jej wpływu na jakość życia oraz poziom wykluczenia społecznego i ubóstwo.

Badanie zrealizowano w okresie styczeń – kwiecień 2022 roku

Usługi społeczne

Działanie 6.1 Inwestycje w infrastrukturę społeczną

Wsparcie w ramach Działania 6.1 trafnie odpowiedziało na problemy i wyzwania rozwojowe województwa dotyczące niewystarczającego dostępu osób zagrożonych wykluczeniem społecznym do usług społecznych związanych z procesem integracji społecznej, aktywizacji społeczno-zawodowej ze szczególnym uwzględnieniem ich deinstytucjonalizacji. Logika interwencji trafnie ukierunkowana została na osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, osoby starsze, chore i niesamodzielne, osoby z niepełnosprawnościami, dzieci i młodzież wymagające wsparcia opiekuńczo-wychowawczego, w tym przebywające w pieczy zastępczej oraz osoby wychowujące dzieci do lat 3 i zagrożone dezaktywacją zawodową z powodu pełnienia obowiązków opiekuńczych.

W ramach Działania 6.1 zrealizowano 53 projekty, opiewające na łączną kwotę dofinansowania w wysokości 104669326 zł, wykorzystując w pełni alokację przeznaczoną na to działanie. W rezultacie przeprowadzonej interwencji powstało 16 nowych żłobków/oddziałów żłobkowych, w ramach których utworzono 722 miejsc opieki nad dzieckiem do lat 3. Ponadto w ramach 8 projektów utworzono 90 mieszkań socjalnych, zaś w 5 kolejnych interwencjach – 29 mieszkań chronionych. Wybudowano lub przebudowano 5 domów dziecka/placówek opiekuńczo-wychowawczych w kierunku większej indywidualizacji instytucjonalnej pieczy zastępczej, zmodernizowano 1 DPS oraz wybudowano 3 kolejne całodobowe Domy Pomocy Społecznej oraz Dom Samotnej matki. Kolejne istotne efekty rzeczowe wsparcia obejmują infrastrukturę rodzinnego domu dziecka, 6 Klubów Integracji Społecznej, 2 Klubów Seniora oraz 5 Dziennych Domów Pomocy, a także 3 świetlice/centra społeczne. Przekroczono zakładane w Programie wartości docelowe wskaźników produktu i rezultatu. Interwencje wsparte w Działaniu 6.1 charakteryzują się wysoką użytecznością poprzez oferowanie w ramach wspartej infrastruktury usług deficytowych, niedostępnych dla odbiorców wsparcia przed realizacją inwestycji lub też usług o podwyższonym standardzie (budowa, przebudowa placówek opiekuńczo-wychowawczych, doposażenie

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

ZAZ). Inwestycje zrealizowane w Działaniu 6.1 charakteryzują się długookresową trwałością i wysoką efektywnością finansową.

Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

Zgodnie z logiką interwencji wsparcie ukierunkowane zostało na rzecz świadczenia spersonalizowanych i zintegrowanych usług społecznych (pomocy społecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, opiekuńczych i zdrowotnych). Wsparcie odbywało się zgodnie z założeniami europejskich zasad przejścia z opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej, co w pełni odpowiadało na potrzeby lokalne, obejmując przy tym swoim zasięgiem obszar całego województwa dolnośląskiego. Projekty Działania 9.2 w istotnym stopniu przyczyniły się do zwiększenia dostępności środowiskowych usług społecznych, w tym opiekuńczych i wsparcia rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz wsparcia pieczy zastępczej poprzez ich świadczenie w środowisku lokalnym, przy zaangażowaniu lokalnej społeczności oraz indywidualizację wsparcia i zapewnienie wpływu uczestników na jego zakres. W Działaniu 9.2 realizowanych jest 100 projektów, o łącznej wysokości dofinansowania 151 190 275,91 zł. W wyniku wsparcia w zakończonych projektach wsparto usługami asystenckimi i opiekuńczymi 3982 osoby. Ponadto 5563 osób objęto wsparciem w zakresie wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, zaś 454 osoby zostały poddane aktywizacji społecznej i usamodzielnianiu w mieszkaniach chronionych. Wsparto kompetencyjnie 2341 asystentów OzN. W realizowanych projektach przekroczone zostały zakładane w Programie wartości docelowe większości monitorowanych wskaźników produktu i rezultatu. Beneficjenci Działania 9.2 zapewniali wysoką jakość realizowanych usług poprzez bieżącą ewaluację stopnia zadowolenia odbiorców ostatecznych oraz poprzez korzystanie z efektów doświadczeń zebranych podczas realizacji wcześniejszych projektów, również w komplementarnym Działaniu 9.1. Wysoka jakość wsparcia gwarantowana była również poprzez uwzględnianie w większości realizowanych projektów usług specjalistycznych oraz poprzez zastosowanie kompleksowej formuły wsparcia, uwzględniającej szeroki wachlarz możliwych do zastosowania jego form. Interwencje Działania 9.2 charakteryzują się wysokim poziomem użyteczności. Przyczyniły się do aktywizacji zawodowej opiekunów osób z niepełnosprawnościami, łącznie odsetek osób pracujących w populacji uczestników projektów Działania 9.2 wzrósł z 15% przed interwencją do 54% w momencie realizacji badania. Uczestnicy projektów poprawili swoją samodzielność, zintegrowali się społecznie ze środowiskiem lokalnym, wzrosło ich poczucie wartości własnej, poprawiła się ich sytuacja rodzinna. W Działaniu 9.2 w wysokim stopniu wykorzystano możliwości komplementarności międzyfunduszowej z EFRR, w tym korzystając z infrastruktury wspartej w Działaniu 9.2. Mechanizmy zapewnienia efektywności kosztowej wsparcia okazały się skuteczne.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Niestety, zidentyfikowano ryzyko niskiej trwałości wsparcia. Bez uzyskania dofinansowania zewnętrznego usługi nie są realizowane, z wyjątkiem obszaru mieszkań chronionych. Kwestia ta dotyczy szczególnie usług asystenckich i opiekuńczych. Zarekomendowano więc przyjęcie szeregu rozwiązań niwelujących ten stan rzeczy: koordynację konkursów regionalnych na realizację usług opiekuńczych i asystenckich tak, aby zapełnić lukę między kolejnymi edycjami Funduszu Solidarnościowego, rozwijanie w FEDS 2021-2027 mechanizmu odpłatności za realizowane usługi u przynajmniej 105 uczestników, premiowanie tzw. świetlic wytnieniowych jako alternatywnej formy wsparcia opiekunów OzN,

Koordynacja usług społecznych realizowanych poza RPO WD 2014-2020 nie jest zadowalająca. Większość badanych gmin postrzega JOPS jako podmiot koordynujący, co nie sprzyja dalszej deinstytucjonalizacji usług społecznych. W opinii badanych występuje potrzeba koordynacji usług społecznych na poziomie ponadgminnym. Przeszkodą rozwijania usług społecznych w środowisku lokalnym może być także niska znajomość sektora NGOs wśród badanych przedstawicieli gmin oraz ich przekonanie o braku kompetencji podmiotów pozainstytucjonalnych do świadczenia usług społecznych i zdrowotnych. Rekomenduje się więc preferowanie w ramach FEDS 2021-2027 beneficjentów, którzy wykażą się doświadczeniem w realizowaniu usług społecznych we współpracy ze środowiskiem lokalnym lub NGO's.

Usługi zdrowotne

Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

Działanie 6.2 odpowiadało na problem niewystarczającej dostępności usług zdrowotnych ze względu na niezadowalający stan techniczny budynków i wyposażenia jednostek ochrony zdrowia. Beneficjenci, którymi były podmioty lecznicze, mogli otrzymać dofinansowanie na prace remontowo-budowlane oraz wyposażenie w sprzęt medyczny. W późniejszym okresie dodano typ projektu mający na celu poprawę sytuacji epidemiologicznej w związku z pandemią COVID-19. Na działanie przeznaczono 72 931 360 EUR. Przeprowadzono pięć naborów wniosków i zrealizowano 46 projektów na łączną kwotę 320 821 656,36 PLN. Najwięcej projektów realizowały samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Co do zasady w ramach badania nie zidentyfikowano innych podmiotów, które mogłyby realizować projekty z zakresu infrastruktury zdrowotnej, które nie mieszczą się w katalogu. Ewaluator rekomenduje w kolejnej perspektywie programowania silniejsze premiowanie partnerstw między instytucjami ochrony zdrowia, wzmacniającymi infrastrukturę zdrowotną, a instytucjami realizującymi usługi społeczne (np. Centrami Usług Społecznych).

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Trafność działań należy ocenić wysoko – Działanie 6.2 należało do działań najściślej powiązanych z potrzebami ze względu na konieczność zgodności z „Policy Paper w zakresie ochrony zdrowia” i z mapami potrzeb zdrowotnych. Zapewniono też elastyczność działań umożliwiającą sfinansowanie projektów odpowiadających na bieżące potrzeby w związku z pandemią COVID-19. Także respondenci badania jakościowego i ilościowego wysoko oceniają trafność podjętych działań. Jedyną wątpliwość budzi dość silne skoncentrowanie wsparcia w dużych ośrodkach – wprawdzie obecnie największe potrzeby w dolnośląskiej ochronie zdrowia związane są z leczeniem szpitalnym, jednak jeżeli udzielane będzie wsparcie dla AOS i POZ oraz działania związane z deinstytucjonalizacją, należy rozważyć premiowanie projektów realizowanych na terenach o najniższej dostępności usług.

Wsparcie okazało się skuteczne, wskaźniki zostały co do zasady zrealizowane lub przekroczone (za wyjątkiem wskaźnika „Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca”, którego spadek w 2020 r. wynikał z wybuchu pandemii COVID-19. Dzięki projektom nastąpiła poprawa dostępu do usług zdrowotnych. Ulepszonymi usługami objętych zostało ponad 530 000 osób (18,4% wszystkich mieszkańców województwa; o 108 921 więcej niż planowano). Na skuteczność działań wpływ miały takie czynniki, jak dostępność wykonawców robót budowlanych, zmiany cen na rynku robót budowlanych, dostęp do kadry medycznej oraz dostępność środków na świadczenia medyczne. Bardzo istotna w przypadku opieki koordynowanej jest współpraca z innymi instytucjami i przepływ informacji. Problemy, które pojawiły się w projektach, głównie związane były z przedłużeniami lub utrudnieniami w procedurach zamówień publicznych.

Działania na rzecz opieki koordynowanej, podjęte w ramach pierwszego konkursu, stanowiły pierwszy krok do rozwoju deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych (poprzez opiekę środowiskową), jednak powinny one być kontynuowane i wzmacniane w kolejnym okresie programowania.

Przedsięwzięcia w ramach Działania 6.2 należą do efektywnych kosztowo – niewielkie zmiany infrastrukturalne obejmują wielu odbiorców (pacjentów). Wysoko była oceniana także ich użyteczność – 100% badanych twierdzi, że dzięki nim jakość usług medycznych uległa poprawie, a 78,3% – że poprawiło się bezpieczeństwo zdrowia pacjentów. Trwałość wsparcia oceniana jest na 3 lub więcej lat. Wątpliwości budzi natomiast komplementarność działań – najczęściej była ona rozumiana przez wnioskodawców jako komplementarność z projektami realizowanymi wcześniej. Zdaniem ewaluatora rzadko uzyskiwano pożądany efekt komplementarności działań infrastrukturalnych z „miękkimi”, i warto wesprzeć ją silniej w kolejnym okresie programowania.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Działanie 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się

Zaprojektowana w Działaniu 8.7 logika interwencji jest prawidłowa pod względem adekwatności rodzaju i zakresu świadczonych usług do potrzeb społecznych, jakim jest wysoka zachorowalność na nowotwory złośliwe oraz jednocześnie niski poziom zgłaszalności na badania profilaktyczne. Pozytywnie należy ocenić szeroki katalog zastosowanych w projektach działań edukacyjno-informacyjnych, zarówno pod względem typów działań, jak też grup odbiorców. Pozwoliło to zminimalizować liczne bariery realizacyjne w projektach, jakim były m.in. niskie zainteresowanie udziałem w badaniach profilaktycznych, niskie zainteresowanie udziałem w badaniach poza miejscem zamieszkania, brak zainteresowania skorzystaniem z transportu do miejsca realizacji badania, lub skorzystania z zastępstwa przy opiece nad osobą zależną.

Utrudnieniem realizacyjnym okazało się wąskie zdefiniowanie grup docelowych projektów – zgodnie z założeniami Działania 8.7 wsparcie skierowano do osób pracujących. Jednocześnie zidentyfikowano potrzeby w zakresie profilaktyki również w grupach poza osobami pracującymi.

Realizacja Działania 8.7 napotkała na problemy. Pierwszym z nich był brak programów zdrowotnych, co spowodowało opóźnienia naborów i konieczność rezygnacji z wdrożenia zaplanowanej liczby programów zdrowotnych. Dodatkowo odnotowano problem niskiego zainteresowania realizacją programów profilaktycznych wśród potencjalnych beneficjentów. Ostatecznie zmniejszono o 77,4% pierwotną alokację i obniżono wskaźnik Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców z 22 do 2. Biorąc to pod uwagę, można mówić o ograniczonych efektach wsparcia w PI 8.vi w zakresie poprawy dostępu do programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, dedykowanych osobom aktywnym zawodowo.

W obrębie realizowanych projektów wysoko należy ocenić wpływ projektów na poprawę dostępu do usług zdrowotnych. W szczególności w profilaktyce raka jelita grubego i cukrzycy większość uczestników brała udział w takich działaniach po raz pierwszy. Osiągnięto do pewnego stopnia efekt, jakim jest utrwalenie nawyków profilaktycznych i systematycznego, cyklicznego wykonywania badań profilaktycznych. Prawie co czwarty uczestnik (23,4%) wskazuje, że po udziale w projekcie częściej chodzi na różne badania, częściej sprawdza swój stan zdrowia w różnych aspektach.

W Działaniu 8.7 trwałość efektów zapewniona jest przede wszystkim poprzez:

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- możliwość zakupu sprzętu medycznego oraz wyposażenia w ramach crossfinancingu, co wzmocniło potencjał instytucjonalny podmiotów świadczących usługi zdrowotne,
- podniesienie wiedzy pracowników podmiotów świadczących usługi zdrowotne dotyczącej najbardziej skutecznych form i instrumentów usług zdrowotnych, a także działań edukacyjnych, informacyjnych i rekrutacyjnych,
- wzrost świadomości i aktywizację pracodawców objętych wsparciem; będą oni bardziej skłonni w przyszłości do upowszechniania w swoich firmach programów zdrowotnych,

Potrzeby związane z wdrożeniem interwencji nakierowanej na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa nie zdezaktualizowały się. Choroby potencjalnie zagrażające życiu lub skutkujące niepełnosprawnością nie są wykrywane dostatecznie szybko, co zmniejsza szansę na skuteczne wyleczenie i w efekcie negatywnie wpływa na aktywność zawodową mieszkańców. Nadal występuje potrzeba intensyfikacji programów zdrowotnych i profilaktycznych.

Działanie 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

Interwencje Działania 9.3 realizowane w ramach trybu nadzwyczajnego trafnie odpowiedziały na wyzwania związane z konsekwencjami pandemii COVID-19, przyczyniając się do poprawy bezpieczeństwa w dolnośląskich szpitalach i DPS-ach oraz podnosząc jakość życia pacjentów. Niestety logika interwencji wsparcia DDOM nie jest w pełni trafna. Mimo pełnej realizacji standardu DDOM, wypracowanego w projekcie pilotażowym POWER, wysokiej jakości wsparcia z zastosowaniem dodatkowych usług transportowych, użyteczności dla pacjentów, którzy zyskali poczucie bezpieczeństwa, poprawę zdrowia, integrację społeczną – interwencje w niewielkim stopniu dotarły do grupy docelowej, czyli osób szczególnie zagrożonych wykluczeniem społecznym. Opiekunowie pacjentów zyskali więcej wolnego czasu, poprawę spokoju, brak ryzyka utraty pracy, niemniej jednak nie korzystali w zakładanym w projektach zakresie z edukacji w zakresie opieki nad osobą chorą. Usługa DDOM charakteryzuje się brakiem trwałości po zakończeniu dofinansowania z powodu bariery cenowej. Jak wynika z badania, mimo gotowości beneficjentów do świadczenia usługi, potencjalni uczestnicy rezygnują z pobytu w DDOM ze względu na jego koszt. Rekomenduje się więc rezygnację z tej formy wsparcia w FEDS 20121-2027, ze względu na brak możliwości zapewnienia trwałości usługi bez zewnętrznego dofinansowania.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

SUMMARY

The main objective of the study was to assess the interventions of the ROP WD 2014-2020 in the field of improving access to social and health services and to examine its impact on the quality of life and the level of social exclusion and poverty.

The study was carried out in January-April 2022

Social services

Measure 6.1 Investments in social infrastructure

The support under Measure 6.1 correctly responded to the problems and development challenges of the voivodeship related to insufficient access of people at risk of social exclusion to social services related to the process of social integration, social and professional activation, with particular emphasis on their de-institutionalization. The intervention logic was aptly targeted at people at risk of social exclusion, the elderly, sick and dependent people, people with disabilities, children and adolescents who require care and educational support, including those in foster care, and people bringing up children up to 3 years of age and at risk of professional inactivation due to caring responsibilities.

Under Measure 6.1, 53 projects were implemented for the total amount of co-financing in the amount of PLN 104,669,326, using the full allocation for this measure. As a result of the intervention, 16 new nurseries / nursery wards were created, within which 722 places of care for children up to the age of 3 were created. Moreover, 90 social housing units were created under 8 projects, and 29 sheltered flats in 5 subsequent interventions. 5 orphanages / care and educational centers were built or rebuilt towards greater institutional individualization of foster care, 1 DPS was modernized and 3 more 24-hour Nursing Homes and a Single Mother's Home were built. Other significant material effects of support include the infrastructure of a family orphanage, 6 Social Integration Clubs, 2 Senior Clubs and 5 Day Care Homes, as well as 3 community centers / community centers. The target values of the product and result indicators assumed in the Program were exceeded. Interventions supported under Measure 6.1 are characterized by high utility by offering, within the framework of the supported infrastructure, deficit services, inaccessible to recipients of support before the investment is implemented or also services of a higher standard (construction, reconstruction of care and educational centers, retrofitting of RAS). Investments carried out under Measure 6.1 are characterized by long-term sustainability and high financial efficiency.

Measure 9.2 Access to high-quality social services

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

In line with the intervention logic, the support was directed to the provision of personalized and integrated social services (social assistance, family support and foster care, care and health services). The support was carried out in accordance with the assumptions of the European principles of transition from institutional to community care, and it fully responded to local needs, and at the same time covered the area of the entire Dolnośląskie Voivodeship. The projects of Measure 9.2 significantly contributed to the increase in the availability of environmental social services, including care and support for families at risk of poverty or social exclusion, and support for foster care by providing them in the local environment, with the involvement of the local community, as well as individualization of support and ensuring the influence of participants on its range.

Under Measure 9.2, 100 projects are implemented, with a total co-financing amount of PLN 151,190,275.91. As a result of the support in completed projects, 3,982 people were supported with assistance and care services. In addition, 5,563 people were covered by support in the field of family support and foster care, and 454 people were subjected to social activation and becoming independent in sheltered flats. 2,341 OzN assistants were competently supported. In the implemented projects, the target values of the majority of monitored product and result indicators assumed in the Program were exceeded. The beneficiaries of Measure 9.2 ensured high quality of the services provided by the ongoing evaluation of the level of satisfaction of final recipients and by using the effects of the experience gained during the implementation of previous projects, also in the complementary Measure 9.1. The high quality of support was also guaranteed by including specialist services in most of the implemented projects and by applying a comprehensive support formula, taking into account a wide range of its possible forms. The interventions of Measure 9.2 are characterized by a high level of utility. They contributed to the professional activation of carers of people with disabilities, in total, the percentage of people working in the population of participants in Measure 9.2 increased from 15% before the intervention to 54% at the time of the study. Project participants improved their independence, socially integrated with the local environment, their self-esteem increased, and their family situation improved. In Measure 9.2, the possibilities of cross-fund complementarity from the ERDF were used to a large extent, including the use of infrastructure supported under Measure 9.2. Support cost-effectiveness mechanisms have proven to be effective.

Unfortunately, the risk of poor durability of the support has been identified. Without external funding, the services are not provided, except for the area of sheltered flats. This issue applies in particular to assistant and care services. Therefore, it was recommended to adopt a number of solutions to eliminate this state of affairs: coordinating regional competitions for the implementation of care and assistant services so as to fill the gap

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

between successive editions of the Solidarity Fund, developing a payment mechanism in FEDS FEDS 2021-2027 for services provided by at least 105 participants, awarding the so-called respite clubs as an alternative form of support for the caretakers of OzN,

Coordination of social services implemented outside the ROP WD 2014-2020 is not satisfactory. Most of the surveyed communes perceive JOPS as a coordinating entity, which is not conducive to further deinstitutionalization of social services. In the opinion of the respondents, there is a need to coordinate social services at the supra-communal level. Another obstacle in the development of social services in the local environment may be the low knowledge of the NGO sector among the surveyed representatives of municipalities and their belief that non-institutional entities are not competent to provide social and health services. Therefore, it is recommended to prefer beneficiaries within the FEDS who will demonstrate experience in providing social services in cooperation with the local community or NGO's.

Health services

Measure 6.2 Investments in health infrastructure

Measure 6.2 responded to the problem of insufficient availability of health services due to the unsatisfactory technical condition of buildings and equipment of health care units. Beneficiaries, who were medical entities, could receive funding for renovation and construction works and for equipping with medical equipment. Later, a project type was added to improve the epidemiological situation in connection with the COVID-19 pandemic. EUR 72 931 360 was allocated to the action. Five calls for proposals were conducted and 46 projects were implemented for the total amount of PLN 320,821,656.36. The largest number of projects was implemented by independent public health care institutions. As a rule, the study did not identify other entities that could implement projects in the field of health infrastructure that would not fit in the catalog. In the next programming perspective, the evaluator recommends a stronger reward for partnerships between health care institutions, strengthening the health infrastructure, and institutions that provide social services (eg Social Service Centers).

The relevance of the activities should be assessed highly - Measure 6.2 was one of the activities most closely related to the needs due to the necessity to comply with the Health Policy Paper and with the maps of health needs. Flexibility of activities was also provided to finance projects that respond to current needs in connection with the COVID-19 pandemic. Also, the respondents of the qualitative and quantitative research highly rate the accuracy of the actions taken. The only questionable is the rather strong concentration of support in large centers - although currently the greatest needs in Lower Silesian health care are

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

related to hospital treatment, however, if support is provided for AOS and POZ and activities related to deinstitutionalization, rewarding projects implemented in areas with the lowest accessibility should be considered. services.

The support turned out to be effective, the indicators were generally met or exceeded (with the exception of the indicator "Number of consultations provided in outpatient health care per capita", the decrease in 2020 of which was due to the outbreak of the COVID-19 pandemic. More than 530,000 people (18.4% of all inhabitants of the voivodeship; 108,921 more than planned) were provided with improved services. access to medical staff and availability of funds for medical services Cooperation with other institutions and the flow of information are very important in the case of coordinated care Problems that arose in the projects were mainly related to extensions or difficulties in public procurement procedures.

Actions for integrated care undertaken in the first competition were the first step in the development of deinstitutionalization of health services (through community based care), but should be continued and strengthened in the next programming period.

Actions under Measure 6.2 are cost-effective - small changes in infrastructure affect many recipients (patients). Their usefulness was also assessed highly - 100% of respondents say that thanks to them the quality of medical services has improved, and 78.3% - that the safety of patients' health has improved. The durability of the support is estimated at 3 or more years. On the other hand, the complementarity of activities raises doubts - most often it was understood by applicants as complementarity with projects implemented earlier. According to the evaluator, the desired effect of complementarity between infrastructural measures and "soft" measures was rarely achieved, and it is worth supporting it more strongly in the next programming period.

Measure 8.7 Active and healthy aging

The intervention logic designed in Measure 8.7 is correct in terms of the adequacy of the type and scope of services provided to social needs, which is the high incidence of malignant neoplasms and, at the same time, the low level of reporting for preventive examinations. The wide catalog of educational and information activities used in the projects should be assessed positively, both in terms of and target groups. This allowed to minimize numerous implementation barriers in projects, such as low interest in participating in preventive examinations, low interest in participating in research outside the place of residence, lack of interest in using transport to the place of study implementation, or using substitution in caring for a dependent person.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

The implementation was hindered by the narrow definition of target groups of projects - in accordance with the assumptions of Measure 8.7, the support was directed to working people. At the same time, the needs for prophylaxis were also identified in groups outside of working people.

The implementation of Measure 8.7 encountered problems. The first was the lack of health programs, which delayed recruitment and the necessity to abandon the planned number of health programs. Additionally, the problem of low interest in the implementation of preventive programs among potential beneficiaries was noted. Ultimately, the original allocation was reduced by 77.4% and the indicator The number of implemented health programs significant from the point of view of the health needs of the region, including employers, from 22 to improving access to health programs related to diseases negatively affecting the labor market, dedicated to professionally active people.

Within the implemented projects, the impact of the projects on the improvement of access to health services should be assessed highly. Particularly in the prevention of colorectal cancer and diabetes, most of the participants were involved in such activities for the first time. To some extent, the effect of consolidating prophylactic habits and systematic, periodic performance of preventive examinations has been achieved. Almost every fourth participant (23.4%) indicates that after participating in the project, they go to various examinations more often and check their health condition more often in various aspects.

In Measure 8.7, the durability of the effects is ensured primarily through:

the possibility of purchasing medical equipment and equipment as part of cross-financing, which strengthened the institutional capacity of entities providing health services,

- increasing the knowledge of employees of health service providers regarding the most effective forms and instruments of health services, as well as educational, information and recruitment activities,
- increasing awareness and activation of supported employers; they will be more inclined in the future to disseminate health programs in their companies,

The needs related to the implementation of interventions aimed at maintaining and extending the professional activity of the inhabitants of the voivodeship have not become obsolete. Diseases potentially life-threatening or resulting in disability are not detected quickly enough, which reduces the chance of a successful cure and, as a result, adversely affects the economic activity of residents. There is still a need to intensify health and preventive programs

Measure 9.3 Access to high-quality health services

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Interventions Measures 9.3 implemented under the emergency mode correctly responded to the challenges related to the consequences of the COVID-19 pandemic, contributing to the improvement of safety in hospitals and nursing homes in Lower Silesia, and improving the quality of life of patients. Unfortunately, the logic of the DDOM support intervention is not entirely accurate. Despite the full implementation of the DDOM standard developed in the POWER pilot project, high-quality support with the use of additional transport services, usefulness for patients who have gained a sense of security, improved health, and social integration - the interventions hardly reached the target group, i.e. people at particular risk of exclusion social. Patient caregivers gained more free time, improved peace, no risk of losing their job, however, they did not use education in the field of care for a sick person in the scope assumed in the projects. The DDOM service is not sustainable after the end of the funding due to the price barrier. According to the study, despite the willingness of the beneficiaries to provide the service, potential participants resign from staying in DDOM due to its cost.

Therefore, it is recommended, to give up this form of support, due to the inability to ensure the durability of the service without external funding.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

1. WPROWADZENIE

Głównym celem badania była ocena interwencji RPO WD 2014-2020 w zakresie poprawy dostępu do usług społecznych i zdrowotnych oraz zbadanie jej wpływu na jakość życia oraz poziom wykluczenia społecznego i ubóstwo.

Badanie koncentrowało się na ocenie podjętej interwencji w zakresie poprawy dostępu do usług społecznych i zdrowotnych oraz na ocenie wpływu dostępności tychże usług na poziom wykluczenia społecznego, ubóstwa i jakości życia.

Ocena wpływu dostępności usług społecznych i zdrowotnych przebiegała dwutorowo:

1. poprzez pogłębioną analizę logiki interwencji, w szczególności w kontekście realizacji celów RPO WD oraz potrzeb beneficjentów i odbiorców ostatecznych wsparcia z uwzględnieniem specyfiki funduszu;
2. poprzez zbadanie zmiany sytuacji uczestników projektu, ich gospodarstw domowych i bezpośredniego otoczenia pod wpływem korzystania z usług społecznych i zdrowotnych.

Oceniony został wpływ dostępu do usług społecznych i zdrowotnych na:

- ograniczenie wykluczenia społecznego (wzrost kontaktów społecznych, włączenie do rynku pracy),
- poprawę sytuacji finansowej gospodarstw domowych (ograniczenie ubóstwa),
- aktywność zawodową członków gospodarstwa domowego,
- jakość życia osób korzystających z usług społecznych i zdrowotnych,
- rozwiązanie problemów rodzinnych,
- rozwiązanie problemów zdrowotnych.

Zakres przedmiotowy badania

Badanie swoim zakresem objęło następujące osie priorytetowe RPO WD 2014-2020:

Oś priorytetowa: 6

PI 6.1 (PI 9.a) Inwestycje w infrastrukturę społeczną (Działanie 6.1)

PI 6.2. (PI 9.a) Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (Działanie 6.2)

Oś priorytetowa: 8

PI 8.5 (PI 8.vi) Aktywne i zdrowe starzenie się (Działanie 8.7)

Oś priorytetowa: 9

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

PI 9.2. (PI 9.iv) Dostęp do wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług społecznych (Działanie 9.2 i Działanie 9.3).

Zgodnie z zapisami SOPU, badanie obejmie w szczególności ocenę skuteczności w zwiększeniu dostępności oraz ocenę użyteczności następujących obszarów wsparcia:

- działania wspomagające rodziny w pełnieniu ról opiekuńczo-wychowawczych (kierowane do rodzin naturalnych mających trudności w opiece nad dziećmi, jak i do dzieci i młodzieży umieszczonych w pieczy zastępczej);
- usługi opiekuńcze i asystenckie skierowane do osób zależnych, w tym np. starszych i z niepełnosprawnościami (z naciskiem na rozwój usług środowiskowych);
- programy zdrowotne kierowane do osób w wieku aktywności zawodowej;
- inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie obiektów służących opiece nad osobami zależnymi (np. miejsca opieki całodobowej, dzienne domy pomocy, żłobki);
- poprawa dostępu do mieszkań chronionych/wspomaganych/socjalnych;
- inwestycje w infrastrukturę podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zakres podmiotowy badania

Badaniem objęto zarówno dane zastane, dokumentację projektową i sprawozdawczą, dokumentację strategiczną oraz dane statystyczne dotyczące obszaru oddziaływania interwencji jak i głównych interesariuszy wsparcia, w tym: przedstawiciele instytucji RPO WD 2014-2020, beneficjentów, uczestników projektów oraz przedstawiciele dolnośląskich JST.

Katalog pytań badawczych

W trakcie realizacji badania zostaną pozyskane odpowiedzi na następujące pytania ewaluacyjne:

1) Jaka jest sytuacja osób i gospodarstw domowych korzystających z usług społecznych i zdrowotnych oraz ich otoczenia pod kątem sytuacji społecznej, poziomu aktywności zawodowej, a także pod kątem majątkowym, dochodowym, zatrudnieniowym oraz jakości życia?

2) Jak oceniana jest trafność dofinansowanych usług społecznych i zdrowotnych pod względem:

- rodzaju usług,
- zakresu świadczonych usług,
- grup docelowych,
- rozkładu terytorialnego?

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- 3) Czy i w jaki sposób zapewniona jest wysoka jakość wspieranych usług społecznych oraz zdrowotnych?
- 4) Jak oceniana jest użyteczność usług społecznych z punktu widzenia odbiorców i dostawców?
- 5) Jaka jest efektywność kosztowa inwestycji w ramach usług społecznych?
- 6) Jaka jest efektywność kosztowa inwestycji w ramach usług zdrowotnych?
- 7) Jakie podmioty najczęściej świadczą usługi społeczne i zdrowotne? Czy identyfikowane są podmioty, które mogłyby realizować projekty, a nie mieszczą się w katalogu potencjalnych beneficjentów wskazanych w RPO WD?
- 8) Jaki jest wpływ korzystania z usług społecznych i zdrowotnych na sytuację osób i gospodarstw domowych?
- 9) Jaki jest/może być długoterminowy wpływ interwencji na trwałość i potencjał instytucjonalny podmiotów świadczących usługi społeczne?
- 10) Jaki jest wpływ interwencji na poprawę dostępu do usług społecznych?
- 11) Jaki jest wpływ interwencji na poprawę dostępu do usług zdrowotnych?
- 12) Jaka jest efektywność realizowanych programów profilaktycznych?
- 13) Jakie inne czynniki mają wpływ na skuteczność usług społecznych?
- 14) Jakie inne czynniki mają wpływ na skuteczność usług zdrowotnych?
- 15) Jaki jest stan koordynacji usług społecznych na poziomie lokalnym i regionalnym?
- 16) Jaki jest stan koordynacji usług zdrowotnych na poziomie lokalnym i regionalnym?
- 17) Jakie usługi społeczne/zdrowotne są najskuteczniejsze/ najmniej skuteczne w kontekście wpływu na jakość życia oraz poziom wykluczenia społecznego i ubóstwo?
- 18) Jakie problemy napotykali Beneficjenci w trakcie realizacji usług społecznych/zdrowotnych również w kontekście pandemii SARS-CoV2?
- 19) Jaki jest poziom komplementarności inwestycji finansowanych z EFS i EFRR w ramach RPO WD, a także z działaniami finansowanymi z innych źródeł (w tym krajowych)?
- 20) Jaki jest poziom komplementarności z działaniami z zakresu aktywnej integracji (9i)?
- 21) Jaki jest wpływ interwencji na proces deinstytucjonalizacji usług badanego obszaru w województwie dolnośląskim?

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

22) Jakie dodatkowe efekty, pozytywne lub negatywne można odnotować w wyniku wsparcia?

23) Jakie można przedstawić rekomendacje dla okresu programowania 2021-2027 w zakresie wdrażania projektów w obszarze usług zdrowotnych i społecznych, w tym w usługach wsparcia rodziny i pieczy zastępczej?

Badanie zrealizowano w okresie styczeń-kwiecień 2022 roku.

2. OPIS METODOLOGII, PRZEBIEGU BADANIA, ZASTOSOWANYCH TECHNIK GROMADZENIA I ANALIZY DANYCH

Podstawowym elementem planu badawczego była ewaluacja bazująca na teorii, czyli ocena oparta koncepcyjnie na teorii interwencji. Odwzorowanie założeń wsparcia w ramach RPO WD 2014-2020 stało się podstawą do formułowania hipotez badawczych oraz kierunków oceny jego efektów.

W badaniu zachowano triangulację metodologiczną, podmiotową oraz triangulację perspektyw.

W analizie danych zastanych uwzględniono dokumentację programową, konkursową i sprawozdawczą RPO WD 2014-2020, dokumenty strategiczne regionu, raporty ewaluacyjne i opracowania naukowo-badawcze dotyczące przedmiotu badania w województwie dolnośląskim, wytyczne i założenia Umowy Partnerstwa, dane monitoringowe systemu SL 2014, dane GUS, STRATEG, Ministerstwa Zdrowia oraz na potrzeby analizy benchmarkowej - dokumentację programową, konkursową i sprawozdawczą innych RPO pozostałych województw Polski. Pełen zakres danych zastanych uwzględnionych w analizach został przedstawiony w Bibliografii na końcu raportu.

Komponent badań terenowych obejmował badania jakościowe (IDI oraz TDI) oraz badania ilościowe, zrealizowane metodą mix- mode czyli CAWI/CATI.

Badania jakościowe (IDI oraz TDI) przeprowadzone zostały wśród następujących kategorii respondentów:

1. przedstawiciele instytucji RPO WD 2014-2020 - łącznie przeprowadzono 8 IDI,
2. przedstawiciele ekspertów oceniających wnioski – przeprowadzono 5 IDI,
3. przedstawiciele podmiotów świadczących usługi społeczne lub zdrowotne w ramach wspartych interwencji EFS bądź w infrastrukturze wspartej w projektach EFRR – łącznie przeprowadzono 12 IDI (7 IDI z podmiotami realizującymi usługi społeczne i 5 IDI z podmiotami realizującymi usługi zdrowotne),

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

4. przedstawiciele JST, na terenie których realizowane było wsparcie – łącznie 10 IDI,
5. przedstawiciele beneficjentów projektów wybranych do studium przypadku - łącznie 7 IDI,
6. uczestnicy instytucjonalni lub odbiorcy ostateczni projektów wybranych do studiów przypadku – łącznie 12 TDI.

Zrealizowano w pełni założenia wynikające z Raportu Metodologicznego.

Ze względu na zagrożenie epidemiologiczne wynikające z konsekwencji pandemii COVID-19 wywiady pogłębione zostały przeprowadzone zdalnie, przy użyciu platformy zoom. Podczas realizacji badania odnotowano trudności z dotarciem do niektórych respondentów (przedstawiciele JST oraz przedstawiciele podmiotów leczniczych), które były pokłosiem kryzysu humanitarnego wynikającego z toczącej się obecnie wojny na Ukrainie i zaangażowania potencjalnych respondentów w działania pomocowe wobec uchodźców. Problemy te zostały rozwiązane – za zgodą Zamawiającego - poprzez zmiany na listach podmiotowych respondentów, co umożliwiło pełne osiągnięcie założeń dotyczących struktury próby.

Badania ilościowe (CAWI/CATI) zostały przeprowadzone wśród beneficjentów wsparcia, uczestników projektów EFS (Działanie 8.7, Działanie 9.2 i Działanie 9.3), podmiotów świadczących usługi społeczne lub zdrowotne rozwinięte dzięki wsparciu RPO WD 2014-2020 oraz przedstawiciele JST województwa dolnośląskiego.

Przekroczono założenia dotyczące wysokości prób w poszczególnych grupach docelowych.

W badaniu beneficjentów założono realizację 119 wywiadów. Osiągnięto zaś responsywność na poziomie 123 ankiet. Badaniem ilościowym wśród beneficjentów wsparcia objęto więc wnioskodawców 53% projektów realizowanych w RPO WD 2014-2020 w obszarach objętych badaniem.

W badaniu podmiotów świadczących usługi społeczne lub zdrowotne założono realizację 100 wywiadów, osiągnięto natomiast zwrotność na poziomie 106 ankiet. Zbadano więc usługodawców w 45% projektów RPO WD 2014-2020.

W przypadku badania uczestników – ostatecznych odbiorców wsparcia założono zbadanie 754 osób. Ostatecznie osiągnięto realizację próby w wysokości 791 osób. Wysokość ta spełniać następujące parametry: **poziom ufności 0,95, proporcja zjawiska w populacji generalnej P=50%, maksymalny błąd oszacowania e=5%**.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

W badaniu przedstawiciele JST założono realizacji 75 wywiadów, osiągnięto natomiast zwrotność na poziomie 88 wywiadów. Badaniem objęto więc ponad 50% JST województwa dolnośląskiego.

Ponadto w procesie badawczym przeprowadzono 7 studiów przypadku, według następującej kategoryzacji usług.

- działania wspomagające rodziny w pełnieniu ról opiekuńczo-wychowawczych (kierowane do rodzin naturalnych mających trudności w opiece nad dziećmi, jak i do dzieci i młodzieży umieszczonych w pieczy zastępczej);
- usługi opiekuńcze i asystenckie skierowane do osób zależnych, w tym np. starszych i z niepełnosprawnościami (z naciskiem na rozwój usług środowiskowych);
- programy zdrowotne kierowane do osób w wieku aktywności zawodowej;
- inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie obiektów służących opiece nad osobami zależnymi (np. miejsca opieki całodobowej, dzienne domy pomocy, żłobki);
- poprawa dostępu do mieszkań chronionych/wspomaganych/socjalnych;
- inwestycje w infrastrukturę podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- inwestycje w usługi zdrowotne (DDOM)

Przeprowadzono także analizę dokumentacji programowej, konkursowej, sprawozdawczej oraz raportów ewoluujących wsparcie usług zdrowotnych i społecznych w RPO pozostałych 15 województw Polski, w celu zbadania potencjału zastosowania alternatywnych rozwiązań oraz zastosowania punktu odniesienia do oceny rozwiązań organizacyjno-technicznych zastosowanych w RPO WD 2014-2020.

Ostatnią metodą badawczą uwzględnioną w niniejszym badaniu był panel ekspertów, który został przeprowadzony na etapie uzgodnień ostatecznych wniosków i rekomendacji, płynących z badania, po przedstawieniu projektu raportu końcowego.

Dane z badań jakościowych są przechowywane w postaci nagrań oraz zanonimizowanych transkrypcji, bądź – w przypadku TDI – w postaci notatek z badania. Zastosowano następujące techniki analizy danych jakościowych: kondensacja i kategoryzacja znaczeń, analiza narracji i dyskursu oraz interpretacja znaczeń, Kluczowa w analizie jakościowej jest redukcja i uporządkowanie zebranego materiału. Analiza prowadzona była z jednej strony w oparciu o kody („pojęcia uczulające”) opracowane na podstawie pytań badawczych. Z drugiej strony pozostawiono badaczom możliwość włączenia dodatkowych kodów stworzonych w oparciu o pozyskany materiał. Pozwoliło to na uporządkowanie zebranego

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

materiału badawczego bez ryzyka utraty istotnych informacji. Kolejnym krokiem było znalezienie powiązań i relacji pomiędzy wyodrębnionymi kategoriami. W tym celu przeprowadzono analizę narracji i dyskursu. Pozwoliła ona z jednej strony poznać sposoby nadawania znaczeń, z drugiej zaś na odtworzenie relacji przyczynowo-skutkowych postrzeganych przez respondentów. O ile wcześniejsze etapy bazowały głównie na materiale badawczym uzyskanym od respondentów o tyle w ostatnim etapie wykorzystana została wiedza ekspercka ewaluatorów. Zebrane informacje poddane zostały oglądowi i interpretacji z perspektywy celów badania, wcześniejszych wyników badań oraz wyników innych badań prowadzonych w ramach ewaluacji.

Analiza danych statystycznych BDL, STRATEGO oraz danych z innych źródeł, a także danych monitoringowych przeprowadzona została dla całego okresu objętego badaniem, w celu uchwycenia dynamiki zmian sytuacji w kolejnych latach wdrażania Programu.

Analiza wyników badań ilościowych przeprowadzona została w programie SPSS. W celu dokonania opisu w niniejszym badaniu wykorzystano głównie miary tendencji centralnej (*średnia, percentyle itd.*), miary rozproszenia (*wariancja, odchylenie standardowe*) oraz rozkład częstości (w formie tabelarycznej oraz wykresów).

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

3. OCENA TRAFNOŚCI WSPARCIA

Niniejszy rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:

Jaka jest sytuacja osób i gospodarstw domowych korzystających z usług społecznych i zdrowotnych oraz ich otoczenia pod kątem sytuacji społecznej, poziomu aktywności zawodowej, a także pod kątem majątkowym, dochodowym, zatrudnieniowym oraz jakości życia?

Jak oceniana jest trafność dofinansowanych usług społecznych i zdrowotnych pod względem:

- rodzaju usług,
- zakresu świadczonych usług,
- grup docelowych,
- rozkładu terytorialnego?

Jakie podmioty najczęściej świadczą usługi społeczne i zdrowotne? Czy identyfikowane są podmioty, które mogłyby realizować projekty, a nie mieszczą się w katalogu potencjalnych beneficjentów wskazanych w RPO WD?

3.1. Usługi społeczne

Działanie 6.1 Inwestycje w infrastrukturę społeczną

Zgodnie z logiką interwencji w obszarze wsparcia infrastruktury społecznej celem realizacji Działania 6.1 jest zapewnienie dostępu mieszkańcom Dolnego Śląska do wysokiej jakości usług na rzecz opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym poprzez wsparcie infrastruktury niezbędnej do zapewnienia wysokiej jakości tych usług. Założono, iż wsparcie przyczyni się zwiększenia dostępu do usług społecznych związanych z procesem integracji społecznej, aktywizacji społeczno-zawodowej oraz deinstytucjonalizacji usług. Cel ten odpowiadał na wyzwania związane z nierównością w dostępie do dobrej jakości usług społecznych. Logika interwencji Działania 6.1 zakładała, iż wsparcie odpowiadać powinno na problem starzenia się społeczeństwa Dolnego Śląska, wzrastającej liczby osób z niepełnosprawnościami oraz spadającej dzietności. Przyjęto więc, że inwestycje infrastrukturalne wsparte w Działaniu 6.1 zwiększać będą zasoby wspierające osoby wykluczone społecznie, bądź zagrożone wykluczeniem społecznym oraz zapobiegające całkowitemu wycofywaniu się z rynku pracy

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

osób sprawujących opiekę nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności osób decydujących się na posiadanie dzieci¹.

Odpowiedź na powyższe wyzwania realizowana była poprzez typy projektów odnoszące się do wsparcia następującej infrastruktury:

- infrastruktury społecznej powiązanej z procesem integracji społecznej, aktywizacji społeczno-zawodowej i deinstytucjonalizacji usług, m.in.: ośrodków wsparcia, rodzinnych domów pomocy, placówek wsparcia dziennego, placówek reintegracyjnych, związanych ze wsparciem pieczy zastępczej, noclegowni i domów dla bezdomnych,
- infrastruktury domów pomocy społecznej, placówek prowadzonych przez podmioty prowadzące działalność gospodarczą w zakresie prowadzenia placówek zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku,
- infrastruktury prowadzonej przez podmioty opieki nad dziećmi do 3 roku życia (np. żłobki, kluby malucha),
- Infrastruktury adaptowanej na mieszkania o charakterze wspomagającym: chronione, treningowe i wspierane skierowane w szczególności dla osób opuszczających pieczę zastępczą, zakłady poprawcze lub młodzieżowe ośrodki wychowawcze,
- Infrastruktury adaptowanej na mieszkania socjalne.

Wsparcie ukierunkowane zostało na osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, osoby starsze, chore i niesamodzielne, osoby z niepełnosprawnościami, dzieci i młodzież wymagające wsparcia opiekuńczo-wychowawczego, w tym przebywające w pieczy zastępczej oraz osoby wychowujące dzieci do lat 3 i zagrożone dezaktywacją zawodową z powodu pełnienia obowiązków opiekuńczych. W dokumentacji konkursowej preferowano projekty realizowane na terenach szczególnie dotkniętych ubóstwem/niskim dostępem do usługi opieki nad dzieckiem do lat 3, obszarach wiejskich oraz na obszarach objętych lokalnymi planami rewitalizacji. Premiowano także przedsięwzięcia uwzględniające w dużym zakresie udział osób z niepełnosprawnościami, zaś w przypadku wsparcia mieszkań socjalnych i chronionych – uwzględniających wsparcie wychowanków pieczy zastępczej. Jak wynika z wywiadu z przedstawicielem instytucji RPO WD dobór typów projektów wynikał z analizy corocznych raportów ROPS pn. Ocena Zasobów Pomocy Społecznej zawierających zarówno stan infrastrukturalny systemu jak i prognozę realizacji poszczególnych usług.

¹ Diagnoza wyzwań, potrzeb i potencjałów obszarów/sektorów objętych programem, Załącznik do RPO WD 2014-2020

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tabela 1 Liczba dzieci na 1 miejsce w żłobku, klubie dziecięcym i u dziennego opiekuna w województwach Polski w latach 2014-2019

Źródło: dane GUS BDL, obliczenia własne na podstawie tabeli: odsetek dzieci w wieku 0-3

Liczba dzieci na 1 miejsce w żłobku, klubie dziecięcym i u dziennego opiekuna	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
POLSKA	25,33	19,63	15,58	13,58	12,04	10,70	8,41	7,18
DOLNOŚLĄSKIE	14,51	11,38	9,33	8,27	7,66	6,91	5,56	4,78
KUJAWSKO-POMORSKIE	31,51	26,85	21,69	18,48	16,38	14,14	10,48	8,62
LUBELSKIE	35,88	28,13	22,85	20,60	17,53	15,47	11,89	10,02
LUBUSKIE	19,68	15,46	11,58	11,34	10,05	8,95	7,02	6,52
ŁÓDZKIE	22,69	20,28	17,73	15,74	13,43	12,04	8,99	8,05
MAŁOPOLSKIE	29,04	21,93	17,09	14,52	11,93	10,06	7,95	6,97
MAZOWIECKIE	22,80	17,25	13,59	11,75	10,75	9,52	7,70	6,40
OPOLSKIE	13,35	10,43	9,83	8,02	7,75	7,25	6,04	5,17
PODKARPACKIE	29,27	24,22	19,31	16,55	14,16	12,11	9,54	8,11
PODLASKIE	24,61	20,72	15,69	13,32	11,61	11,56	8,76	7,58
POMORSKIE	39,51	22,58	15,73	14,50	14,33	12,82	10,12	8,33
ŚLĄSKIE	27,23	22,02	18,13	15,17	13,05	11,42	8,95	7,64
ŚWIĘTOKRZYSKIE	42,27	31,31	25,08	22,51	18,39	16,59	12,87	10,84
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	35,91	30,80	24,96	21,69	18,02	17,04	12,99	10,64
WIELKOPOLSKIE	29,86	21,91	15,86	14,14	12,24	10,74	8,42	7,29
ZACHODNIOPOMORSKIE	20,71	15,42	12,67	10,94	10,07	9,47	7,25	6,16

lata objętych różnymi formami opieki instytucjonalnej w latach 2012-2019

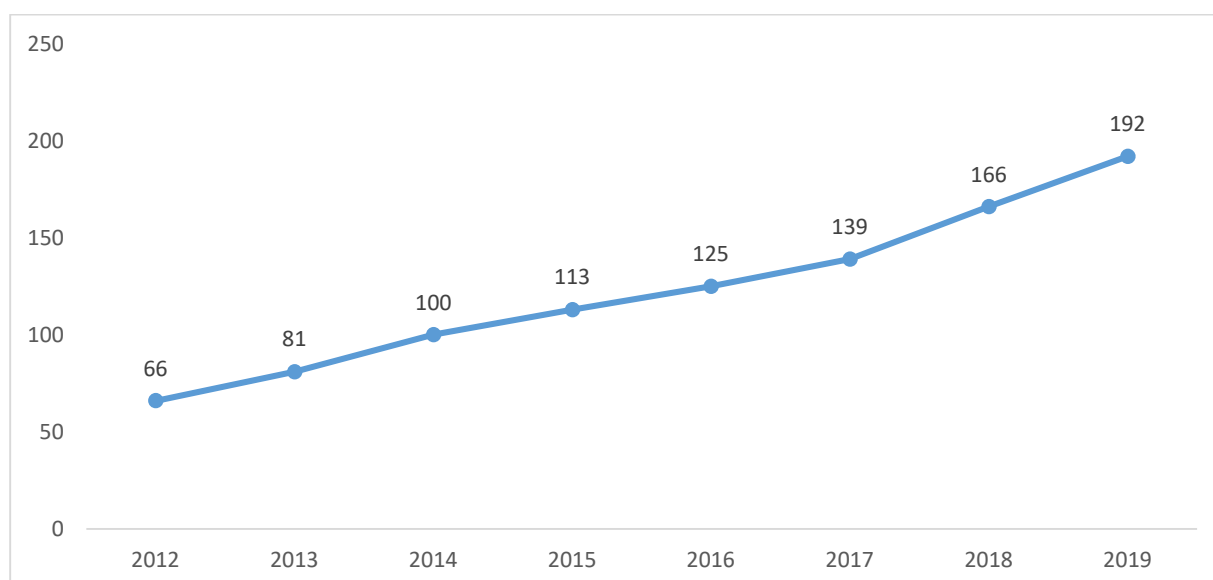
Założenia logiki interwencji dotyczące typów projektów i grup docelowych należy uznać za trafne.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wsparcie infrastruktury opieki nad dzieckiem do lat 3 odpowiadało na wyzwania związane z zagrożeniem wyłączenia opiekunów z rynku pracy, a co za tym idzie zagrożeniem ich wykluczenia społecznego. Mimo, iż – zarówno w roku 2012 jak i 2019 województwo dolnośląskie jest, oprócz regionu lubuskiego i opolskiego, liderem w zakresie dostępności miejsc opieki nad dzieckiem do lat 3, to jednak nadal dla większości ich opiekunów opieka żłobkowa jest niedostępna.

W latach 2012-2019 w województwie dolnośląskim wzrastała liczba dzieci w żłobkach na 1000 dzieci, co wskazuje na wysoki popyt na usługę żłobkową w gminach województwa dolnośląskiego.

Wykres 1 Liczba dzieci w żłobkach na 1000 dzieci w województwie dolnośląskim w latach 2014-2019



Źródło: dane BDL. GUS na podstawie tabeli: Dzieci w placówkach opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 na 1000 dzieci w tym wieku, dolnośląskie w latach 2012-2019

łącznie liczba instytucji opieki nad dzieckiem (żłobki, oddziały żłobkowe, kluby dziecięce) wzrosła w latach 2012-2019 ze 118 do 530.

W latach 2012-2019 zwiększyła się także spójność terytorialna dostępności opieki nad dzieckiem do lat 3. W roku 2012 w 44 gminach województwa dolnośląskiego (głównie wiejskich i miejsko-wiejskich) nie występowały żłobki, czy oddziały żłobkowe. W roku 2019 jedynie w mieście Tarnogóra można odnotować brak żłobków lub oddziałów żłobkowych.

W ramach Działania 6.1 RPO WD infrastrukturę opieki nad dzieckiem do lat 3 wsparto w 14 projektach. Zlokalizowana ona została w następujących gminach: Radków, Środa Śląska, Łądek Zdrój, Kłodzko, gmina miejska Głogów, Milicz, Pieszyce, Kobierzyce, Miękinia, miasto

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wrocław, Gryfów Śląski, Świerzawa, Świdnica, Żarów. W większości tych gmin, przed inwestycją funkcjonowały już żłobki lub oddziały żłobkowe, decyzje infrastrukturalne podejmowane były w oparciu o wiedzę dotyczącą liczby zgłoszeń do już istniejących placówek. W przypadku projektów: Budowa żłobka publicznego w Świerzawie oraz Budowa przedszkola integracyjnego z oddziałem żłobkowym w Łądku-Zdroju - etap II budowa oddziału żłobkowego inwestycje Działania 6.2 przyczyniły się do rozpoczęcia instytucjonalnej opieki nad dzieckiem do lat 3 w tych gminach. Jak wynika ze studium przypadku projektu pn. Budowa przedszkola integracyjnego z oddziałem żłobkowym w Łądku-Zdroju - etap II budowa oddziału żłobkowego wsparcie infrastruktury żłobkowej umożliwiło realizację komplementarnego projektu w ramach Działania 7.1. Wywiad z beneficjentem projektu pn. Prace adaptacyjne i zakup wyposażenia na potrzeby filii Miejskiego Żłobka Integracyjnego w Głogowie wskazuje na wysoką trafność wsparcia w kontekście stworzenia możliwości wsparcia dzieci z niepełnosprawnościami.

Uzasadnieniem do wsparcia mieszkań socjalnych oraz mieszkań chronionych w ramach Działania 6.2 jest bez wątpienia fakt, że wskutek zmniejszenia się liczby mieszkań komunalnych, dostępność taniego zasobu mieszkaniowego dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym kryzysem bezdomności maleje. Jak wynika z danych GUS, BDL, w latach 2015-2019 liczba lokali socjalnych wzrosła w regionie dolnośląskim z 9 676 do 10 226. Nadal jednak liczba osób uprawnionych i oczekujących na mieszkanie socjalne przekraczała w roku 2019 8 000 osób², co świadczy o niewystarczającej dostępności mieszkań socjalnych. Dodatkową kwestią pozostaje niska dostępność mieszkań chronionych. W mieszkaniu chronionym treningowym zapewnia się usługi polegające na wsparciu w nauce, efektywnym zarządzaniu czasem oraz w załatwianiu spraw urzędowych. Ponadto osoby przebywające tu mogą rozwijać lub utrzymywać umiejętności w zakresie samoobsługi, zaspokajania codziennych potrzeb życiowych czy prowadzenia gospodarstwa domowego. Istotne jest również utrzymywanie więzi rodzinnych, poszukiwanie pracy i uczestniczenie w życiu społeczności lokalnej. Drugi rodzaj wsparcia lokalowego to mieszkanie chronione wspierane. Przeznaczone jest dla osoby z niepełnosprawnością lub osoby w podeszłym wieku. Okres korzystania z lokalu może być nieokreślony. W mieszkaniu chronionym wspieranym stawia się nacisk na usługi bytowe i zapewnienie pomocy w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym życiu. Ważne są również kontakty społeczne w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej możliwości psychofizycznych. Istotną grupą docelową wsparcia w zakresie mieszkań socjalnych i

² Ocena zasobów Pomocy Społecznej w województwie dolnośląskim za rok 2019, ROPS Wrocław.

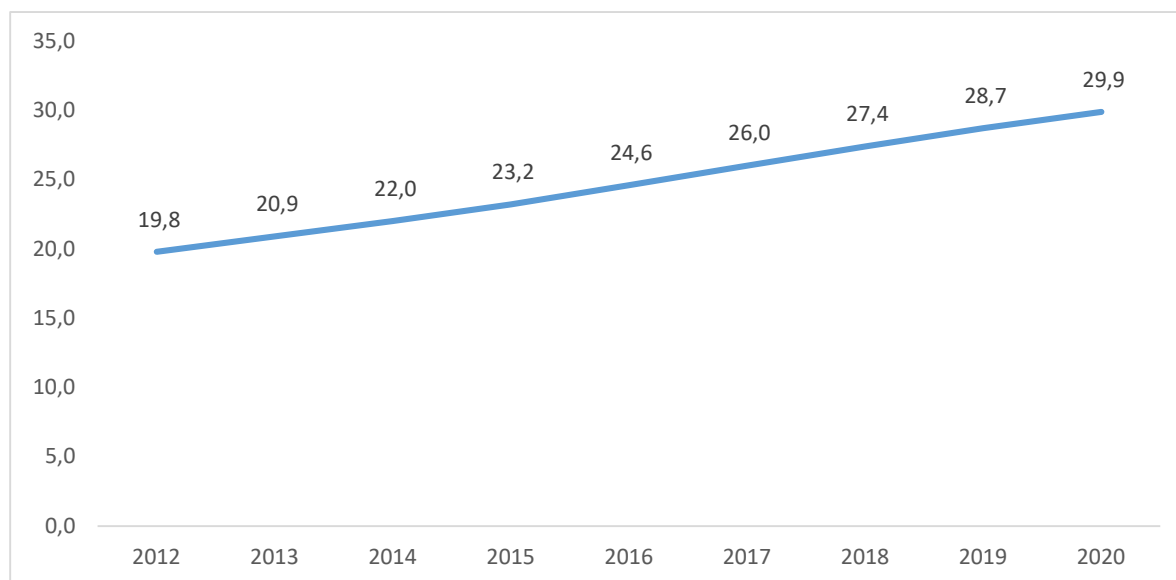
Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

chronionych są dzieci opuszczające pieczę zastępczą, których liczba corocznie przekracza 800 osób.

W Działaniu 6.1 realizowanych było 8 projektów wspierających infrastrukturę przeznaczoną na tworzenie mieszkań socjalnych (Świdnica, Strzegom, Milicz, Głogów, Niechlów, Nowogrodzic), oraz 5 projektów wspierających infrastrukturę mieszkań chronionych, skierowanych głównie do osób z niepełnosprawnościami (Wrocław, miasto Świdnica, powiat Dzierżoniowski, Góra). Jak wynika z rozkładu terytorialnego projektów oraz analizy liczby osób oczekujących na mieszkania socjalne w tych gminach³ otrzymane wsparcie przyczyniło się do znacznej redukcji liczby osób oczekujących na mieszkania socjalne.

Kierunek wsparcia całodobowej lub dziennej pomocy osobom w wieku starszym lub osobom niepełnosprawnym przede wszystkim znajduje swoje uzasadnienie w zjawisku starzenia się społeczeństwa Dolnego Śląska. Wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi wzrósł w latach 2012-2020 w skali regionu aż o 50%.

Wykres 2 Wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w województwie dolnośląskim w latach 2012-2020



Źródło: dane GUS, BDL na podstawie tabeli: współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, dolnośląskie dla lat 2012-2020

³ Ibidem

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

W roku 2020 udział osób z orzeczeniem niepełnosprawności w ogóle mieszkańców stanowi w regionie dolnośląskim 12,9%. Należy jednak podkreślić, iż na Dolnym Śląsku gwałtownie rośnie udział osób z niepełnosprawnościami wśród osób po 50 roku życia (co piąty mieszkaniec) oraz w grupie wiekowej powyżej 70 roku życia, blisko co drugi mieszkaniec Dolnego Śląska spełnia także definicje różnych niepełnosprawności⁴. Interwencje Działania 6.1 trafnie odpowiadają więc na wyzwania związane z trendami demograficznymi. W ramach Działania 6.1 zrealizowano 15 projektów wspierających infrastrukturalnie DPS, Kluby Seniora oraz inne podmioty świadczące usługi dla osób starszych i niesamodzielnych, Centra terapeutyczne i inne podmioty skierowane do tej grupy docelowej. Zdaniem beneficjenta projektu pn. Przebudowa i rozbudowa budynku przy ul. Cichej 4 w Nowogrodźcu wraz z zagospodarowaniem terenu na potrzeby utworzenia Domu Pomocy Społecznej oraz Zakładu Rehabilitacji Leczniczej, o wysokiej trafności tego kierunku interwencji świadczy luka instytucjonalna w małych miejscowościach regionu pomiędzy opieką szpitalną a ZOL-em. Realizacja projektu umożliwiła uzupełnienie tej luki.

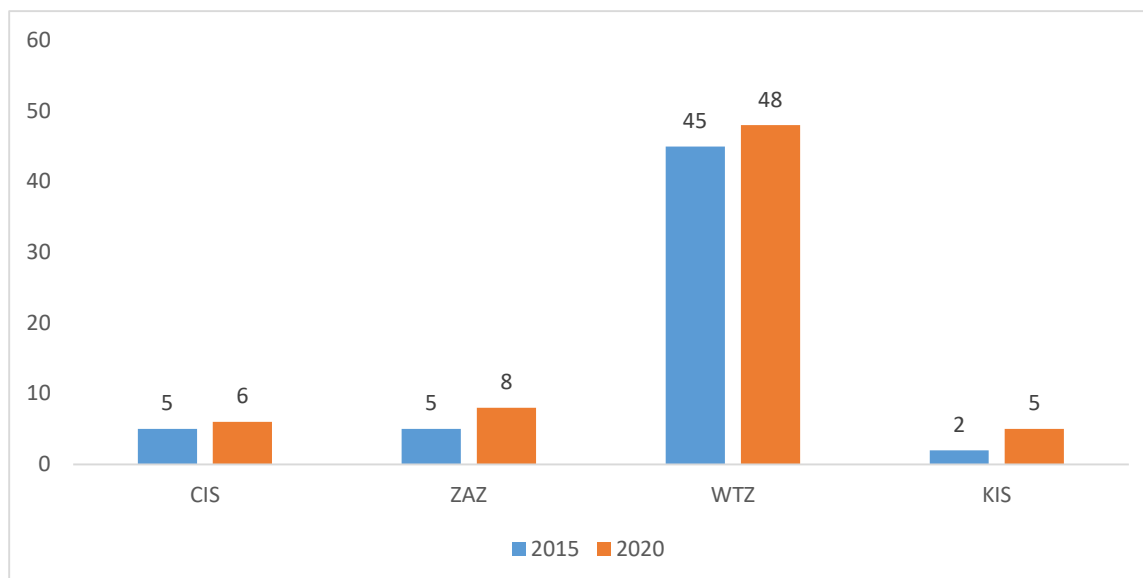
Kolejnym segmentem, grupą docelową, do której kierowano wsparcie infrastrukturalne w ramach Działania 6.1 były podmioty reintegracji społeczno-zawodowej. Łącznie zrealizowano 8 projektów wzmacniających infrastrukturalnie te podmioty. Jak wynika z wywiadu z beneficjentem projektu pn. Adaptacja obiektu po Bibliotece Miejskiej w Świeradowie-Zdroju na cele społeczne trafność wsparcia wyrażała się w pierwszej kolejności w odpowiedzeniu na problemy małej społeczności poprzez stworzenie jedyne w mieście miejsca integracji dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Liczba podmiotów reintegracji zawodowej na 100 tys. mieszkańców w województwie dolnośląskim plasowała się w latach 2015-2020 poniżej średniej dla kraju, z wyjątkiem WTZ. Należy jednak odnotować wysoką potrzebę ich funkcjonowania, wyrażoną wzrostem liczby podmiotów reintegracji społeczno-zawodowej w regionie, również poza środkami Działania 6.1.

⁴ Załącznik nr 1 do Uchwały nr 3543/VI/21 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 7 kwietnia 2021 r.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 3 Liczba podmiotów reintegracji społeczno-zawodowej w województwie dolnośląskim w roku 2015 i w roku 2020



Źródło: GUS, BDL na podstawie tablic przedstawianych w opracowaniach [Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej](#) (makroregiony i województwa) dla lat 2015 i 2020.

Ostatnią grupą docelową, do której kierowano wsparcie infrastrukturalne w Działaniu 6.1 były rodziny znajdujące się w kryzysie wychowawczym lub stanowiące pieczę zastępczą. Jak wynika z danych OZPS za rok 2015 liczba rodzin, którym udzielono pomocy z tytułu bezradności opiekuńczo-wychowawczej wyniosła 15 570 sztuk. W Programie zrealizowano 4 projekty skierowane do tej grupy docelowej: Budowa placówki opiekuńczo-wychowawczej przy ul. Budziszyskiej oraz realizacja prac związanych z zagospodarowaniem terenu oraz zakupem i instalacją wyposażenia placówki opiekuńczo-wychowawczej przy ul. Wierzbowej w Lubinie, Modernizacja budynku Caritas Diecezji Świdnickiej na dom samotnej matki „Promyk” w Pieszycach, Zwiększenie dostępu do usług społecznych poprzez przebudowę, remont i wyposażenie Domu Dziecka w Kątach Wrocławskich wraz z zagospodarowaniem terenu, Budowa dwóch obiektów mieszkalnych o charakterze opiekuńczo – wychowawczym przy ul. Spadzistej 3 oraz ul. Folwarcznej 53 w Głogowie na potrzeby Domów Dziecka.

Dobór typów projektów, rodzajów usług planowanych do realizacji we wspartej strukturze oraz grup docelowych należy uznać więc za trafny. Jak wynika z analiz przeprowadzonych na potrzeby Dolnośląskiej Strategii na rzecz Integracji Społecznej na lata 2021-2030 kategorie

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

wskazane w Programie jako grupy docelowe są w największym stopniu narażone na ubóstwo, jako na podstawowy czynnik wykluczenia społecznego.

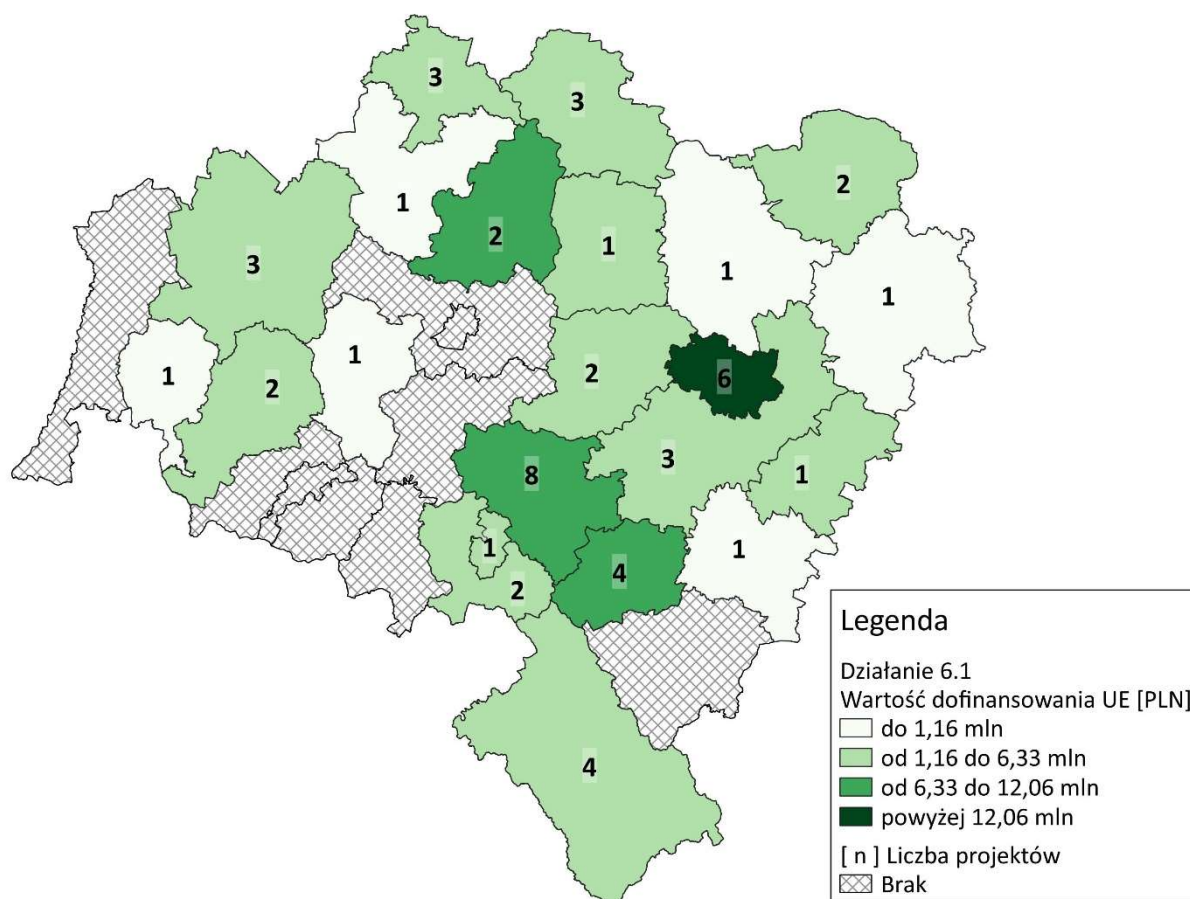
Niemal wszyscy badani beneficjenci uważają, że warunki udzielonego wsparcia w pełni były adekwatne do wyzwań obszaru. Wszyscy badani uważają ponadto, że system kryteriów oceny i typy projektów były trafne i odnosiły się do wszystkich możliwych potrzeb, wspierając grupy docelowe. w największym stopniu narażone na ryzyko wykluczenia społecznego, w adekwatny sposób.

Trafny jest także wymiar lokalny interwencji. Najwięcej projektów zrealizowano w powiecie świdnickim oraz na terenie miasta Wrocławia, co znajduje swoje uzasadnienie w największej w regionie liczbie klientów pomocy społecznej w tych lokalizacjach. Stosunkowo dużo interwencji zrealizowano ponadto w powiecie dzierzoniowskim i kłodzkim, w których odnotować można było w roku rozpoczęcia interwencji (2016) najwyższy odsetek osób żyjących poniżej progu ubóstwa relatywnego i ustawowego. Interwencje realizowane były stosunkowo rzadko w południowych i południowo-wschodnich powiatach regionu, co znajduje swoje uzasadnienie w niskim poziomie zagrożenia ubóstwem w tych lokalizacjach⁵.

⁵ ZJAWISKO UBÓSTWA W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ GUS, Agata Girul, Dolnośląski Ośrodek badań regionalnych, 2017

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Mapa 1 Rozkład terytorialny interwencji realizowanych w Działaniu 6.1.



Źródło: dane SL2014, stan na 02.02.2022

Zgodnie z zapisami SZOOP RPO WD 2014-2020 o wsparcie ubiegać się mogły następujące typy podmiotów:

- jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia;
- jednostki organizacyjne jst;
- domy pomocy społecznej;
- podmioty prowadzące rodzinne domy pomocy;
- ośrodki wsparcia;
- placówki wsparcia dziennego;
- organizacje pozarządowe;
- kościoły, związki wyznaniowe oraz osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- podmioty zajmujące się całodobową/dzienną opieką osób starszych/przewlekłe chorych/ z niepełnosprawnościami;
- podmioty zajmujące się opieką nad dziećmi do 3 roku życia.

Zdaniem zdecydowanej większości badanych beneficjentów katalog beneficjentów jest wyczerpujący i nie ma konieczności jego modyfikacji.

Analiza struktury beneficjentów wskazuje na fakt, iż zdecydowana większość interwencji realizowana była przez gminy i powiaty, główne organy prowadzące usługi planowane do realizacji w ramach wspartej infrastruktury. Organizacje pozarządowe i kościoły realizowały następujące projekty: Doposażenie Zakładu Aktywności Zawodowej w Mikoszowie szansą na podniesienie jakości i efektywności pracy osób niepełnosprawnych, Przebudowa budynku przy ul. Świdnickiej 35 w Dzierżoniowie na potrzeby Dziennego Domu Pomocy Społecznej i NGO, Modernizacja budynku Caritas Diecezji Świdnickiej na dom samotnej matki „Promyk” w Pieszycach, Złotnickie Centrum Spotkań we Wrocławiu szansą rozwoju społeczności lokalnej. Podmioty prywatne realizowały zaledwie 3 projekty, w tym 2 przedsięwzięcia polegające na rozbudowie infrastruktury żłobkowej i 1 projekt dotyczący całodobowego domu opieki dla osób starszych. Analiza benchmarkowa wskazuje na standardową w skali wszystkich 16 RPO strukturę beneficjentów. Przewaga JST wynika z konieczności zachowania trwałości wsparcia oraz wpisywania się kierunku interwencji w zadania własne gmin i powiatów.

Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

Celem wsparcia oferowanego w Działaniu 9.2 jest zwiększenie dostępności środowiskowych usług społecznych, w tym opiekuńczych i wsparcia rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz wsparcia pieczy zastępczej. Zgodnie z logiką interwencji wsparcie ukierunkowane zostało na rzecz świadczenia spersonalizowanych i zintegrowanych usług społecznych (pomocy społecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, opiekuńczych i zdrowotnych). Wsparcie odbywało się zgodnie z założeniami europejskich zasad przejścia z opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej. W logice interwencji przyjęto, iż realizowane przedsięwzięcia będą dotyczyć opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w podeszłym wieku oraz z niepełnosprawnościami; dofinansowaniu będą podlegały także projekty dotyczące wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami, jak również środowiskowych form pomocy i samopomocy.

Cel ten miał zostać zrealizowany przy pomocy następujących typów projektów:

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- usługi asystenckie i opiekuńcze dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu świadczone w społeczności lokalnej, realizowanych również w domach dziennego pobytu bądź placówkach całodobowych, z uwzględnieniem tzw. opieki wytchnieniowej, kształcenia opiekunów faktycznych, kształcenia asystentów i osób świadczących usługi opiekuńcze, rozwijania teleopieki – łącznie w ramach Działania 9.2 realizowanych jest 57 takich projektów
- usługi wsparcia rodziny w zakresie interwencji kryzysowej, wsparcia rodziny w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, wsparcia placówek dziennych, podnoszenia kompetencji i kwalifikacji w ramach szkoleń i kursów kadry wsparcia rodziny – łącznie realizowanych jest 16 projektów
- usługi wsparcia pieczy zastępczej w zakresie kształcenia kandydatów na rodziny zastępcze, podnoszenia kompetencji, doradztwo, finansowanie usług specjalistycznych dla rodzin zastępczych, działania terapeutyczne oraz wsparcie dzieci i młodzieży przebywających w pieczy zastępczej, w tym tzw. usamodzielnianie wychowanków – łącznie realizowanych jest 21 projektów
- tworzenie nowych miejsc w mieszkaniach chronionych – łącznie realizowanych jest 7 projektów.

W logice interwencji zastosowano system preferencji dla projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej i przedsiębiorstwa społeczne, realizowanych w partnerstwie podmiotów świadczących usługi społeczne oraz organizacji pozarządowych, a także interwencji prowadzonych na obszarach o najniższym poziomie dostępu do dóbr i usług i na obszarze objętym w lokalnych planach rewitalizacji.

Logikę interwencji Działania 9.2 należy uznać za trafną, w istotny sposób odpowiada ona na wyzwania regionu. W opinii badanego beneficjenta 3 projektów, tj. pn: Subregionalny Program Asystencki, zDOLNY ASYSTENT! Kompleksowy Program Usług Asystenckich, Regionalny program asystencki⁶ wsparcie usług opiekuńczych i asystenckich odpowiada na wyzwanie braku takich usług oferowanych przez OPS, wysokich cen rynkowych usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, wykorzystuje ono także potencjał organizacji pozarządowych dysponujących kadrą asystentów budowaną jeszcze w poprzedniej perspektywie finansowej. Wsparcie rodziny biologicznej oraz pieczy zastępczej umożliwiło – w opinii beneficjenta 3 projektów, tj. pn: Otwarcie na zmiany, Rodzinna Stacja - wsparcie

⁶ Fundacja Imago

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

rodziny i pieczy zastępczej, MOCne więzi⁷ oraz beneficjenta - PCPR w Trzebnicy⁸ rozwinięcie usługi wsparcia rodziny w środowiskach wiejskich, rozwinięcie asystentury rodzinnej, a także uzupełnienie deficytu w postaci braku dostępu rodzin zastępczych do poradnictwa specjalistycznego i braku możliwości realizacji – przy codziennych, pozaprojektowych zasobach instytucjonalnych – działań wspierających usamodzielnianie się wychowanków.

W Diagnozie RPO WD odnotowano, że w roku 2013 na Dolnym Śląsku funkcjonowało 17 stacjonarnych domów pomocy społecznej, 19 DDP (Dziennych Domów Pomocy), 91 placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym głównie świetlic, funkcjonujących jako placówki wsparcia dziennego, najczęściej ukierunkowane na dzieci i młodzież wywodzące się z rodzin patologicznych lub mających trudną sytuację materialną, 104 placówki wsparcia dziennego, 35 rodzinnych domów dziecka, 33 jednostki specjalistycznego poradnictwa. W dokumencie tym zwrócono przy tym uwagę na nierównomierne rozmieszczenie tych placówek, koncentrację ich w największych miastach regionu oraz występowanie tzw. Białych plam. Na przykład w 11 powiatach (złotoryjski, głogowski, górowski, legnicki, lubiński, polkowicki, ząbkowicki, średzki, trzebnicki, wołowski oraz wrocławski) nie funkcjonowała żadna placówka wsparcia dziennego, zaś w powiatach bolesławieckim, górowskim, jeleniogórskim, kamiennogórskim, kłodzkim, oleśnickim, oławskim, średzkim, ząbkowickim, zgorzeleckim i złotoryjskim nie odnotowano żadnej jednostki specjalistycznego poradnictwa. Deficyty białych plam zostały częściowo uzupełnione poprzez wsparcie świetlic i działań środowiskowych w powiecie legnickim (projekt Z mamą - siedlisko treningowe dla kobiet oraz projekt ZWROTNICA - rodzina na dobrym torze), wrocławskim (projekt Dolnośląskie podwórka, W rodzinie jest MOC), oleśnickim (projekty: BaZa - Nowa Placówka Wsparcia Dziennego w Bierutowie, Utworzenie i funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży z Oleśnicy).

Jak wynika z Analizy sytuacji województw w obszarach oddziaływania EFS w latach 2015-2017, w kolejnych latach wdrażania Programu następowała niejednoznaczna dynamika wskaźników dostępności usług społecznych. Co prawda, w roku 2017 wskaźnik Liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych w przeliczeniu na 10 tys. ludności w 2017 r. oraz jej zmiana w stosunku do roku 2014 osiągnął w regionie dolnośląskim wysokość 34 (wzrost o 23%), podczas gdy w skali całego kraju stanowił on zaledwie 27,5. Wysoko także plasowała się dostępność placówek opiekuńczo-wychowawczych. Wysokość wskaźnika Liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2016 r. oraz jej zmiana w stosunku do roku 2009 (2009 r. = 100%) wynosiła w województwie

⁷ Fundacja Rodzinna Stacja

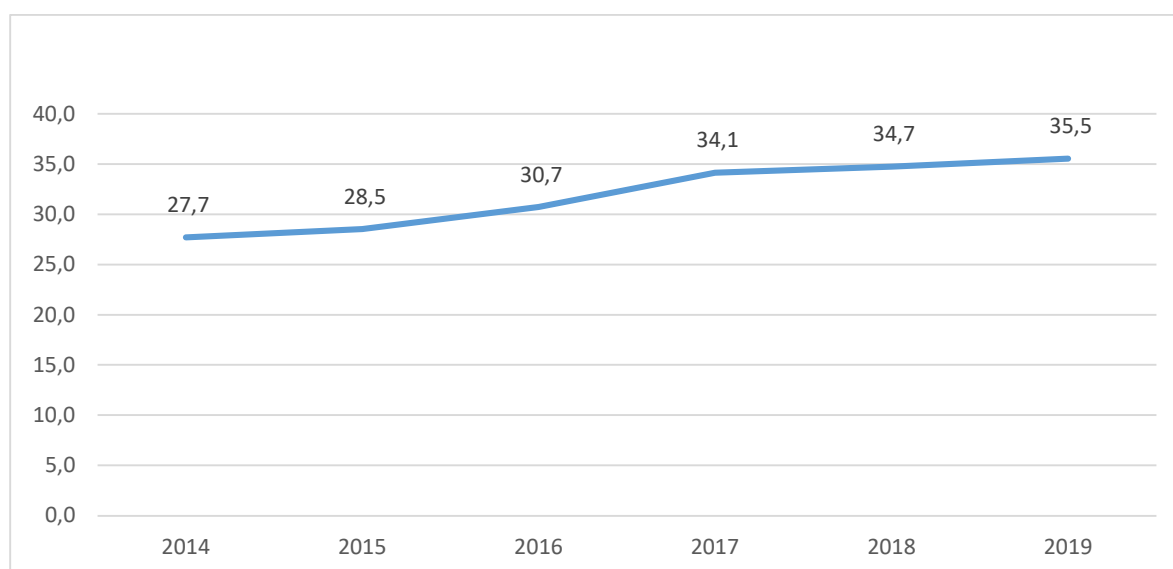
⁸ projekty: Bezpieczny start, Nasza przyszłość

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

dolnośląskim 5,2 (wzrost o 76 %), przy średniej dla kraju na poziomie 2,9. Zwiększenie liczby placówek wynika z ustawowego obowiązku ograniczania liczby dzieci przebywających w jednej placówce. Niemniej, autorzy opracowania zwracają uwagę na fakt niskiego odsetka rodzin, korzystających z pomocy społecznej, objętych pracą socjalną, jednej z najniższych w kraju liczby miejsc w placówkach wsparcia dziennego dla dzieci na 10 tys. ludności, liczby osób korzystających z usług w ośrodkach wsparcia w przeliczeniu na 10 tys. ludności, liczby osób korzystających z mieszkań chronionych. Niska, w województwie dolnośląskim w porównaniu do reszty kraju, liczba osób oczekujących na miejsce w środowiskowych domach pomocy w 2017 roku może świadczyć o niewystarczającej dostępności terytorialnej podmiotów świadczących przedmiotowe usługi.

Analizy przeprowadzone w projekcie Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2021-2030⁹ wskazują na wzrost dostępności usług społecznych w regionie. Wzrasta liczba osób korzystających ze specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym usług specjalistycznych skierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi, niemniej jednak liczba tych usług została zdiagnozowana jako niewystarczająca do potrzeb.

Wykres 4 Liczba osób objętych pomocą społeczną w formie usług opiekuńczych na 10 tys. Ludności w latach 2014-2019



Źródło: Analiza społeczno-gospodarcza wraz z diagnozą obszarów interwencji EFS, załącznik tabelaryczny, Ewalu, 2020

W latach 2010-2019 wydatki z budżetów JST regionu w paragrafie 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze zwiększyły się o ponad 80%. W 2019 roku na terenie

⁹ Załącznik nr 1 do Uchwały nr 3543/VI/21 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 7 kwietnia 2021 r.

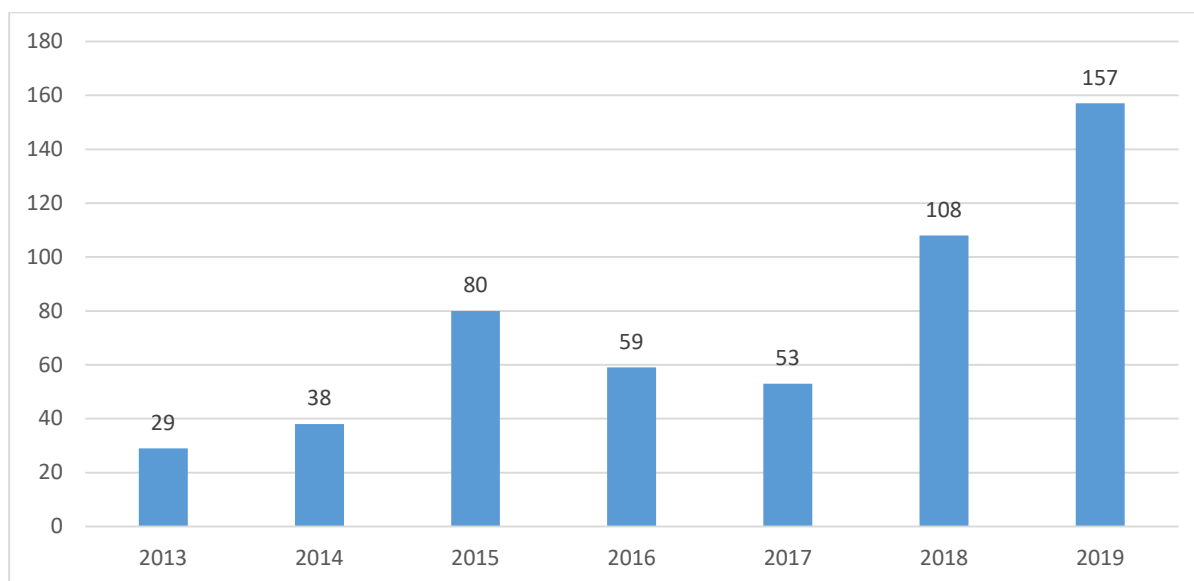
Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

województwa dolnośląskiego funkcjonowało 155 ośrodków wsparcia, 57 domów pomocy społecznej, 71 mieszkań chronionych, 18 ośrodków interwencji kryzysowej, 4 jednostki specjalistycznego poradnictwa, 4 kluby integracji społecznej oraz 6 centrów integracji społecznej. Dane te świadczą o wysokim popycie na wsparcie oferowane w Działaniu 9.2, nawet poza środkami Programu.

W latach 2015-2019 nastąpił wzrost liczby placówek świadczących wsparcie osobom doświadczającym przemocy, szczególnie takich, które obejmują pomocą największą liczbę osób, czyli ośrodków interwencji kryzysowej i punktów konsultacyjnych dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie. Świadczy to o potrzebie rozwijania usług społecznych w regionie, skierowanych do tej grupy docelowej.

Liczba mieszkań chronionych wzrosła w latach 2015-2019 blisko trzykrotnie. Należy podkreślić, że popyt na mieszkania chronione wzrasta wraz z ich dostępnością.

Wykres 5 Liczba osób korzystających z mieszkań chronionych w województwie dolnośląskim w latach 2014-2019



Źródło: Analiza społeczno-gospodarcza wraz z diagnozą obszarów interwencji EFS, załącznik tabelaryczny, Evalu, 2020

W latach 2015-2019 spadła bezwzględna liczba domów pomocy społecznej. Liczba użytkowników niektórych typów placówek na przestrzeni lat systematycznie i stale rośnie – chodzi tu głównie o dzienne domy pomocy (wzrost w 2019r. o 657 osób w porównaniu z 2015r.), środowiskowe domy samopomocy (wzrost o 164 osób), kluby samopomocy (wzrost o 160 osób), domy pomocy społecznej (wzrost o 203 osoby), mieszkania chronione (wzrost o 92 osoby) czy wreszcie o jednostki specjalistycznego poradnictwa (wzrost o 313 osób). W

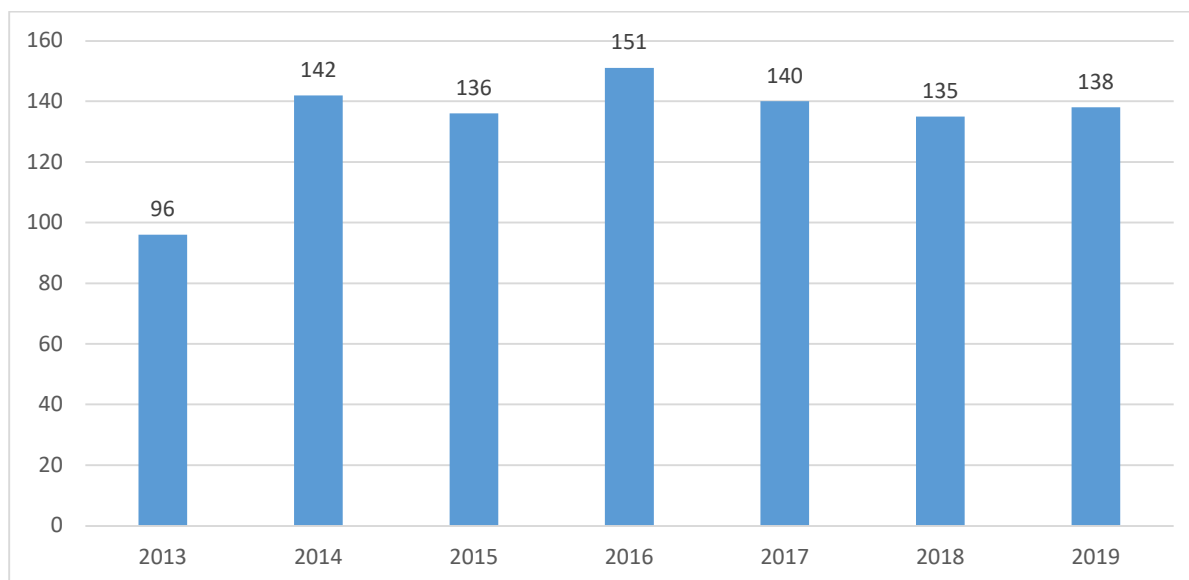
Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

roku 2020 zmniejszyła się liczba osób korzystających z usług jednostek specjalistycznego poradnictwa – o 112 osób, placówek opiekuńczo-wychowawczych – o 33 osoby, placówek wsparcia dziennego – o 22 osoby, centrów integracji społecznej – o 21 osób. W przypadku pozostałych typów placówek przewidywany jest wzrost liczby korzystających z usług, największy w odniesieniu do ośrodków wsparcia – o 66 osób, mieszkań chronionych – o 47 osób i domów pomocy społecznej – o 30 osób.

Istotność wsparcia pieczy zastępczej – kolejnej grupy docelowej Działania 9.2 - wynika przede wszystkim z jednej z najwyższych w kraju, po województwie mazowieckim, liczby dzieci objętych pieczą zastępczą. Jednocześnie w regionie wysoka jest liczba dzieci przebywających w placówkach instytucjonalnych (drugie miejsce w kraju po województwie śląskim). Liczba ta fluktuuje w latach 2013-2019, niemniej w roku 2019 liczba wychowanków instytucjonalnej pieczy zastępczej pozostaje na poziomie wyższym niż w 2013 roku. Stawia to bardzo wysokie wyzwania przed wsparciem deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej. Wyzwanie to jest tym wyższe, iż odnotować można trend spadkowy jeśli chodzi o liczbę rodzin zastępczych. W dniu 31 grudnia 2019 r. w województwie dolnośląskim w ramach rodzinnej pieczy zastępczej funkcjonowało 3,9 tys. rodzin zastępczych oraz 82 rodzinne domy dziecka. W ciągu roku liczba rodzin zastępczych zmniejszyła się o 39 (tj. o 1,0%), a w ciągu 5 lat (od roku 2014) – o 110 (tj. o 2,8%). Znacznie zwiększyła się natomiast liczba rodzinnych domów dziecka – o 13 (tj. o 18,8%) w porównaniu do 2018 r. i o 27 (tj. o 49,1%) w porównaniu do 2015 r. Dane te wskazują na wysoką trafność wsparcia kierowanego do już istniejących rodzin zastępczych, ich wsparcia terapeutycznego, specjalistycznego, jak również kształcenia kandydatów na rodziny zastępcze.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 6 Liczba dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej w województwie dolnośląskim w latach 2013-2019



Źródło: dane GUS, BDL, na podstawie rocznych opracowań GUS pn. Piecza zastępcza dla lat 2013-2019.

W logice interwencji Działania 9.2 przyjęto, iż beneficjentami będą:

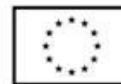
- jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia;
- jednostki organizacyjne JST;
- jednostki organizacyjne pomocy społecznej;
- organizacje pozarządowe;
- podmioty prowadzące działalność w obszarze pomocy społecznej oraz systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej;
- podmioty ekonomii społecznej oraz przedsiębiorstwa społeczne;
- kościoły, związki wyznaniowe oraz osoby prawne kościołów i związków wyznaniowych

Zdaniem zdecydowanej większości badanych beneficjentów katalog beneficjentów jest wyczerpujący i nie ma konieczności jego modyfikacji. Analiza struktury beneficjentów wskazuje, iż dominują organizacje pozarządowe, czyli fundacje i stowarzyszenia realizujące 52% wszystkich interwencji. Wśród nich znajduje się jeden projekt realizowany głównie przez spółdzielnię socjalną. Podmioty prywatne realizują 3 projekty skierowane do osób niesamodzielnych i osób z niepełnosprawnościami z obszaru Aglomeracji Wałbrzyskiej. Beneficjentem pozostałych 45 projektów są JST.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

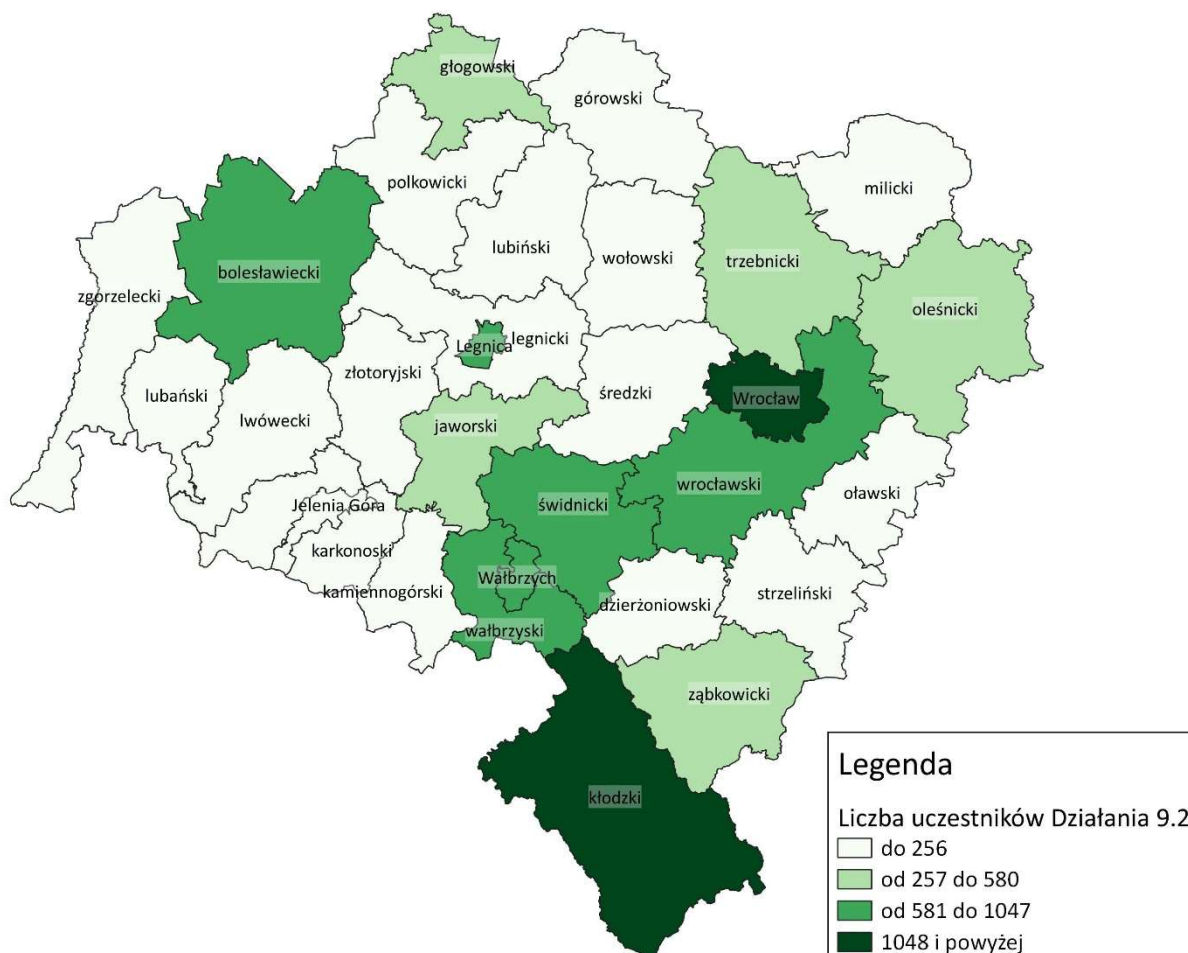
Organizacje pozarządowe realizują 3 projekty z obszaru tworzenia miejsc w mieszkaniach chronionych, 10 projektów wspierających rodziny biologiczne oraz 6 projektów z obszaru wsparcia pieczy zastępczej. Pozostałe 33 projekty obejmują obszar wsparcia usług asystenckich i opiekuńczych. Jednostki samorządu terytorialnego dominują natomiast w projektach ukierunkowanych na wsparcie pieczy zastępczej, stanowią również liczniejszą grupę beneficjentów w zakresie tworzenia nowych miejsc w mieszkaniach chronionych. Jak wynika z zapisów projektu przytoczonej wcześniej *Dolnośląskiej Strategii...* w 2019 roku większość usług społecznych prowadzona była przez JST – 69,5%, inny podmiot był organem prowadzącym dla 30,5% placówek, w tym najczęściej dla ośrodków wsparcia (2019r. – 44,5% ogółu placówek) i domów pomocy społecznej (31,6%), ich udział na poziomie ok. 25% ogółu placówek można odnotować również w odniesieniu do ośrodków interwencji kryzysowej (27,8%) i jednostek specjalistycznego poradnictwa (25,0%), oraz na poziomie 16,7% w odniesieniu do centrów integracji społecznej. Należy więc postawić wniosek, że wsparcie RPO WD w obszarze usług społecznych przyczyniło się do zwiększenia potencjału organizacji pozarządowych w zakresie realizowania wsparcia w formie deinstytucjonalizowanej.

Analiza zakresu terytorialnego wsparcia wskazuje na fakt, iż wsparciem objęci zostali mieszkańcy wszystkich powiatów. Do dnia 02.02.2022 roku najwięcej osób zostało objętych wsparciem w powiatach: kłodzkim, bolesławickim, wrocławskim, świdnickim i wałbrzyskim.



Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Mapa 2 Rozkład terytorialny uczestników wsparcia projektów Działania 9.2



Źródło: Dane SL20144, dane na dzień 02.02.2022

Zgodnie z logiką interwencji Działania 9.2, przyjęto założenie, iż grupy docelowe wsparcia stanowić będą:

- osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w tym osoby pozostające bez zatrudnienia wymagające w pierwszej kolejności aktywizacji społecznej;
- otoczenie osób wykluczonych bądź zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;
- osoby zawodowo świadczące usługi opiekuńcze lub asystenckie oraz kandydaci do świadczenia tych usług;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- opiekunowie faktyczni osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- dzieci w pieczy zastępczej;
- osoby przygotowujące się i świadczące usługi wsparcia rodziny oraz usługi pieczy zastępczej;
- opiekunowie faktyczni osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- kadra medyczna (w zakresie niezbędnym do realizacji projektu).

Dobór grup docelowych jest trafny, odpowiada on celom priorytetu oraz zakładanym kategoriom interwencji. Należy w tym miejscu podkreślić, że w dokumentacji konkursowej preferowano także osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych), osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ). System preferencji wzmacniał kierunek wsparcia osób, w największym stopniu narażonych na wykluczenie społeczne. Analiza benchmarkowa wskazuje na standardowy w skali kraju zakres realizowanych operacji oraz dobór grup docelowych.

Zaledwie 6% badanych beneficjentów uważa, że warunki udzielonego wsparcia nie w pełni były adekwatne do wyzwań obszaru, wskazując na zbyt obszerną biurokrację oraz nie w pełni skonkretyzowaną grupę docelową. Wszyscy badani uważają ponadto, że system kryteriów oceny i typy projektów trafnie odpowiedziały na problemy i wyzwania zdiagnozowane na ich terenie.

Analiza sytuacji socjodemograficznej uczestników wsparcia, przeprowadzona na podstawie dostępnych danych SL2014 wskazuje na skuteczność logiki interwencji w zakresie spełniania przesłanek o kierowaniu wsparcia do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Większość dotychczasowych ostatecznych odbiorców usług (62%) stanowiły kobiety. Wśród grup wiekowych dominowały dzieci i młodzież do 18 roku życia, zarówno jako uczestnicy wsparcia asystenckiego, jak i wsparcia kierowanego do rodzin, w tym rodzin zastępczych. Drugą kategorię wiekową często objętą wsparciem stanowiły osoby powyżej 50 roku życia (30%), w tym osoby po 70 roku życia, najbardziej narażone na niepełnosprawności i niesamodzielność (15% ogółu uczestników). Pozostałe 20% uczestników w wieku produkcyjnym to odbiorcy wsparcia kierowanego do rodziców, w tym rodziców zastępczych, wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych i wychowanków pieczy zastępczej w mieszkaniach chronionych oraz osoby podnoszące kompetencje w zawodzie asystenta.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

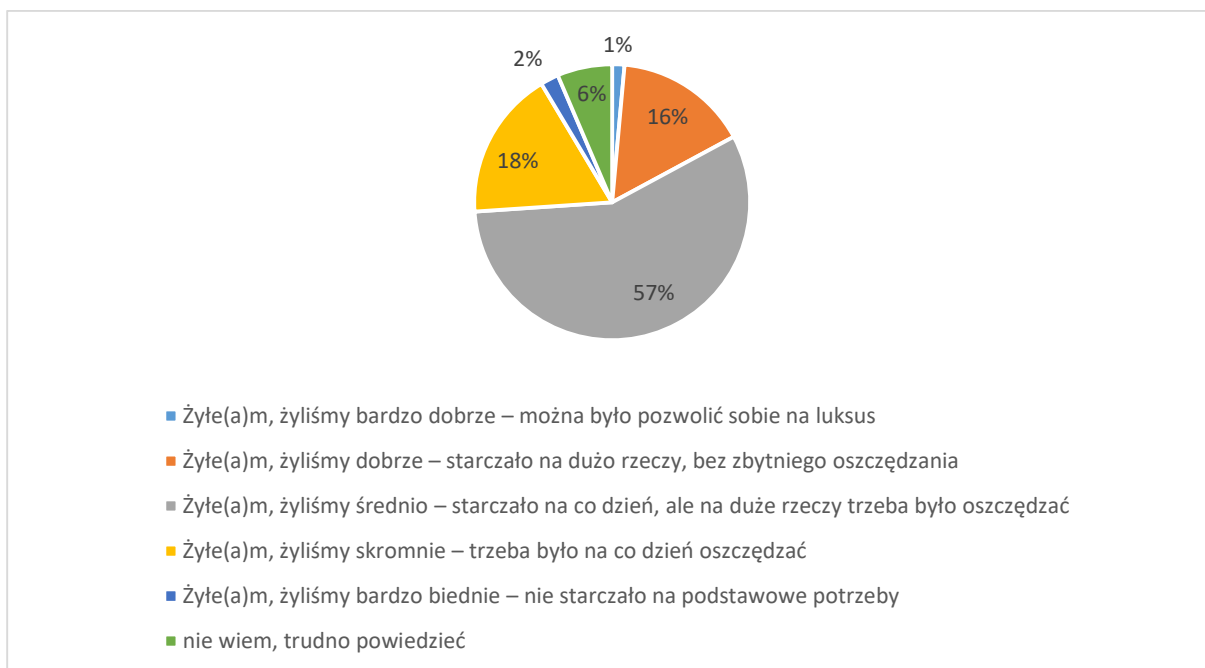
Zdecydowana większość (85%) uczestników interwencji Działania 9.2, którzy zakończyli udział w projekcie, to osoby o niskich kwalifikacjach mierzonych poziomem wykształcenia na poziomie ICED 1-3. Odbiorcy usług Działania 9.2 to w większości (80%) osoby bierne zawodowo, bezrobotni stanowią 8%, zaś pracujący 12% wszystkich uczestników projektów.

Osoby z orzeczeniem niepełnosprawności, stanowiący preferencję IZ RPO WD, liczyły łącznie 33% uczestników projektów. Osoby znajdujące się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej zaś – pozostałe 45% odbiorców działań projektowych. Jak wynika z badania ilościowego z uczestnikami Działania 9.2 blisko połowa (44%) uczestników pochodzi z terenów wiejskich, Jedną trzecią stanowią mieszkańcy dużych miast.

Mniej więcej jedna trzecia (29%) odbiorców wsparcia to klienci pomocy społecznej tj. osoby otrzymujące świadczenia pieniężne lub niepieniężne z OPS. Najczęściej są to uczestnicy projektów wsparcia rodzin doświadczających trudności opiekuńczo-wychowawczych lub osoby niepełnosprawne objęte usługami asystenckimi.

Jak wynika z deklaracji przedstawicieli badanych podmiotów świadczących usługi społeczne w Działaniu 9.2 niemal wszyscy odbiorcy ich działań projektowych to osoby, których dochody nie przekraczają 150% granicy ustawowej uprawniającej do świadczeń z pomocy społecznej. Większość uczestników Działania 9.2 określa sytuację ekonomiczną swojego gospodarstwa domowego jako skromną.

Wykres 7 Deklaracje uczestników projektów Działania 9.2 dotyczące sytuacji materialnej ich gospodarstwa domowego

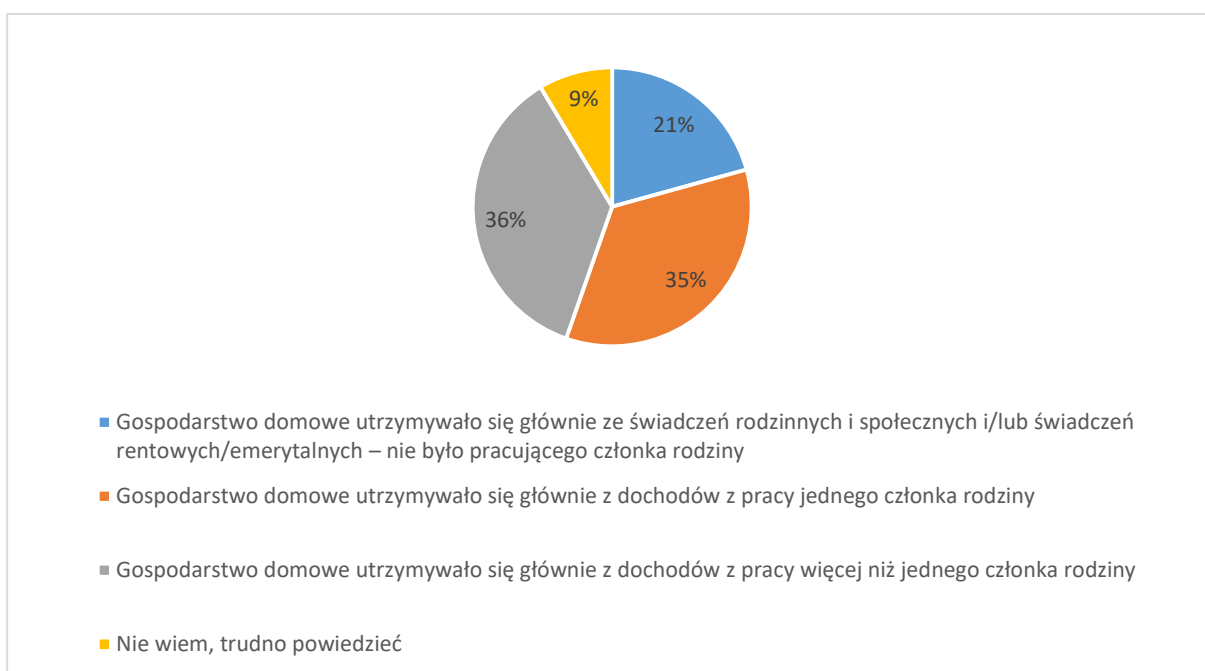


Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Źródło: badanie CAWI/CATI z uczestnikami wsparcia Działania 9.2, n=280

Przed przystąpieniem do projektu gospodarstwa domowe uczestników wsparcia Działania 9.2 utrzymywały się głównie ze świadczeń społecznych, rent i emerytur lub dochodów jednego pracującego członka rodziny. Niewiele ponad jedna trzecia respondentów deklaruowała, że głównym źródłem dochodów jest praca zarobkowa więcej niż jednego członka rodziny.

Wykres 8 Deklaracje uczestników Działania 9.2 dotyczące źródła dochodów ich gospodarstwa domowego



Źródło: badanie CAWI/CATI z uczestnikami wsparcia Działania 9.2, n=280

W podsumowaniu można stwierdzić, że logika interwencji Programu w obszarze usług społecznych trafnie odpowiada na problemy i wyzwania regionu dolnośląskiego związane z zagrożeniem wykluczenia społecznego mieszkańców.

3.2. Usługi zdrowotne

Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

Niniejszy rozdział jako wprowadzenie do logiki interwencji przedstawia diagnozę stanu wyjściowego – przed rozpoczęciem działań w ramach RPO WD 2014-2020¹⁰.

¹⁰ Źródła: dane z lat 2011-2014, m.in. „Diagnoza wyzwań, potrzeb i potencjałów obszarów/sektorów objętych

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

W 2014 r. (dane najbliższe do roku 2013) woj. dolnośląskie charakteryzowało się niską subiektywną oceną stanu zdrowia mieszkańców. W badaniu GUS średnia ocena stanu zdrowia wyniosła 3,76, co dawało regionowi 11 pozycję wśród 16 województw (najwyższa ocena wystąpiła w woj. wielkopolskim i warmińsko-mazurskim, najniższa – w lubelskim i łódzkim). 55% mieszkańców wskazywało na długotrwałe problemy zdrowotne (12 miejsce wśród 16 województw w rankingu od najniższego do najwyższego odsetka).

W 2013 r. w województwie wskaźnik liczby zgonów z powodu nowotworów na 100 tys. ludności wyniósł 268,2, co jest wartością relatywnie niekorzystną (gorsza sytuacja miała miejsce w woj. łódzkim, śląskim i zachodniopomorskim), zaś wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności wyniósł 496,1, co także plasuje region w dolnej części tabeli (gorsza sytuacja miała miejsce w woj. śląskim, lubelskim, łódzkim i świętokrzyskim).

Diagnoza do RPO WD 2014-2020 (wg stanu na rok 2011) wskazuje wprawdzie, że dostęp do ochrony zdrowia w województwie jest zadowalający ze względu na koncentrację specjalistycznych jednostek (duża liczba szpitali ogólnych). Jednak do istotnych problemów w tym obszarze należały:

- niezadowalający stan techniczny blisko 20% budynków i obiektów, w których udzielane są świadczenia medyczne (60% budynków wymagało modernizacji; 15,4% budynków wykorzystywanych wyłącznie do realizacji świadczeń medycznych liczyło sobie ponad 100 lat);
- niewystarczająca ilość sprzętu i aparatury medycznej;
- przestarzały sprzęt („Okolo 50% sprzętu i aparatury medycznej przekroczyło okres «starzenia technologicznego», w związku z czym wymaga wymiany lub modernizacji”¹¹).

Odnotowano ponadto występowanie równoległe zjawiska „mocy niewykorzystanych” (26% zasobu łóżek ogółem w dolnośląskich szpitalach ogólnych w 2011 r. było niewykorzystane) i zjawiska „hiperobłożenia” łóżek w sferze opieki psychiatrycznej i długoterminowej. O niskiej dostępności usług zdrowotnych (w tym finansowej) stanowi też fakt, iż w 2011 r. z 1 343 placówek na Dolnym Śląsku tylko 15,9% (214) stanowiły placówki publiczne, pozostałe 84,1% (1 129) to placówki niepubliczne.

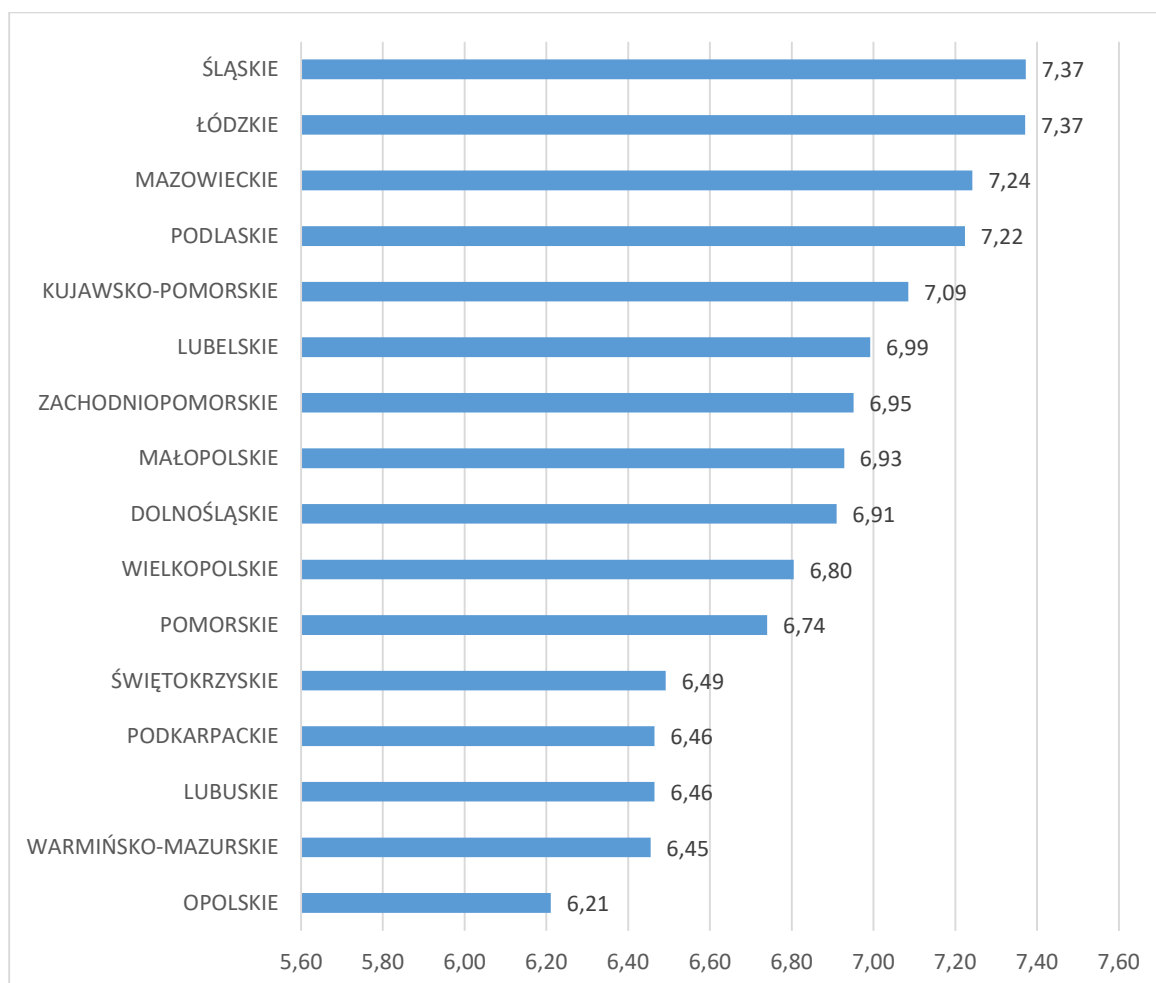
programem”, Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020, Bank Danych Lokalnych, Dziedziczne Bazy Wiedzy i inne dane GUS.

¹¹ Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020, wersja 14.0 z dnia 06.08.2021, str. 17.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

W 2013 r. w województwie dolnośląskim udzielono łącznie 20 108 869 porad lekarskich w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, czyli 6,91 porady na mieszkańca (wg Banku Danych Lokalnych GUS). Daje to województwu dolnośląskiemu dziewiąte miejsce w rankingu województw (vide wykres poniżej). Na jedną przychodnię w dniu 31 XII 2013 przypadało 13 472 osób.

Wykres 9 Liczba porad lekarskich w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na 1 mieszkańca w roku 2013 wg województw



Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, opracowano na podstawie tabel: Ambulatoryjna opieka zdrowotna, liczba porad oraz Liczba mieszkańców, dolnośląskie, 2013

Z kolei w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielono w 2013 r. 12 175 248 porad lekarskich, czyli 4,18 porady na mieszkańca (umiarkowany wynik – 7. miejsce wśród 16 regionów).

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Jeśli chodzi o personel medyczny, to w 2013 r. na 10 tys. ludności przypadało w województwie dolnośląskim 48,6 lekarzy (7. miejsce na 16 województw) oraz 64,7 pielęgniarek i położnych (8. miejsce wśród 16 regionów). Bardziej korzystnie przedstawiała się sytuacja w zakresie dostępności łóżek w szpitalach – w województwie dolnośląskim liczba ludności na jedno łóżko w szpitalu wynosiła 193 (czwarte miejsce wśród województw, po śląskim, łódzkim i lubelskim).

Przyjęta w 2013 r. Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020 wskazywała na trzy zasadnicze problemy do rozwiązania w sektorze ochrony zdrowia:

- deglomeracja zasobów, powodująca rozproszenie strumienia środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń medycznych i w konsekwencji pogarszanie się sytuacji finansowo-ekonomicznej podmiotów leczniczych;
- niewłaściwa struktura łóżek – zbyt mała liczba łóżek opieki długoterminowej, w stosunku do nadmiernej liczby w opiece krótkoterminowej, prowadząca do występowania regionalnej asymetrii w dostępie do świadczeń w niektórych specjalnościach oraz nieefektywnego wykorzystania dostępnych zasobów medycznych;
- dysproporcje w poziomie jakości i dostępności do świadczeń, związane głównie ze zdekapitalizowaną infrastrukturą¹².

Autorzy Strategii wskazują także na problem dekoncentracji zasobów, której towarzyszy brak systemowych rozwiązań w zakresie regionalnej koordynacji ochrony zdrowia i powiązań sieciowych między podmiotami ochrony zdrowia oraz brak wpływu na poziomie regionu na politykę płatnika (NFZ), co prowadzi do „rozproszenia strumienia środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń medycznych”¹³.

Wszystkie te dane wskazują na niewystarczającą mimo wszystko dostępność usług zdrowotnych na tle pozostałych regionów w 2013 r. Województwo w momencie rozpoczęcia działań RPO WD 2014-2020 potrzebowało zatem znaczącej poprawy tej dostępności.

Działanie 6.2 RPO WD 2014-2020, Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną jest częścią Osi priorytetowej 6 – Infrastruktura spójności społecznej i realizuje drugi cel szczegółowy tej osi – Zwiększony dostęp do opieki zdrowotnej w regionie. Jest częścią Priorytetu Inwestycyjnego 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną..

Inwestycje w ramach Działania RPO 6.2. zgodne są z dokumentem pn. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne. Według pierwszej wersji

¹² Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020, Wrocław 2013, str. 13.

¹³ Tamże.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

RPO WD 2014-2020, w ramach 6.2. możliwe było m.in. realizowanie projektów polegających na:

- przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami (typ 6.2.A.);
- wyposażeniu w sprzęt medyczny (typ 6.2.B).

W ramach tych typów projektu wsparcie skoncentrowane zostało na następujących narzędziach Policy Paper:

- **Narzędzie 13:** Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, (roboty budowlane, wyposażenie), tj. chorobom układu krążenia, nowotworowym, układu kostno-stawowego i mięśniowego, układu oddechowego, zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania (dotyczy oddziałów i jednostek organizacyjnych szpitali regionalnych oraz współpracujących z ww. oddziałami jednostek diagnostycznych);
- **Narzędzie 14:** Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób (inne niż wymienione w narzędziu 13 Policy Paper), które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, wyposażenie).

SzOOP zakładał także działania w ramach Narzędzia 16: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, wyposażenie) (dotyczy oddziałów szpitali regionalnych oraz współpracujących z nimi jednostek diagnostycznych) oraz **Narzędzia 17:** Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (roboty budowlane, wyposażenie), jednak nie były one realizowane.

Inwestycje prowadzone w ramach projektów realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) i co do zasady AOS (ambulatoryjnej opiece specjalistycznej) mogły być ukierunkowane na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci, przy czym powinny one przyczyniać się do rozwoju **opieki koordynowanej**, z uwzględnieniem środowiskowych form opieki (community based care). Zgodnie z zapisami z regulaminu konkursu, opartymi na Policy Paper, opieka koordynowana obejmuje m.in.:

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- działania mające na celu umieszczenie pacjenta w centrum uwagi wszelkich działań podejmowanych przez świadczeniodawców (gabinety lekarskie, przychodnie, poradnie itp.);
- działania zapewniające kompleksowość i ciągłość opieki nad pacjentem;
- działania podejmowane w sposób zintegrowany – zarówno w relacjach pomiędzy świadczeniodawcami, jak i dotyczące świadczeń oferowanych pacjentowi;
- proces opieki prowadzony w sposób skoordynowany – zarówno w relacjach pomiędzy różnymi świadczeniodawcami (dany świadczeniodawca zarządza procesem opieki), jak i pomiędzy świadczeniodawcami a pacjentem (świadczeniodawca sprawują funkcję koordynatora opieki);
- działania prowadzone przez świadczeniodawców nakierowane na wynik (outcome);
- proces świadczenia usług oraz jego wyniki podlegające stałemu monitorowaniu i poprawie jakości.

Projekty miały z założenia być zgodne z mapami potrzeb zdrowotnych dla danego regionu oraz z Planami Działań w sektorze zdrowia.

Ze względu na wybuch pandemii koronawirusa COVID-19, w późniejszym okresie dodano typ projektu 6.2.C, polegający na poprawie sytuacji epidemiologicznej w związku z koronawirusem, obejmujący m.in.:

- zakup aparatury medycznej i diagnostycznej i laboratoryjnej;
- zakup i wyposażenie karet pogotowia ratunkowego i ambulansów;
- zakup odczynników oraz materiałów medycznych np. testów w kierunku COVID-19;
- zakup urządzeń do dezynfekcji;
- zakup środków do dezynfekcji;
- zakup środków ochrony indywidualnej;
- usługi remontowo-budowlane niezbędne do realizacji projektu;
- zakup środków farmaceutycznych.

Na Działanie 6.2 pierwotnie przeznaczona została 56 608 280 EUR. Kwota ta została zwiększona ze względu na dodanie działań związanych z przeciwdziałaniem skutkom pandemii COVID-19 do 72 931 360 EUR (344 389 175,06 PLN wg kursu z dnia 20.03.2022 r.).

W ramach Działania przeprowadzono pięć naborów wniosków. Zestawienie tych naborów przedstawia poniższa tabela.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tabela 2 Zestawienie naborów Działania 6.2.

Numer naboru	Typ naboru	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Zakres	Liczba obowiązujących (nierozwiązanych) umów
RPDS.06.02.00-IZ.00-02-104/16	Konkursowy - horyzontalny ¹⁴	2016-03-31	2016-06-21	<p>Konkurs dotyczył inwestycji na poziomie POZ i AOS i skierowany był na rozwój opieki koordynowanej z uwzględnieniem środowiskowych form opieki.</p> <p>Preferowane były projekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wpływające na przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, • Przewidujące działania konsolidacyjne i inne formy współpracy podmiotów leczniczych. <p>Konkurs dotyczył Narzędzia nr 14 Policy Paper – wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, innych niż w narzędziu 13 (roboty budowlane, doposażenie)</p>	33
RPDS.06.02.00-IZ.00-02-158/16	Konkursowy - horyzontalny	2016-08-30	2016-11-29	<p>Zakres konkursu obejmował:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie oddziałów szpitalnych oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali 	10

¹⁴ Przez konkurs horyzontalny rozumie się prowadzony w trybie konkursowym nabór wniosków o dofinansowanie ogłaszany na projekty dotyczące całego obszaru Województwa Dolnośląskiego.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Numer naboru	Typ naboru	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Zakres	Liczba obowiązujących (nierozwiązanych) umów
				<p>regionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych dedykowanych chorobom nowotworowym</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie jednostek diagnostycznych współpracujących z ww. wymienionymi oddziałami udzielających świadczeń dedykowanych chorobom nowotworowym. <p>Konkurs dotyczył Narzędzia nr 14 Policy Paper – wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (choroby nowotworowe)</p> <p>Preferowane były projekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zapewniające kompleksową opieką onkologiczną • Zakładające przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ/AOS 	

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Numer naboru	Typ naboru	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Zakres	Liczba obowiązujących (nierozwiązanych) umów
				<ul style="list-style-type: none"> • Których wnioskodawcy zrealizowali, realizują lub planują realizację działań konsolidacyjnych • Realizowane przez podmiot posiadający zatwierdzony program restrukturyzacji • Przewidujące wysoki poziom wykorzystania łóżek • Przyczyniające się do zwiększenia wykrywalności nowotworów • Przyczyniające się do poprawy, jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej • Przewidujące wykorzystanie wyrobów medycznych w zakresie AOS • Zakładające doposażenie lub modernizację Bloku operacyjnego • Tych wnioskodawców, których kadra medyczna uczestniczy w kształceniu 	
RPDS.06.02.00-IZ.00-02-391/20	Pozakonkursowy	2020-04-15	2020-04-27	Przedmiotem konkursu był projekt „Poprawa dostępności i podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych na rzecz ograniczenia zachorowalności mieszkańców regionu w związku z pojawieniem się COVID-19”. Beneficjentem jest Województwo	1

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Numer naboru	Typ naboru	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Zakres	Liczba obowiązujących (nierozwiązanych) umów
				<p>Dolnośląskie, a partnerami – jednostki wymienione przez Wojewodę Dolnośląskiego w wykazie podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na terenie województwa dolnośląskiego.</p> <p>W ramach projektu podejmowane były działania ukierunkowane na poprawę sytuacji epidemiologicznej w związku z koronawirusem, zgodne z typem projektów 6.2.C, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakup aparatury medycznej i diagnostycznej i laboratoryjnej; • zakup i wyposażeniu karetek pogotowia ratunkowego i ambulansów; • zakup odczynników oraz materiałów medycznych np. testów w kierunku COVID-19; • zakup urządzeń do dezynfekcji; • zakup środków do dezynfekcji; 	

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Numer naboru	Typ naboru	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Zakres	Liczba obowiązujących (nierozwiązanych) umów
				<ul style="list-style-type: none"> • zakup środków ochrony indywidualnej; • usługi remontowo-budowlane niezbędne do realizacji projektu; • zakup środków farmaceutycznych. 	
RPDS.06.02.00-IZ.00-02-412/20	Nadzwyczajny	2020-10-28	2020-11-12	<p>Nabór nadzwyczajny dedykowany był Zespołowi Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu (realizowany projekt: „Poprawa dostępności i podniesienie jakości leczenia zakażonych wirusem SARS-CoV-2 poprzez zakup modułowego oddziału zakaźnego wraz z niezbędnym wyposażeniem dla ZOZ w Bolesławcu”). Decyzją Wojewody Dolnośląskiego, 16 marca 2020 roku, Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu został przekształcony w jednoimienny szpital zakaźny. Konkurs odpowiadał na konieczność stworzenia zaplecza hospitalizacyjnego dla osób zakażonych koronawirusem.</p> <p>W ramach projektu podejmowane były działania ukierunkowane na poprawę sytuacji</p>	1

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Numer naboru	Typ naboru	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Zakres	Liczba obowiązujących (nierozwiązanych) umów
				<p>epidemiologicznej w związku z koronawirusem, zgodne z typem projektów 6.2.C, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> zakup aparatury medycznej i diagnostycznej i laboratoryjnej; zakup i wyposażeniu karetek pogotowia ratunkowego i ambulansów; zakup odczynników oraz materiałów medycznych np. testów w kierunku COVID-19; zakup urządzeń do dezynfekcji; zakup środków do dezynfekcji; zakup środków ochrony indywidualnej; usługi remontowo-budowlane niezbędne do realizacji projektu; <p>zakup środków farmaceutycznych.</p>	
RPDS.06.02.00-IZ.00-02-419/21	Pozakonkursowy	2021-02-26	2021-03-31	Przedmiotem naboru był zidentyfikowany przez IZ RPO WD i umieszczony w wykazie projektów pozakonkursowych dla RPO WD projekt pn. „Dolnośląski Ośrodek Medycyny Innowacyjnej –	1

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Numer naboru	Typ naboru	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Zakres	Liczba obowiązujących (nierozwiązanych) umów
				<p>etap I". Wnioskodawcą/Beneficjentem jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. Projekt obejmuje dwa typy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6.2.A. prace remontowo-budowlane niezbędne z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych; • 6.2.B. wyposażenie w sprzęt medyczny. 	
				Razem	46

Źródło: opracowanie własne na podstawie regulaminów konkursów

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

W przypadku Działania 6.2. możliwy katalog podmiotów realizujących projekty był ograniczony ze względu na specyfikę działalności leczniczej, której dotyczy Działanie. Dlatego o wsparcie w ramach działania mogły ubiegać się podmioty (publiczne i prywatne) wykonujące działalność leczniczą – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z linią demarkacyjną i regionalnym charakterem Programu, nie była wspierana infrastruktura podmiotów leczniczych o charakterze ponadregionalnym (kwalifikowały się one do wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko) z wyjątkiem:

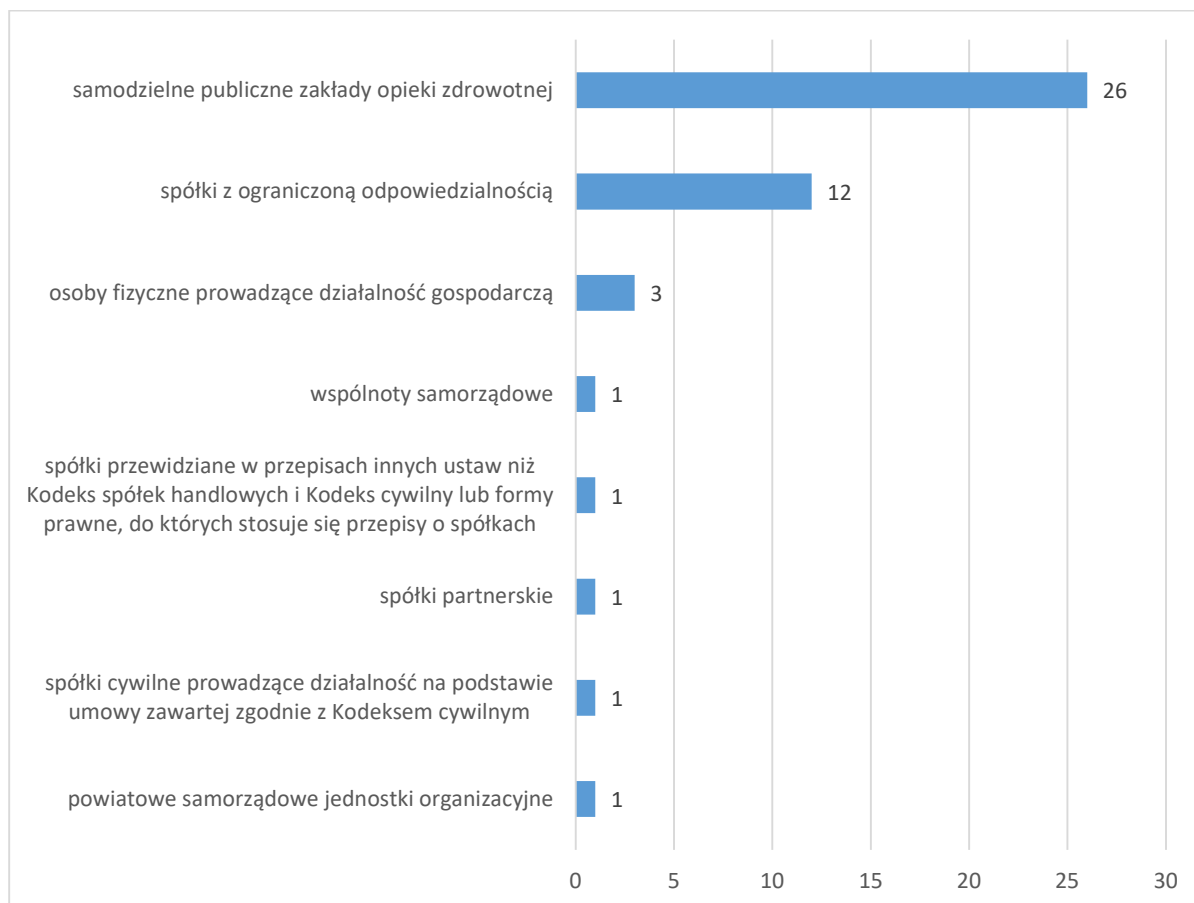
- inwestycji polegających na modernizacji czy tworzeniu oddziałów geriatrycznych w szpitalach ponadregionalnych, które będą mogły otrzymać wsparcie w ramach RPO WD,
- inwestycji polegających na poprawie sytuacji epidemiologicznej w związku z koronawirusem (po uzgodnieniu z wojewodą dolnośląskim).

W przypadku typu 6.2.C jako beneficjenta zakwalifikowano także Samorząd Województwa Dolnośląskiego (w ramach wsparcia podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa dolnośląskiego w związku z COVID-19. Dodano także jako beneficjenta JST oraz podmioty, w których większość udziałów lub akcji posiadają JST, ich związki i stowarzyszenia.

Jeśli chodzi o formę prawną, najwięcej projektów realizowały samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (26 projektów – przede wszystkim realizowanych przez SPZOZ i szpitale wojewódzkie), a następnie niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (19 projektów), najczęściej działające w formie prawnej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (vide wykres poniżej).

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 10 Podmioty realizujące projekty w ramach Działania 6.2 wg formy prawnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy SL2014

Katalog potencjalnych beneficjentów wskazany w RPO WD jest przygotowany w sposób wyczerpujący, zgodny z dokumentami nadrzędnymi i obejmuje instytucje, które mają uprawnienia do świadczenia usług zdrowotnych. Co do zasady w ramach badania nie zidentyfikowano innych podmiotów, które mogłyby realizować projekty z zakresu infrastruktury zdrowotnej, które nie mieszczą się w katalogu. Także respondenci badań ilościowych i jakościowych nie wskazywali na potrzebę rozszerzenia katalogu beneficjentów.

Należałoby jednak w kolejnej perspektywie programowania rozważyć silniejsze premiowanie partnerstw między instytucjami ochrony zdrowia, wzmacniającymi infrastrukturę zdrowotną, a instytucjami realizującymi usługi społeczne. W niektórych projektach realizowanych w ramach Działania 6.2 taka współpraca zaistniała. Np. w ramach projektu pn. Wdrożenie opieki koordynowanej w zakresie profilaktyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego, realizowanego przez ENDO-MED założono 10 spotkań informacyjnych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej, zaś w omawianym w ramach studium przypadku

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

projekcie pn. Budowa i wyposażenie przychodni zdrowia POZ w ramach rozwoju opieki koordynowanej w spółce Medimex Sp. z o.o. w Pszennie, w ramach opieki koordynowanej nawiązywany jest bezpośredni kontakt z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej, który pomaga np. w pozyskaniu ubezpieczenia zdrowotnego dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które takiego ubezpieczenia nie posiadają.

Szczególnym przykładem instytucji, w przypadku której dla lokalnej społeczności korzystne byłoby tworzenie partnerstw, są centra usług społecznych. Zgodnie z Ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, jednym z zadań tych podmiotów jest świadczenie usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia. W kolejnym okresie programowania zatem należy rozważyć włączenie CUS-ów jako potencjalnych beneficjentów działań infrastrukturalnych w ramach opieki koordynowanej lub premiowanie ich jako partnerów, podobnie jak współpracy z innymi instytucjami świadczącymi usługi społeczne, zwłaszcza dla seniorów.

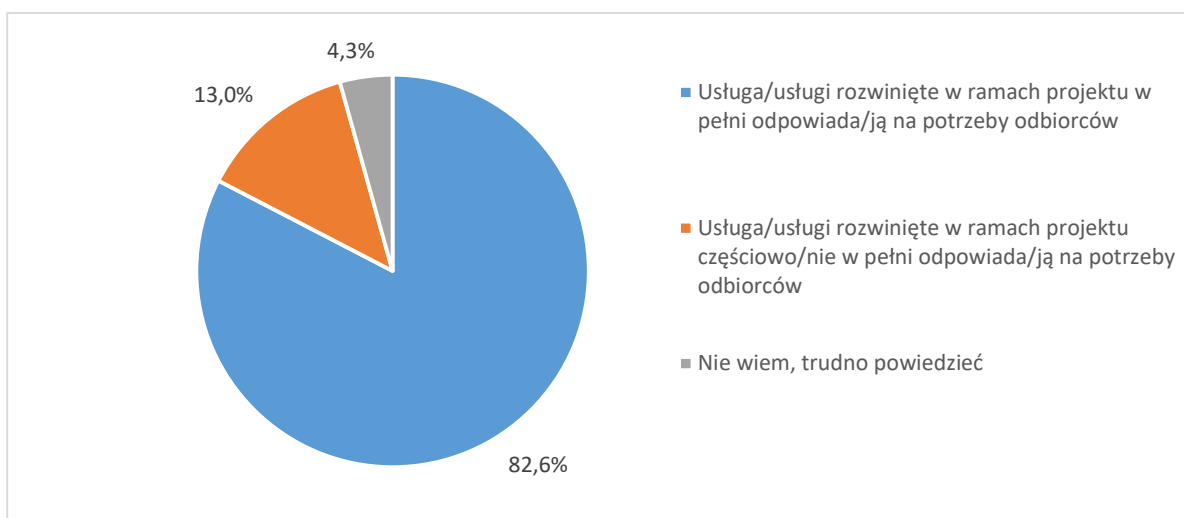
Trafność inwestycji dofinansowanych w ramach Działania 6.2 miała być zapewniona poprzez ścisłą zgodność z dokumentami strategicznymi wyższego rzędu – Policy Paper w zakresie ochrony zdrowia oraz z mapami potrzeb zdrowotnych. Warunkiem koniecznym podejmowania decyzji w ramach tej instytucji jest też uzgodnienie interwencji z planem działania tworzonym przez Komitet sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w ochronie zdrowia. W związku z tym, że na etapie ogłaszania pierwszego konkursu w roku 2016, mapy potrzeb zdrowotnych nie były jeszcze przygotowane, konkurs ten objęty został tzw. derogacją w stosowaniu map potrzeb zdrowotnych (uchylenie konieczności zgodności z mapami). W związku z tym IZ zdecydowała o ogłoszeniu konkursu mającego wesprzeć POZ i AOS w realizacji opieki koordynowanej (której potrzebę wskazywano m.in. w samym Policy Paper oraz w Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020), na bazie własnych diagnoz i zgłaszanego przez jednostki zapotrzebowania. Kolejny konkurs horyzontalny zgodnie z mapami potrzeb dedykowany był onkologii, jeden nabór pozakonkursowy dotyczący kardiologii dziecięcej, i wreszcie, odpowiadając na najpilniejsze potrzeby związane z COVID-19 zorganizowano dwa nabory – jeden nadzwyczajny, drugi pozakonkursowy odpowiednio dotyczące zakupu modułowego oddziału zakaźnego wraz z niezbędnym wyposażeniem dla ZOZ w Bolesławcu oraz poprawy sytuacji epidemicznej w całym województwie. Ta duża elastyczność przyczyniła się do trafności realizowanych działań. Konkursy cieszyły się dużym powodzeniem i nie wystąpiły żadne problemy z wykorzystaniem alokacji.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

W zasadzie rozdaliśmy całą pulę, jaką mieliśmy do dyspozycji w działaniu 6.2 w dwóch konkursach. Potem już jakby nie przewidywaliśmy żadnego wsparcia. No i nastąpiła pandemia. Bardzo dużo pracy poświęciliśmy, żeby właśnie jakoś to wszystko spiąć. (...) Dostaliśmy od KE przyzwolenie, że możemy realokować środki z innych osi priorytetowych właśnie do Działania 6.2. To odbywało się w przyspieszonym trybie, za pomocą tzw. nadkontraktacji (IDI instytucja systemu wdrażania)

Tezę o trafności działań potwierdzają wyniki badania ilościowego. W ramach Działania 6.2 najczęściej realizowane były projekty typu B (wyposażenie w sprzęt medyczny) – 25 projektów lub typu A i B (wyposażenie i prace remontowo-budowlane) – 13 projektów. Respondenci wskazują, że taki zakres usług jest trafny i odpowiada ich potrzebom. Według 82,6% badanych usługodawców w ramach Działania 6.2, usługi rozwinięte w ramach projektów (dzięki zakupionemu sprzętowi/rozbudowanej infrastrukturze) w pełni odpowiadają na potrzeby odbiorców, vide poniższy wykres. Ponadto 61% badanych wskazało, że usługi cieszą się zainteresowaniem adekwatnym do możliwości ich zrealizowania, a 26,1% – że usługi cieszą się tak dużym zainteresowaniem, że nie można zaoferować ich wszystkim chętnym. Nikt z respondentów nie wskazał na brak zainteresowania lub na nieodpowiedniość podjętych działań do potrzeb.

Wykres 11 Stopień, w jakim świadczone usługi odpowiadają odbiorcom wg usługodawców (% wskazań)



Źródło: badanie CAWI/CATI z usługodawcami świadczącymi usługi zdrowotne w ramach Działania 6.2, n=23

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Jedynie w trzech przypadkach usługodawcy wskazali, że usługi tylko częściowo odpowiadają na potrzeby odbiorców. Uzasadniali to w następujący sposób:

- brak świadczeń lekarza pediatry oraz usług świadczonych w godzinach od 7 do 19;
- brak większej ilości lepszego sprzętu medycznego;
- brak kontraktu z NFZ na świadczenia specjalistyczne w dwóch poradniach (kardiologiczna, okulistyczna) mimo wielokrotnych prób jego uzyskania.

Realizowane projekty, poza zgodnością z obszarami wskazanymi w Policy Paper, a następnie w mapach potrzeb zdrowotnych, ujmują też wyzwania wskazywane w dokumentach strategicznych na poziomie regionalnym – np. w Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020 (tworzenie powiązań sieciowych, koordynacja działań, koncentracja strumienia środków publicznych, konieczność zaradzenia dysproporcjom w poziomie dostępności do świadczeń), w „Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026¹⁵ („Podobnie jak na terenie całego kraju zjawisko przemieszczania się ludności, wymusi zmianę lokalizacji punktów opieki zdrowotnej, które powinny znajdować się najbliżej pacjenta, w szczególności podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). (...) Zmianie ulegnie również miejsce świadczenia usług takich jak opieka dzienna nad osobami starszymi i innych usług wymagających częstej interakcji z pacjentem”¹⁶) czy z Priorytetami dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Dolnośląskiego (onkologia, kardiologia).

Grupa docelowa w ramach Działania 6.2 została zdefiniowana bardzo szeroko („mieszkańcy regionu”). Określenie jej w ten sposób zapewnia możliwość trafnego skierowania działań do różnych podgrup w zależności od bieżących potrzeb.

Rozkład terytorialny dofinansowania w ramach Działania 6.2 wskazuje, że największe środki przeznaczono na projekty w M. Wrocławiu, a także w powiecie świdnickim, M. Jeleniej Górze, powiatach bolesławieckim, zgorzeleckim, głogowskim i w M. Legnicy. W dużej mierze wsparte zostały powiaty, w których występują duże jednostki ochrony zdrowia leczące mieszkańców z całego regionu lub subregionu. Jednocześnie diagnozy wskazują na nierównomierny dostęp do ochrony zdrowia – np. na dużą liczbę ludności przypadającą na jeden podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w takich powiatach jak polkowicki, lwówecki, milicki i ząbkowicki¹⁷. Zgodnie z obecnymi priorytetami województwa, na które wskazują przedstawiciele instytucji systemu wdrażania w ramach badania jakościowego, w

¹⁵ <https://bip.duw.pl/bip/ogloszenia/wojewodzki-plan-transfo/4257,Wojewodzki-Plan-Transformacji.html>, dostęp: 23.03.2022 r.

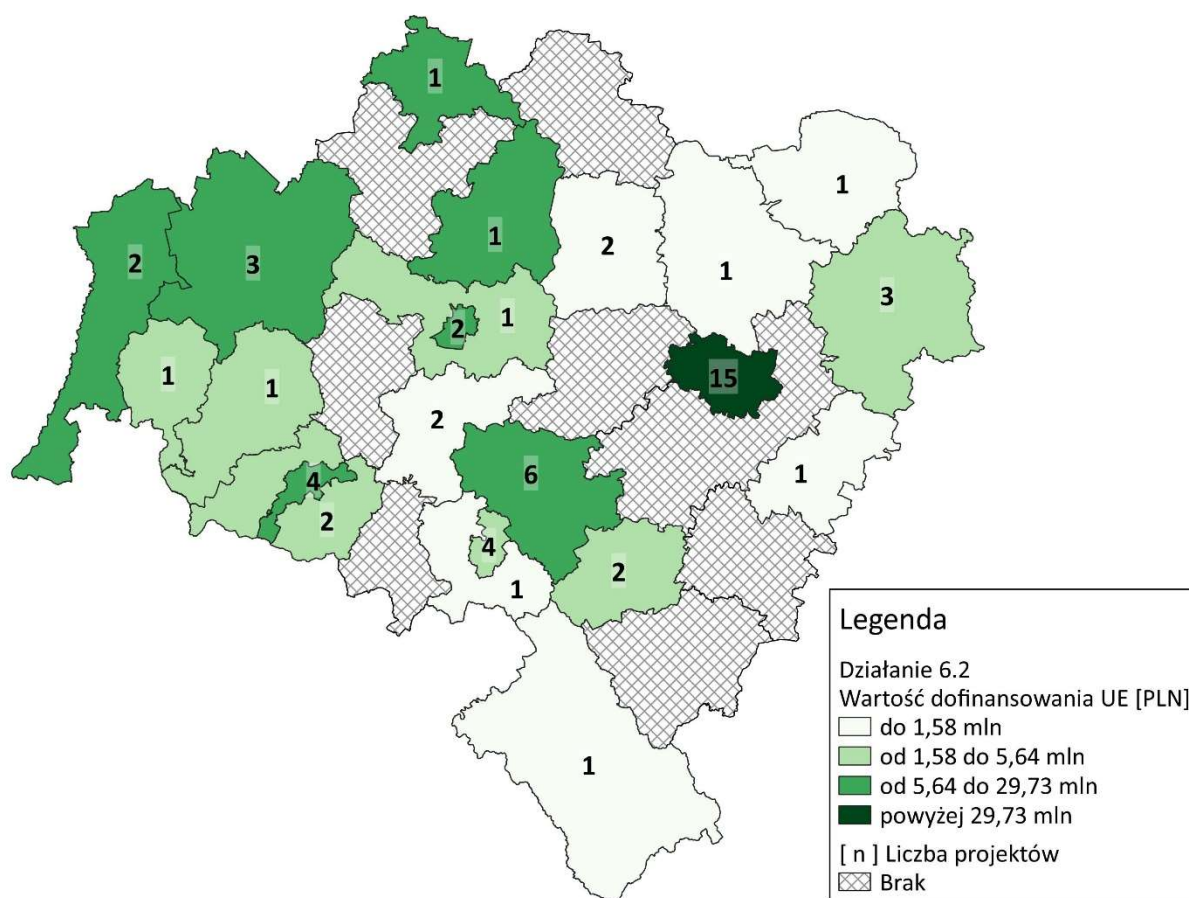
¹⁶ Tamże, str. 3.

¹⁷ Ochrona zdrowia w województwie dolnośląskim w 2020 r., Urząd Statystyczny we Wrocławiu 2020, str. 1.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

kolejnym okresie programowania nacisk zostanie położony na leczenie szpitalne, jednak jeżeli udzielane będzie wsparcie dla AOS i POZ, należy rozważyć jego terytorializację – przeznaczenie środków na wsparcie tej opieki tam, gdzie jest ona deficytowa, przy jednoczesnym uwzględnieniu możliwości przerobowych (kadry, kontrakty z NFZ).

Mapa 3 Wartość dofinansowania w ramach Działania 6.2 wg powiatów woj. dolnośląskiego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z systemu SL2014, dane na dzień 02.02.2022.

Podsumowując, można stwierdzić, że Działanie 6.2 należy do tych działań RPO WD 2014-2020, w których stworzono najbardziej zaawansowane mechanizmy zapewniające trafność. Przeprowadzona analiza wskazuje, że były one w dużej mierze skuteczne i mimo ich wysokiego stopnia złożoności pozwoliły na zrealizowanie interwencji adekwatnej do potrzeb osób objętych wsparciem oraz do celów interwencji.

Jak wskazuje przedstawiciel instytucji systemu wdrażania, potrzeby infrastrukturalne w zakresie ochrony zdrowia są nadal bardzo duże:

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Ile by tej alokacji nie było, zawsze zainteresowanie tymi konkursami jest b. duże, czy to właśnie na budynki podmiotów leczniczych, czy – przede wszystkim – w zakresie sprzętu, ponieważ ten sprzęt się zużywa w b. szybkim stopniu. Medycyna też idzie do przodu. Nigdy nie było takiej sytuacji, żeby te pieniądze zostały. Więc potrzeby są ogromne. Głównie w szpitalach (IDI instytucja systemu wdrażania)

Ponadto 27,8% badanych gmin wskazało, że dostępność usług AOS i POZ jest na ich terenie niewystarczająca. Dlatego konieczna jest kontynuacja działań zarówno poświęconych szpitalom, jak i AOS/POZ/opiece koordynowanej w kolejnym okresie programowania.

Działanie 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się

Zgodnie z założeniami logiki interwencji w PI 8.vi poprzez działania nakierowane na wspieranie zdrowia i aktywności zawodowej zwiększona zostanie spójność społeczna oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych przyczyniających się do polepszenia życia w regionie. Prowadzone działania doprowadzą do wydłużania czasu aktywności zawodowej, poprawy dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji medycznej. Zgodnie z zapisami RPO WD, interwencja obejmować będzie programy zdrowotne kierowane do osób w wieku aktywności zawodowej służące wydłużeniu aktywności zawodowej (tj. podjęcie zatrudnienia lub – w przypadku osób zagrożonych utratą pracy - kontynuacja pracy). Programy zdrowotne (profilaktyczne i rehabilitacyjne) będą skoncentrowane na głównych jednostkach chorobowych zidentyfikowanych na poziomie krajowym (85% alokacji PI) oraz na specyficznych programach regionalnych (15% alokacji PI). Dodatkowo podejmowane będą przedsięwzięcia nakierowane na minimalizowanie zdrowotnych czynników ryzyka zawodowego w miejscu pracy w celu wydłużenia aktywności zawodowej dla osób w wieku ponad 50 lat.

Wysoko należy ocenić trafność Działania 8.7 pod względem **rodzaju i zakresu świadczonych usług**. Realizacja projektów w zakresie profilaktyki raka piersi, szyjki macicy oraz raka jelita grubego wynika z wysokiej zachorowalności na nowotwory złośliwe oraz jednocześnie niskiego poziomu zgłaszalności na badania profilaktyczne. Potrzeba realizacji takich przedsięwzięć wynika z potrzeb opisanych w Onkologicznych Mapach Potrzeb Zdrowotnych dla województwa dolnośląskiego. Z kolei projekty w zakresie profilaktyki cukrzycy wpisują się w diagnozę sytuacji problemów przedstawionych w RPO WD 2014-2020 oraz w Regionalnym programie zdrowotnym zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego. W ostatnich latach cukrzyca zyskała wysoką

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

pozycję w hierarchii najważniejszych problemów zdrowotnych świata i jako jedyna choroba niezakaźna została uznana przez ONZ za epidemię XXI wieku. Uzasadnieniem dla realizacji projektu w zakresie zapobiegania chorobom odkleszczowym jest analiza sytuacji epidemiologicznej chorób odkleszczowych w Polsce, która wskazuje na wzrost zagrożenia tymi chorobami w całej populacji oraz ujawnia grupy osób wysokiego ryzyka zachorowań, do których należą przede wszystkim pracownicy w sekcji rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo, rybactwo czy turystyka. W powyższych grupach zawodowych borelioza z Lyme jest jedną z najczęściej rozpoznawanych chorób zawodowych. Celem bezpośrednim projektów będzie zatem zapobieganie i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych, cukrzycy oraz zapobieganie chorobom odkleszczowym. W długiej perspektywie celem przeprowadzonych działań jest również poprawa sytuacji na rynku pracy poprzez zmniejszenie liczby osób przedwcześnie niezdolnych do pracy zarobkowej oraz osób z niepełnosprawnością. Projekty przyczynią się również do redukcji kosztów ponoszonych z tytułu absencji spowodowanej chorobą. Biorąc pod uwagę, że grupą docelową są osoby w wieku aktywności zawodowej, można ocenić, że projekty realizują cel RPO WD, jakim jest poprawa dostępu do programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej oraz wydłużenie aktywności zawodowej na rynku pracy osób powyżej 50 roku życia. Logikę interwencji Działania 8.7 można ocenić pozytywnie.

W analizowanych projektach założono przede wszystkim następujące rodzaje działań: działania edukacyjno-informacyjne, szkoleniowe, promujące profilaktykę. Dobrą praktyką jest np. funkcjonowanie punktów informacyjno-edukacyjnych (informacyjne punkty mobilne) w projekcie realizowanym w subregionie wrocławskim i m. Wrocław w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Wysoko również należy ocenić działania edukacyjne skierowane do kadr medycznych oraz pracodawców – np. szkolenie i włączenie w działania projektu kadry medycznej, w szczególności lekarzy POZ i medycyny pracy oraz pracodawców (projekt w subregionie legnicko-głogowskim w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy). Należy podkreślić bardzo dużą różnorodność podejmowanych działań, zarówno pod względem formy – listy, spotkania, wykłady, konferencje, szkolenia, wydarzenia mniej formalne, punkty informacyjne, infolinie, kontakt telefoniczny, sms; jak też grup odbiorców – mieszkańcy, pracodawcy, samorządowcy, personel medyczny, lokalni aktywiści i społecznicy.

Jako dobrą praktykę można wskazać powierzenie zewnętrznemu podwykonawcy stworzenia infolinii na temat oferty badań profilaktycznych i płacenie podwykonawcy stawkę za osobę, którą uda się dzięki infolinii zrekrutować na badanie. Dodatkowo takie rozwiązanie okazywało się efektywne – przerzucało ciężar rekrutacji i weryfikacji uczestników z beneficjenta (najczęściej będący podmiotem leczniczym) na podmiot zewnętrzny.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Kolejnym działaniem w projekcie było dostosowanie infrastruktury do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz zakup sprzętu na rzecz projektu. Takie działania podejmowano w przypadkach, kiedy beneficjent, ani zaangażowani partnerzy nie posiadali wystarczających zasobów infrastrukturalnych do realizacji projektu. Oznaczało to np. zakup sprzętu medycznego, aparatury USG i dotyczyło większości projektów.

Kolejnym typem działań było wykonywanie badań profilaktycznych obejmujących średnio 4700 osób w projekcie, od 2000 w projekcie profilaktyki raka piersi w subregionie wałbrzyskim, do 8000 w projekcie profilaktyki raka jelita grubego w tym samym regionie. Jedynie w jednym projekcie przewidziano bardziej zaawansowane badania diagnostyczne – np. w projekcie realizowanym w subregionie wrocławskim i m. Wrocław w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy przewidziano badania cytologiczne – realizację diagnostyki pogłębionej dla 100 spośród 5000 pacjentek objętych podstawowym badaniem cytologicznym. Wykorzystano w tym celu potencjał partnera w projekcie, którym jest Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu.

Nietrafne okazały się działania polegające na **zapewnieniu transportu** do miejsca przeprowadzenia badania profilaktycznego i z powrotem, a także **opieki nad osobą zależną** lub dzieckiem w czasie korzystania ze wsparcia EFS. Jak wynika z opisów problemów realizacyjnych przedstawianych we wnioskach o płatność, ta oferta nie cieszyła się zainteresowaniem uczestników. Zniechęcający do skorzystania z transportu na koszt projektu może być fakt wymogu przedłożenia rachunku za wykonaną usługę. Natomiast brak zainteresowania tą formą wsparcia nie oznacza, że uczestnicy (przede wszystkim kobiety) nie odczuwają barier w dostępie do badań profilaktycznych. Beneficjenci podkreślali, że potencjalne uczestniczki projektu mimo interesującej oferty i potwierdzenia chęci skorzystania z badania zniechęcają się odległością od miejsca zamieszkania do placówki, w której pobierane są badania. Jednocześnie nie korzystają z transportu i opieki nad osobą zależną, gdyż jest to dla nich dodatkowe wyzwanie i kłopot. Problemem pozostaje mała świadomość zagrożenia, jakim jest brak profilaktyki, lęk pacjentek przed badaniem, grają kluczową rolę w podjęciu decyzji wykonania badania. Pacjentki argumentują swoją opieszałość w stosunku do profilaktyki brakiem czasu, pewnością, że problem np. raka piersi ich dotyczyć nie będzie. W tym zakresie beneficjenci podejmowali działania zaradcze – dodatkowe działania informacyjne i promocyjne pod względem dostępności do bezpłatnego transportu i opieki nad osobą zależną. Te działania nie przynosiły jednakże pożądanych efektów. **Znacznie korzystniejsze było zwiększenie liczby punktów, w których można zrobić badania profilaktyczne oraz zwiększenie liczby punktów mobilnych do wykonania badań.**

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Rekomenduje się zatem zminimalizowanie lub rezygnację w projektach oferty transportu na rzecz takich właśnie rozwiązań, ułatwiających dostęp do usług zdrowotnych.

Zwiększono również elastyczność oferty w projektach – wydłużano czas działania punktów diagnostycznych (np. do 6 dni w tygodniu w godzinach 7.00-21.00), stosowano zindywidualizowane sposoby rekrutacji oraz stałą opiekę personelu nad potencjalnym uczestnikiem. Intensyfikowano też działania informacyjne, często przy współudziale partnerów w projektach.

Większość uczestników **wysoko ocenia trafność** otrzymanej formy wsparcia do swoich potrzeb – w sumie 82,0% dało ocenę pozytywną. Ci, którzy nie byli dostatecznie zadowoleni, wskazują przede wszystkim na potrzebę regularnego wykonywania badań, a także opieki lekarskiej po wykonanych badaniach. Jako wadę wskazują, że samo otrzymanie wyniku badania profilaktycznego nie jest wystarczające, bo po wykonanym badaniu pacjent musi szukać lekarza, by określić dalszy bieg leczenia lub profilaktyki. Utrudniony jest dostęp do kolejnych, bardziej zaawansowanych badań. Dlatego optymalnym rozwiązaniem powinno być powiązanie realizacji programu zdrowotnego z działaniami medycznymi. Jak wskazuje beneficjent projektu w zakresie profilaktyki raka jelita grubego, pacjent, który poddawany jest inwazyjnemu badaniu kolonoskopowemu, i u którego stwierdzono podczas badania np. polipy, powinien mieć możliwość usunięcia ich podczas tego samego zabiegu (na koszt NFZ). Powinno to być w większym stopniu **skoordynowane**.

W badaniu uczestników pojawiły się także oczekiwania, że badania profilaktyczne powinny też objąć inne jednostki chorobowe, np. raka tarczycy.

Jak wynika z badania ilościowego wśród podmiotów realizujących wsparcie w Działaniu 8.7 w celu zapewnienia wysokiej jakości oferty w projektach, przede wszystkim zapewniono w nich udział personelu o wysokich kwalifikacjach, zastosowano nowoczesny sprzęt i wyposażenie niezbędne do realizacji usługi, a także zindywidualizowano czas realizacji usługi stosownie do potrzeb uczestnika. W razie potrzeby dostępni byli asystenci dla potrzebujących dodatkowego wsparcia osób z niepełnosprawnościami.

We wszystkich RPO dobór typu usługi: badania profilaktyczne i programy zdrowotne wynikają zarówno z Policy Papers, jak i map zdrowotnych oraz zaleceń Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Rodzaj usług w obszarze programów profilaktycznych jest standardowy: obejmuje komponent badań profilaktycznych oraz komponent działań edukacyjnych i promocji zdrowia. W interwencjach RPO WD zabrakło projektów ukierunkowanych na opracowanie i wdrożenie programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy (w tym

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

działania szkoleniowe), mimo iż ten typ projektu widnieje w SZOOP. Nie ogłoszono konkursów na ten typ projektu (nabory dotyczyły jedynie typu projektu 8.7.A. Wdrożenie programów profilaktycznych, w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne). W pozostałych regionach Polski projekty ukierunkowane na promocję zdrowia w miejscu pracy występowały bardzo często, a w województwie śląskim oraz pomorskim stanowiły ponad 50% interwencji w ujęciu ilościowym.

Grupy docelowe objęte projektami były zgodne z założeniami Działania 8.7. Wsparcie skierowano do osób pracujących. W praktyce zasadniczym problemem, na jaki natrafiono w większości projektów była niska liczba badań wykonywanych wśród osób kwalifikujących się do uczestnictwa w projekcie. Powody tego były różne. W projekcie profilaktyki raka piersi w subregionie legnicko-głogowskim Dolnośląski oddział NFZ nie zezwalał na prowadzenie badań mammograficznych przez mobilnych usługodawców na terenie dużych miast, co wymuszało na beneficjencie realizację badań jedynie na terenach małych miast i wsi, gdzie bezrobocie wśród kobiet, którym dedykowany jest projekt jest wysokie. Beneficjent podejmował próby modyfikacji tego warunku z NFZ i uzyskał zgodę, ale po długim czasie, co spowodowało konieczność zmniejszenia wartości wskaźnika w projekcie, aby zakończyć go w deklarowanym czasie. Dodatkowo w projektach wybranych do dofinansowania przed 2017 rokiem barierą okazało się wejście ustawy obniżającej wiek przejścia na emeryturę, co spowodowało, że liczba osób zatrudnionych w wieku powyżej 60 lat drastycznie się obniżyła.

W przypadku projektu w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych założono, że wsparcie skierowane będzie do osób pracujących w sektorach i obszarach najbardziej zagrożonych zachorowaniami na choroby odkleszczowe, tj. z sektorów leśnictwa, rolnictwa, rybactwa i łowiectwa (z wybranych powiatów). Problemem okazało się zachowanie zgodności z definicją odbiorcy projektów, jaką jest osoba pracująca. W przypadku sektora rybactwa i łowiectwa, przynależność do sektora opiera się głównie na uczestnictwie w stowarzyszeniach, zrzeszeniach lub członkach klubu, co nie stanowi formy zatrudnienia w danym sektorze a jedynie udział non profit. Natomiast w przypadku sektora leśnictwa, osoby zatrudnione w instytucjach podległych Dyrekcji Generalnej Lasów Państwowych (Nadleśnictwa) są objęte profilaktyką szczepienną w zakładach pracy. Oznacza to niedostatecznie trafną diagnozę potencjału i potrzeb przeprowadzoną przez beneficjenta. Dodatkowo warto podkreślić, iż zagrożenie chorobami odkleszczowymi stało się powszechne i nie jest ograniczone do wybranych, najbardziej zalesionych obszarów. W wyniku ustaleń beneficjenta z IZ, złagodzone warunki wsparcia i wsparciem objęto osoby aktywne we wskazanych sektorach, a niekoniecznie pracujące.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

W przypadku profilaktyki raka jelita grubego grupa odbiorców (osoby w wieku od 55 do 64 lat) również okazała się zbyt wąska – jak wynika z deklaracji jednego z beneficjentów, zarówno pacjenci jak też lekarze działający na rzecz programu podkreślają, że wdrożenie badań profilaktycznych powinno obejmować zarówno osoby przed 55. jak też po 64. roku życia. Pacjenci nie spełniający kryterium formalnego wyrażają zawód oraz sugerują dyskryminowanie osób oczekujących na badanie w trybie refundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W innych regionach grupy docelowe ewoluowały. We wszystkich RPO preferowano udział osób po 50 roku życia, jako najbardziej narażonych na absencję chorobową z powodu chorób cywilizacyjnych. W kolejnych konkursach kryterium to stawało się jednak mniej kategoryczne, punktowano nawet 20% udział osób tej kategorii wiekowej. Ewolowało także kryterium ograniczenia wsparcia wyłącznie do osób pracujących (kryterium formalne). W latach 2018-2019 w większości RPO kryterium to zostało zastąpione kryterium formalnym kierowania wsparcia do osób w wieku produkcyjnym, należących do grup ryzyka, przy zachowaniu parytetu minimum 30% czynnych na rynku pracy.

Analiza **cech uczestników Działania 8.7** wskazuje na wysoką trafność wsparcia w stosunku do założeń. Większość, 78% uczestników to kobiety, co wynika ze specyfiki programów profilaktycznych, z których 7 jest skierowanych wyłącznie do kobiet, jest to profilaktyka raka szyjki macicy oraz piersi. Wiek 96% uczestników mieści się w przedziale 18-64 lata, a 77% w przedziale 18-59 lat. Zrealizowano założenie, iż wsparcie skierowane będzie na wydłużenie aktywności zawodowej na rynku pracy osób powyżej 50 roku życia – prawie 59% uczestników to osoby w wieku 50 lat i więcej.

99,7% uczestników to osoby pracujące, a 0,3% określono w bazie SL2014 jako osoby biernie zawodowo.

Ponad połowa uczestników posiada wykształcenie ponadgimnazjalne (56,7%), a prawie co trzeci – wyższe (31,0%). Niewielka liczba uczestników to osoby znajdujące się w niekorzystnej sytuacji społecznej – 2,4% to osoby z niepełnosprawnościami, 0,2% mają status osoby bezdomnej lub dotkniętej wykluczeniem z dostępu do mieszkań, 0,4% to osoby należące do mniejszości narodowej lub etnicznej, migranci, osoby obcego pochodzenia, 0,5% to osoby w innej niekorzystnej sytuacji społecznej.

O jakości życia mogą też świadczyć powody, dla których uczestnik wziął udział w projekcie. Jak wynika z badania ilościowego aspekt finansowy miał niewielkie znaczenie – jedynie 7,4% badanych wskazało, że nie miałyby możliwości poddać się badaniom poza projektem z powodu wysokiego kosztu badania w prywatnej służbie zdrowia. Częściej jako barierę

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

wskazywano długi czas oczekiwania na badanie w państwowej służbie zdrowia (15,8%). Można zatem ocenić, że nie sytuacja majątkowa była powodem udziału w projekcie. Generalnie na tle ogółu badanych uczestników, osoby wsparte w Działaniu 8.7, mają stosunkowo dobrą sytuację materialną i życiową. Większość osób (65,4%) zadeklarowało, że ich gospodarstwo domowe utrzymywało się głównie z dochodów z pracy więcej niż jednego członka rodziny (wśród ogółu uczestników jest to 47,3%), a kolejne 25,9% - że ich gospodarstwo domowe utrzymywało się głównie z dochodów z pracy jednego członka rodziny.

Ocena jakości życia i sytuacji materialnej przez uczestników również jest wyższa w Działaniu 8.7 niż wśród odbiorców innych usług społecznych i zdrowotnych. Co prawda, taki sam odsetek w Działaniu 8.7 jak i ogółu uczestników projektów Działania 8.7, 9.2 i 9.3 (58,0%) uważa, że poziom ich życia w momencie przystąpienia do projektu należy ocenić jako średni. Niemniej, jednocześnie wśród odbiorców programów zdrowotnych i profilaktycznych wyższy jest odsetek tych, którzy oceniali swój poziom życia, w momencie przystąpienia do projektu, jako dobry (30,6% uczestników Działania 8.7 i 22,8% ogółu uczestników). Jedynie 4% uczestników Działania 8.7 korzystało z pieniężnych lub niepieniężnych świadczeń z GOPS lub MOPS. Wśród odbiorców wszystkich usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w Programie odsetek klientów pomocy społecznej stanowił 12,9%. Różnice te wynikają z ukierunkowania wsparcia w Działaniu 8.7 na osoby pracujące, których gospodarstwa domowe zazwyczaj radzą sobie lepiej niż pozostałych.

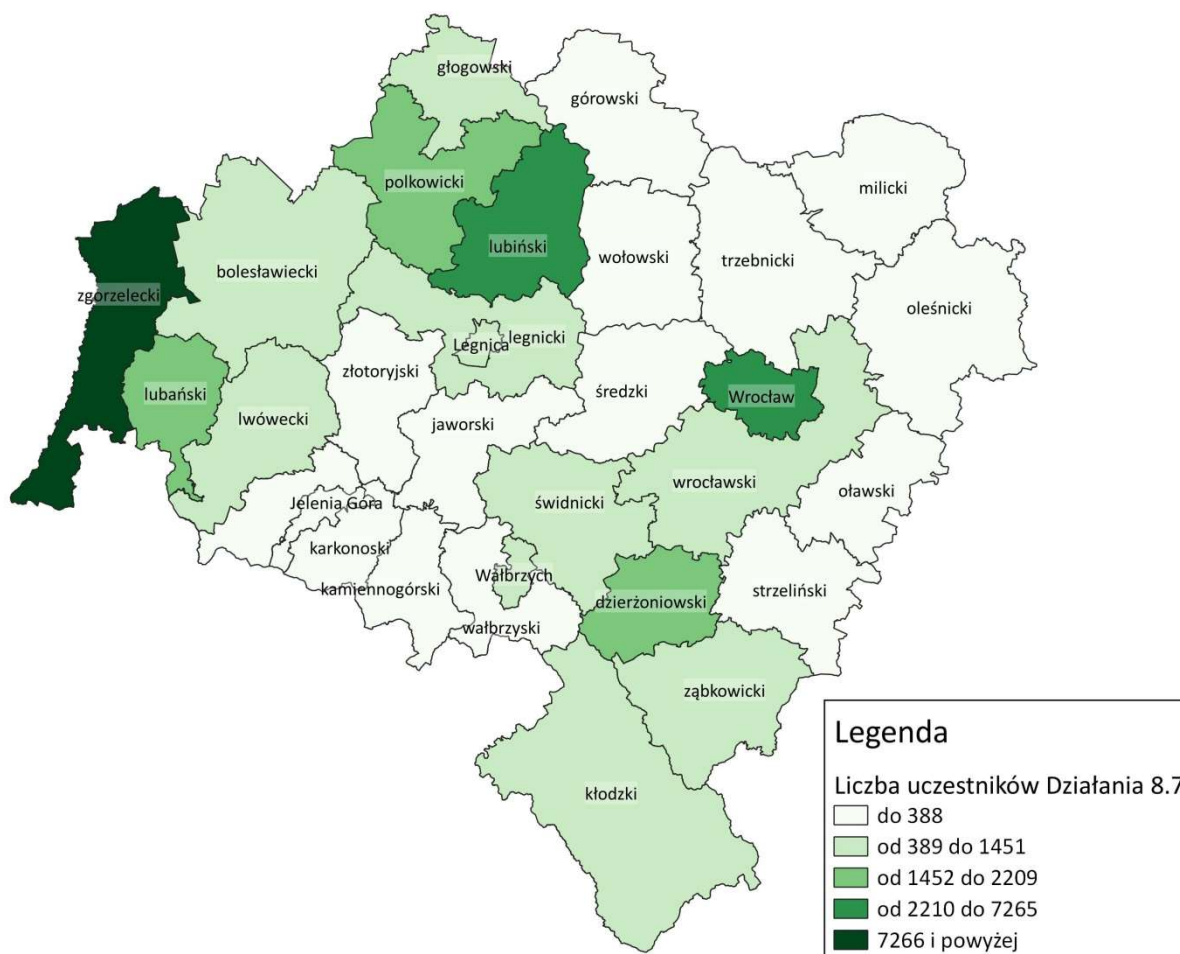
Pod względem **rozkładu terytorialnego wsparcia** nie udało się w pełni zrealizować złożeń programowych. W przypadku zakresów wsparcia – profilaktyka raka szyjki macicy, piersi, raka jelita grubego oraz cukrzycy, udało się wybrać realizatorów programów na obszarze wszystkich subregionów. Wyjątkiem jest subregion wałbrzyski, gdzie nie wybrano realizatora programu w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Powodem było niskie zainteresowanie wśród potencjalnych beneficjentów aplikowaniem o wsparcie (więcej w rozdziale 4), co z kolei wynika z trudnych do spełnienia warunków nakładanych na projekty – konieczność ograniczenia wsparcia wyłącznie do osób pracujących. W okresie programowania 2021-2027 rekomenduje się złagodzenie warunków stawianym projektom (odejście od wymogu kierowania wsparcia wyłącznie do osób pracujących na rzecz rozszerzenia grupy o osoby w wieku produkcyjnym, przy zachowaniu określonego parytetu osób czynnych na rynku pracy).

Rozkład terytorialny dofinansowania w ramach Działania 8.7 wskazuje, że największe środki przeznaczono na wsparcie w powiatach południowo-zachodnich, przygranicznych, głównie ze względu na to, że poza programami profilaktycznymi obejmującymi wszystkie subregiony,

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Na kolejnym miejscu pod względem liczby uczestników znalazł się Wrocław oraz powiat lubiński (odpowiednio 7265 oraz 5471 uczestników). Najmniej osób objęto wsparciem w powiatach jaworskim (1 osoba), kamiennogórskim (14), złotoryjskim (27) oraz milickim (84).

Mapa 5 Liczba uczestników wsparcia w ramach Działania 8.7 wg powiatów woj. dolnośląskiego



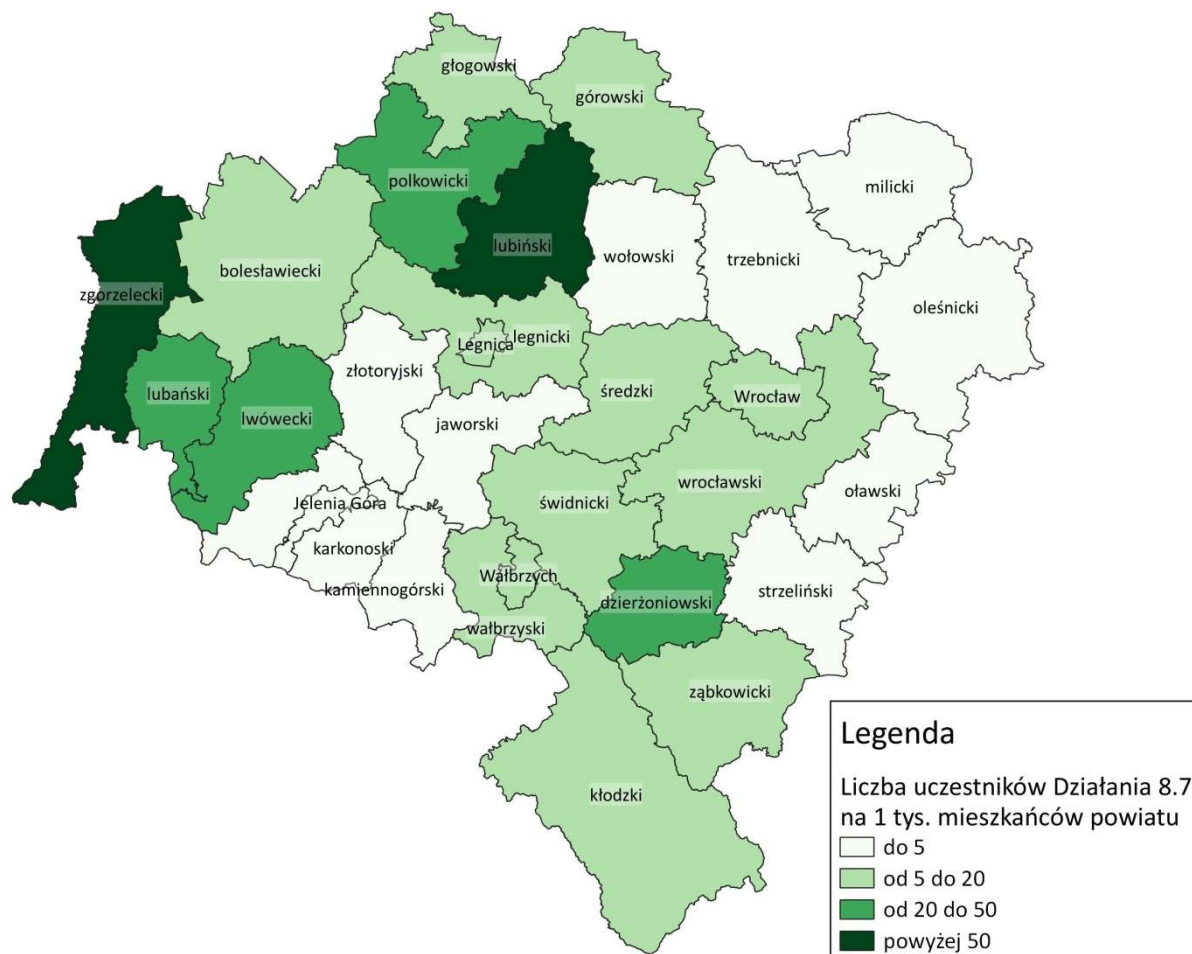
Źródło: dane SL2014, stan na 02.02.2022

Dla oceny trafności wsparcia pod względem rozkładu terytorialnego istotne jest odniesienie do liczby mieszkańców danego powiatu. Jak wynika z takiej analizy, na pierwszym miejscu znajdują się powiaty zgorzelecki (132 uczestników na 1 tys. mieszkańców), lubiński (52/1 tys. mieszkańców) oraz lubański (39 na 1 tys. mieszkańców). Dominujący pod tym względem przestał być najbardziej zaludniony Wrocław (11 uczestników na 1 tys. mieszkańców). Na

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

ostatnim miejscu znalazły się te same powiaty, w których również liczba uczestników w wartościach bezwzględnych jest najniższa – powiat jaworski, kamiennogórski, złotoryjski.

Mapa 6 Liczba uczestników wsparcia w ramach Działania 8.7 wg powiatów woj. dolnośląskiego w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców



Źródło: dane SL2014, stan na 02.02.2022, dane GUS BDL za 2021 rok wg. Tabeli : Liczba mieszkańców.

Oceniając trafność wsparcia pod względem rozkładu terytorialnego należy wziąć pod uwagę etap realizacji projektów. Spośród 16 projektów, 5 planuje się zakończyć w 2022 i 2023 roku. W tych projektach przewidziano wsparcie 27,4 tys. osób. Ich realizacja jest w toku, a osiągnięciu wskaźników nie sprzyja dodatkowo sytuacja epidemiologiczna.

W przypadku programów profilaktyki raka jelita grubego preferowano bądź ograniczano wsparcie do obszarów tzw. białych plam w dostępie do kolonoskopii. Np. w RPO

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

województwa łódzkiego oraz w RPO województwa lubuskiego można było realizować program profilaktyczny wyłącznie na terenach tzw. białych plam w dostępie do profilaktyki. W przypadku programów profilaktycznych dotyczących raka piersi lub macicy zdecydowano się na punktowanie udziału (min 30%) kobiet z terenów wiejskich. W RPO województwa lubelskiego premiowano koncentrację działań projektowych na obszarach miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców, obszarach wiejskich oraz miastach średnich.

Inne aspekty terytorializacji to ukierunkowywanie wsparcia wyłącznie na OSI, powiaty, w których zidentyfikowano niską dostępność świadczeń medycznych (np. kuj-pom, śląskie) bądź w podziale na subregiony. W RPO woj. Podlaskiego zdecydowano się na projekty ogólnoregionalne, czyli takie, które w ramach danego programu zdrowotnego ofiarowywały realizację usług w całym regionie na obszarach tzw. „białych plam”.

W Działaniu 8.7 przewidziano **szeroki katalog typów beneficjentów**. Zgodnie z SZOOP mogą to być jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia i jednostki organizacyjne, przedsiębiorcy i osoby prowadzące działalność gospodarczą, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej oraz podmioty lecznicze. Spośród 14 unikalnych beneficjentów (Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu realizował w sumie 3 projekty) zdecydowaną większość, bo 10 podmiotów, stanowią podmioty lecznicze – publiczne i niepubliczne. W jednym przypadku beneficjentem jest samorząd, w jednym NGO, a w dwóch projektach są to przedsiębiorstwa, których głównym obszarem działalności są usługi szkoleniowe. Należy też podkreślić, iż w większości projektów wykorzystano dodatkowo potencjał partnerów – jedynie w 3 przypadkach podmiot leczniczy realizował projekt samodzielnie. Wśród partnerów przeważały podmioty lecznicze, których obecność w projekcie wzmacniała dodatkowo działania informacyjne, promujące oraz rekrutację uczestników, a także stowarzyszenia (np. stowarzyszenia wspierające kobiety w walce z chorobami nowotworowymi, czy też Polskie Stowarzyszenie Diabetyków – w projekcie dotyczącym profilaktyki cukrzycy). Analiza zakresu zadań partnerów wskazuje na prawidłowe wykorzystanie ich potencjału – wiedzy merytorycznej, rozpoznania i zaufania w środowisku. Katalog potencjalnych beneficjentów wskazanych w SZOOP można zatem uznać za odpowiedni.

Analiza benchmarkingowa w innych regionach pokazuje, że w ramach programów profilaktycznych i zdrowotnych nie zidentyfikowano innych podmiotów niż podmioty lecznicze lub powiaty. Preferowano podmioty lecznicze, które mogły legitymować się doświadczeniem w realizacji programów profilaktycznych, posiadały akredytację lub certyfikat ISO.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Działanie 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

Celem Działania 9.3 jest zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, skierowanych do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. W logice interwencji założono, iż wsparcie otrzymają usługi ukierunkowane na opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami, wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz projekty z zakresu przeciwdziałania rozprzestrzeniania się epidemii koronawirusa. Generalnie w logice interwencji założono, iż priorytetowym zadaniem jest deinstytucjonalizacja usług zdrowotnych rozumiana jako wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form świadczeń zdrowotnych w środowisku lokalnym mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych, zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży. Za podstawowy typ operacji uznano DDOM, czyli wyodrębnioną strukturalnie część podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej. W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych.

W okresie objętym badaniem realizowane są projekty ukierunkowane na tworzenie nowych Dziennych Domów Opieki Medycznej oraz projekty Województwa Dolnośląskiego i Dolnośląskiego Centrum Medycznego DOLMED SPÓŁKA AKCYJNA, skierowane do szpitali publicznych, szpitali prywatnych i DPS województwa dolnośląskiego w celu minimalizowania konsekwencji pandemii COVID-19.

Niemal wszyscy badani beneficjenci uważają, że warunki udzielonego wsparcia w pełni były adekwatne do wyzwań obszaru. Nieliczni wskazali na zbyt obszerną biurokrację oraz nie w pełni skonkretyzowaną grupę docelową. Wszyscy badani uważają ponadto, że system kryteriów oceny i typy projektów trafnie odpowiadają na potrzeby i wyzwania związane z deinstytucjonalizacją usług zdrowotnych. Zdaniem zdecydowanej większości badanych beneficjentów katalog beneficjentów jest wyczerpujący i nie ma konieczności jego modyfikacji.

Dobór typu usług i typu operacji w Działaniu 9.3 należy uznać za trafny w kontekście braku instytucjonalnej, specjalistycznej opieki nad osobami chorymi przed i po hospitalizacji. Jak wynika z wywiadu z beneficjentem projektu pn. Nowy DDOM w szpitalu VM - stworzenie dodatkowych miejsc kompleksowej rehabilitacji, terapii oraz wsparcia dla osób po

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

przebytych hospitalizacjach interwencja odpowiedziała na deficyt opieki rehabilitacyjnej i terapeutycznej dla pacjentów szpitali powiatu wrocławskiego. Wyzwanie to było tym silniejsze, że – jak wynika z Biuletynu statystycznego ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego w roku 2015 – w momencie programowania interwencji - odnotować należało wysokie – blisko 100% obłożenie łóżek w podmiotach, oddziałach opiekuńczo-pielęgniarskich i opiekuńczo-leczniczych przy jednym z najniższych w kraju poziomie indeksu sprawności ochrony zdrowia¹⁸. Analiza możliwego według Wytycznych katalogu wsparcia usług zdrowotnych wskazuje na brak typu projektu odnoszącego się stricte do wypożyczalni sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego. W ramach RPO WD 2014-2020 tworzenie bądź uzupełnianie wypożyczalni możliwe było w ramach projektów Działania 9.2 łączących usługi społeczne i zdrowotne, niemniej – zdaniem badanego eksperta oceniającego wnioski Działania 9.3 – potrzeby w tym zakresie są ogromne. Jak wynika z analizy benchmarkowej – ten typ projektu realizowany jako odrębny np. w RPO województwa podkarpackiego, cieszy się największym popytem wśród beneficjentów, zaś jego trwałość i dostępność finansowa również po zakończeniu okresu realizacji projektu jest znaczna¹⁹.

Konsekwencje pandemii COVID-19 pociągnęły za sobą problemy z zapewnieniem środków ochrony osobistej dla personelu, przepełnienie szpitali i wysoką umieralność pacjentów DPS, wynikającą z braku środków zapobiegania wzrostowi zakażeń w opiece stacjonarnej. Realizacja projektów w trybie nadzwyczajnym trafnie więc odpowiada na niewystarczającą jakość usług zdrowotnych w okresie pandemii. Jak wynika z analizy benchmarkowej projekty realizowane w trybie nadzwyczajnym co do zasady realizowane są przez Urzędy Marszałkowskie.

W logice interwencji Działania 9.3 założono, iż - zgodnie ze Standardami wsparcia DDOM, wypracowanymi w projekcie systemowym POWER, beneficjentami będą podmioty lecznicze, definiowane zgodnie z ustawą o działalności leczniczej bądź jednostki samorządu terytorialnego, ich jednostki organizacyjne lub organizacje pozarządowe, spółdzielnie socjalne, kościoły, a także podmioty realizujące zadania w ramach pieczy zastępczej. W każdym z omawianych przypadków konieczne było partnerstwo z podmiotem leczniczym. Analiza struktury beneficjentów wskazuje na dominację podmiotów leczniczych jako głównego i jedynego beneficjenta (14 na 17 wspartych DDOM). Większość z nich stanowiły podmioty prywatne, zaledwie 3 (20%) spośród tych projektów realizowane są przez

¹⁸ https://www.nfz-szczecin.pl/files/4931_47zal2610indeks_ochrony_zdrowia_raport_pwc_2016.pdf?PHPSESSID=d4801d24600baf1a3d74224c058f60e9

¹⁹ Ewaluacja wpływu RPO WP 2014-2020 w obszarze integracji społecznej, Evalu sp.z o.o, 2021

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

publiczne podmioty ochrony zdrowia. Trzy projekty Działania 9.3 realizowane są przez 1 stowarzyszenie i przez 2 diecezje kościoła rzymskokatolickiego.

Jak wynika z tych szacunków, wsparcie w ramach Działania 9.3 w obszarze DDOM nie przyczyniło się istotnie do wzmocnienia sektora publicznego względem dominującego w regionie udziału sektora prywatnego²⁰.

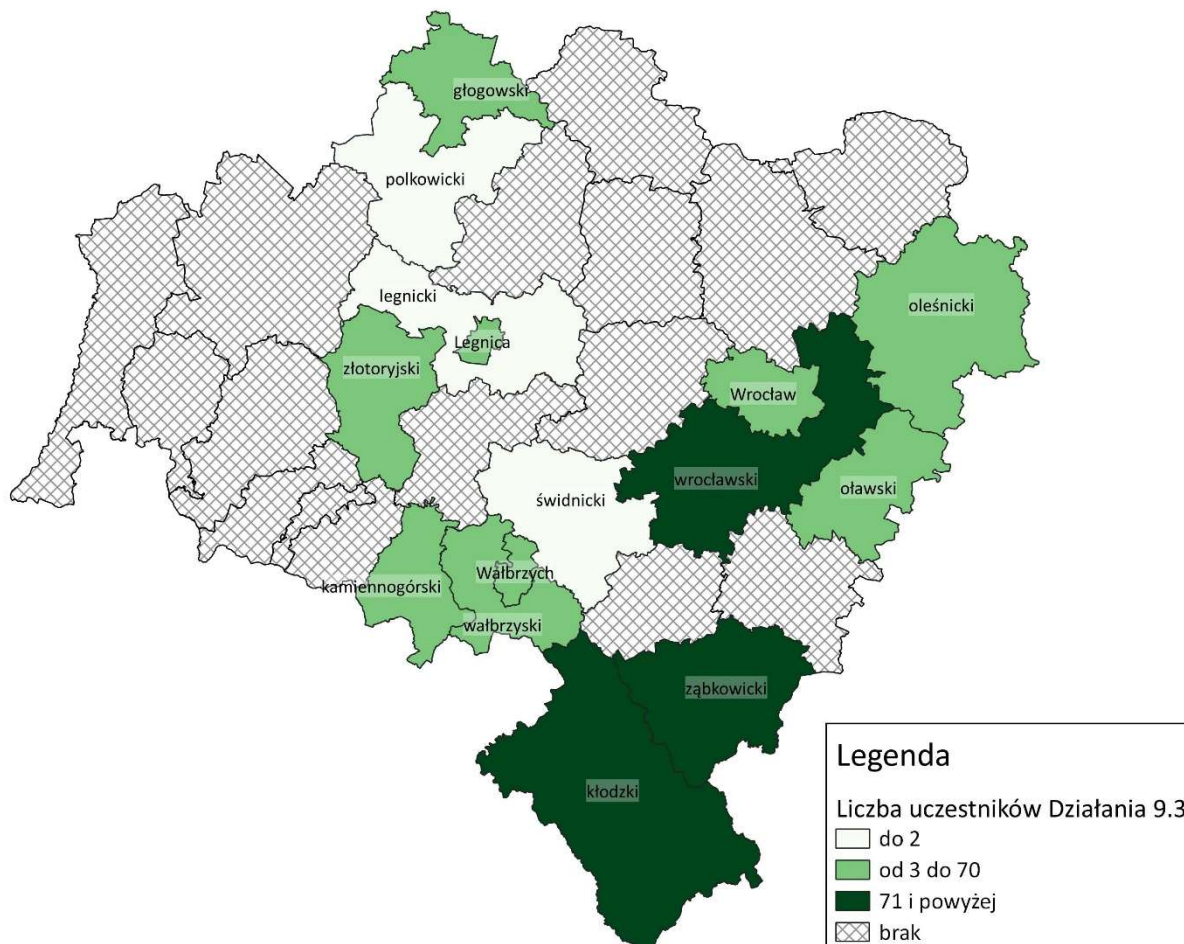
Wsparcie w ramach Działania 9.3 trafne, jeśli chodzi o rozwój opieki koordynowanej (przed i po hospitalizacji) na poziomie POZ. Spośród wszystkich 16 projektów w aż 11 utworzono DDOM na poziomie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej.

Analiza rozkładu terytorialnego wsparcia pod względem lokalizacji uczestników projektów – odbiorców ostatecznych wsparcia Działania 9.3 zarejestrowanych w systemie SL2014 - wskazuje na punktowy charakter interwencji, co jest zgodne z założeniami deinstytucjonalizacji i lokalnego charakteru wsparcia. Ze względu na pionierski charakter DDOM i powszechny deficyt tej usługi w regionie, nie można ocenić trafności ukierunkowania terytorialnego uczestników. Można jednak skonstatować, iż wsparcie w Działaniu 9.3 w największym stopniu dotyczyło mieszkańców powiatu kłodzkiego, wrocławskiego i ząbkowickiego. DDOM-y nie były tworzone w zachodnich powiatach regionu, są też nielicznie reprezentowane w północnych gminach województwa dolnośląskiego.

²⁰ W 2011 r. z 1 343 placówek na Dolnym Śląsku tylko 15,9% (214) to placówki publiczne, pozostałe 84,1 % (1 129) to placówki niepubliczne.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Mapa 7 Rozkład terytorialny uczestników projektów Działania 9.3, którzy zakończyli udział w projekcie



Źródło: dane SL2014, stan na dzień 02.02.2022

Zgodnie z logiką interwencji w zakresie wsparcia tworzenia DDOM grupy docelowe obejmują:

- osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w tym osoby pozostające bez zatrudnienia wymagające w pierwszej kolejności aktywizacji społecznej;
- otoczenie osób wykluczonych bądź zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;
- kadrę medyczną (w zakresie niezbędnym do realizacji projektu).

Dobór grup docelowych należy uznać za trafny odpowiadający założeniom DDOM, w których konieczne jest przeszkolenie kadry do realizacji działań terapeutycznych oraz działań socjalizacyjnych skierowanych do pacjentów, działań szkoleniowych dla osób opiekujących

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

się osobą zależną, korzystającą z usług DDOM oraz wsparcie dostępności usług zdrowotnych dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. W poszczególnych projektach doprecyzowywano lokalizację grupy docelowej. Na przykład w projekcie objętym studium przypadku pn. Nowy DDOM w szpitalu VM - stworzenie dodatkowych miejsc kompleksowej rehabilitacji, terapii oraz wsparcia dla osób po przebytych hospitalizacjach wskazano konkretne gminy wiejskie znajdujące się na terenie powiatu wrocławskiego. Należy jednak podkreślić, że uwzględnienie w projekcie DDOM kilku gmin, często oddalonych od lokalizacji podmiotu generowało wysokie koszty transportu – większość uczestników nie była zmotoryzowana, były to też najczęściej osoby samotne.

Analiza sytuacji socjo-demograficznej uczestników projektów Działania 9.3, na podstawie danych SL, wskazuje na zdecydowaną dominację kobiet (71%) oraz osób po 60 roku życia (83%). Większość (70%) stanowią osoby o wykształceniu nie wyższym niż ponadgimnazjalne oraz osoby biernie zawodowe (85%). Osoby bezrobotne w wieku aktywności zawodowej stanowią 2% uczestników, zaś osoby pracujące – 13%. W populacji uczestników występuje wysoki udział osób z niepełnosprawnościami (40%), zaś osoby znajdujące się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej stanowią 35%²¹. Z badań terenowych z uczestnikami wynika, iż wśród uczestników wsparcia przeważają mieszkańcy dużych miast (57%), mieszkańcy obszarów wiejskich to kolejne 25% uczestników. Najmniejszy udział odnotowano wśród mieszkańców miast średnich. Jedynie 4% badanych uczestników było klientami pomocy społecznej.

²¹ Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, z wyłączeniem cech wykazanych we wskaźnikach dotyczących :osób z niepełnosprawnościami, migrantów, gospodarstw domowych bez osób pracujących, gospodarstw domowych bez osób pracujących z dziećmi na utrzymaniu, gospodarstwach domowych składających się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu. Ponadto nie należy wykazywać niekorzystnej sytuacji dot. płci, statusu na rynku pracy (np. długotrwałe bezrobocie), wieku lub osiągnięcia wykształcenia co najmniej na poziomie ISCED 1.

Przykład osoby w innej niekorzystnej sytuacji społecznej:

- osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0
- byli więźniowie,
- narkomani.

Osoby bezdomne i wykluczone z dostępu do mieszkań oraz pochodzące z obszarów wiejskich należy zawsze wykazywać w przedmiotowej kategorii, jeśli te cechy uznawane są za niekorzystne i powodują potrzebę specjalnej pomocy na rynku pracy.

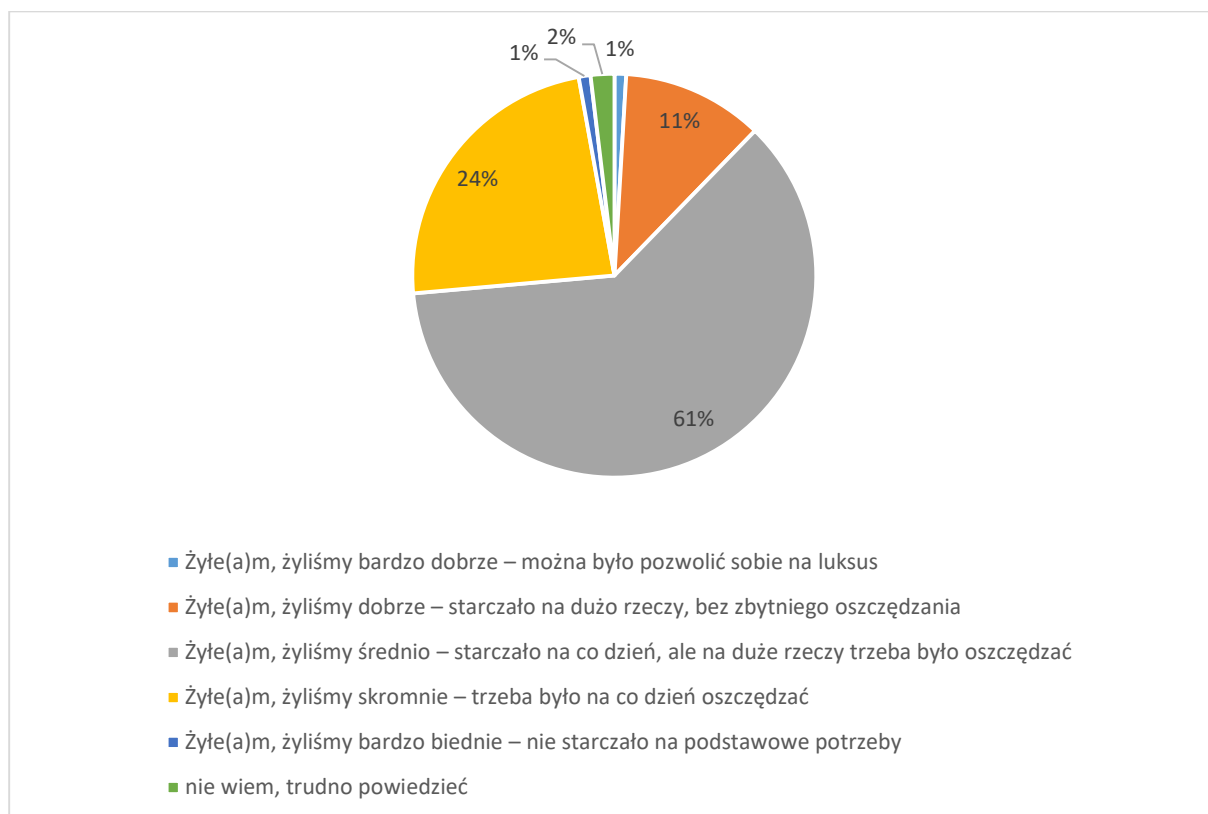
W przypadku, kiedy dana osoba zostaje uznana za znajdującą się w niekorzystnej sytuacji (np. z ww. powodu wykształcenia) jest jednocześnie np. osobą niepełnosprawną, należy ją wykazać w obu wskaźnikach (dot. niepełnosprawności oraz niekorzystnej sytuacji).

Katalog cech włączających uczestnika do grupy znajdującej się w niekorzystnej sytuacji jest otwarty i przy zachowaniu powyższych wytycznych, w uzasadnionych przypadkach może zostać rozszerzony przez projektodawcę.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Jak wynika z deklaracji uczestników projektów Działania 9.3 sytuacja materialna ich gospodarstw domowych jest przeciętna.

Wykres 12 Deklaracje uczestników projektów Działania 9.3 dotyczące sytuacji materialnej ich gospodarstwa domowego



Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników Działania 9.3, n=106

Większość badanych uczestników projektów Działania 9.3 utrzymywała się głównie z renty, emerytury.

Wnioski z analizowanej struktury socio-demograficznej uczestników skłaniają do postawienia tezy, że w projektach Działania 9.3 nastąpiło zaburzenie logiki interwencji. Wsparcie kierowane było do mieszkańców dużych miast, w których dostęp do opieki medycznej jest łatwiejszy niż w innych lokalizacjach regionu. Uczestnicy nie kwalifikowali się do świadczeń pomocy społecznej, zagrożenie wykluczeniem społecznym nie było decydującym kryterium dostępu.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

4. OCENA SKUTECZNOŚCI WSPARCIA

Niniejszy rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:

Czy i w jaki sposób zapewniona jest wysoka jakość wspieranych usług społecznych oraz zdrowotnych?

Jaki jest wpływ interwencji na poprawę dostępu do usług społecznych?

Jaki jest wpływ interwencji na poprawę dostępu do usług zdrowotnych?

Jaka jest efektywność realizowanych programów profilaktycznych?

Jakie inne czynniki mają wpływ na skuteczność usług społecznych?

Jakie inne czynniki mają wpływ na skuteczność usług zdrowotnych?

Jakie problemy napotykali Beneficjenci w trakcie realizacji usług społecznych/ zdrowotnych również w kontekście pandemii SARS-CoV2?

Jaki jest wpływ interwencji na proces deinstytucjonalizacji usług badanego obszaru w województwie dolnośląskim?

Jakie dodatkowe efekty, pozytywne lub negatywne można odnotować w wyniku wsparcia?

4.1. Usługi społeczne

Działanie 6.1 Inwestycje w infrastrukturę społeczną

W ramach Działania 6.1 zrealizowano 53 projekty, opiewające na łączną kwotę dofinansowania w wysokości 104 669 326,23 zł, wykorzystując w pełni alokację przeznaczoną na to działanie.

W rezultacie przeprowadzonej interwencji powstało 16 nowych żłobków/oddziałów żłobkowych, w ramach których utworzono 722 miejsc opieki nad dzieckiem do lat 3. Ponadto w ramach 8 projektów utworzono 90 mieszkań socjalnych, zaś w 5 kolejnych interwencjach – 29 mieszkań chronionych. Wybudowano lub przebudowano 5 domów dziecka/placówek opiekuńczo-wychowawczych w kierunku większej indywidualizacji instytucjonalnej pieczy zastępczej, zmodernizowano 1 DPS oraz wybudowano 3 kolejne całodobowe Domy Pomocy Społecznej oraz Dom Samotnej matki. Kolejne istotne efekty rzeczowe wsparcia obejmują infrastrukturę rodzinnego domu dziecka, 6 Klubów Integracji Społecznej, 2 Klubów Seniora oraz 5 Dziennych Domów Pomocy, a także 3 świetlice/centra społeczne.

Przekroczono zakładane w Programie wartości docelowe wskaźników produktu i rezultatu.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tabela 3 Stopień osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w Działaniu 6.1 Inwestycje w infrastrukturę społeczną

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika zakładana w Programie	Osiągnięta wysokość wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
Liczba wspartych obiektów, w których realizowane są usługi społeczne (produkt)	32	48	153%
Liczba miejsc w objętej wsparciem infrastrukturze w zakresie opieki nad dziećmi lub infrastrukturze edukacyjnej (CI 35) (produkt)	418	722	172%
Liczba wspartych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej (produkt)	24	36	150%
Liczba wybudowanych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej (produkt)	2	4	200%
Liczba przebudowanych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej (produkt)	10	14	140%
Liczba wyremontowanych obiektów, w których realizowane są usługi	8	12	150%

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika zakładana w Programie	Osiągnięta wysokość wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
aktywizacji społeczno-zawodowej (produkt)			
Liczba wyposażonych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej (produkt)	4	6	150%
Liczba utworzonych obiektów opieki nad dziećmi do 3 roku życia (produkt)	11	16	145%

Źródło: Informacja kwartalna RPO WD 2014-2020 – IV kwartał 2021 roku.

Efekty jakościowe oraz inne dodatkowe efekty wsparcia. Poprawa dostępu do usług społecznych w wyniku wsparcia

Mimo relatywnie małej liczby realizowanych interwencji (53 projekty) inwestycje Działania 6.1 RPO WD mają istotne znaczenie w skali regionu powodując bezwzględny przyrost KIS o ponad 100% w stosunku do bilansu roku 2015, zwiększając dostępność DPS oraz żłobków i oddziałów żłobkowych o 5% w stosunku do roku 2015, a także zwiększając liczbę dziennych domów pomocy o 25% w stosunku do stanu z 2015 roku.

Niemal wszyscy badani beneficjenci Działania 6.1 (n=22) uważają, że ich inwestycje przyczyniły się do trwałego podniesienia dostępności i jakości usług społecznych.

Zdaniem badanych beneficjentów, podmiotów realizujących usługi oraz przedstawicieli JST, na terenie których realizowane były projekty, interwencje z zakresu opieki nad dzieckiem do lat 3 przyniosły za sobą nie tylko rozwój opieki żłobkowej w obszarach, na których usługa ta była dla większości potrzebujących niedostępna, ale także wzrost jakości usługi poprzez dostosowanie terenu wokół żłobka/oddziału żłobkowego do bezpiecznego i edukacyjnie wartościowego spędzania czasu w wiosennych i letnich miesiącach, zwiększenie dostępności żłobka czy przedszkola dla dzieci z różnymi niepełnosprawnościami. W opinii badanych jednak – w wyniku ciągłego deficytu miejsc w żłobkach, usługa ta jest w niedostatecznym

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

stopniu dostępna dla niepracujących opiekunów dzieci do lat 3 – decyzje w sprawie przyznawania punktów uprawniających do przyjęcia dziecka należą do samorządów, te zaś zgodnie z kryteriami wsparcia w programie Maluch+ lub Działania 8.4 RPO WD preferują rodziny z rodzicem przebywającym na urlopie macierzyńskim, wychowawczym lub pracujących. Pociąga to za sobą – w wyniku niedostatecznej aktywności zawodowej młodych rodziców – konieczność dalszego rozwoju usługi w celu wzmacniania ich aktywności zawodowej. Nawet w skali lokalnej realizowanych interwencji, deficyt miejsc opieki nad dzieckiem do lat 3 nie został w pełni rozwiązany.

Beneficjenci i usługodawcy projektów wspierających DPS-y podkreślają, że inwestycje odpowiedziały na lukę opieki społecznej, skierowanej do osób starszych, chorych, niesamodzielnych. Przyczyniło się to do wzrostu poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, poprawy jakości ich życia oraz podniosło prestiż lokalizacji DPS. Wsparte stacjonarne domy pomocy społecznej kierują swoje usługi również do mieszkańców innych miejscowości, ich oddziaływanie jest więc ponadlokalne. Rozwiązania architektoniczne przyjęte w realizowanych interwencjach dają pensjonariuszom możliwość swobodnego przemieszczania się, zapewniając także atrakcyjną przestrzeń do spędzania czasu. Podobny efekt zaobserwowali usługodawcy wspartych DDP we Wrocławiu. Powstałe w Działaniu 6.1 Domy Diennej Pomocy oferują teren spędzania czasu również na wolnym powietrzu, ponadto dostarczają więcej miejsca na trening ruchowy czy też gimnastykę, co podnosi jakość wsparcia.

Wsparcie podmiotów reintegracji społecznej i zawodowej (ZAZ i KIS) umożliwia z jednej strony rozwinięcie oferty ZAZ, a więc pozwala na zwiększenie liczby osób korzystających ze wsparcia tego podmiotu, z drugiej zaś odpowiada na brak reintegracyjnych podmiotów ekonomii społecznej w bezpośrednim otoczeniu projektów oraz wzmacnia możliwości realizowania pomocy społecznej. Mieszkania chronione utworzone w ramach Działania 6.1 stwarzają możliwości usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej, jak wynika z relacji jednego z podmiotów świadczących usługi we wspartym mieszkaniu chronionym efektem dodatkowym wsparcia jest poprawa losu wychowanków, w wyniku pracy terapeutycznej i aktywizacyjnej realizowanej w mieszkaniu chronionym. Wsparcie mieszkalnictwa socjalnego, oprócz zmniejszenia kolejek osób oczekujących na mieszkania komunalne i przyczynienia się do poprawy warunków życia mieszkańców zagrożonych kryzysem bezdomności było też okazją – w przypadku projektu realizowanego w Świdnicy – do rewitalizacji zabytkowego budynku. W opinii badanych przedstawicieli JST zakładane efekty wsparcia zostały osiągnięte.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Jak wynika z badania beneficjentów częściowy efekt jałowej straty można odnotować w co czwartym projekcie. Brak uzyskania dofinansowania nie spowodowałby rezygnacji z realizacji interwencji, pociągnąłby jednak za sobą ograniczenie dotyczące skali prac infrastrukturalnych oraz odroczenie inwestycji w czasie.

Czynniki wpływające na wsparcie. Problemy w realizacji usług społecznych

Jak wynika z analizy WoP w trakcie realizacji inwestycji beneficjenci nie napotykali na większe trudności mogące wpływać na osiąganie efektów projektu. Płynna realizacja celów Działania 6.1 wynikała przede wszystkim z zakończenia głównych prac budowlanych przed kumulacją zamówień na rynku przypadająca na rok 2018 i późniejsze, oraz z zakończeniem inwestycji przed pandemią COVID-19. Okres ogłaszania konkursów i rozpoczynania działań projektowych był więc głównym czynnikiem sukcesu Działania 6.1. Pozostałe czynniki pozytywnie wpływające na realizację logiki interwencji uwzględniają np. wykorzystanie infrastruktury wcześniej przeznaczonej na cele społeczne (Żłobek miejski w Głogowie, DPS i Zakład Rehabilitacji Leczniczej w Nowogrodźcu, KIS w Świeradowie Zdroju), co pozwalało na minimalizowanie czasu i kosztów prac adaptacyjnych infrastruktury, odpowiedni i wystarczający zasób kadr mogących realizować usługę we wspartej infrastrukturze. Zaledwie co piąty badany beneficjent odnotował wpływ pandemii COVID-19 na trwałość efektów wspartej infrastruktury, mniejsze zainteresowanie uczestników bądź konieczność wstrzymania realizacji usługi. Dobrą praktyką wypracowaną w żłobku utworzonym w wyniku wsparcia w Głogowie były spotkania zdalne z dziećmi, ukierunkowane na podtrzymanie więzi i bezpieczeństwa emocjonalnego podopiecznych.

Wpływ wsparcia na deinstytucjonalizację usług społecznych

Zgodnie z założeniami logiki interwencji wsparto infrastrukturę, w której usługi świadczone były w sposób umożliwiający indywidualizację działań, ich specjalizację i wpływ pacjenta na zakres realizowanej usługi oraz jej realizowanie w środowisku lokalnym uczestnika. W żłobku miejskim w Głogowie, objętym studium przypadku, oferowane są darmowe konsultacje i prace terapeutyczne neurologiczne, logopedyczne. W przypadku wsparcia placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz powstałych lub modernizowanych nowych DPS-ów należy podkreślić, iż spełniały one kryteria dotyczące limitów osób objętych wsparciem w placówkach opiekuńczo-wychowawczych będących na ścieżce deinstytucjonalizacji, czy też liczby pensjonariuszy. Nowopowstałe domy dziecka zlokalizowane zostały w domach jednorodzinnych, w których wspólna przestrzeń imituje salon, pokoje dzieci są zaś na piętrze. Działania KIS w Świeradowie Zdroju umożliwiają uczestnikom planowanie i projektowanie tematyki zajęć oraz kierunku wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej. Ponad połowa badanych beneficjentów warunkuje powodzenie deinstytucjonalizacji usług dalszym

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

wspieraniem finansowym przedsięwzięć realizowanych na poziomie lokalnym, znaczny odsetek widzi też konieczność promowania tej formy ich realizacji oraz rolę potencjału organizacji pozarządowych. Zaledwie jedna czwarta badanych uważa, że o powodzeniu procesu deinstytucjonalizacji usług decyduje gotowość użytkowników do współpłacenia za usługi.

Działanie 9.2. Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

Efekty kwantyfikowalne wsparcia

W Działaniu 9.2 realizowanych jest 100 projektów, o łącznej wysokości dofinansowania 151 190 275,91 zł, co stanowi 103%²² alokacji przeznaczonej na to działanie. Do końca 2021 roku, w zakończonych projektach wsparto usługami asystenckimi i opiekuńczymi 3 982 osoby. Ponadto 5 563 osób objęto wsparciem w zakresie wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, zaś 454 osoby zostały poddane aktywizacji społecznej i usamodzielnianiu w mieszkaniach chronionych. Wsparto kompetencyjnie 2 341 asystentów OzN.

W realizowanych projektach przekroczone zostały zakładane w Programie wartości docelowe większości monitorowanych wskaźników produktu i rezultatu. Cele programowe zostały więc osiągnięte. Biorąc pod uwagę, że w momencie realizacji badania 26 projektów pozostawało jeszcze w realizacji, należy spodziewać się jeszcze wyższego stopnia osiągnięcia celów Działania 9.2.

Tabela 4 Stopień osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w Działaniu 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika zakładana w Programie	Osiągnięta wysokość wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie (produkt)	9097	10522	116%

²² Procent wykorzystania alokacji obliczono poprzez zastosowanie kursu euro w wysokości 4,5896 zł, przy wysokości alokacji w euro na poziomie 31948104 euro.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika zakładana w Programie	Osiągnięta wysokość wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami asystenckimi i opiekuńczymi w społeczności lokalnej w programie (produkt)	Podlega monitorowaniu bez określenia wartości docelowej	3 982	nd
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami w postaci mieszkań chronionych i wspomaganych w programie (produkt)	Podlega monitorowaniu bez określenia wartości docelowej	454	nd
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami wspierania rodziny i pieczy zastępczej w programie (produkt)	Podlega monitorowaniu bez określenia wartości docelowej	5 653	Nd
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych, istniejących po zakończeniu projektu (rezultat)	2 671	2 314	86,63%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy, uczestniczących w kształceniu lub szkoleniu, zdobywających kwalifikacje, pracujących	775	898	105,26%

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika zakładana w Programie	Osiągnięta wysokość wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
(łącznie z prowadzonymi działalnością na własny rachunek) po opuszczeniu programu (rezultat)			
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które opuściły opiekę instytucjonalną na rzecz usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej w programie (rezultat)	Podlega monitorowaniu bez określenia wartości docelowej	239	Nd
Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych istniejących po zakończeniu projektu (rezultat)	Podlega monitorowaniu bez określenia wartości docelowej	594	Nd
Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług w mieszkaniach wspomaganych i chronionych istniejących po zakończeniu projektu (rezultat)	Podlega monitorowaniu bez określenia wartości docelowej	46	Nd
Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej istniejących po zakończeniu projektu (rezultat)	Podlega monitorowaniu bez określenia wartości docelowej	531	nd

Źródło: Informacja kwartalna RPO WD za IV kwartał 2021 roku

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Najbardziej skutecznym przedsięwzięciem pod względem liczby wspartych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym jest projekt ZHP pn. Dolnośląskie podwórka, w którym prowadzono działania skierowane do dzieci i młodzieży z rodzin w kryzysie niewydolności opiekuńczo-wychowawczej. Łącznie w projekcie tym wzięło udział 1 582 osób, czyli blisko 15% wszystkich uczestników projektów Działania 9.2. Wysoką skalą wsparcia charakteryzuje się także projekt Centrum Wsparcia Rodziny w Powiecie Bolesławieckim, w którym odnotowano udział 554 osób. W obszarze usług opiekuńczych i asystenckich największą liczbę uczestników osiągnęły 2 projekty Stowarzyszenia Centrum Wspierania Przedsiębiorczości: Świadczenie usług opiekuńczych w południowo-zachodniej części Dolnego Śląska oraz Usługi opiekuńcze nad osobami niesamodzielnymi w południowej części Dolnego Śląska (odpowiednio 316 i 231 osób). W zakresie tworzenia mieszkań chronionych największą skutecznością charakteryzuje się projekt Miasta Wrocławia pn. Droga do samodzielności - stworzenie 30 miejsc świadczenia usług społecznych w ramach 6 mieszkań treningowych na obszarze Miasta Wrocławia (109 uczestników).

Analizując liczbę uczestników poszczególnych typów projektów należy przyjąć, iż najwyższą skutecznością w osiąganiu kwantyfikowalnych celów Programu charakteryzują się projekty ukierunkowane na wsparcie rodziny i pieczy zastępczej. Nieco niższy udział w generowaniu kluczowego wskaźnika programu Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie (produkt) mają projekty realizujące usługi opiekuńcze i asystenckie, niemniej jednak należy mieć na uwadze, iż 24 projekty realizujące ten typ operacji nie zostały jeszcze zakończone, tak więc proporcje skuteczności poszczególnych typów projektów mogą się zmienić.

[Efekty jakościowe oraz inne dodatkowe efekty wsparcia. Poprawa dostępu do usług społecznych w wyniku wsparcia](#)

Skala wsparcia interwencji Działania 9.2 jest istotna w regionie. W trakcie 5 lat trwania Programu usługami opiekuńczymi i asystenckimi objęto blisko 10% wszystkich osób starszych lub osób z niepełnosprawnościami, którym oferowano ten typ usług w województwie dolnośląskim (według danych OZPS za lata 2015-2019). Liczba odbiorców wsparcia w zakresie rodziny i pieczy zastępczej w Działaniu 9.2 stanowi 8% liczby rodzin będących klientami pomocy społecznej w roku 2015. Liczba osób objętych wsparciem w mieszkaniach chronionych w trakcie trwania Programu stanowi pięciokrotność użytkowników tego typu infrastruktury w roku 2015.

W opinii badanych przedstawicieli beneficjentów oraz usługodawców, a także JST, na terenie których usługi te były realizowane wsparcie przyniosło efekty szersze od zamierzonych, co wynikało w pierwszej kolejności z indywidualizacji wsparcia oraz logiki interwencji

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

wymagającej od realizatorów elastyczności w realizacji usługi. Ponad połowa badanych beneficjentów Działania 9.2 deklaruje, iż realizacja projektu przyczyniła się do podniesienia ich wiedzy instytucjonalnej dotyczącej prowadzenia usług społecznych, wprowadzenia innowacyjnych w stosunku do wcześniej realizowanych form wsparcia, wzbogacenia doświadczenia pracowników instytucji o pracę z nowymi grupami docelowymi (np. opiekunowie osób zależnych, wspierające środowisko lokalne).

W przypadku wsparcia usług opiekuńczych i asystenckich jako główne efekty wsparcia wskazywano skutek opieki wytchnieniowej, a więc aktywizację zawodową członków rodziny opiekujących się osobą zależną, rozwiązanie wielu problemów OzN intelektualną, w tym zapewnienie dostępu do usług i pomocy społecznej, o której wcześniej osoby te nie wiedziały i z których nie korzystały, zwiększenie samodzielności i mobilności uczestników projektu poprzez oferowanie w projektach oferujących usługi społeczne również usług zdrowotnych, np. wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego. Istotnym efektem realizowanych projektów było też wykształcenie kadry posiadającej umiejętności do realizacji usług asystenckich i opiekuńczych, co zwiększyło zasoby pomocy społecznej w regionie. Jako najbardziej skuteczne formy wsparcia uznano włączenie środowisk lokalnych w tzw. wolontariat sąsiedzki lub prace podwórkową. Zdaniem badanych, rozwiązaniem to niesie za sobą trwałą integrację osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w życie lokalnej społeczności. Bardzo skutecznym rozwiązaniem w obszarze tzw. opieki wytchnieniowej była organizacja świetlic dla OnZ, w której również pracowali asystenci. Rozwiązanie to zostało zaadoptowane również po zakończeniu wsparcia przez Fundację Imago.

W obszarze wsparcia rodziny i pieczy zastępczej jako główny jakościowy efekt wsparcia wskazano poprawę wyników w nauce, zmianę perspektywy życiowej, tj. planów na przyszłość dzieci i młodzieży z rodzin pieczy zastępczej bądź rodzin doświadczających trudności opiekuńczo-wychowawczych, podniesienie kompetencji rodzin. Wsparcie projektowe umożliwiło także dostęp tych rodzin do poradnictwa specjalistycznego czy specjalistycznej opieki lekarskiej niedostępnej w NFZ w danej lokalizacji. Jako najbardziej skuteczne formy wsparcia uznano poradnictwo psychologiczne i specjalistyczne, refundowanie kosztów korepetycji, walkę z wykluczeniem cyfrowym dzieci i młodzieży objętej wsparciem, pracę podwórkową lub wolontariacką oraz refundowanie wyjazdów na kolonie. W opinii badanego beneficjenta Fundacji Rodzinna Stacja, niezwykle istotnym aspektem były działania integrujące rodziny objęte wsparciem z lokalną społecznością, tworzenie grup samopomocowych, np. na facebooku, w których można dzielić się swoimi problemami i wyzwaniem również z przedstawicielem usługodawcy w okresie trwałości projektu.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

W przypadku wsparcia mieszkań chronionych podkreślano wpływ wsparcia na usamodzielnienie się osób z niepełnosprawnościami lub wychowanków pieczy zastępczej. W wywiadach pogłębionych przedstawiano liczne przykłady osób, które po treningu w mieszkaniu chronionym decydowały się na kontynuację nauki lub podejmowały atrakcyjną dla nich pracę zarobkową. Jako skuteczną formę wsparcia – oprócz pracy pracownika socjalnego lub trenera – wskazywano także wszelkie formy włączania społeczności lokalnej do realizacji bądź monitorowania efektów działań projektowych. Jako przykład można wskazać działania nauczyciela ze szkoły ponadpodstawowej, w której uczył się problemowy wychowanek pieczy zastępczej podlegający treningowi w mieszkaniu chronionym, który widząc wykluczenia cyfrowe ucznia wystarał się o sprzęt dla niego w ramach Szlachetnej Paczki.

Beneficjenci Działania 9.2 zapewniali wysoką jakość realizowanych usług poprzez bieżącą ewaluację stopnia zadowolenia odbiorców ostatecznych oraz poprzez korzystanie z efektów doświadczeń zebranych podczas realizacji wcześniejszych projektów, w tym dobrych praktyk międzynarodowych wypracowanych w ramach Funduszy Norweskich. Wysoka jakość wsparcia gwarantowana była również poprzez uwzględnianie w większości realizowanych projektów usług specjalistycznych oraz poprzez zastosowanie kompleksowej formuły wsparcia, uwzględniającej szeroki wachlarz możliwych do zastosowania jego form. Jak wynika z badania beneficjentów i usługodawców niemal powszechnie występującym czynnikiem wzmacniania jakości realizowanej usługi były wysokie kwalifikacje personelu, indywidualizowanie czasu realizacji usługi w zależności od potrzeb uczestników, w 60% realizowanych projektów zastosowano nowoczesne środki trwałe, np. sprzęt do wsparcia osób znajdujących się w stanie przeddemencyjnym na potrzeby DDP we Wrocławiu. W co trzecim projekcie zastosowano mechanizm indywidualnych usprawnień polegający na zatrudnianiu asystenta dla osoby, która wymagała dodatkowego wsparcia.

Jak wynika z badania beneficjentów nie występuje ryzyko creamingu, czyli rezygnacji z rekrutacji uczestników, którzy znajdują się w wyjątkowo trudnej sytuacji społecznej czy zdrowotnej. Respondenci deklarują też niewystępowanie zjawiska souringu polegającego na rezygnacji z rekrutacji uczestników, z powodu konieczności objęcia wsparciem osób znajdujących się w trudniejszej sytuacji życiowej. Nie występuje też wysokie ryzyko wystąpienia efektu jałowej straty. Zaledwie 4 spośród 55 badanych beneficjentów deklaruje, że bez uzyskania dofinansowania realizowałyby wsparcie. Są to głównie PCPRy realizujące projekty z obszaru pieczy zastępczej, a więc swoich ustawowych obowiązków. Respondenci ci przyznają jednak, że bez uzyskania dofinansowania zrealizowałyby interwencję wobec mniejszej liczby uczestników i w mniejszym zakresie.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Czynniki wpływające na wsparcie. Problemy w realizacji usług społecznych

W przypadku Działania 9.2 odnotowano bariery realizacji usługi. Wiązały się one w pierwszym rzędzie ze wzrostem stawek uposażenia asystentów oraz osób świadczących usługi specjalistyczne, co pociągało za sobą konieczność renegocjacji pozycji projektowych i przesuwania środków z działań towarzyszących wsparciu na zapłatę wynagrodzenia podstawowemu personelowi projektu oraz przestoje działań w projekcie do czasu dokonania tych ustaleń. Koncentracja wsparcia na mieszkańcach obszarów niskourbanizowanych generowała dalsze niezaplanowane wydatki, związane z kosztami dotarcia do osoby otrzymującej wsparcie. W projektach odnotowano także słabnące zainteresowanie realizowaniem usług asystenckich, respondenci zwracali uwagę na fakt, iż główny trzon ich zespołu stanowią osoby w wieku emerytalnym, podczas gdy młodzi podopieczni z niepełnosprawnościami najchętniej pracowaliby z asystentami niewiele od nich starszymi. Rozwiązaniem sprzyjającym osiągnięciu takiego efektu jest organizowanie wolontariatu wśród studentów bądź uczniów również z ukierunkowaniem na asystenturę. Zadanie takie realizowane jest między innymi przez Fundację Imago poza projektem Działania 9.2

Nie odnotowywano raczej problemów rekrutacyjnych w projektach oferujących usługi asystenckie i opiekuńcze czy też mieszkania chronione, w związku z silnymi potrzebami osób starszych, chorych czy osób z niepełnosprawnościami na obszarze realizacji projektu. W przypadku wsparcia rodziny i pieczy zastępczej występowały często trudności z kontynuacją wsparcia przez rodziców, u których wystąpiły trudności w pełnieniu ról opiekuńczo-wychowawczych, czy też – jak w przypadku projektu Dolnośląskie Podwórka – wycofywanie się uczestników projektów z poszczególnych form wsparcia. Zdaniem beneficjenta Fundacja Rodzinna Stacja rozwiązaniem tych trudności mogło być wsparcie ze strony władz gminy i powiatu w zakresie realizowania kampanii uświadamiającej mieszkańców w zakresie przemocy psychicznej w rodzinach. W nielicznych projektach wspierających rodziny udało się zorganizować model współpracy z rodzinami wspierającymi. Ten typ wsparcia – choć powszechnie uważany za bardzo skuteczny - wymagać musi szerokich kampanii promocyjnych realizowanych w skali lokalnej.

Pandemia COVID-19 była wyzwaniem dla beneficjentów projektów realizowanych w jej czasie. Wiązała się z przypadkami wycofywania się uczestników ze wsparcia, w tym również osób doszkalających się w pełnieniu ról asystentów OzN. Pandemia spowodowała jednak korzystny efekt podniesienia kompetencji cyfrowych uczestników, asystenci uczyli podopiecznych prowadzenia kontaktów zdalnych, np. z telefonu, zakładania profilu zaufanego, często wpierw ucząc się tego samodzielnie. Zajęcia realizowane w mieszkaniach treningowych i wspierających prowadzone jednak były w ograniczonym zakresie, zdarzały się

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

przeście. Powszechnie wnoszono o przedłużenie okresu realizacji projektu. Pandemia nie miała jednak wpływu na zmniejszenie liczby uczestników prowadzonych interwencji. Jak wynika z badania ilościowego uczestników i beneficjentów bardzo często, w jednej trzeciej projektów zdecydowano się na teleopiekę, dowożenie posiłków czy też rotacyjność uczestników. W projektach wspierających usługi opiekuńcze i asystenckie wprowadzono także czasowo system ciągłego naboru uczestników. Zdecydowana większość badanych beneficjentów pozytywnie ocenia reakcję IZ RPO WD na konsekwencje pandemii, możliwość wydłużenia okresu realizacji projektów, zmiany stosowanych form wsparcia.

Wpływ wsparcia na deinstytucjonalizację usług społecznych

Jak wynika z analizy zakresu działań projektowych wszystkie usługi realizowane w ramach projektów Działania 9.2 niosą za sobą element współpracy sąsiedzkiej, osadzenia działań projektowych w środowisku lokalnym, również poza instytucjami i organizacjami realizującymi daną usługę. Jest to niewątpliwie wysoki efekt deinstytucjonalizacji realizowanych usług.

Kolejnym aspektem jest indywidualizacja wsparcia i możliwość współdecydowania uczestników projektu o kierunku działań projektowych. Kwestia ta była powszechna w usługach opiekuńczych i asystenckich. W przypadku wsparcia rodziny i pieczy zastępczej profilowano tematykę szkoleń pod potrzeby uczestników, indywidualizowano też korepetycje i pomoc specjalistyczną. W mieszkaniach chronionych stosowano różne formy aktywizacji społecznej i zawodowej w zakresie od deficytów i potrzeb uczestników. Dobrą praktyką, rozwiniętą w MCUS Wrocław było zastosowanie na początku pobytu uczestnika w prowadzonym przez podmiot DDOM-ie (wspartym infrastrukturalnie w ramach Działania 6.1) Indywidualnego Planu Wsparcia uwzględniającego kwestie terapeutyczne, społeczne i edukacyjne. Plan ten był cyklicznie co kwartał weryfikowany i ewentualnie modyfikowane na podstawie rozmów z pensjonariuszem.

Zdaniem ponad połowy badanych beneficjentów Działania 9.2 podstawowym czynnikiem wspierającym deinstytucjonalizację usług jest wsparcie finansowe na rozwijanie działań w środowisku lokalnym oraz promocja tej formy pomocy społecznej. Niemal połowa warunkuje powodzenie deinstytucjonalizacji usług potencjałem organizacji pozarządowych, więcej niż jedna trzecia badanych zwraca uwagę, że istotnym czynnikiem sukcesu deinstytucjonalizacji usług społecznych jest kapitał społeczny czyli gotowość włączenia się środowiska lokalnego do działania projektowe, kapitał obywatelski czyli wywieranie wpływu na władze lokalne, klimat polityczny oraz dobra wola władz lokalnych. Zwraca uwagę, iż ponad jedna trzecia badanych uważa także, że deinstytucjonalizacja usług społecznych zależy od gotowości użytkowników do współpłacenia za realizowane usługi.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

4.2. Usługi zdrowotne

Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

Efekty kwantyfikowalne wsparcia

Łączna liczba obowiązujących (nierozwiązanych) umów w ramach Działania 6.2 wynosi 46, a kwota tych umów to 320 821 656,36 PLN. Trzy umowy zostały rozwiązane:

- Rozwój opieki koordynowanej na terenie LGOM świadczonych przez MCZ S.A,
- Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej przez Przychodnię Lekarsko – Rehabilitacyjną ZDROVIT w Bielawie;
- Przebudowa budynku NZOZ Kłodzki Obwód Lecznictwa Kolejowego Sp z o.o. w Kłodzku oraz zakup sprzętu diagnostycznego w celu poprawy dostępności i jakości opieki koordynowanej.

Aby ocenić skuteczność wsparcia w ramach Działania 6.2 i jego wpływ na poprawę dostępu do usług zdrowotnych, należy przeanalizować efekty zrealizowanych projektów, zmianę sytuacji w ochronie zdrowia województwa dolnośląskiego na przestrzeni lat 2013-2022 i opinie respondentów niniejszego badania.

Zestawienie wskaźników z programu przedstawia poniższa tabela.

Tabela 5 Osiągnięcie wskaźników w ramach Działania 6.2 (wg stanu na dzień 2.02.2022)

Wskaźnik	Typ wskaźnika	Szacowana wartość docelowa (2023)	Osiągnięta wartość docelowa (2022 lub najnowsza dostępna)	% osignięcia wartości
Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca (szt.)	Wskaźnik rezultatu specyficzny dla programu	8,20	6,74	82,3%

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wskaźnik	Typ wskaźnika	Szacowana wartość docelowa (2023)	Osiągnięta wartość docelowa (2022 lub najnowsza dostępna)	% osiągnięcia wartości
Liczba wspartych podmiotów leczniczych (szt.)	Wskaźnik produktu	58	58	100%
Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	Wskaźnik produktu	45 000 000	122 049 399	290,82%
Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) (os.)	Wskaźnik rezultatu bezpośredniego	421 974	530 895	116,20%

Źródło:

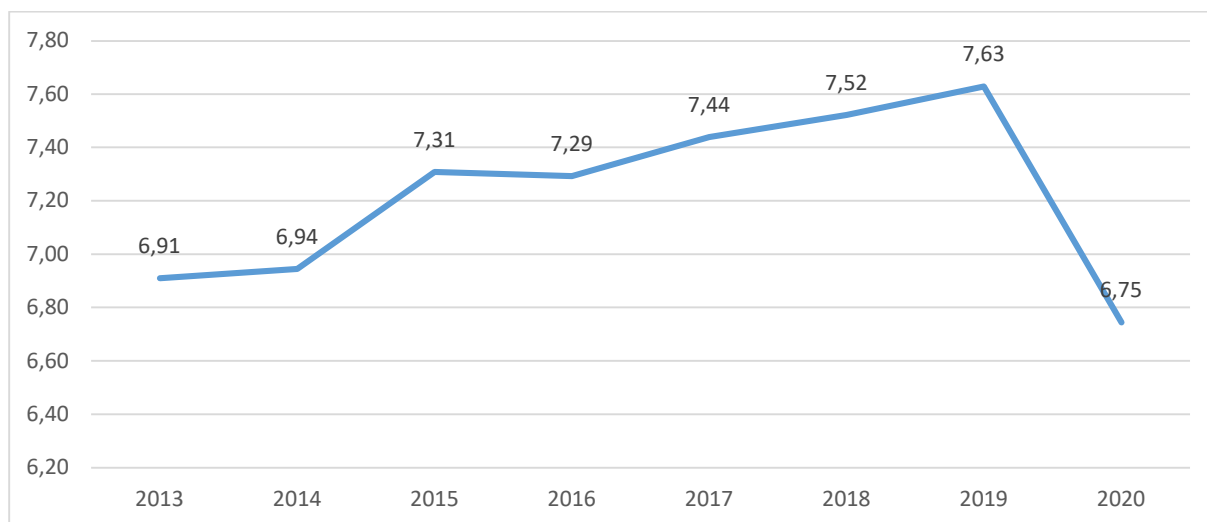
Źródło: Informacja kwartalna RPO WD 2014-2020 – IV kwartał 2021 roku oraz STRATEG (Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca (szt.) -stan na koniec 2020 roku).

Co do zasady, podstawowe wskaźniki zostały osiągnięte lub przekroczone. Ulepszonymi, dzięki zakupionej lub wybudowanej/przebudowanej/wyremontowanej infrastrukturze, usługami zdrowotnymi objętych zostało ponad 530 000 mieszkańców województwa (18,4% wszystkich mieszkańców województwa; o 108 921 więcej niż planowano), co wskazuje na poprawę dostępu do usług zdrowotnych.

W roku 2020 nie osiągnięto natomiast wskaźnika rezultatu Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca, jednak związane to jest ze szczególną sytuacją, jaką jest wystąpienie pandemii COVID-19. Liczba porad spadła z tego względu w 2020 roku o 2,6 mln w porównaniu z 2019 r. Ogólnie natomiast w latach 2013-2019 nastąpił wzrost wskaźnika, co widać na poniższym wykresie.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 13 Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca w województwie dolnośląskim w latach 2013-2020



Źródło: dane STRATEG, monitorujące przedmiotowy wskaźnik

Od roku 2013 do 2019 następował niemal liniowy trend wzrostu wskaźnika. Gdyby taki trend utrzymał się do roku 2023, wskaźnik osiągnąłby wartość 8,11, czyli niemal taką, jak planowana wartość docelowa na ten rok. Zgodnie z obecną wiedzą, pandemia COVID-19 zmierza do stanu endemicznego, a kolejne restrykcje są zdejmowane, dlatego można przewidywać „odbicie” w wartości wskaźnika w kolejnych latach.

Poza wskazanymi wyżej efektami, w zakresie zwiększenia dostępności usług zdrowotnych beneficjenci we wnioskach o płatność deklarują dostosowanie 27 obiektów do potrzeb osób z niepełnosprawnościami – działania takie podjęto w 20 projektach, między innymi w ramach projektu pn. Regionalne Centrum Opieki Koordynowanej - Rozwój opieki koordynowanej i środowiskowej przez inwestycje w POZ i AOS w powiatach bolesławieckim, lubańskim, lwóweckim, jeleniogórskim i zgorzeleckim do 2018 roku dostosowano aż 5 obiektów do potrzeb OZN (POZ i AOS). Ponadto beneficjenci sprawozdają realizację innych wskaźników, specyficznych dla projektów, np.:

- objęcie 10 178 osób ulepszonymi usługami medycznymi w ramach projektu pn. Poprawa warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w Przychodni Rejonowej w Jaworze poprzez modernizację pomieszczeń oraz zakup specjalistycznego wyposażenia;
- udzielenie 179 510 świadczeń profilaktycznych w stworzonym Regionalnym Centrum Opieki Koordynowanej;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- przeprowadzenie 321 zabiegów chirurgicznych, które mogły być wykonane na terenie szpitala, a zostały zrealizowane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (w ramach projektu pn. Wdrożenie opieki koordynowanej w zakresie profilaktyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego (Endo-Med S.C.).

Jednocześnie należy zauważyć, że zrealizowane działania nie zaspokajają wszystkich potrzeb ochrony zdrowia w województwie dolnośląskim. Wprawdzie, podobnie jak w pozostałych regionach, wzrosła w latach 2013-2020 liczba lekarzy na 10 tys. ludności (z 48,6 do 57,8, co daje regionowi szóste miejsce w rankingu województw), jednak liczba przychodni spadła w tym samym czasie z 216 do 204, a przede wszystkim wzrosła liczba ludności na jedno łóżko w szpitalu (z 193 do 217). Dlatego konieczne jest podejmowanie dalszych działań wspierających, zwłaszcza w obszarze leczenia szpitalnego.

Czynniki wpływające na wsparcie. Problemy w realizacji usług zdrowotnych

Badania wskazują na wystąpienie kilku istotnych czynników mających wpływ na skuteczność działań związanych z budową, przebudową i rozwojem infrastruktury zdrowotnej i – następnie – świadczeniem usług zdrowotnych na bazie tejże infrastruktury. Pierwsza grupa tych czynników dotyczy samej realizacji projektu infrastrukturalnego. Należy do niej czynnik, jakim jest **dostępność wykonawców robót budowlanych**. Od dłuższego czasu Polska boryka się z deficytami na rynku pracowników budownictwa. Problem ten dotyczy także województwa dolnośląskiego. W 2019 r. wg badania WUS 58% firm budowlanych wskazywało niedobór wykwalifikowanych pracowników jako podstawową barierę w działalności przedsiębiorstw²³. Raport „Barometr zawodów 2020” wskazuje, że największy deficyt pracowników występuje w skali województwa właśnie w branży budowlanej, także w dużych miastach takich jak Wrocław czy Jelenia Góra. Deficyt ten wpływał także na realizację projektów w ramach Działania 6.2.

Drugim czynnikiem w tej grupie są **zmiany cen na rynku robót budowlanych i sprzętu**. Niektórzy beneficjenci wskazywali na problem z rosnącymi cenami zarówno robót budowlanych, jak i wyposażenia.

Druga grupa czynników wpływa na świadczenie usług medycznych. Niezbędny jest tu odpowiedni **dostęp do kadry medycznej, która będzie świadczyć usługi**. Zakup sprzętu lub rozbudowa jednostki ochrony zdrowia może odpowiadać na realne potrzeby zdrowotne mieszkańców, jednakże do wykorzystania nowego potencjału potrzebne są odpowiednie kadry, a zwłaszcza w niewielkich miejscowościach dostęp do nowych kadr jest utrudniony (co

²³ Barometr Zawodów 2020, Raport podsumowujący badanie w województwie dolnośląskim. Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy i Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, 2020.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

wskazywali np. respondenci studium przypadku). Drugim czynnikiem w tej grupie jest **dostępność środków na świadczenia medyczne** przy wykorzystaniu nowego sprzętu. Problemy z dostępnością tych środków wskazywane były także w cytowanej wcześniej Strategii Województwa Dolnośląskiego 2020) „brak wpływu na poziomie regionu na politykę płatnika (NFZ)”.

Współpraca z innymi instytucjami i przepływ informacji jest szczególnie istotny w projektach dotyczących opieki koordynowanej. Obrazują to wypowiedzi respondentów w ramach projektu objętego studium przypadku, którzy wskazują, że na sukces ich projektu wpłynęła znacząco duża baza wiedzy i kontaktów z wyspecjalizowanymi jednostkami ochrony zdrowia, a także współpraca z ośrodkami pomocy społecznej.

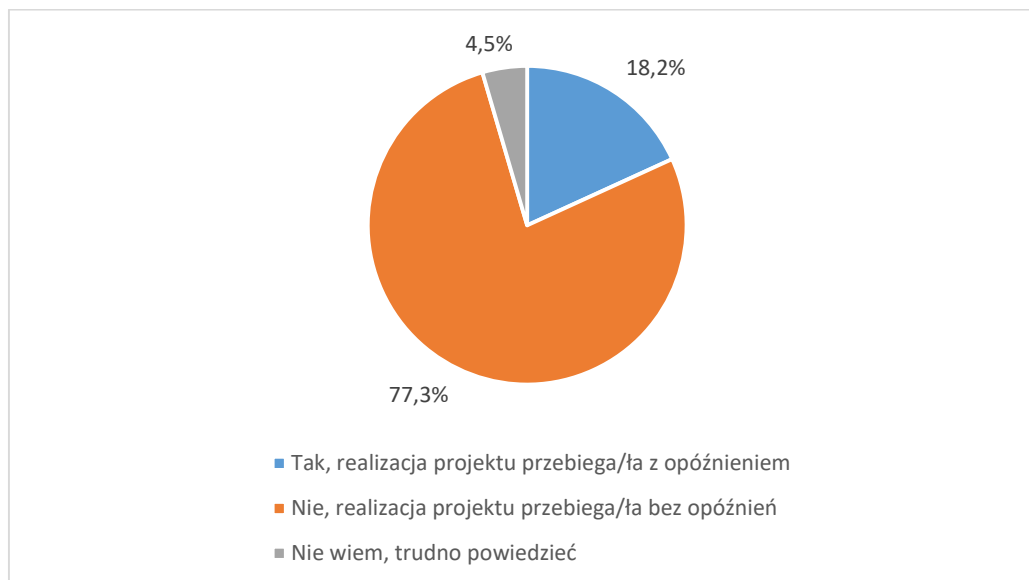
Jak wskazuje analiza raportu z systemu SL, w ramach projektów w Działaniu 6.2. wystąpiły głównie problemy związane z przeprowadzaniem procedury zamówień publicznych (lub zamówień wg zasady konkurencyjności). Najczęściej wskazywano następujące problemy:

- brak złożonych ofert, co powodowało konieczność ponownego ogłoszenia postępowania, a w efekcie – wydłużenie terminu realizacji projektu; problem ten wiązał się, wg wyjaśnień beneficjentów, ze wskazanym wyżej deficytem pracowników na rynku budowlanym i bardzo wysokim popytem w porównaniu z podażą usług;
- wzrost cen na rynku budowlanym i rynku sprzętu medycznego;
- przedłużenie wykonania robót budowlanych;
- wydłużenie czasu podpisania umowy z Województwem Dolnośląskim, co powodowało opóźnienie realizacji projektu;
- wystąpienie konieczności wykonania prac nieprzewidzianych w dokumentacji projektowej;
- konieczność zmian planu działania ze względu na pandemię COVID-19.

Wśród beneficjentów Działania 6.2 badanych metodą ankietową, jedynie trzech wskazało na dokonywanie zmian w projekcie. Dotyczyło one przesunięcia wydatków między kategoriami oraz wydłużenia okresu realizacji projektu. Ponad 77% badanych wskazało, że realizacja projektu przebiegła bez opóźnień. Wśród czterech respondentów wskazujących na opóźnienia, w dwóch przypadkach trwały one od 3 do 6 miesięcy, w jednym przypadku – powyżej 12 miesięcy, i także w jednym były krótsze niż 3 miesiące. W każdym przypadku zostały one objęte aneksem do umowy o dofinansowanie.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 14 Opóźnienia w realizacji projektów w ramach Działania 6.2 wg respondentów ankiety



Źródło: badanie CAWI/CATI z beneficjentami Działania 6.2, n=23

Przyczyny opóźnień wskazywane w ankiecie wpisywały się w kategorie wskazane wcześniej (brak ofert na zakup sprzętu medycznego, pandemia COVID, roboty dodatkowe, których nie można było przewidzieć na etapie przygotowania oferty). Tylko jeden respondent ankiety wskazał na problem z osiągnięciem wskaźnika („Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”) – trudności wynikały z tego, że potrzeba było więcej czasu na rozpoczęcie usług na bazie stworzonej infrastruktury, i ostatecznie wskaźnik został osiągnięty rok po zakończeniu realizacji projektu.

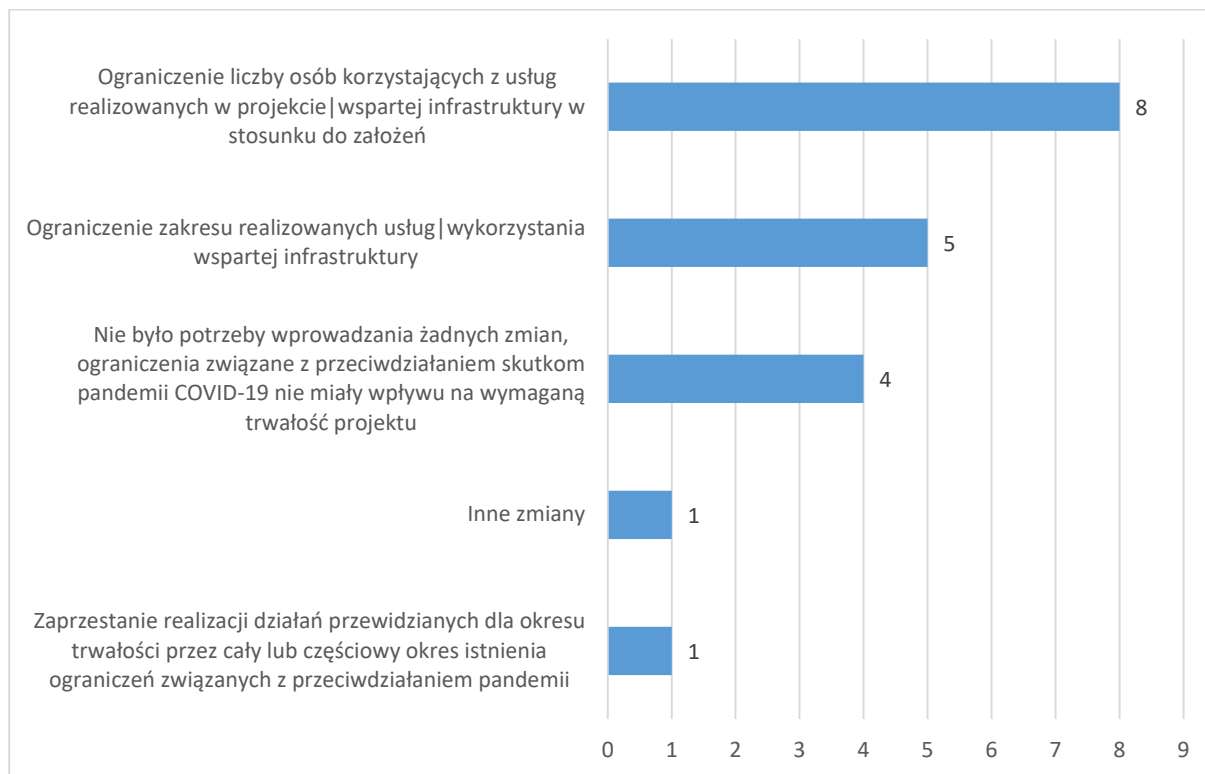
Ponadto pojedynczy respondenci wskazywali na problemy związane z samym świadczeniem usług przy pomocy rozwiniętej infrastruktury:

- brak świadczeń lekarza pediatry oraz usług świadczonych w godzinach od 7 do 19;
- brak większej ilości lepszego sprzętu medycznego;
- brak kontraktu z NFZ na świadczenia specjalistyczne w dwóch poradniach (kardiologiczna, okulistyczna) mimo wielokrotnych prób jego uzyskania.

Dziewiętnastu respondentów ankiety realizowało projekty w ramach Działania 6.2 w okresie pandemii COVID-19 (lub też pandemia przypadała na okres trwałości projektów). W przypadku 15 z nich spowodowało to trudności, a co za tym idzie, konieczność zmian w projekcie. Najczęstszą zmianą było ograniczenie liczby osób korzystających z usług/wspartej infrastruktury lub ograniczenie zakresu realizowanych usług.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 15 Zmiany, jakich musieli dokonać beneficjenci Działania 6.2 ze względu na pandemię COVID-19



Źródło: badanie CAWI/CATI z beneficjentami Działania 6.2, n=15 (podgrupa beneficjentów, którzy realizowali projekt w okresie pandemii COVID-19 lub pandemia przypadała na okres trwałości ich projektów)

Wpływ wsparcia na deinstytucjonalizację usług zdrowotnych

Zapisy SZOOP w zakresie Działania 6.2 opisują derogacje w zakresie stosowania map potrzeb zdrowotnych, także związane z deinstytucjonalizacją opieki zdrowotnej na poziomie AOS/POZ poprzez wzmocnienie geriatricznej, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki koordynowanej. Wprawdzie regulamin dedykowanego opiece koordynowanej konkursu nr RPDS.06.02.00-IZ.00-02-104/16 nie mówi bezpośrednio o deinstytucjonalizacji, jednak wskazuje, że opieka ta realizowana dzięki wspartej infrastrukturze ma obejmować formy środowiskowe. Tego typu działania realizowane były w ramach wszystkich projektów w ramach pierwszego naboru (wymagane były kryterium dostępu pn. Rozwój opieki koordynowanej z uwzględnieniem środowiskowych form opieki). Najczęściej wskazywano takie działania jak:

- zastąpienie opieki długoterminowej przez działania pielęgniarki lub położnej środowiskowej;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- zakup sprzętu przenośnego umożliwiającego lekarskie wizyty domowe i usługi w miejscu pobytu (dom, DPS) – przenośny sprzęt do EKG, spirometry, defibrylatory, holtery itp.;
- realizacja towarzyszących działań promocyjnych, informacyjnych i edukacyjnych we współpracy z instytucjami „naturalnego środowiska” pacjentów (szkoła, OPS);
- współdziałanie z instytucjami pomocy społecznej w celu rozwiązywania problemów pacjentów.

Można uznać, że działania te były pierwszym krokiem do deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, gdyż opieka koordynowana przenosi część realizowanych działań z instytucji „wyższego” poziomu (szpitale) do instytucji „niższego” poziomu (AOS i POZ). Jednakże deinstytucjonalizacja nie była głównym celem Działania, nie była także ujęta we wskaźnikach, dlatego w celu jej dalszego rozwoju potrzebne są kolejne działania, zwłaszcza w świetle postępującego starzenia się społeczności.

Efekty jakościowe oraz inne dodatkowe efekty wsparcia

Na dodatkowe efekty wsparcia Działania 6.2 wskazują – po pierwsze – wskaźniki zastosowane w poszczególnych projektach przez beneficjentów, takie jak:

- objęcie 117 osób (personelu placówek medycznych) szkoleniem/doradztwami w zakresie kompetencji cyfrowych (projekty realizowane przez Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu);
- stworzenie przestrzeni publicznych, pozytywnie wpływających na rozwój relacji obywatelskich, istotnych dla społeczności lokalnych (salka relaksacyjna z wyświetlaczem w przychodni);
- wzrost zatrudnienia we wspieranych podmiotach o 50 osób (w tym o 6 osób w przedsiębiorstwach i o 44 osoby w podmiotach niebędących przedsiębiorstwami);
- poprawa satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług oraz wzrost zgłaszalności na badania profilaktyczne;
- konsolidacja działań podmiotów zdrowotnych;
- nawiązanie współpracy beneficjenta z innymi instytucjami, w tym placówkami medycznymi (np. w ramach projektu „Organizacja opieki koordynowanej poprzez nawiązanie współpracy z innymi placówkami medycznymi oraz zakup sprzętu medycznego przez NZOZ Przychodnia Nowy Dwór Sp. z o.o.” – współpraca 23 placówek medycznych w ramach opieki koordynowanych; w ramach projektu „Budowa i wyposażenie przychodni zdrowia POZ w ramach rozwoju opieki

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

koordynowanej w spółce Medimex Sp. z o.o. w Pszennie” – współpraca z MOPS, GOPS i Caritas itp.

Realizacja projektu pociągnęła za sobą dodatkowe działania, inwestycje na obszarze realizacji projektu, wykraczające poza działania bieżące i działania projektowe w przypadku 28,1% beneficjentów Działania 6.2 badanych techniką ankietową (4 respondentów). Wskazali oni na następujące dodatkowe działania:

- remont, dokupienie dodatkowego sprzętu;
- zagospodarowanie terenu w najbliższym otoczeniu obiektu;
- zakup dodatkowego sprzętu i wyposażenia pomieszczeń;
- realizacja projektu miękkiego związanego z powstałą infrastrukturą.

Zapewnianie jakości infrastruktury zdrowotnej rozwiniętej/zakupionej w ramach Działania 6.2 odbywa się na kilku etapach. Po pierwsze, mechanizmy wspierające jakość działań zawarte są w kryteriach wyboru. W pierwszym konkursie w 2016 r., w ramach kryterium pn. Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych wnioskodawcy zobowiązani byli wykazać, czy i w jaki sposób realizacja projektu przyczyni się do poprawy jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei w przypadku drugiego konkursu, dedykowanemu onkologii, to samo kryterium zostało doprecyzowane – miało być realizowane m.in. poprzez:

- skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, lub
- zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenie zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie w roku / kwartale / miesiącu poprzedzającym uruchomienie konkursu / projektu, lub
- poprawę wskaźnika „przelotowości”, tj. liczby osób leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne.

Wskaźniki te jednak nie były monitorowane w trakcie realizacji projektów.

Na drugim etapie, w ramach tworzenia wniosków o dofinansowanie projektu beneficjenci dokonywali analizy wykonalności i analizy opcji, które umożliwiały wybór wariantu projektu umożliwiającego osiągnięcie jak najlepszej jakości (i jednocześnie dostępności).

Wreszcie trzecim etapem była realizacja projektu, a przede wszystkim zamówień publicznych na roboty budowlane i zakupy. Wnioskodawcy dokładali starań, aby zakupić najnowocześniejszy sprzęt jak najlepszej jakości. W niektórych projektach (np. „Miedziowo-Turoszowskie Zagłębie Onkologiczne”, „Regionalne Centrum Opieki Koordynowanej”)

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

założono stworzenie lub wdrożenie standardów jakości pracy, w innych deklarowano stosowanie zewnętrznych standardów (np. DICOM, Ministerstwa Zdrowia, ISO i innych).

Działanie 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się

Realizacja Działania 8.7 **napotkała na problemy**. Pierwszym z nich był brak programów zdrowotnych, co spowodowało opóźnienia naborów. Brak analizy epidemiologicznej regionu uniemożliwiało zaplanowanie kierunków interwencji EFS w obszarze zdrowia, w tym programów profilaktycznych. Procedura przyjmowania RPZ jest długotrwała i wieloetapowa. Programy opiniowane są przez krajową Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co powoduje, że procedura się wydłuża, a programy muszą spełniać wiele warunków. Do końca 2019 r. zostały zatwierdzone 2 programy profilaktyki zdrowotnej w zakresie cukrzycy typu II oraz chorób odkleszczowych.

Dodatkowo odnotowano problem **niskiego zainteresowania realizacją programów profilaktycznych** wśród potencjalnych beneficjentów. W dwóch naborach na realizatora programu w zakresie chorób odkleszczowych przeprowadzonych w 2018 roku nie został złożony ani jeden wniosek (udało się to zrobić dopiero w 2020 roku). W przypadku pozostałych zakresów wsparcia – profilaktyka raka szyjki macicy, piersi, raka jelita grubego oraz cukrzycy, udało się wybrać realizatorów programów, aczkolwiek konieczne był ponowny nabór w przypadku profilaktyki cukrzycy, gdyż w naborze w 2020 roku nie udało się wybrać realizatorów dla subregionu wrocławskiego i m. Wrocław oraz subregionu legnicko-głogowskiego (drugi nabór skutecznie przeprowadzono w tym samym roku).

W związku z opóźnieniami w przygotowaniu programów zdrowotnych dla Dolnego Śląska oraz trudnościami realizacyjnymi istniało ryzyko niewykorzystania środków w PI 8.vi. Jak wynika ze sprawozdania rocznego z realizacji RPO WD za 2019 rok, w związku z analizą potencjału absorpcyjnego poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych zidentyfikowano możliwość realokacji środków z PI 8.vi do PI 10.i. Ostatecznie pierwotną alokację na PI 8.vi zmniejszono z 28 287 888,00 EUR do 6 382 317,00 EUR, a wskaźnik Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców zmniejszono z 22 do 2. Wdrożono bowiem 2 programy zdrowotne: Regionalny Program Zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców Województwa Dolnośląskiego oraz Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych.

W Działaniu 8.7 ostatecznie realizowanych jest 16 projektów o łącznej wartości 48 458 002,06 zł (dofinansowanie z UE to 1 085 674,12 zł). Na koniec IV kwartału 2021 roku wydatkowano 57,65% alokacji na PI 8.vi, co odpowiada postępowi w projektach.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Przekroczono zakładane w Programie wartości docelowe wskaźników produktu i rezultatu. W przypadku wskaźnika Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS przekroczenie wartości docelowej wynika z wysokich wartości wskaźników przyjętych przez beneficjentów.

Tabela 6 Stopień osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w Działaniu 8.7

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika zakładana w Programie	Osiągnięta wysokość wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (produkt)	27 504	75 528	275%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców (produkt)	2	2	100%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie (produkt)	Podlega monitorowaniu bez określenia wartości docelowej	43 015	n.d.
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (rezultat)	40%	43,64%	109%

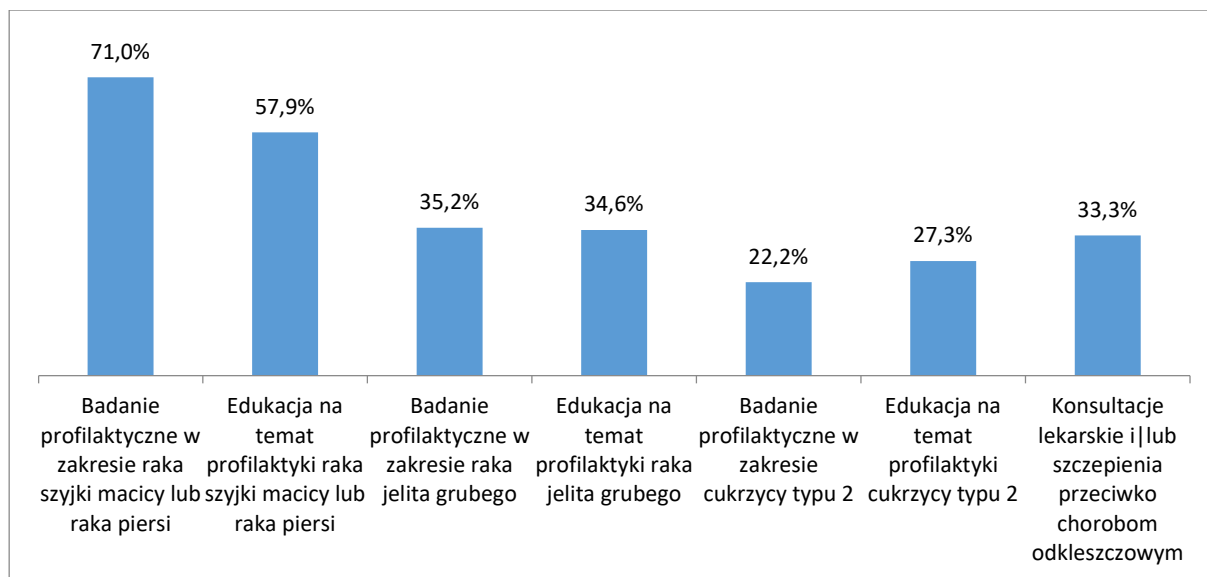
Źródło: Informacja kwartalna RPO WD 2014-2020 – IV kwartał 2021 roku.

[Efekty jakościowe oraz inne dodatkowe efekty wsparcia. Poprawa dostępu do usług zdrowotnych w wyniku wsparcia](#)

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Ze względu na konieczność ograniczenia wsparcia w Działaniu 8.7 ze względu na brak/opóźnienia w opracowaniu programów zdrowotnych opracowanych dla województwa dolnośląskiego i konieczność obniżenia alokacji o 77,4%, można mówić o ograniczonych efektach wsparcia w zakresie poprawy dostępu do programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, dedykowanych osobom aktywnym zawodowo. Wyniki badania ilościowego wśród uczestników Działania 8.7 wskazują na umiarkowane bariery w dostępie do usług zdrowotnych poza projektem. Na brak możliwości poddania się badaniu, ze względu na długi okres oczekiwania na badanie w państwowej służbie zdrowia, wskazało 15,8%, a ze względu na wysokie koszty badania w prywatnej służbie zdrowia 7,4%. Dodatkowo w niektórych obszarach wsparcia wysoki jest odsetek osób, które przed udziałem w projekcie korzystały z tych samych działań, lub badań. Dotyczy to działań edukacyjnych oraz badań profilaktycznych w zakresie raka szyjki macicy lub raka piersi. W tym przypadku większość uczestniczek to osoby, które już wcześniej dbały w ten sposób o swoje zdrowie. W pozostałych obszarach wysoko można ocenić wpływ projektów na poprawę dostępu do usług zdrowotnych – większość brała udział w takich działaniach po raz pierwszy.

Wykres 16 Odsetek uczestników Działania 8.7, którzy przed udziałem w projekcie brali udział w analogicznych działaniach i badaniach



Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników Działania 8.7, n=405

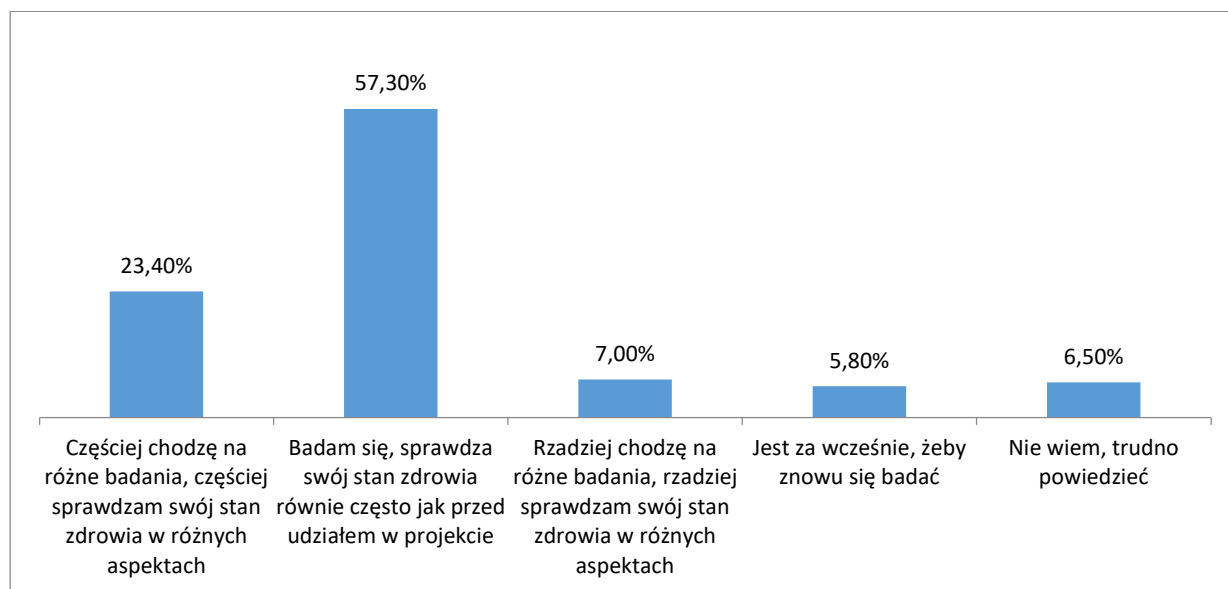
Jednocześnie należy podkreślić, że głównym oczekiwanym efektem jest też utrwalenie nawyków profilaktycznych i systematycznego, cyklicznego wykonywania badań profilaktycznych, co oznacza efekty wychodzące poza skalę projektów. Można zatem założyć,

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

że bez realizacji projektu uczestnicy nie wzięliby udziału w badaniach profilaktycznych nie dlatego, że doświadczają barier w dostępie, ale ze względu na niedostateczną świadomość korzyści z takich badań.

Efekty w zakresie zmiany świadomościowej są umiarkowane, ale istotne. Ponad połowa uczestników (57,3%) deklaruje, że bada się, sprawdza swój stan zdrowia równie często jak przed udziałem w projekcie. Prawie co czwarty (23,4%) jednak wskazuje, że po udziale w projekcie częściej chodzi na różne badania, częściej sprawdza swój stan zdrowia w różnych aspektach.

Wykres 17 Odsetek uczestników Działania 8.7, którzy po udziale w projekcie badają się profilaktycznie częściej lub rzadziej niż przed udziałem w projekcie



Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników Działania 8.7, n=405

Dość wysoki jest natomiast odsetek tych, którzy w wyniku udziału w projekcie zaczęli zwracać większą uwagę na czynniki wpływające na stan zdrowia niż wcześniej (38,4%), podczas gdy 44,2% nie widzi w tym aspekcie większego wpływu.

Z jednej strony odnotować można zatem wpływ programów profilaktycznych na zmianę zachowań mieszkańców, a z drugiej strony efekt ten wydaje się niedostateczny (nie jest powszechny). W kolejnych projektach warto zatem zwiększyć skalę działań edukacyjnych oraz wykorzystać najbardziej skuteczne rodzaje działań. Jak wynika z wywiadów z uczestnikami wsparcia, beneficjentami oraz przedstawicielami IZ, najbardziej skuteczne sposoby to tzw. „marketing szeptany”, czyli przekazywanie sobie informacji wśród rodziny i znajomych o korzyściach z udziału w programie zdrowotnym. W projektach wykorzystać go

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

można np. nagradzając (zbieranie punktów, wymiana na nagrody) uczestników za przyciągnięcie do programu kolejnych osób. Skuteczne jest również promowanie profilaktyki przez znane osoby (aktorów, celebrytów), które cieszą się popularnością i jednocześnie zaufaniem społecznym.

Wśród innych **czynników utrudniających osiągnięcie celów projektów** odnotować należy:

- Niskie zainteresowanie udziałem w badaniach profilaktycznych, co wynika z niskiej świadomości społecznej – działaniami zaradczymi podejmowanymi przez beneficjentów była głównie intensyfikacja działań informacyjnych i promocyjnych, w tym ich indywidualizacja, np. wysyłanie spersonalizowanych zaproszeń, zwiększanie zaangażowania personelu medycznego w rekrutację uczestników; starano się też, aby oferta była jak najbardziej elastyczna i dopasowana do potrzeb uczestników (osób pracujących) – np. wydłużano czas działania punktów diagnostycznych (np. do 6 dni w tygodniu w godzinach 7.00-21.00), telefonicznie przypominano o terminie badania;
- Niskie zainteresowanie udziałem w badaniach profilaktycznych poza miejscem zamieszkania – beneficjenci podejmowali np. działania zaradcze w postaci zwiększenia liczby punktów, w których można zrobić badania profilaktyczne oraz zwiększenia liczby punktów mobilnych do wykonania badań;
- Brak zainteresowania skorzystaniem z transportu do miejsca realizacji badania profilaktycznego, lub skorzystania z zastępstwa przy opiece nad osobą zależną – w tym przypadku, mimo podejmowanych przez beneficjentów działań informujących, oferta ta nie cieszyła się popytem. Zniechęcający do skorzystania z transportu na koszt projektu może być fakt wymogu przedłożenia rachunku za wykonaną usługę, ale głównie opór wynikał z kwestii świadomościowych, lęku przed badaniem i nakładaniem na siebie dodatkowego kłopotu w postaci wyjazdu z miejsca zamieszkania lub oddania osoby zależnej pod opiekę obcych osób. W tym przypadku jedynym działaniem zaradczym wydaje się zmiana formuły wsparcia – dostęp do badań musi być jak najbliżej miejsca zamieszkania uczestnika, zatem najbardziej trafne będzie zaangażowanie mobilnych punktów badań lub realizacja badań w lokalnych ośrodkach zdrowia.
- Zmiana od stycznia 2017 roku wieku emerytalnego kobiet – co spowodowało gwałtowny spadek uczestniczek w wieku aktywności zawodowej. Jest to okoliczność obiektywna, na którą beneficjenci nie mieli wpływu;
- Konkurencja innych podmiotów realizujących te same działania profilaktyczne - barierą realizacji celów interwencji jest wdrażanie programów zdrowotnych o tożsamym celu i charakterze jednocześnie na poziomie regionu i kraju. Jak wynika z

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

deklaracji jednego z beneficjentów, na obszarze realizacji programu profilaktyki raka piersi działało 6 innych świadczeniodawców, którzy łącznie posiadali 12 mammobusów. Dodatkowo zlokalizowane są 22 jednostki stacjonarne, gdzie też można było wykonać badanie. Ponadto konkurencja miała szerszy zakres wiekowy uczestników programu i brak obowiązku aktywności zawodowej. Z jednej strony było to bariera realizacyjną (konkurowanie o uczestnika), a z drugiej dodatkowo ograniczało to potencjał podmiotów leczniczych w regionie – zaangażowanych w realizację kontraktów krajowych do wdrażania zdrowotnych programów profilaktycznych na poziomie województwa (stąd niskie zainteresowanie potencjalnych wnioskodawców wsparciem).

- Nadmierna biurokracja związana z przystąpieniem do programu zdrowotnego – zniechęcające dla uczestników była konieczność wypełniania wielu dokumentów i podawania szczegółowych danych, w tym osobistych, dotyczących np. zatrudnienia. Problem ten był znacznie mniejszy w konkurencyjnych programach spoza RPO. Postulatem formułowanym przez beneficjentów jest ograniczenie formalności w kolejnym okresie programowania. Rekomenduje się ograniczenie do minimum wymogów stawianych beneficjentom pod względem gromadzenia danych i pozyskiwania dokumentów/ podpisów od uczestników (przy jednoczesnej zgodności z minimalnym zakresem danych koniecznych do wprowadzenia do SL2014 w zakresie uczestników projektów, określonych w Wytycznych zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej). Warto również rekomendować beneficjentom wdrożenie rozwiązań minimalizujących formalności, np. unikania wielokrotnego podawania tych samych danych w różnych dokumentach (np. deklaracja uczestnictwa, oświadczenie RODO, potwierdzenie uczestnictwa, potwierdzenie skorzystania z usługi zdrowotnej, lista obecności i inne).
- Pandemia COVID – w przypadku projektów, których realizacja przypadła na rok 2020 i później, barierą realizacyjną były obostrzenia sanitarne, które spowodowały nie tylko konieczność zawieszania działań w projektach, ale też obniżały i tak już niedostateczne zainteresowanie udziałem w projektach. Czynnikiem utrudniającym był strach uczestników przed gromadzeniem się, niechętny stosunek do przebywania w większej grupie, nawet przy zapewnieniach zastosowania pełnego, wymaganego reżimu sanitarnego. Beneficjenci byli uzależnieni od stale przedłużających się obostrzeń. Brak było możliwości stałego prowadzenia działań projektowych i rekrutacji w projekcie, a ponadto mając na względzie bezpieczeństwo uczestników projektu nie było możliwości przystąpienia do stacjonarnych działań, np. wykładów edukacyjnych. Beneficjenci podejmowali działania zaradcze w postaci modyfikacji

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

części działań na działania zdalne (działania edukacyjne i promocyjne), a także wydłużali realizację projektów.

- Braki kadr medycznych – w kilku projektach beneficjenci sygnalizowali trudności z zaangażowaniem do projektów kadr medycznych, nie tylko jako pracowników w projektach, ale też włączeniem ich w działania rekrutacyjne i promocyjne. Jest to spowodowane dużym przeciążeniem pracą w służbie zdrowia. Problem ten został spotęgowany w okresie pandemii, kiedy pracownikom medycznym doszły dodatkowe obowiązki. Poprawę tej sytuacji przynosiło zaangażowanie od samego początku w realizację projektów placówek medycznych i ich personelu.

Główną barierą mającą wpływ na skuteczność usług zdrowotnych w Działaniu 8.7 była jednak mała świadomość zagrożenia, jakim jest brak profilaktyki, lęk pacjentek przed badaniem, które grają kluczową rolę w podjęciu decyzji wykonania badania i podjęcia wysiłku np. w zakresie dojazdu na badanie.

Działanie 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

Efekty kwantyfikowane wsparcia

W Działaniu 9.3 realizowanych jest 20 projektów o łącznej wysokości dofinansowania wynoszącej 62 509 678,55 zł, co stanowi 102% alokacji przeznaczonej na działanie. Do dnia 2.02.2022 zakończono 7 projektów, w tym 5 projektów ukierunkowanych na tworzenie DDOM i 2 projekty realizowane w trybie nadzwyczajnym przeciwdziałające konsekwencjom pandemii COVID-19.

Zgodnie z założeniami beneficjentów, w wyniku wsparcia powstanie 16 DDOM, podmiotów świadczących dzienne usługi zdrowotne w okresie przed i po hospitalizacji. W ramach 4 projektów realizowanych w trybie nadzwyczajnym założono wsparcie 36 dolnośląskich szpitali oraz 63 dolnośląskich DPS-ów. Jak wynika z poniższej tabeli beneficjenci zakładają osiągnięcie kwantyfikowalnych efektów wsparcia w skali szerszej niż założona w Programie.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tabela 7 Stopień osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w Działaniu 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa wskaźnika zakładana w Programie	Zakładana w projektach docelowa wartość wskaźnika	Osiągnięta wysokość wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie (produkt)	1058	1801	431	40%
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu (rezultat)	57	268	60	105%
Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 (produkt)	88	nd	110	125%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 (produkt)	18 079 074	nd	19 907 182	110%

Źródło: Informacja kwartalna RPO WD 2014-2020 – IV kwartał 2021 roku.

W przypadku projektów ukierunkowanych na tworzenie DDOM największą skutecznością w osiąganiu celów Programu charakteryzuje się projekt Centrum Wsparcia Przedsiębiorczości pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej w powiecie kłodzkim, w którym wsparto do dnia 2.02.2022 roku – 103 osoby. W przypadku projektów realizowanych w trybie nadzwyczajnym najwyższą skalę wsparcia w ujęciu ilościowym i finansowym założono w projekcie Województwa Dolnośląskiego pn. Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

spowodowanemu przez COVID-19, w którym wspierane są 63 Domy Pomocy Społecznej, zaś wysokość wydatków kwalifikowalnych stanowi 11 822 707,80 zł.

Efekty jakościowe oraz inne dodatkowe efekty wsparcia. Poprawa dostępu do usług społecznych w wyniku wsparcia

Niemal wszyscy badani beneficjenci Działania 9.3 deklarują, iż realizacja projektu przyczyniła się do podniesienia ich wiedzy instytucjonalnej dotyczącej prowadzenia usług społecznych, wprowadzenia innowacyjnych w stosunku do wcześniej realizowanych form wsparcia, wzbogacenia doświadczenia pracowników instytucji o pracę z nowymi grupami docelowymi (np. opiekunowie osób zależnych, wspierające środowisko lokalne).

W wyniku zaopatrzenia szpitali i domów pomocy społecznej w środki ochrony osobistej przed wirusem SARS-CoV-2 zapewniono pracownikom szpitali niezbędną ochronę zdrowia, poprzez zakup środków medycznych i dezynfekujących. W ten sposób zapobiegano rozprzestrzenianiu się epidemii, podniesiono jakość świadczonych usług zdrowotnych w podmiotach leczniczych, poprawiono bezpieczeństwo życia i zdrowia pracowników i pacjentów. Poprzez system grantów dla DPS i szpitali usprawniany jest proces diagnostyki obecności COVID-19, doposażane są stanowiska pracy w sprzęt niezbędny do walki z pandemią, przygotowywane są miejsca do odbywania kwarantanny, oferowana jest pomoc psychologiczna i terapeutyczna dla personelu oraz pacjentów/pensjonariuszy.

W przypadku projektów DDOM główne efekty świadczonych usług zdrowotnych obejmują skuteczną rehabilitację pacjenta po hospitalizacji, socjalizację często samotnych osób z innymi pensjonariuszami co – zdaniem badanych beneficjentów przekształca się w stałe przyjaźnie. W mniejszym stopniu udało się przeprowadzić działania profilaktyczne i edukacyjne skierowane do rodziny pacjentów, ze względu na niskie zainteresowanie opiekunów tych osób. W opinii badanych beneficjentów najbardziej skuteczną formą wsparcia są medyczne usługi opiekuńcze, działania terapeutyczne i socjalizacyjne oraz działania edukacyjne skierowane do pacjentów. Dzięki realizacji projektów, refundacji kosztów transportu możliwe było objęcie wsparciem osób samotnych, zamieszkujących obszary oddalone od centrów miast.

Jak wynika z badania beneficjentów i usługodawców niemal powszechnie występującym czynnikiem wzmacniania jakości realizowanej usługi były wysokie kwalifikacje personelu, indywidualizowanie czasu realizacji usługi w zależności od potrzeb uczestników, zastosowanie nowoczesnych środków trwałych, holistyczne podejście i interdyscyplinarne formy wsparcia.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Efekty wsparcia DDOM są, w opinii badanych przedstawicieli beneficjentów i jednocześnie usługodawców znaczne. Oprócz poprawy zdrowia pacjenta wsparcie spowodowało:

- poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowotnej,
- wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej,
- rozwój sektora usług medycznych świadczonych w warunkach zbliżonych do domowych,
- zmniejszenie liczby i czasu nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji osób niesamodzielnych,
- rozwój wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych (edukacja, szkolenia, wsparcie psychologiczne, czasowe odciążenie od opieki na chorym członkiem rodziny/podopiecznym).

Wsparcie przyczyniło się więc do deinstytucjonalizacji i koordynacji opieki zdrowotnej.

Jak wynika ze studium przypadku projektu pn Nowy DDOM w szpitalu VM - stworzenie dodatkowych miejsc kompleksowej rehabilitacji, terapii oraz wsparcia dla osób po przebytych hospitalizacjach, efektem dodatkowym wsparcia przed i pohospitalizacyjnego może być również dokładniejsza diagnostyka pacjenta pod kątem innych, nierozpoznanych wcześniej u niego schorzeń oraz skierowanie go do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jak wynika z badania beneficjentów nie występuje ryzyko creamingu, czyli rezygnacji z rekrutacji uczestników, którzy znajdują się w wyjątkowo trudnej sytuacji społecznej czy zdrowotnej. Respondenci deklarują też niewystępowanie zjawiska souringu polegającego na rezygnacji z rekrutacji uczestników, z powodu konieczności objęcia wsparciem osób znajdujących się w trudniejszej sytuacji życiowej. Nie występuje też wysokie ryzyko wystąpienia efektu jałowej straty. Gotowość do realizacji interwencji bez uzyskania dofinansowania RPO WD deklaruje zaledwie 1 spośród 11 badanych beneficjentów.

Czynniki wpływające na wsparcie. Problemy w realizacji usług zdrowotnych.

Pierwszym czynnikiem ingerującym w logikę interwencji Programu było niskie zainteresowanie potencjalnych beneficjentów realizowaniem rehabilitacyjnego programu zdrowotnego skierowanego do dzieci i młodzieży, co – zdaniem badanego przedstawiciela instytucji Programu – wynikało zarówno z nieatrakcyjnych dla potencjalnych wykonawców stawek projektowych, w obliczu wzrostu podstawy wynagrodzenia personelu medycznego, jak i rosnącej preferencji wspierania usług zdrowotnych poprzez Dniowe Domy Opieki Medycznej (DDOM). Kolejnym czynnikiem ingerującym w tempo osiągnięcia celów Programu był długi okres przygotowywania Standardów DDOM. W trakcie realizacji projektu

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

beneficjenci i podmioty świadczące usługę DDOM napotykali problemy związane z wyższymi niż zakładane w budżetach projektów kosztami pozyskiwania specjalistów, ze szczególnym uwzględnieniem kadry medycznej. Droższe niż zakładane były także koszty transportu, który ze względu na rozproszenie pacjentów często musiał przybrać formę transportu indywidualnego. Jak wynika z badań pogłębionych z dostawcami usług wystąpiły także problemy proceduralne związane z koniecznością powierzenia stanowiska kierownikowi obiektu pielęgniarce, która zazwyczaj nie miała doświadczenia w prowadzeniu spraw administracyjnych. Pociągało to za sobą konieczność zatrudniania dodatkowego personelu administracyjnego ze środków własnych beneficjentów.

Czynnikiem zwiększającym skuteczność wsparcia było – według badanych – zbudowanie zespołu lekarzy, ukierunkowanych na leczenie pacjentów geriatrycznych. Badani podkreślali też, że bez wypracowanych standardów DDOM w projekcie pilotażowym POWER, usługa ta nie byłaby zrealizowana w tak wysokiej jakości, jaka została zapewniona.

Jak wynika z wywiadu z przedstawicielem instytucji RPO WD, czynnikiem opóźniającym realizację projektów DDOM były konsekwencje pandemii COVID-19. Czynnikiem ten interweniował już w proces podpisywania umów i negocjacji w związku z zaangażowaniem podmiotów leczniczych w bieżącą walkę z pandemią. Pandemia powodowała też opóźnienia w realizacji działań projektowych związanych bądź z czasową niedostępnością specjalistów lub opiekunów medycznych bądź też koniecznością ograniczenia przez pewien czas wsparcia do teleopieki. Dodatkowo pacjentom dostarczano do domu instrukcje ćwiczeń, ćwiczenia manualne, rozwijające umysł i percepcję. Pandemia wpłynęła też negatywnie na popyt na usługi. Jak wynika z przytaczanego wyżej studium przypadku projektu realizowanego przez VRATISLAVIA MEDICA sp. z o.o. uczestnicy bali się zgłaszać i przyjeżdżać do miejsca, gdzie są duże skupiska ludzi. Dodatkowo utrudnieniem był ogólny paraliż służby zdrowia, co powodowało, że potencjalni uczestnicy mieli trudności z dostaniem się do lekarzy i pozyskaniem skierowania do projektu (wymóg w projekcie „posiadają skierowanie od lekarza POZ lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu”). Beneficjent podjął działania zaradcze – podzielono grupę 10 uczestników na dwie mniejsze, rozłożono w czasie zabiegi, aby kolejne osoby nie miały ze sobą kontaktu. Zreorganizowano również funkcjonowanie DDOM w całym kompleksie szpitalnym, aby uczestnicy nie kontaktowali się z innymi pacjentami. Pandemia i problemy z rekrutacją uczestników spowodowały konieczność wydłużenia projektu, aby osiągnąć wskaźniki. Jak wynika z badania ilościowego beneficjentów i usługodawców w co piątym projekcie wprowadzano rozwiązania polegające na zastosowaniu teleopieki, np. prowadzono ćwiczenia ruchowe zdalnie, udzielano także porad medycznych i dietetycznych zdalnie. Dowożono też posiłki.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wpływ wsparcia na deinstytucjonalizację usług zdrowotnych

Zgodnie ze standardami DDOM, wypracowanymi w projekcie pilotażowym POWER, we wszystkich 16 projektach organizowano wieloosobowe zespoły terapeutyczne.

Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny DDOM przygotowywał i prowadził indywidualnie dla każdego pacjenta plan opieki w zależności od stanu zdrowia i jego indywidualnych potrzeb (indywidualny plan terapii). W każdym projekcie odbywały się cotygodniowe zebrania Wielodyscyplinarnego Zespołu w celu omówienia postępów poszczególnych pacjentów. Można ocenić, że indywidualizacja podejścia została w pełni zastosowana. Opieka w DDOM realizowana jest w lokalnym środowisku w tym zakresie, iż trwa ona tylko max. 8 godzin dziennie, po którym to okresie pacjent wraca do środowiska rodzinnego, własnego miejsca zamieszkania. Kolejnego dnia jest transportowany przez DDOM na kolejny dzień zabiegów i terapii. Jak wynika z badania z beneficjentami Działania 9.3, każdorazowo zmiany w programie terapeutycznym i leczniczym były konsultowane z pacjentem bądź rodziną.

Zdaniem badanych beneficjentów Działania 9.3 sukces procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych zależy od dalszego współfinansowania DDOM oraz dobrej woli władz publicznych.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

5. OCENA UŻYTECZNOŚCI WSPARCIA

Jak oceniana jest użyteczność usług społecznych z punktu widzenia odbiorców i dostawców?

Jaki jest wpływ korzystania z usług społecznych i zdrowotnych na sytuację osób i gospodarstw domowych?

Jakie usługi społeczne/zdrowotne są najskuteczniejsze/ najmniej skuteczne w kontekście wpływu na jakość życia oraz poziom wykluczenia społecznego i ubóstwo?

5.1. Usługi społeczne

Zdaniem beneficjentów i przedstawicieli JST badanych w wywiadach jakościowych, przedsięwzięcia realizowane w ramach Działania 6.1 charakteryzują się wysokim stopniem użyteczności dla odbiorców ostatecznych wsparcia poprzez oferowanie w ramach wspartej infrastruktury usług deficytowych, niedostępnych przed realizacją inwestycji lub też usług o podwyższonym standardzie (budowa, przebudowa placówek opiekuńczo-wychowawczych, wyposażenie ZAZ). Z punktu widzenia dostawców usług użyteczność inwestycji wyraża się także budowaniem doświadczenia instytucjonalnego na obszarze realizacji projektów, zwiększeniem zasobów danej gminy w realizowaniu zadań pomocy społecznej.

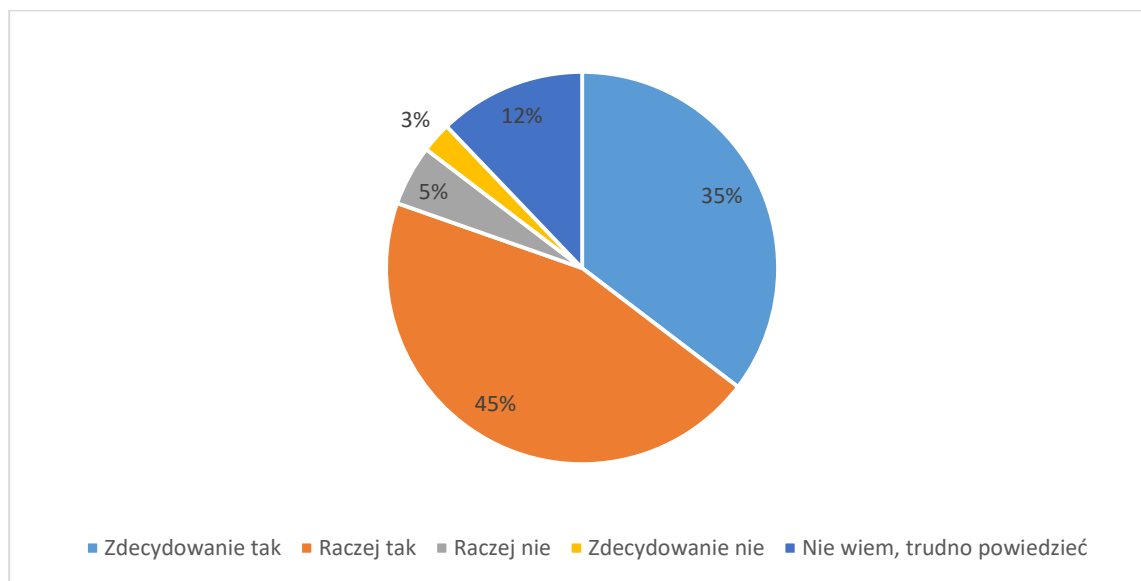
Usługodawcy Działania 9.2 podkreślają korzyści instytucjonalne, które odnieśli podczas realizacji wsparcia. Wiążą się one z zatrudnieniem specjalistów do prowadzenia działań treningowych i wspierających w powstałych mieszkaniach chronionych, zwiększenia zatrudnienia psychologów i pedagogów w PCPR (jak wynika z wywiadu przeprowadzonego z przedstawicielem PCPR Oława w wyniku projektu utworzono 2 pełne i trwałe etaty), włączenia organizacji pozarządowych w ciała doradcze przy JST (np. Fundacja Rodzinna Stacja), wypracowanie modelu wsparcia rodziny w oparciu o animację społeczności lokalnej jako narzędzia innowacyjnego (Fundacja Rodzinna Stacja).

Zdaniem badanych beneficjentów i usługodawców wspartych w Działaniu 6.1 i Działaniu 9.2, efekty wsparcia w komplementarności do działań realizowanych ze środków własnych bądź innych dotacji, grantów powodują wysoką użyteczność usług w społeczności lokalnej nie tylko pod względem zwiększania ich dostępności ale także poprzez rozwijanie nowych form wsparcia. Zdecydowana większość badanych uważa, że oferowane usługi w pełni odpowiadały na potrzeby uczestników, co wynikało przede wszystkim z indywidualizacji wsparcia.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wniosek ten potwierdzają sami zainteresowani. Ponad 80% badanych uczestników Działania 9.2 twierdzi, że uzyskane wsparcie było dostosowane do potrzeb.

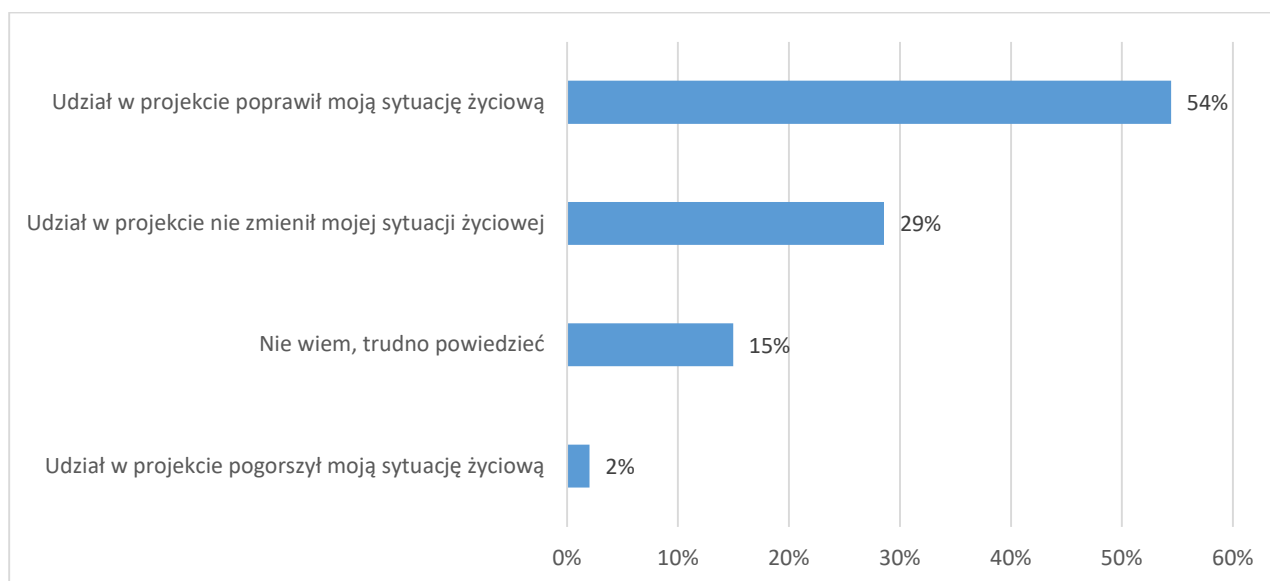
Wykres 18 Rozkład odpowiedzi badanych uczestników wsparcia na pytanie: Czy ogólnie rzecz biorąc, Pana(i) zdaniem, otrzymane formy wsparcia, czyli działania, z których Pan(i) skorzystał(a) | korzysta w projekcie były | są odpowiednie do Pana(i) potrzeb?



Źródło: badanie CAWI/CATI z uczestnikami wsparcia Działania 9.2, n=280

W opinii większości badanych udział w projekcie poprawił ich sytuację życiową.

Wykres 19 Opinie uczestników Działania 9.2 dotyczące wpływu wsparcia na ich sytuację życiową



Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

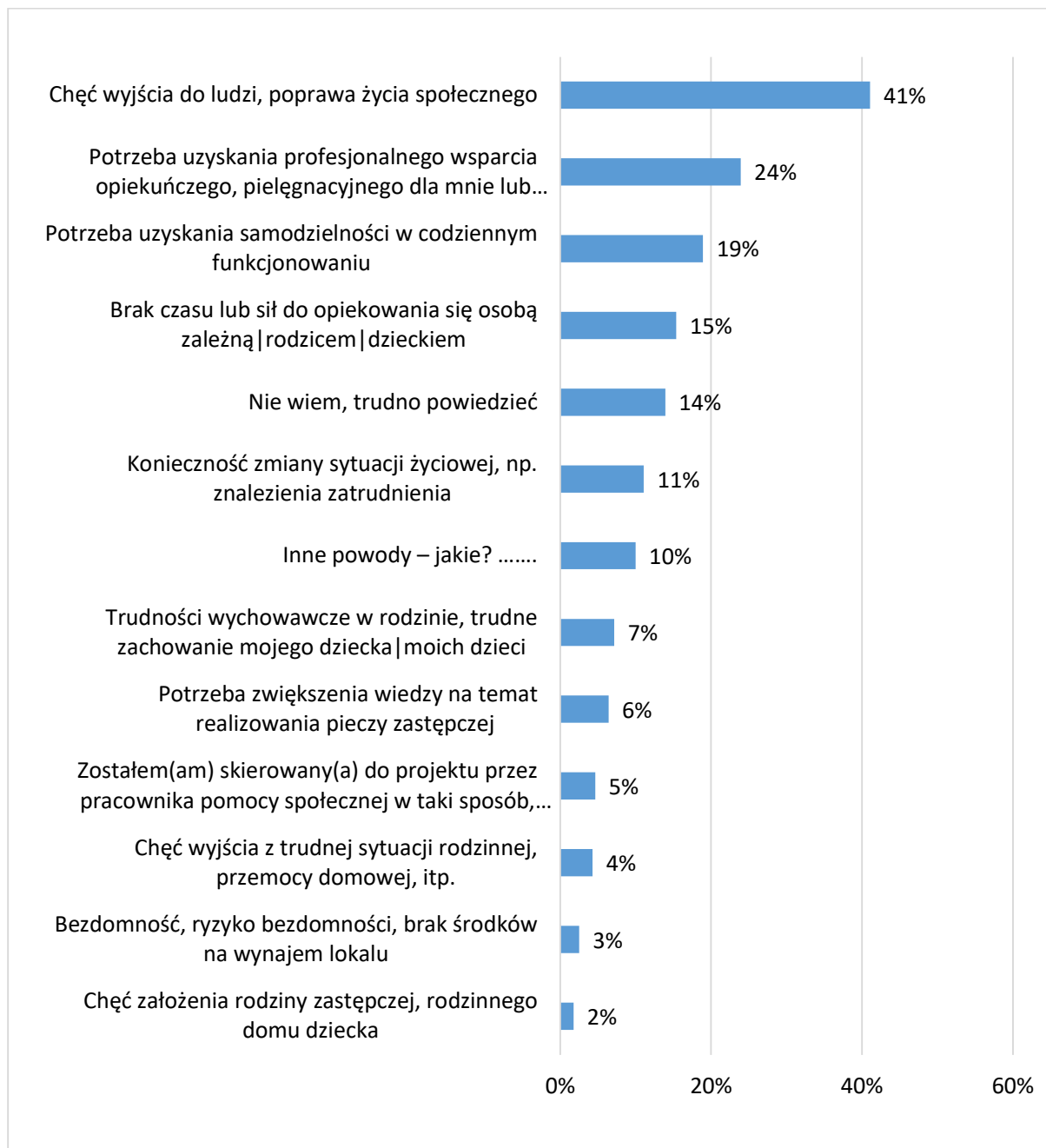
Źródło: badanie CAWI/CATI z uczestnikami wsparcia Działania 9.2, n=280

W opinii badanych beneficjentów i podmiotów świadczących usługi, wsparcie realizowane w obszarze usług społecznych przyczynia się w pierwszej kolejności do zwiększenia samodzielności odbiorców usług, poprawy sytuacji ich rodzin oraz opiekunów, poprawy sytuacji ich zdrowia. Powszechnie też podkreślany jest wpływ projektu na podniesienie samooceny uczestników, podniesienia ich nadziei na przyszłość oraz poczucia bezpieczeństwa w życiu. Zdaniem badanych beneficjentów i przedstawicieli podmiotów realizujących usługi, oferowane usługi społeczne w niewielkim stopniu będą jednak miały wpływ na sytuację finansową gospodarstw domowych, zaledwie co dziesiąty badany uważa, że realizacja usługi zaktywizuje zawodowo uczestników projektów oraz ich opiekunów.

Wnioski te nie są jednak zgodne z deklaracjami uczestników dotyczącymi ich sytuacji po zakończeniu projektu. Co prawda, zaledwie 11% badanych uczestników skorzystało ze wsparcia z nadzieją na poprawę swojej sytuacji ekonomicznej. Uczestnicy najczęściej wskazywali na potrzebę integracji społecznej i zdobycia samodzielności oraz na potrzebę uzyskania pomocy w opiece nad zależną osobą niesamodzielną jako na główne powody wzięcia udziału w projekcie.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 20 Główne powody wzięcia udziału w projekcie według deklaracji uczestników projektów Działania 9.2



Źródło: badanie CAWI/CATI z uczestnikami wsparcia Działania 9.2, n=280

Należy podkreślić, że w momencie realizacji badania pracuje 36% uczestników Działania 9.2 deklarujących się w dniu przystąpienia do projektu jako osoby bezrobotne, 35% osób biernych zawodowo przed przystąpieniem do projektu oraz 67% uczestników uczących się w momencie rozpoczęcia interwencji. Łącznie odsetek osób pracujących w populacji

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

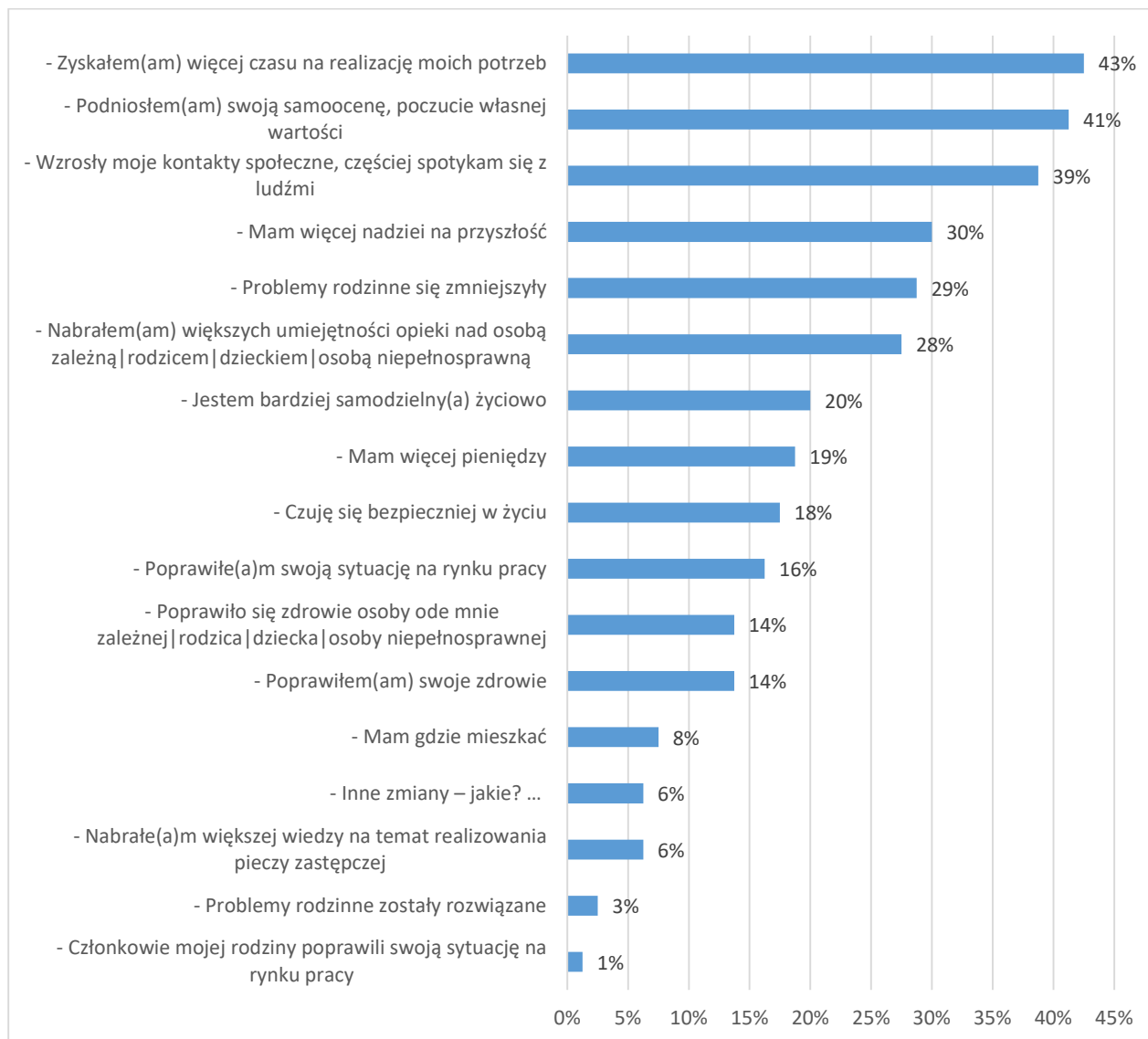
uczestników projektów działania 9.2 wzrósł z 15% do 54%. Wzrost ten jest szczególnie istotny w grupie opiekunów osób zależnych, bezpośrednich odbiorców działań projektowych, udział pracujących opiekunów w ich ogólnej liczbie wzrósł z 16% do 58%. Uczestnictwo w projekcie przyczyniło się też znacznie do zmiany sytuacji osób szkolonych do pełnienia funkcji asystenckich. Udział osób pracujących w tej grupie wzrósł z 15% przed przystąpieniem do projektu do 40% w momencie realizacji badania, w tym dla co trzeciej osoby głównym bądź dodatkowym miejscem zatrudnienia jest praca asystenta OzN. Osoby, które po zakończeniu działań projektowych zaktywizowały się zawodowo najczęściej pracują w pełnym wymiarze czasu pracy na umowę o pracę. W opinii blisko połowy uczestników (45,7%) ich obecna sytuacja zawodowa i ekonomiczna jest w istotnym stopniu wynikiem udziału w projekcie Działania 9.2

Przyczyną pozostawania bez zatrudnienia pozostałych 48% uczestników Działania 9.2 jest zazwyczaj konieczność dalszego opiekowania się osobą zależną (36% wszystkich uczestników niepracujących w momencie realizacji badania), renta/emerytura (12,5%), zły stan zdrowia (12,5%), kontynuacja nauki (8%). Oznacza to, że brak ciągłości opieki nad zależnymi członkami rodziny jest główną barierą aktywizacji zawodowej w tej grupie docelowej.

Zdaniem badanych uczestników, wzięcie udziału w projekcie Działania 9.2 przyczyniło się istotnie do zmiany jakości ich życia, w tym życia osobistego, rodzinnego i społecznego. Badani zyskali więcej wolnego czasu, wzrosły ich kontakty społeczne, zwiększyły się kompetencje opiekuńcze.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 21 Opinie badanych uczestników projektów Działania 9.2 dotyczące wpływu udziału w projekcie na poszczególne aspekty ich sytuacji życiowej



Źródło: badanie CAWI/CATI z uczestnikami wsparcia Działania 9.2, n=280

5.2. Usługi zdrowotne

Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

Z perspektywy Instytucji Zarządzającej, projekty zdrowotne, realizowane w ramach RPO WD 2014-2020, miały na celu zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej w województwie. Cel ten osiągnęto poprzez wzmocnienie podmiotów medycznych, czyli dostawców usług zdrowotnych. Realizowane projekty polegały głównie na inwestycjach w infrastrukturę oraz w sprzęt medyczny.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Ważnym kryterium naboru we wszystkich konkursach było przeprowadzenie analizy potrzeb deficytów oraz podaży usług zdrowotnych i wpisanie się w zidentyfikowane luki.

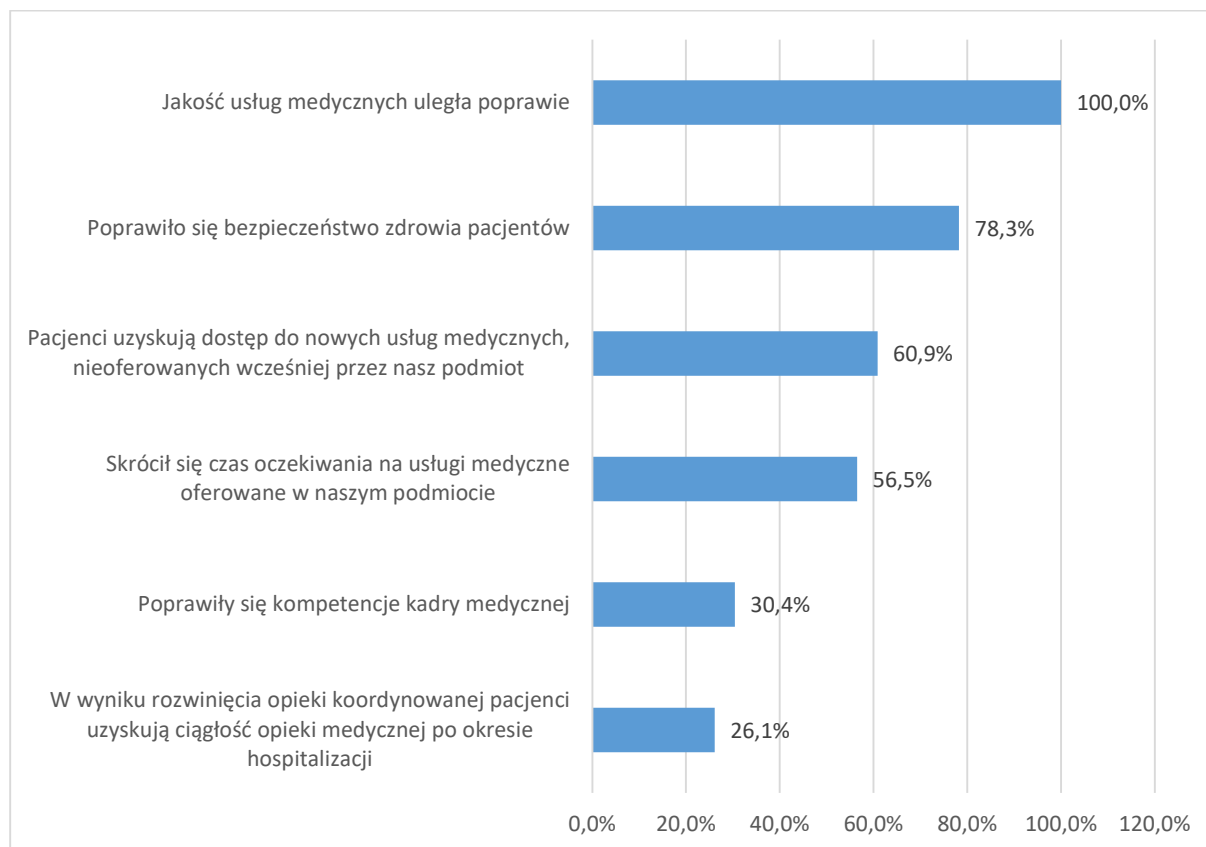
Wnioskodawca zobowiązany był wykazać, czy projekt jest uzasadniony z punktu widzenia potrzeb, deficytów, w zakresie sytuacji epidemiologiczno-demograficznej oraz podaży usług zdrowotnych w obszarze. Oceniana była także zasadność podejmowanych działań w kontekście rzeczywistego zapotrzebowania na daną usługę i ewentualne braki w sprzęcie. Wnioskodawca musiał wykazać czy wytworzona infrastruktura, bądź parametry sprzętu medycznego są adekwatne do zakresu udzielanych przez podmiot świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo zwiększało to zasadność realizacji projektów, wprowadzając element koordynacji (niepowielania się efektów realizacji projektów) na szczeblu regionalnym.

Zdaniem niemal wszystkich Usługodawców, w wyniku realizacji projektu dokonano trwałego zwiększenia dostępności usług społecznych lub zdrowotnych oraz podniesienia jakości świadczenia usług społecznych lub zdrowotnych. Ponadto połowa badanych uznała, że dokonało się trwałe zwiększenie potencjału realizacji usług społecznych lub zdrowotnych przez podmioty nieinstytucjonalne np. organizacje społeczne, podmioty gospodarcze, środowisko lokalne.

Wszyscy badani usługodawcy (100%) wskazują, że dzięki wsparciu infrastruktury w ramach Działania 6.2 jakość usług medycznych uległa poprawie, a 78,3% stwierdza, że poprawiło się bezpieczeństwo zdrowia pacjentów.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 22 Opinie usługodawców o efektach wsparcia w ramach Działania 6.2



Źródło: badanie CAWI/CATI z usługodawcami w ramach Działania 6.2, n=23

Wskaźnikiem rzeczywistej użyteczności realizowanych projektów jest stopień korzystania z powstałych w ich wyniku usług zdrowotnych. Dlatego też Usługodawcy zostali poproszeni o oszacowanie liczby użytkowników wspartej infrastruktury. Zdaniem zdecydowanej większości, cele założone w projekcie, zostały osiągnięte. Co czwarty badany uznał wręcz, że liczba użytkowników była większa niż przewidywano, a dwóch na trzech, że ich liczba była zbliżona do zakładanej w projekcie. Liczba użytkowników wspartej infrastruktury jest mniejsza niż zakładano w przypadku jedynie kilku procent projektów.

Perspektywa dostawców usług obejmuje stopień zaspokojenia potrzeb w skali lokalnej Usługodawcy. Adekwatnym wskaźnikiem użyteczności danego projektu, jest informacja o tym, czy jego efekty można byłoby uzyskać bez wsparcia w postaci dofinansowania. Jedynie co szósty badany przedstawiciel Usługodawcy uznał, że usługi będące przedmiotem projektu zostałyby rozwinięte bez jego realizacji. Z drugiej strony jedynie co czwarty respondent wyraził zdanie przeciwne – że usługi nie byłyby możliwe do rozwinięcia bez udziału w projekcie. Ponad połowa badanych nie wyraziła swojego zdania. Badane podmioty na ogół

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

byłyby w stanie świadczyć określone usługi bez dokonania inwestycji w infrastrukturę, ale odbyłoby się to kosztem warunków ich świadczenia. Z kolei zakup sprzętu jest przez nich regularnie dokonywany i najwyraźniej byłby możliwy również bez otrzymania dofinansowania.

Z kolei perspektywa Beneficjentów obejmuje przede wszystkim korzyści dla podmiotu w postaci wzrostu kompetencji jego pracowników. Beneficjentów Działania 6.2 zapytano, czy w wyniku realizacji projektu nastąpiło podniesienie wiedzy pracowników dotyczącej form i instrumentów usług zdrowotnych. Niemal dwie trzecie przedstawicieli badanych podmiotów uznało, że taka poprawa nastąpiła, a jedynie co dwunasty uznał, że tak się nie stało.

Zależność między korzystaniem z usług zdrowotnych, a sytuacją życiową osób i gospodarstw domowych została oceniona na podstawie opinii Usługodawców. Zdaniem połowy spośród nich największy wpływ na zmianę sytuacji życiowej uczestników miało wyposażenie podmiotów leczniczych w sprzęt medyczny. Inwestycje w infrastrukturę były wskazywane znacznie rzadziej – przez kilkanaście procent Usługodawców, zaś poprawa sytuacji epidemiologicznej w związku z pandemią COVID-19 jedynie przez kilka procent badanych.

Usługodawcy zostali również poproszeni o ocenę trwałości zmiany sytuacji odbiorców usług, świadczonych w wyniku realizacji projektów. Ich zdaniem trwałość efektów zależeć będzie przede wszystkim od samych odbiorców usług. Usługodawcy na pierwszym miejscu wymieniają wpływ zainteresowania odbiorców działań poprawą swojego losu oraz prowadzenia dalszych działań wspierających ich zdrowie i samodzielność. Duże znaczenie będzie miała również osobista sytuacja odbiorcy. Z czynników kontekstowych, na trwałość rezultatów projektów na sytuację osób i gospodarstw domowych, największy wpływ będą miały: ogólna sytuacja gospodarcza w obszarze oddziaływania projektu oraz zainteresowanie władz rozwijaniem usług społecznych i zdrowotnych w skali lokalnej. Czynniki te w największym stopniu kształtować będą popyt na usług zdrowotne i możliwości ich świadczenia, co przełoży się na długofalowe efekty dla lokalnej ludności.

Projekty realizowane w ramach Działania 6.2 można podzielić na polegające na zakupie aparatury medycznej oraz polegające na inwestycji w infrastrukturę podmiotu medycznego. Zdaniem połowy badanych Usługodawców największy wpływ na zmianę sytuacji życiowej uczestników miało wyposażenie podmiotów leczniczych w sprzęt medyczny. Inwestycje w infrastrukturę były wskazywane znacznie rzadziej – przez kilkanaście procent respondentów. W kontekście prowadzonych projektów zdrowotnych należy mówić przede wszystkim o ich wpływie na jakość życia pacjentów, w mniejszym zaś stopniu na zwalczaniu wykluczenia społecznego i ubóstwa.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

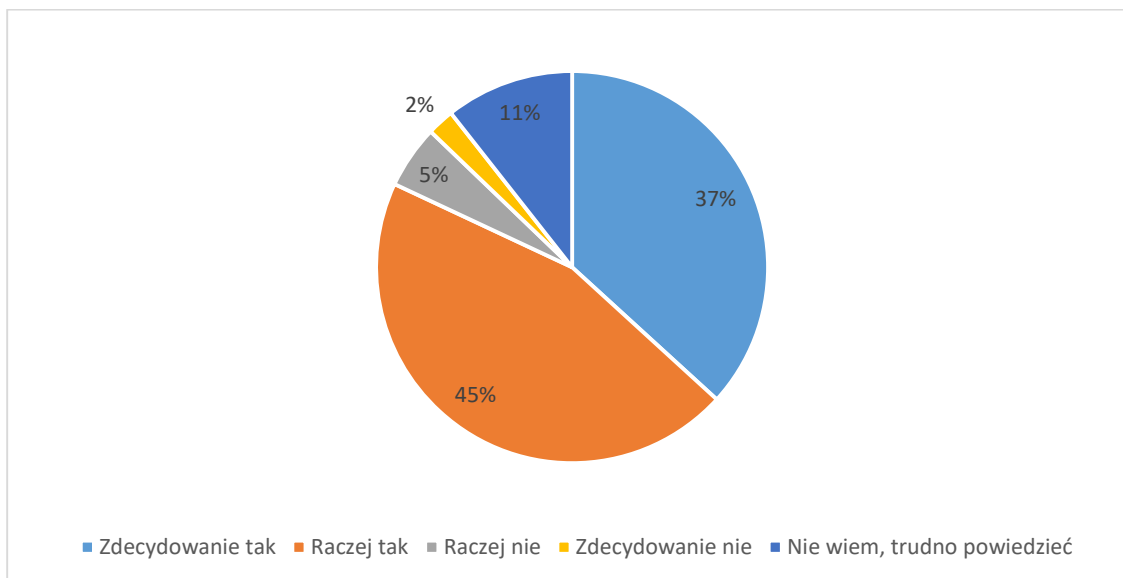
Działanie 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się

Jak wynika z badań jakościowych zrealizowanych wśród beneficjentów i jednocześnie usługodawców programów profilaktycznych, podstawową korzyścią płynącą z ich realizacji jest promocja zdrowia, docieranie z informacją o możliwości wykrycia chorób cywilizacyjnych oraz metod ich leczenia. Ich zdaniem, istotną formą wsparcia, z punktu widzenia użyteczności badania jest bowiem – oprócz programu badawczego i diagnostycznego - sam proces informacyjno-promocyjny o możliwości zbadania się. Jak wynika z wywiadu z przedstawicielem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgorzelcu, można odnotować także istotną korzyść instytucjonalną wsparcia wynikającą z realizacji projektów Działania 8.7 w partnerstwie – rozpowszechniono informację o wadze profilaktyki i programów zdrowotnych w sposób kaskadowy i w czasie wykraczającym długo po zakończeniu działań projektowych. Użyteczność instytucjonalna wsparcia wyraża się także, zdaniem badanych, w możliwości uzupełnienia środków trwałych podmiotów świadczących usługi, na przykład nabycia sprzętu do kolonoskopii o wieloletnim okresie trwałości. Biorąc pod uwagę użyteczność wsparcia dla ostatecznych odbiorców usług, z badań jakościowych wyłania się obraz jednoznacznej korzyści zbadania swojego zdrowia, zabezpieczenia swojego zdrowia np. w wyniku szczepień ochronnych przeciwko boreliozie oraz dotarcia z badaniem „pod strzechy”, czyli do osób, które nigdy wcześniej nie podejmowały się tak podstawowych badań profilaktycznych jak cytologia.

W opinii badanych beneficjentów i jednocześnie podmiotów realizujących programy profilaktyczne i zdrowotne, usługa wsparta w ramach projektu w pełni odpowiada na potrzeby uczestników. Wniosek ten potwierdzają bezpośredni odbiorcy wsparcia.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 23 Rozkład odpowiedzi uczestników Działania 8.7 na pytanie czy usługa rozwinięta w programie zdrowotnym/profilaktycznym spełnia ich potrzeby



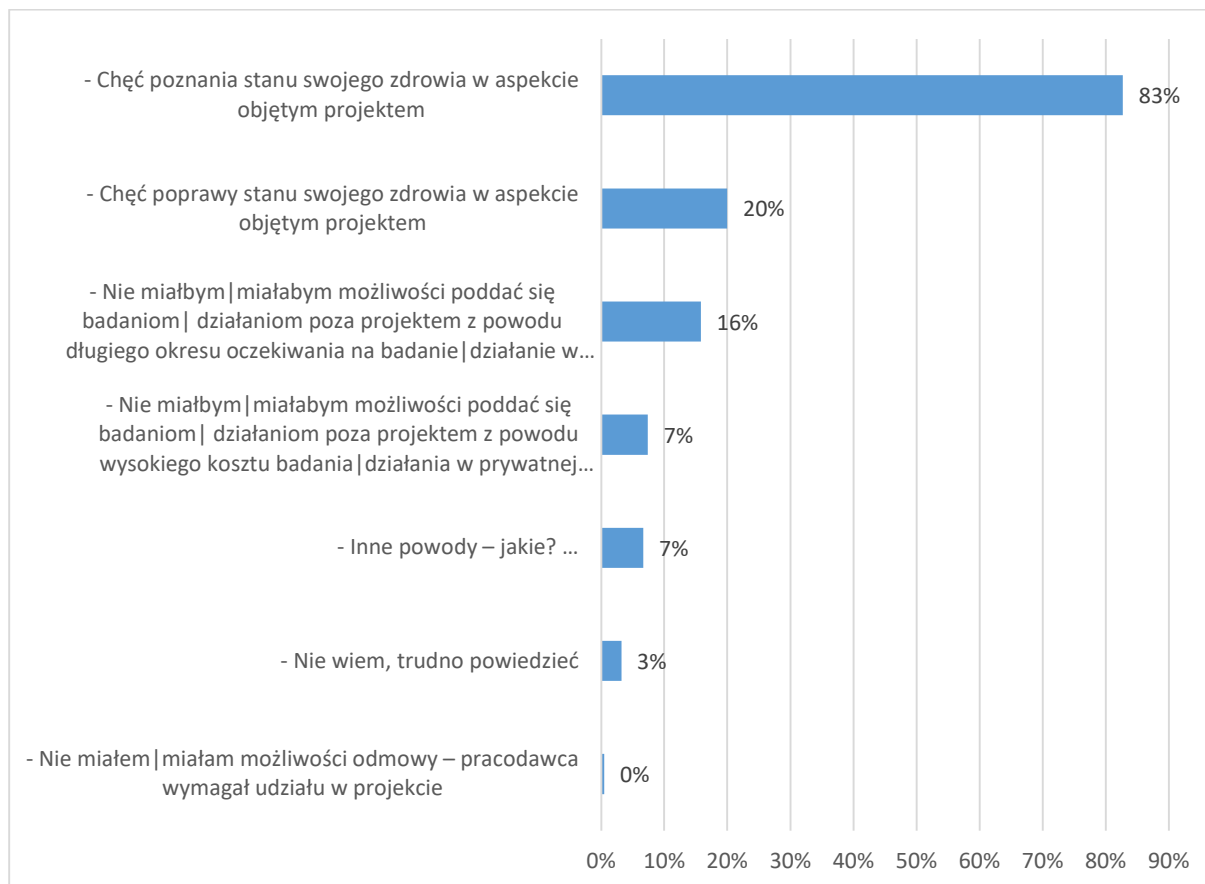
Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników wsparcia Działania 8.7, n=405

Mankamentem użyteczności wsparcia jest jednak, w opinii niektórych respondentów, brak sprawnej procedury leczenia po niekorzystnym wyniku badania. Osoby, u których stwierdzono występowanie choroby cywilizacyjnej zostały pozostawione po niekorzystnej diagnozie systemowi ochrony zdrowia, bez rzetelnej informacji w ramach projektu o możliwych ścieżkach leczenia i bez spodziewanego przez nich, równie komfortowego ciągu dalszego.

Motywacja wzięcia udziału w projekcie była dla uczestników projektów Działania 8.7 jednoznaczna – chęć poznania stanu zdrowia i ewentualnie podjęcia leczenia. Wśród innych powodów wskazanych przez respondentów kluczowa była możliwość skorzystania z wykonania rutynowych dla nich badań bezpłatnie, np. cytologii czy mammografii.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 24 Deklarowane przez uczestników projektów Działania 8.7 powody wzięcia udziału w programie profilaktycznym, zdrowotnym



Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników wsparcia Działania 8.7, n=405

Jak wynika jednak z deklaracji beneficjentów udział w projekcie nie pociągnął za sobą efektu kuli śniegowej jeśli chodzi o profilaktykę zdrowia. Większość – ok 57% badanych bada się profilaktycznie równie często jak przed udziałem w projekcie lub nawet rzadziej (7%). Należy jednak podkreślić, iż częściej niż co piąty uczestnik projektu (23%) zmienił swoje nawyki w kierunku częstszego badania profilaktycznego swojego stanu zdrowia. W opinii ponad jednej trzeciej badanych (38%) po udziale w programie zwiększyło się zainteresowanie uczestników wiedzą na temat czynników, które mogą wpływać negatywnie na zdrowie, respondenci stali się bardziej świadomi np. możliwości nabycia choroby odkleszczowej czy też okoliczności występowania czynników kancerogennych. Ponad jedna trzecia badanych (38%) deklaruje, że zwiększyła swoją uwagę na czynniki ryzyka zdrowotnego. Zaledwie 44% twierdzi, że nie zmieniła nawyków w tym zakresie. Wyniki te należy jednak uznać za istotne, biorąc pod uwagę skalę wsparcia można mówić o umiarkowanym, ale jednak sukcesie prewencji chorób cywilizacyjnych w regionie dolnośląskim.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Udział w projekcie w znikomej skali wpłynął na absencję chorobową uczestników. Jedynie 5% badanych uczestników deklaruje, że po udziale w projekcie rzadziej ma przerwy w pracy z powodu absencji chorobowej. W opinii 74% badanych ich absencje chorobowe są równie częste.

Uczestnicy projektów Działania 8.7 w większości (74%) przyznają, że udział w projekcie nie wpłynął na jakość ich życia. Jej poprawę w wyniku udziału w projekcie deklaruje jedynie 7% uczestników.

Działanie 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

W opinii badanych beneficjentów i usługodawców, wsparcie oferowane w Działaniu 9.3 w ramach DDOM, oprócz poprawy zdrowia uczestników oferowało im także troskę i – przede wszystkim – socjalizację z innymi osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji w DDOM.

Beneficjenci i usługodawcy podkreślają, że wsparcie poprawia sytuację rodzin osób objętych wsparciem poprzez zapewnienie opiekunom pacjentów opieki wytchnieniowej, wzmacnia także kompetencje opiekunów w zakresie codziennej pielęgnacji, stosowania instrumentów prawnych i postępowania medycznego wobec pacjenta DDOM, po jego powrocie do domu. Kolejne aspekty użyteczności wsparcia obejmują – w opinii badanych usługodawców – wzrost poczucia bezpieczeństwa odbiorców wsparcia oraz dostarczenie więcej nadziei na przyszłość. W opinii badanych przedstawicieli podmiotów świadczących usługi wsparcie w pełni odpowiedziało na potrzeby uczestników projektów.

Wniosek ten potwierdzają badani ostateczni odbiorcy wsparcia. Większość z nich – 57% deklaruje poprawę sytuacji życiowej w wyniku wsparcia, zaledwie 34% respondentów utrzymuje, że udział w projekcie nie wpłynął na ich sytuację życiową. Blisko 90% badanych uczestników uważa, że wsparcie otrzymane w projekcie było odpowiednie do ich potrzeb.

Wpływ korzystania z usług na sytuację gospodarstw i rodzin

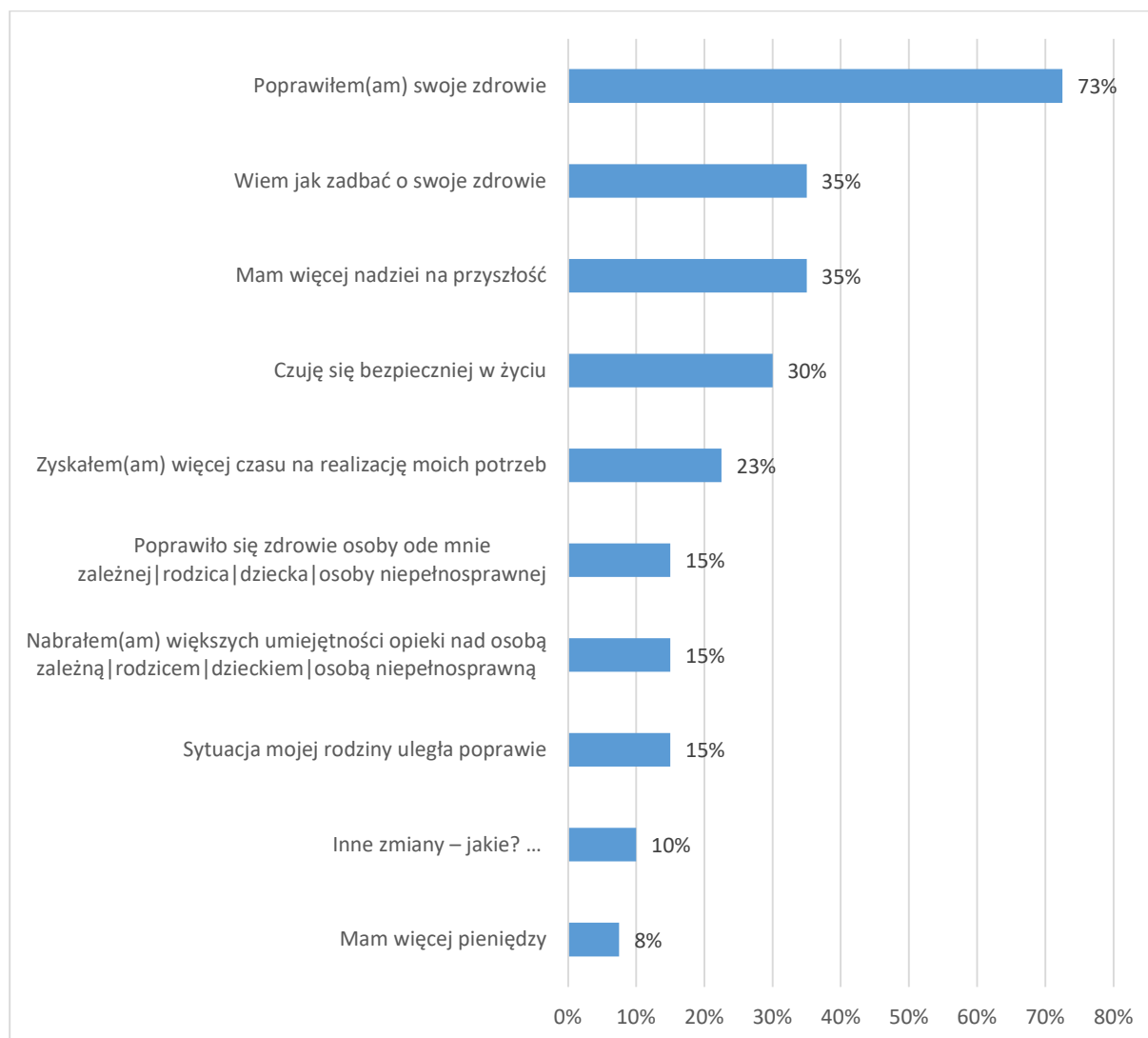
Najczęściej wskazywanym powodem wzięcia udziału w projekcie była dla zdecydowanej większości badanych uczestników chęć poprawy własnego zdrowia (75%) badanych oraz w przypadku opiekunów – chęć poprawy stanu zdrowia osoby zależnej połączona z deklaracją braku środków na opiekę prywatną (17%). Pozostałe możliwe odpowiedzi odnoszące się do chęci poprawy wiedzy i kompetencji dotyczącej opieki nad osobą chorą czy chęci zmiany swojej sytuacji życiowej były wskazywane sporadycznie.

Jak wynika z deklaracji pacjentów DDOM oraz ich opiekunów, wsparcie nie wpłynęło na zmianę aktywności zawodowej uczestników, niemniej jednak wszyscy badani opiekunowie pacjentów DDOM twierdzą, że miało ono znaczenie jeśli chodzi o poprawę ich sytuacji na

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

ryнку pracy, np. nie spowodowało zagrożenia utraty pracy w wyniku spadku dyspozycyjności.

Wykres 25 Opinie uczestników Działania 9.3 dotyczące wpływu wsparcia na ich sytuację życiową



Źródło: badanie CAWI/CATI z uczestnikami wsparcia, n=106

Deklaracje uczestników wskazują, iż otrzymane wsparcie wpłynęło przede wszystkim na ich sytuację osobistą i rodzinną w kategoriach zyskania czasu dla siebie, poczucia bezpieczeństwa, wytchnienia i nadziei na przyszłość. Pacjenci DDOM doceniają też użyteczność wsparcia w kontekście podniesienia swojej wiedzy dotyczącej dbania o zdrowie.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

6. OCENA TRWAŁOŚCI WSPARCIA

Niniejszy rozdział odpowiada na pytanie badawcze:

Jaki jest/może być długoterminowy wpływ interwencji na trwałość i potencjał instytucjonalny podmiotów świadczących usługi społeczne?

6.1. Usługi społeczne

W przypadku inwestycji infrastrukturalnych Działania 6.1 nie zidentyfikowano istotnych czynników wpływających na trwałość wspartej infrastruktury. Popyt na usługi żłobkowe, wsparcie w DPS, DDP czy mieszkaniach chronionych wzmacniany będzie dodatkowo poprzez potrzeby wsparcia uchodźców z Ukrainy. Zdaniem zarówno badanych beneficjentów, jak i usługodawców popyt na usługi rozwijane we wspartej strukturze przewyższa możliwości wspartej infrastruktury. Problem z zachowaniem trwałości z ukierunkowaniem na grupę docelową zgłaszał jedynie beneficjent projektu pn. Modernizacja budynku Caritas Diecezji Świdnickiej na dom samotnej matki „Promyk” w Pieszycach. Środkiem zaradczym okazało się oferowanie usług również dla samotnych ojców oraz rodziców z dziećmi starszymi, znajdujących się w kryzysie bezdomności. Beneficjenci deklarują, że w momencie realizacji badania stopień wykorzystania wspartej infrastruktury jest zgodny z założeniami, w jednej trzeciej przypadków liczba użytkowników jest wyższa od zakładanej. Według szacunku połowy badanych beneficjentów trwałość wspartej infrastruktury będzie wynosić minimum 5 lat. Częściej niż co trzeci badany beneficjent (13 respondentów na 32 badanych) uważa, że trwałość efektów będzie dłuższa niż 5 lat. Czynnikiem jej zachowania jest jednak w opinii blisko trzech czwartych badaniach zachowanie budżetu na bieżącym poziomie i niesłabnące zainteresowanie potencjalnych użytkowników.

Usługi społeczne wypracowane w Działaniu 9.2 charakteryzują się niższą trwałością niż usługi realizowane w infrastrukturze wspartej w Działaniu 6.1. W opinii blisko połowy beneficjentów (22 respondentów na 55 badanych) trwałość efektów będzie krótsza niż 3 lata.

Według podmiotów świadczących usługi, w momencie prowadzenia badania jedynie 25% usług realizowanych jest w pełnym zakresie (głównie mieszkania chronione, oraz usługi asystenckie finansowane ze środków Funduszu Solidarności lub konkursów Marszałka Województwa Dolnośląskiego po zakończeniu realizacji działań projektowych). W 50% przypadkach usługa oferowana jest w ograniczonym zakresie, zaś jedna czwarta usług została zawieszona. Kwestia ta zależy od wielu czynników. W przypadku usług asystenckich cena 40 złotych brutto (stawka asystencka za jedną godzinę wsparcia) jest ceną zaporową dla

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

przejętej rodziny osoby z orzeczoną niepełnosprawnością. Trwałość tych usług podtrzymywana jest jedynie w ramach projektów komplementarnych finansujących usługi asystenckie, np. w ramach Funduszu Solidarnościowego. W celu zachowania zasobu – czyli asystentów wykształconych w ramach projektów – beneficjenci pozainstytucjonalni (organizacje pozarządowe) wymieniają się asystentami. W sytuacji gdy jeden projekt się zakończy na danym terenie, inna organizacja, realizująca projekt np. z Funduszu Solidarnościowego przejmuje asystentów do świadczenia usług. Zdaniem badanych, środkiem zaradczym tych problemów może być inicjowanie świetlic dla OzN oferujących opiekę wytchnieniową dla opiekunów, i np. pracę 2-3 asystentów na kilku uczestników. Wsparcie to – choć niższej jakości – niezindywidualizowane w pełni, mogłoby umożliwić realizację usługi poza środkami projektowymi, na zasadzie finansowania przez uczestników np. jednej godziny pracy asystenta w cenie 7 zł. Wymaga to jednak użyczenia lokalu, a więc inicjatywy władz gminy.

Kolejnym zagrożeniem trwałości usług asystenckich wypracowanych w projektach Działania 9.2 RPO WD jest niepewność związana z definicją usługi asystenckiej w projekcie ustawy o asystenturze osobistej. Istnieje ryzyko, iż definicja asystentury osobistej obejmować będzie również usługi opiekuńcze. W takiej sytuacji – zdaniem beneficjentów i usługodawców – większość wykształconej ekipy asystentów (głównie emerytów) nie podejmie się realizacji poszerzonych zadań i odejście z zawodu, co spowoduje zaprzepaszczenie długofalowych efektów wsparcia asystentury OzN w projektach RPO WD.

Trwałość usług opiekuńczych również nie jest przesądzona. Jak wynika z wywiadów z beneficjentami, praca ta uważana jest za mało płatną i trudną, stąd też świadczenie usług opiekuńczych powierzane było zazwyczaj klientom pomocy społecznej lub PUP. Po zakończeniu okresu finansowania projektu usługi opiekuńcze świadczone są sporadycznie, ze względu na ich odpłatność.

Czynnikiem ograniczającym trwałość osiągania efektów w Działaniu 9.2 może być właśnie brak wypracowania w środowisku lokalnym, w którym realizowano usługę opiekuńczą, asystencką bądź opiekę wytchnieniową, mechanizmów odpłatności za oferowane usługi. Zaledwie w 10% realizowanych projektów sporadycznie pojawiali się odbiorcy, którzy ponosili częściową odpłatność za usługi. Kwestia ta dotyczy przy tym niemal wyłącznie Dziennych Domów Pomocy. Wydaje się, iż bez osadzania usług społecznych w realiach lokalnych, również w wymiarze finansowym, zbudowanie długookresowej trwałości systemu usług społecznych będzie bezcelowe.

W przypadku wsparcia rodziny można mówić o niewystarczającej trwałości efektów skierowanych do rodzin zastępczych oraz braku kontynuacji wsparcia w projektach

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

ukierunkowanych na wsparcie rodzin przeżywających trudności w pełnieniu ról wychowawczych. W pierwszym przypadku można mówić o ograniczaniu działań wspierających pieczę zastępczą do standardowych szkoleń dla rodzin prowadzonych przez PCPR. Bez środków projektowych nie są realizowane usługi specjalistyczne, wyjazdy dla dzieci czy też wsparcie edukacji poprzez dofinansowanie korepetycji. W drugim typie projektu należy wspomnieć o niewystarczających zasobach GOPS-ów do prowadzenia działań terapeutycznych i szkoleniowych skierowanych do rodzin objętych standardową pomocą społeczną. Sukcesem projektu realizowanego przez Fundację Rodzinna Stacja było wpłynięcie na GOPS w jednej z miejscowości, w której realizowana była interwencja w celu utworzenia funkcji asystenta rodziny, pierwszej w tej gminie.

Wsparcie w obszarze funkcjonowania mieszkań chronionych jest relatywnie trwałe ze względu na przejęcie zadania przez OPS-y, bez względu na formę prawną beneficjenta projektu. Zakres świadczonych usług jest jednak standardowy, bez wystarczających działań aktywizacji zawodowej, czy też integracji ze środowiskiem lokalnym, które były realizowane wcześniej ze środków projektowych.

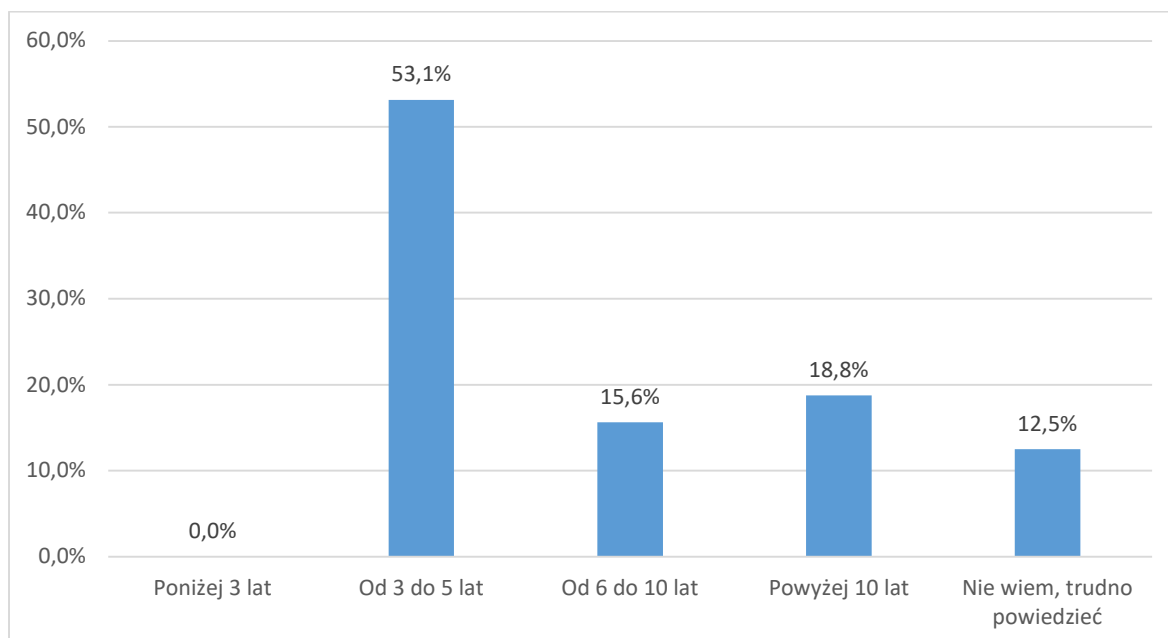
6.2. Usługi zdrowotne

Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

Trwałość inwestycji przeprowadzonych przez beneficjentów Działania 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną jest silnie uzależniona od rodzaju realizowanego projektu. Ogólnie trwałość zrealizowanych projektów oceniona została bardzo wysoko. Zdaniem połowy badanych – realizujących głównie projekty dotyczące zakupu sprzętu medycznego - wyniesie ona od 3 do 5 lat, co wiąże się z postępowaniem technologicznym i koniecznością regularnego wymieniania aparatury. Z kolei beneficjenci, którzy realizowali projekty infrastrukturalne, oceniają trwałość nieco wyżej. 15 procent beneficjentów ocenia trwałość na od 6 do 10 lat, zaś 12,5% – na powyżej 10 lat.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 26 Prognozowana przez beneficjentów trwałość efektów projektów w ramach Działania 6.2



Źródło: badanie CAWI/CATI z beneficjentami Działania 6.2, n=23

Zdaniem beneficjentów, kluczowy wpływ na utrzymanie świadczenia usług zdrowotnych mają możliwości amortyzacji uzyskanej aparatury oraz konserwacji odnowionej infrastruktury. Niemal połowa badanych uznała, że aby utrzymać trwałość powyżej trzech lat należy dokonywać dalszych inwestycji w obszarze realizacji projektu. Dla wielu wiąże się to z koniecznością wzrostu budżetu podmiotu świadczącego usługi, co spowodowane jest kosztochłonnością utrzymania inwestycji. Co trzeci respondent uznaje, że wystarczające byłoby zaś utrzymanie budżetu podmiotu na bieżącym poziomie. Nieliczni beneficjenci dostrzegają potencjał w podniesieniu opłat za świadczone usługi, które byłyby pobierane od użytkowników.

Problem ten został rozwinięty w ramach wywiadów z beneficjentami. Uważają oni, że wielu odbiorców zwyczajnie nie stać na samodzielne opłacenie leczenia. Ponadto wprowadzenie opłaty nie przyniosłoby korzyści adekwatnych do rzeczywistych potrzeb. Dlatego też dużo ważniejszym czynnikiem – wskazywanym przez niemal połowę badanych - wpływającym na trwałość efektów projektu, jest ogólna sytuacja gospodarcza na obszarze jego oddziaływania. Istotne jest również zainteresowanie korzystaniem z usług zdrowotnych przez potencjalnych odbiorców.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Podobnie wygląda rozkład ocen trwałości usług, które będą świadczone przez usługodawców, którzy zrealizowali projekty. Niemal połowa respondentów zakłada, że usługi realizowane będą w okresie od 3 do 5 lat; co piąty, że od 6 do 10 lat; zaś co trzeci, że aż powyżej 10 lat. Ogólna ocena trwałości zrealizowanych projektów jest więc bardzo wysoka.

Ze względu na kosztochłonność usług, aż połowa badanych usługodawców stwierdza, że konieczny będzie wzrost budżetu w stosunku do bieżącego poziomu. Utrzymanie budżetu na bieżącym poziomie oraz podniesienie opłat za świadczone usługi, oceniane zostały jako rozwiązania niewystarczające. Niemal połowa przedstawicieli usługodawców dostrzega ponadto konieczność podejmowania dalszych działań inwestycyjnych w obszarze realizacji projektu. Bardzo ważnymi czynnikami pozostają ogólna sytuacja gospodarcza oraz zainteresowanie potencjalnych odbiorców działań, które warunkować będą popyt na świadczone usługi.

Działanie 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się

Dzięki możliwości zakupu sprzętu medycznego oraz wyposażenia w ramach crossfinancingu, wzmocnił się potencjał instytucjonalny podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Sprzęt ten będzie wykorzystywany przez te podmioty w kolejnych latach. Należy jednak podkreślić, iż trwałość takiego sprzętu jest ograniczona, a jak przyznawali sami beneficjenci, ich eksploatacja na potrzeby realizacji projektu była bardzo duża. Można zatem ocenić, że będzie to sprzęt na kolejne 3-5 lat, niż 10.

Trwałym efektem projektów jest również, jak deklarują podmioty zaangażowane w realizację działań, podniesienie wiedzy pracowników podmiotu dotyczącej form i instrumentów usług zdrowotnych. W części podmiotów, w wyniku realizacji projektu, wprowadzono nowe, innowacyjne rozwiązania dotyczące realizowania usług zdrowotnych. Daje to wysoki potencjał do realizowania podobnych działań w przyszłości, również ze środków pochodzących spoza UE. Podmioty nabrały również doświadczenia w realizacji usług zdrowotnych w środowisku lokalnym, poza stacjonarnymi placówkami zdrowia.

Innym trwałym efektem wsparcia może być, zdaniem przedstawiciela IZ RPO WD, wzrost świadomości i aktywizacja lokalnych aktywistów i działaczy, którzy byli zaangażowani w realizację działań edukacyjnych i promujących badania profilaktyczne. Będą oni bardziej skłonni w przyszłości do upowszechniania w swoich środowiskach programów zdrowotnych.

Potrzeby związane z wdrożeniem interwencji nakierowanej na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa nie zdezaktualizowały się. Choroby potencjalnie zagrażające życiu lub skutkujące niepełnosprawnością nie są wykrywane dostatecznie szybko, co zmniejsza szansę na skuteczne wyleczenie i w efekcie negatywnie

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

wpływa na aktywność zawodową mieszkańców. Nowym, krytycznym obszarem jest zdrowie psychiczne i potrzeba realizacji programów zapobiegających np. próbom samobójczym, promującym korzystanie ze specjalistów, psychoterapii etc. Rośnie udział czynników psychospołecznych w ogólnej strukturze nieobecności w pracy. W latach 2013-2020 obserwuje się stały wzrost liczby dni absencji chorobowej takich grup chorobowych jak zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. W roku 2013 liczba dni absencji chorobowej z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wyniosła 15,6 mln, co stanowiło 7,3% wszystkich dni absencji ogółem. W 2020 roku było to odpowiednio 27,6 mln oraz 10,8%.

Nastąpił wzrost liczby dni absencji wynikającej z chorób nowotworowych – w 2013 roku było to 7,5 mln dni, a w 2020 roku 8,3 mln. W przypadku tych chorób średnia liczba dni zwolnienia była najwyższa i wynosiła w 2020 roku 20,14 dni, zaraz po najczęściej występujących przyczynach absencji, jaką jest ciąża, poród i połów (średnia liczba dni absencji to 23,9).

Nieco zmniejszyła się liczba dni absencji wynikająca z chorób układu krążenia (w 2013 roku 12,5 mln a w 2020 roku 11,4 mln; wydłużył się natomiast średni czas zwolnienia). O 18% wzrosła natomiast liczba dni absencji wynikająca z chorób układu oddechowego (z 29,5 mln w 2013 roku do 35,0 mln w 2020 roku).

Mimo licznych kampanii i programów zdrowotnych, zachorowalność na choroby cywilizacyjne, do których zalicza się m.in. cukrzycę, nadwagę, otyłość, choroby układu krążenia i nowotwory, jest nadal wysoka.

Według danych Instytutu Onkologii, opracowywanych w cyklu dwuletnim, na nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w 2018 roku zachorowało 482 mężczyzn i 466,5 kobiet na 100 tys. mieszkańców. Dane dla całej Polski to odpowiednio 449,7 i 423,0 osób. Oznacza to wzrost, gdyż w 2012 roku w województwie dolnośląskim było to 431,2 (mężczyźni) oraz 416,1 (kobiety), a w Polsce wartości te wynosiły odpowiednio 409,4 i 384,7²⁴.

Przedstawione dane wskazują na występowanie potrzeby intensyfikacji programów zdrowotnych i profilaktycznych w celu zatrzymania niekorzystnego trendu zachorowalności na choroby cywilizacyjne w regionie, co może wywrzeć wpływ na sytuację na rynku pracy.

²⁴ *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2015 i 2021.*

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Działanie 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

W przypadku usług zdrowotnych oferowanych w Działaniu 9.3 można mówić o braku długookresowej trwałości wsparcia. Generalnie we wszystkich zakończonych projektach wsparcia DDOM, mimo gotowości wspartych podmiotów do realizacji usługi, nie ma popytu na usługi odpłatne, sięgające kosztów przekraczających 100 zł. dziennie. Nawet ich ograniczenie do wsparcia opiekuna medycznego, opieki pielęgniarskiej i pracownika socjalnego oraz rutynowej wizyty lekarza specjalności związanej z hospitalizacją pacjenta pociąga za sobą wysokie koszty, zwłaszcza w sytuacji podwyższenia opłat z tytułu energii elektrycznej i gazu. Należy skonstatować, iż bez przynajmniej częściowego refinansowania usługi przez NFZ bądź ciągłości jej finansowania z innych środków, przyszłość DDOMów jest przesądzona – nie będą one funkcjonować w środowisku lokalnym. W przypadku włączenie świadczeń realizowanych przez DDOM do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ, pobyt w placówkach ponownie będzie bezpłatny. Brak decyzji w tym zakresie ze strony NFZ powoduje, że efekty projektów tracą na trwałości – personel zatrudnia się w innych miejscach, potencjalni chętni (z list rezerwowych) są odprawiani w niewiadomą przyszłość.

Efekty projektów realizowanych w trybie nadzwyczajnym, ukierunkowane na ograniczanie negatywnych konsekwencji pandemii COVID-19, z definicji nie charakteryzują się długookresową trwałością. Ich charakter jest bowiem doraźny i akcydentalny. Należy jednak podkreślić, że wsparcie zwiększyło zdolności organizacyjne wspartych szpitali i DPSów w zakresie adaptowania się do kryzysowych sytuacji, co może mieć długofalowe konsekwencje.

7. OCENA KOMPLEMENTARNOŚCI. KOORDYNACJA USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Niniejszy rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:

Jaki jest poziom komplementarności inwestycji finansowanych z EFS i EFRR w ramach RPO WD, a także z działaniami finansowanymi z innych źródeł (w tym krajowych)?

Jaki jest poziom komplementarności z działaniami z zakresu aktywnej integracji (9i)?

Jaki jest stan koordynacji usług społecznych na poziomie lokalnym i regionalnym?

Jaki jest stan koordynacji usług zdrowotnych na poziomie lokalnym i regionalnym?

7.1. Usługi społeczne

Komplementarność usług społecznych

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Zgodnie z logiką interwencji i typologią projektów możliwych do realizacji w Działaniu 6.1 inwestycje infrastrukturalne przyczyniały się do realizacji celów OP 9RPO WD Włączenie społeczne: aktywizacji społeczno-zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób z niepełnosprawnościami (Działanie 9.1), rozwijaniu usług społecznych (Działanie 9.2).

Nie odnotowano bezpośredniej komplementarności podmiotowej lub terytorialnej inwestycji wspartych w Działaniu 6.1 z projektami Działania 9.1 Aktywna integracja. Wynika to z faktu dominacji w Działaniu 6.1 grupy docelowej osób niesamodzielnych, starszych, dzieci, które nie są zazwyczaj objęte programami aktywnej integracji Działania 9.1. W projektach Działania 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych wystąpiła jednakże wysoka skala komplementarności podmiotowej i przedmiotowej z interwencjami Działania 9.1.. 40 projektów Działania 9.1 realizowana jest przez beneficjentów projektów Działania 9.2 w tych samych grupach docelowych i na tym samym terytorium, które zostało objęte wsparciem w ramach rozwijania usług społecznych. Są to głównie projekty realizowane przez fundacje i stowarzyszenia. W ramach tych projektów, aktywizowane bezrobotne i zagrożone wykluczeniem społecznym kobiety rekrutowane są do zawodu opiekuna, a następnie zatrudniane w projektach, w ramach których świadczone są usługi opiekuńcze. Stanowią one główny trzon kadry świadczącej usługi opiekuńcze w projektach Działania 9.2.

Komplementarność między oboma Działaniami nie dotyczy jednak ostatecznych odbiorców wsparcia Działania 9.1. Jak wynika z badania podmiotów świadczących usługi społeczne uczestnicy komplementarnych projektów EFS Działania 9.1 wchodzili w skład odbiorców wsparcia w zaledwie co dziesiątym projekcie Działania 9.2 (głównie w projektach dotyczących wsparcia rodziny biologicznej, przeżywającej trudności opiekuńczo-wychowawcze oraz usług asystenckich dla OzN). Stanowili oni przy tym nie więcej niż 10% uczestników.

Występuje bezpośrednia międzyfunduszową komplementarność przedmiotowa i podmiotowa wsparcia infrastruktury mieszkań chronionych w ramach dwóch projektów realizowanych przez Miasto Wrocław: Remont i przebudowa wraz z wyposażeniem czterech mieszkań o charakterze wspomagającym we Wrocławiu oraz Remont i przebudowa wraz z wyposażeniem trzech mieszkań o charakterze wspomagającym we Wrocławiu (Działanie 6.1) z interwencjami EFS realizowanymi przez tego samego beneficjenta w Działaniu 9.2 pn. Droga do samodzielności - stworzenie 30 miejsc świadczenia usług społecznych w ramach 6 mieszkań treningowych na obszarze Miasta Wrocławia oraz TRAMPOLINA - mieszkania wspomagane. Wskazane projekty Działania 9.2 częściowo wykorzystywały infrastrukturę wspartą w ramach Działania 6.1.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Międzyfunduszowa komplementarność przedmiotowa i podmiotowa wystąpiła także w przypadku wspartej infrastruktury opieki nad dzieckiem do lat 3. Projekty Działania 8.4 Godzenie życia zawodowego i prywatnego, takie jak: Rodzice aktywni zawodowo w Gminie Radków, Nowa szansa - uruchomienie żłobka w Świerzawie, Ekożłobek w Pieszycach wykorzystują infrastrukturę wspartą w Działaniu 6.1

O komplementarności międzyfunduszowej może świadczyć także skala i zakres crossfinancingu w projektach Działania 9.2

Crossfinancing, czyli uzupełnianie działań projektowych interwencji EFS środkami EFRR w celu wsparcia infrastruktury wykraczającej poza środki trwałe dopuszczalne w EFS, wystąpił w 24 projektach, czyli w co czwartej interwencji ukierunkowanej na rozwój usług społecznych wysokiej jakości. Łączna wysokość inwestycji współfinansowanych z EFRR w projektach EFS Działania 9.2 wyniosła 1 852 340 zł.

Jak wynika z analizy wniosków o dofinansowanie projektu w obszarze wsparcia usług społecznych wystąpiła także komplementarność z programami krajowymi i innymi programami unijnymi.

Wsparcie RPO WD 2014-2020 z zakresu usług społecznych jest komplementarne ze wsparciem świadczonym przez placówki stacjonarnej pomocy społecznej, dla których w ramach RPO budowana jest alternatywa w postaci usług świadczonych w środowisku lokalnym. Analizowany obszar wsparcia Działania 6.1 i Działania 9.2 jest komplementarny z wieloma programami rządowymi:

- Program Senior+ - podobnie jak w ramach RPO możliwe jest wspieranie dziennych domów pobytu oraz klubów seniora,
- Fundusz Solidarności – finansowanie usług asystenckich
- Konkursy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego na finansowanie usług asystenckich i opiekuńczych dla osób z niepełnosprawnościami
- Maluch+ - finansowanie tworzenia i utrzymywania miejsc opieki nad dzieckiem do lat 3
- Program Opieka 75+, którego celem jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych, które są wspierane również w ramach RPO,
- Program Opieka wytchnieniowa, finansowanie usług krótkotrwałej opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób z niepełnosprawnościami, w ramach RPO świadczone jest wsparcie o podobnej funkcji w wymiarze długoterminowym,
- Program Dostępność Plus – w ramach którego realizowane są działania zwiększające dostępność dla osób z niepełnosprawnościami w obszarach architektura, transport,

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

edukacja, służba zdrowia, cyfryzacja, usługi, konkurencyjność i koordynacja, w ramach RPO również stosowane są wymagania dotyczące dostępności,

- Program asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej, w ramach którego dofinansowywane są koszty wynagrodzenia asystentów rodziny i koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej, wsparcie to jest skierowane do tej samej grupy docelowej, co RPO,
- Program Od zależności ku samodzielności, wsparcie mające na celu usamodzielnienie osób z zaburzeniami psychicznymi, w ramach RPO mamy do czynienia ze wsparciem o zbliżonej funkcji,
- Program Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym, wsparcie infrastruktury miejsc świadczenia usług dla osób bezdomnych oraz wsparcie o charakterze miękkim, wsparcie RPO jest również kierowane do tej grupy docelowej,
- Programu Centra opiekuńczo-mieszkalne, program mający na celu zapewnienia osobom niesamodzielnym możliwości zamieszkiwania w formie pobytu dziennego lub całodobowego, wsparcie o analogicznej funkcji lecz w wariacie środowiskowym znajduje się w RPO,
- Program Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych, mający zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych, wsparcie tego rodzaju świadczone jest również w RPO,
- Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 - wsparcie aktywizacyjnej o zbliżonych funkcjach, co oferowane w ramach RPO.

Jako komplementarny wyróżnić należy – zgodnie zresztą z logiką interwencji – POPŻ 2014-2020 mający na celu dostarczanie osobom najuboższym pomocy żywnościowej w formie paczek lub posiłków. Można tu wyróżnić dwa wymiary komplementarności, z jednej strony mamy tu do czynienia ze wspólnym celem RPO WD 2014-2020 i POPŻ 2014-2020 jakim jest zwiększenie jakości życia osób w najtrudniejszej sytuacji i w tym aspekcie działania obu programów uzupełniają się wzajemnie. Drugim aspektem komplementarności jest podobieństwo instrumentów wsparcia, ponieważ w ramach POPŻ 2014-2020 jako uzupełniające także podejmowane są działania mające na celu włączenie społeczne.

Komplementarność z PO PŻ 2014-2020 występowała w realizowanych interwencjach Działania 9.2 w ograniczonym zakresie. Jak wynika z badania podmiotów świadczących usługi odbiorcy wsparcia PO PŻ byli użytkownikami nie więcej niż co trzeciego projektu, stanowiąc w nim nie więcej niż 10-30% wspartej grupy.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Koordinacja usług społecznych na poziomie regionu i na poziomie lokalnym

Regionalna koordynacja usług społecznych - poza RPO WD - odbywa się na poziomie ROPS Wrocław, którego zadaniem jest między innymi prowadzenie monitoringu zasobów i potrzeb pomocy społecznej w województwie w ujęciu terytorialnym, szkolenie kadr pomocy społecznej. Jednym z narzędzi tej koordynacji jest Dolnośląskie Forum Pomocy Społecznej, którego rolą jest monitoring, wyrażanie stanowiska i opinii wobec konkretnych problemów, inicjowanie zmian dla sektora na szczeblach regionalnym i krajowym, inicjowanie nowych projektów, organizacja pracy instytucji, wprowadzanie nowych rozwiązań, budowanie i promowanie mechanizmów współdziałania instytucji rynku pracy i pomocy społecznej w zakresie wspierania osób pozostających bez zatrudnienia i zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz budowanie działań na rzecz współpracy instytucji pomocy i integracji społecznej z Powiatowymi Urzędami Pracy przy aktywizacji społeczno-zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Na poziomie powiatu koordynacją pomocy społecznej zajmuje się Starostwo Powiatowe, za głównym narzędziem strategicznym tej koordynacji jest strategia rozwiązywania problemów społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy społecznej, wspierania osób z niepełnosprawnościami i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami. Do jego obowiązków należy prowadzenie specjalistycznego poradnictwa, ośrodków interwencji kryzysowej, organizowanie opieki dla dzieci jej pozbawionych, mieszkalnictwo chronione i domy pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym, pomoc uchodźcom w zakresie indywidualnego programu integracji, prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia. Istotną instytucją koordynującą pomoc społeczną na poziomie powiatu jest PCPR, którego funkcja polega na realizowaniu zadań z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, rehabilitacji zawodowej oraz społecznej osób z niepełnosprawnościami, przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Na poziomie gminy funkcję koordynacyjną pełnią Ośrodki Pomocy Społecznej jako jednostki organizacyjne władz gmin, w których zadaniach mieszczą się wszystkie usługi społeczne, realizowane i wspierane w ramach RPO WD. Jak wynika z wywiadów z beneficjentami wsparcia, OPSy nie pełnią jednak funkcji koordynacyjnej, mimo powszechnych w województwie dolnośląskim centrów wolontariatu i baz organizacji pozarządowych, wiedza OPS-ów na temat potrzeb i możliwości realizowania wsparcia jest niewystarczająca.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Rozwiązaniem tego problemu mogą być centra usług społecznych. Na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019 poz. 1818) wprowadzona została możliwość utworzenia na szczeblu gminnym jednostki organizacyjnej Centrum Usług Społecznych (CUS) lub przekształcenia istniejącego ośrodka pomocy społecznej w CUS. Zadaniem CUS jest zaspokajanie potrzeb wspólnoty samorządowej poprzez działania z zakresu: polityki prorodzinnej, wspierania rodziny, systemu pieczy zastępczej, pomocy społecznej, promocji i ochrony zdrowia, wspierania osób z niepełnosprawnościami, edukacji publicznej, przeciwdziałania bezrobociu, kultury, kultury fizycznej i turystyki, pobudzania aktywności obywatelskiej, mieszkalnictwa, ochrony środowiska, reintegracji zawodowej i społecznej. Utworzenie i prowadzenie CUS należy do zadań gminy o charakterze fakultatywnym. W ramach Działania 6.1 wsparto infrastrukturalnie Centrum Społeczne w gminie Jedlina Zdrój, rozbudowano Wrocławskie Centrum Integracji, zbudowano Centrum Spotkań we Wrocławiu, zaś w Działaniu 9.2 beneficjentem projektów realizujących usługę DDP było Miejskie Centrum Usług Społecznych we Wrocławiu. Jak wynika jednak z analizy działań tych instytucji, zakres koordynacji lokalnych zasobów jest ograniczony tematycznie – np. MCUS Wrocław zajmuje się wyłącznie usługami skierowanymi do osób starszych, zaś Centrum Społeczne w gminie Jedlina Zdrój wyłącznie podmiotami reintegracji społeczno-zawodowej. Wsparcie RPO WD w niewielkim stopniu więc przyczyniło się do koordynacji usług społecznych w skali lokalnej, choć poprzez premiowanie międzysektorowego partnerstwa w projektach przyczyniło się do wymiany doświadczeń NGOs i JOPS.

Ponad połowa badanych beneficjentów i usługodawców deklaruje brak opinii na temat stanu koordynacji usług społecznych na poziomie regionalnym. Pozostali również często oceniają ją negatywnie jak i pozytywnie. Za opiniami negatywnymi stoi przekonanie o braku regionalnych programów wspierających deinstytucjonalizację poza projektami unijnymi, braku czytelnych zasad wspierających współpracę między JST a NGO. Jako pozytywny przykład trafnej koordynacji regionalnej wskazywano organizowanie przez Urząd Marszałkowski konkursów wspierających usługi opiekuńcze i asystenckie OzN w okresie po zakończeniu realizacji większości projektów z tego obszaru realizowanych w RPO WD 2014-2020, co pozwala na zachowanie ciągłości usług w województwie, zwłaszcza w sytuacji długich przerw między kolejnymi edycjami Funduszu Solidarności.

Badani beneficjenci i usługodawcy Działania 9.2 najczęściej pozytywnie oceniają stan koordynacji usług społecznych na poziomie lokalnym. Blisko jedna trzecia jednak zwraca uwagę na brak spójnego systemu integrującego/ rejestrującego dane dotyczące potrzeb w zakresie usług społecznych w regionie/ osób potrzebujących wsparcia z zakresu usług

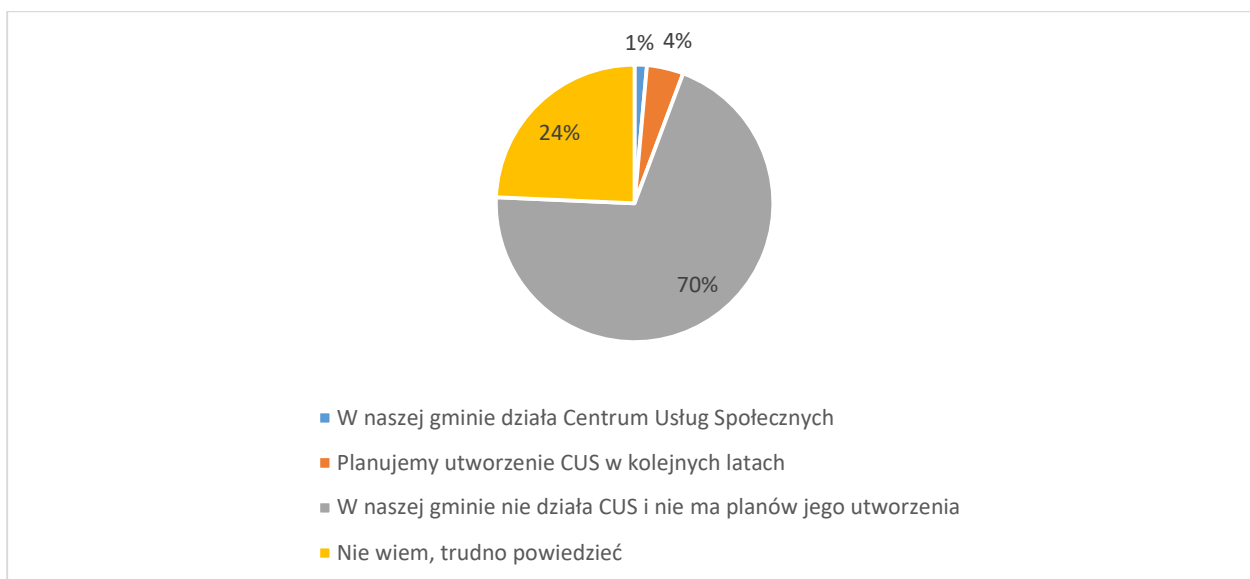
Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

społecznych oraz informacji na temat osób świadczących systemowo lub odpłatnie takie usługi/ instytucji świadczących tego rodzaju usługi. Podkreślono także brak przestrzeni do wymiany doświadczeń między różnymi organizacjami i instytucjami, braki kadrowe, niewystarczające wykorzystanie potencjału organizacji pozarządowej w pomocy społecznej, brak punktu, w którym osoba niepełnosprawna pozyska pełne informacje o adekwatnych dla siebie formach wsparcia; brak koordynacji w zakresie wolnych miejsc w poszczególnych placówkach, niewystarczającą ilość usług społecznych w mniejszych gminach, skupienie większej ilości usług w pojedynczych gminach lub w mieście Wrocław.

Ciekawą praktyką koordynacji usług asystenckich jest współpraca wolontariacka studentów Politechniki Wrocławskiej ze Stowarzyszeniem Organizacji Pozarządowych we Wrocławiu, w ramach której powstaje aplikacja monitorująca stan zaangażowania zasobów do realizowania usług opiekuńczych i asystenckich. Aplikacja powstaje za darmo, niemniej jednak dla jej utrzymania, monitorowania i bieżącego uzupełniania zasobów potrzebna jest koordynacja MOPS Wrocław. Obecnie, jak wynika z wywiadu pogłębionego z przedstawicielem Fundacji Imago, trwają rozmowy z MOPS dotyczące przekazania tego narzędzia pod zarządzanie tej jednostki samorządu gminnego.

Wyniki badania ilościowego z przedstawicielami JST wskazują na fakt, iż w 70% gmin nie występują plany utworzenia Centrum Usług Społecznych. Jedynie 3 spośród 70 badanych gmin planują otwarcie takiej jednostki organizacyjnej. Większość (90%) badanych gmin widzi zasadność koordynowania usług społecznych na szczeblu lokalnym, niemniej – w ich opinii – zadanie to w wystarczającym stopniu realizowane są przez OPS-y.

Wykres 27 Plany gmin dotyczące tworzenia Centrum Usług Społecznych



Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Źródło: Badanie CAWI/CATI z przedstawicielami gmin, n=70

Większość badanych przedstawicieli gmin uważa, iż ich mieszkańcy mogą korzystać z większości usług społecznych i zdrowotnych realizowanych na terenach innych JST, bez dodatkowych ustaleń. Wyjątek stanowią mieszkania socjalne, chronione, które w opinii większości badanych należą wyłącznie do gestii danej gminy. W przypadku usług opiekuńczych i asystenckich oraz Dziennych i Środowiskowych Domów Pomocy, a także interwencji kryzysowej, rodzin wspomagających czy też usług usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej oraz Dziennych Domów Opieki Medycznej większość badanych przedstawicieli gmin deklaruje brak wiedzy na ten temat. Wyniki te świadczą o niskim stopniu koordynacji usług społecznych wspieranych w ramach Działania 9.2 w skali lokalnej. Pozytywnym aspektem jest powszechna wśród badanych (zarówno przedstawicieli gmin jak i przedstawicieli powiatów) świadomość zasadności koordynacji ponadlokalnej usług społecznych objętych wsparciem w RPO WD (z wyjątkiem usług asystenta rodziny i usług opiekuńczych i asystenckich).

Jak wynika z zapisów projektu przytaczanej wcześniej Dolnośląskiej Strategii... w 2019 roku większość usług społecznych prowadzona była przez JST – 69,5%, inny podmiot był organem prowadzącym dla 30,5% placówek, w tym najczęściej dla ośrodków wsparcia (2019r. – 44,5% ogółu placówek) i domów pomocy społecznej (31,6%), ich udział na poziomie ok. 25% ogółu placówek można odnotować również w odniesieniu do ośrodków interwencji kryzysowej (27,8%) i jednostek specjalistycznego poradnictwa (25,0%), oraz na poziomie 16,7% w odniesieniu do centrów integracji społecznej. Wyniki badania przedstawicieli gmin pokazują, że zaledwie od 5% do 15% respondentów (w zależności od usługi do której odnosi się pytanie) uważa, że na obszarze ich JST działają organizacje, które mają wystarczający potencjał do realizacji danej usługi. Wyniki te świadczą o niewystarczającej znajomości III sektora wśród władz samorządowych, jak też o nieznaności interwencji realizowanych na ich obszarze w ramach RPO WD właśnie przez fundacje i stowarzyszenia. Należy w tym miejscu jednak nadmienić, że przedstawiciele gmin, które są beneficjentami Działania 6.1 lub Działania 9.2 dwukrotnie częściej niż pozostali uważają, że organizacje pozarządowe mają wystarczający potencjał do realizacji danej usługi, niemniej udział pozytywnych opinii o możliwości realizacji danej usługi przez organizacje pozarządowe, nawet w tej grupie, nie przekracza 30%. Wytłumaczeniem takiej sytuacji może być fakt, iż zaledwie w kilku bądź kilkunastu procentach dolnośląskich gmin objętych badaniem, zlecane są organizacjom rządowym zadania publiczne związane z realizacją usług społecznych.

Badani przedstawiciele powiatów są natomiast w większości lub w znaczącej części przekonani o wystarczającym potencjale dolnośląskich organizacji pozarządowych do

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

realizacji większości usług społecznych i zdrowotnych z wyjątkiem programów zdrowotnych i profilaktycznych, Domów Samotnej Matki, schronisk dla nieletnich, zakładów poprawczych czy młodzieżowych ośrodków socjoterapii, środowiskowych domów samopomocy lub pracy z osobami objętymi usługą mieszkania chronionego.

Spośród 19 badanych przedstawicieli powiatów niemal połowa uważa, że koordynacja usług społecznych i zdrowotnych na szczeblu regionalnym jest wystarczająca. Pozostali najczęściej deklarują brak opinii na przedmiotowy temat.

7.2. Usługi zdrowotne

Komplementarność usług zdrowotnych

Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

W Programie przyjęto, że wdrażane priorytety interwencyjne zapewnią spójność interwencji z EFRROW (wspólnej polityki rolnej), EFMR (wspólnej polityki rybołówstwa i zintegrowanej polityki morskiej), w ramach instrumentów zarządzanych bezpośrednio przez KE oraz z obszarami polityk UE: środowisko, działania w dziedzinie klimatu, edukacja i zatrudnienie, jednolity rynek wewnętrzny. Zapisano również ogólne sposoby zapewnienia komplementarności w ramach RPO WD 2014-2020 z innymi funduszami, takie jak: (i) koordynacja terminów organizacji konkursów, (ii) organizacja zsynchronizowanych konkursów na operacje, rozumiane jako grupa projektów z różnych osi/ funduszy, (iii) zharmonizowane lub ujednoczone kryteria wyboru projektów, (iv) procedury umożliwiające wspólne/zsynchronizowane procesy naboru i selekcji projektów, (v) wspólne posiedzenia komitetów monitorujących, robocze zespoły i grupy zadaniowe – w szczególności dotyczące Polski Wschodniej oraz pomocy technicznej.

Ponadto opracowano Plan działań w sektorze zdrowia. Dokument ten zawiera m.in. listę potencjalnych projektów realizowanych na poziomie krajowym i regionalnym utworzoną po analizie komplementarności i efektywności kosztowej propozycji przedstawionych przez IZ, zasady dotyczące trybów i kryteriów wyboru projektów w ramach naborów ogłaszanych w ramach programów centralnych i regionalnych. Komplementarnie w POWER realizowane są działania związane z doskonaleniem kompetencji lekarzy, w tym POZ. Uwzględnia się przy tym inwestycje podejmowane ze środków krajowych.

Opracowano również listę potencjalnych obszarów komplementarności dla całej osi 6 RPO WD: (i) włączenie społeczne i walka z ubóstwem; działania na rzecz poprawy dostępu do wysokiej jakości usług medycznych; (ii) wsparcie na rzecz łączenia życia zawodowego i rodzinnego – POWER; (iii) Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia – POIŚ;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

(iv) Podniesienie dostępności i jakości e-usług publicznych - Program Operacyjny Cyfrowa Polska; (v) Regionalne Programy Operacyjne w zakresie ochrony zdrowia; (vi) Inwestycje w infrastrukturę będą ściśle powiązane i możliwe do realizacji łącznie z interwencją przewidzianą w ramach osi priorytetowych EFS – EFS.

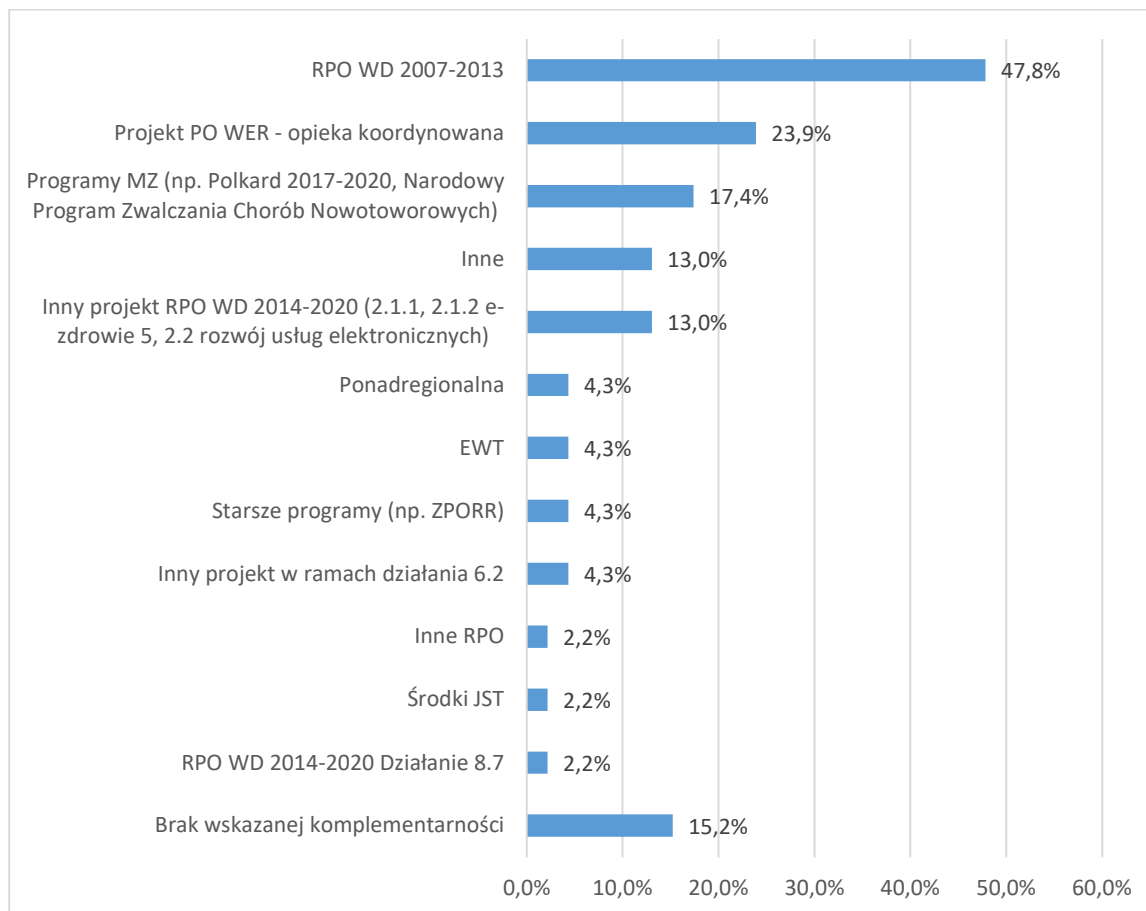
Mimo to zdaniem osób zarządzających RPO WD było to kryterium nieostre definicyjnie.

Wymóg komplementarności priorytetów i działań RPO WD na 2014-2020 z innymi programami operacyjnymi, naturalnie powoduje ograniczenia w uzyskaniu dofinansowania będące rezultatem stosowania kryteriów zapobiegających podwójnemu finansowaniu. Blokuje to również realizację projektów z EFS, ponieważ w pierwszej kolejności, wymagają one realizacji projektu infrastrukturalnego. Dlatego też zarządzający RPO WD nie przykładali do niej kluczowej wagi. Kryterium komplementarności było nisko punktowane, a ponadto w przypadku Działania 6.2 projekty komplementarne nie były szczególnie premiowane, podobnie jak w pozostałych Działaniach: 6.1, 8.7 i 9.2. Instrumenty zapewniające komplementarność wymienione w dokumentach RPO WD 2014-2020, nie były więc w rzeczywistości stosowane - fundusze EFS i EFRR funkcjonowały niezależnie od siebie.

Mimo braku silnego nacisku na komplementarność, w przypadku Działania 6.2 uzyskano wysokie wyniki w tym zakresie. W **39 z 46 realizowanych projektów (84%)** we wnioskach o dofinansowanie wskazano komplementarność z innymi projektami. Była ona jednak różnie rozumiana. Najczęściej, w 22 przypadkach, wskazywano komplementarność z projektami z poprzedniej perspektywy programowania (RPO WD 2007-2013) – co, jak się wydaje, nie jest zgodne z intencją twórców programu, chcących osiągnąć komplementarność między projektami realizowanymi jednocześnie, np. z projektami z zakresu profilaktyki (Działanie 8.7) lub usług społecznych/zdrowotnych (9.2, 9.3). Analiza badania ankietowego wskazuje, że także realizatorzy projektów w ramach tych Działań rzadko wskazywali oparcie na infrastrukturze w ramach Działania 6.1 lub 6.2 (wskazało tak 5,7% respondentów). Poniższy wykres przedstawia komplementarne przedsięwzięcia najczęściej wskazywane we wnioskach w ramach Działania 6.2.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 28 Działania/programy, z którymi komplementarne są projekty w ramach Działania 6.2 (wg deklaracji we wnioskach o dofinansowanie)



Źródło: analiza wniosków o dofinansowanie (projekty realizowane/zrealizowane w ramach Działania 6.2)

Część beneficjentów realizujących projekty w ramach pierwszego konkursu Działania 6.2 jako komplementarny wskazała realizowany przez NFZ w ramach Działania 5.2 PO WER – projekt pn. Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) - Etap I. Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski. Projekt obejmował wypracowanie trzech modeli opieki koordynowanej, w których podstawową rolę pełnią POZ i AOS. Komplementarność ma tu polegać przede wszystkim na korzystaniu z wypracowanych modeli oraz na uczestnictwie w szkoleniach i konferencjach w ramach projektu NFZ.

Na uwagę zasługuje kilka przypadków, w których kilka przedsięwzięć traktowanych jest jako strategiczna całość (np. projekty Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu). Ponadto w kilku przypadkach wskazano komplementarność z działaniami z zakresu e-

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

zdrowia (Oś Priorytetowa 2), a w jednym przypadku (Miedziowo-Turoszowskie Zagłębie Onkologiczne) – z programami profilaktycznymi w ramach Działania 8.7.

Powyższa analiza wskazuje jednak, że komplementarność działań infrastrukturalnych z „miękkimi” miała niewielki zakres w ramach Działania 6.2, i warto wesprzeć ją silniej w kolejnym okresie programowania.

Działanie 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się

W Działaniu 8.7 odnotowano dość istotną skalę komplementarności międzyfunduszowej z projektami EFRR realizowanymi w ramach Działania 6.2. Trzy projekty Działania 8.7, realizowane przez beneficjenta WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU wykorzystały infrastrukturę i sprzęt medyczny wsparte w projektach Działania 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną: pn. Regionalne Centrum Opieki Koordynowanej - Rozwój opieki koordynowanej i środowiskowej przez inwestycje w POZ i AOS w powiatach bolesławieckim, lubańskim, lwóweckim, jeleniogórskim i zgorzeleckim do 2018 oraz pn. Miedziowo-Turoszowskie Zagłębie Onkologiczne - Poprawa jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z problemami onkologicznymi poprzez zakup nowoczesnego sprzętu medycznego i wykonanie niezbędnych prac budowlanych. Partnerzy projektów Działania 8.7 realizujący badania profilaktyczne byli instytucjonalnymi odbiorcami wsparcia w ramach obu wskazanych wyżej projektów infrastrukturalnych

Komplementarność międzyfunduszową w ramach RPO WD odnotowano także w projekcie Działania 8.7 realizowanym przez Dolnośląskie Centrum Onkologii pn. Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawa dostępności usług medycznych w ramach „Programu Profilaktyki Raka Piersi” w subregionie wrocławskim i m. Wrocław w latach 2016 - 2018, w ramach którego wykorzystano rezultaty inwestycji Działania 6.2 pn. Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa dolnośląskiego poprzez prace remontowo-budowlane oraz wyposażenie jednostek organizacyjnych Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, zlokalizowanych w budynku „B”.

Kolejnym świadectwem komplementarności międzyfunduszowej jest program zdrowotny realizowany przez beneficjenta SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, w ramach którego wykorzystywany jest sprzęt i sale wsparte infrastrukturalnie w projekcie Działania 6.2 pn. Poprawa dostępności i skuteczności leczenia onkologicznego na terenie województwa dolnośląskiego poprzez zakup diagnostycznej i leczniczej aparatury medycznej oraz stworzenie systemu opieki koordynowanej”.

Komplementarność międzyfunduszowa w ramach RPO WD występuje więc w blisko 1/3 projektów Działania 8.7.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Zaledwie w 3 projektach Działania 8.7 zastosowano crossfinancing – głównie na cele uzupełnienia specjalistycznej aparatury medycznej. Łączna jego wysokość wynosi 788 600 zł.

Działanie 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

Nie odnotowano komplementarności wewnątrzprogramowej projektów realizowanych w Działaniu 9.3 z innymi interwencjami RPO WD, z wyjątkiem beneficjenta projektu pn. Dzienny Dom Opieki Medycznej jako rozwój nowych usług opieki nad osobami niesamodzielnymi z powiatu kamiennogórskiego, który realizował również w Działaniu 8.7 projekt pn. Nie daj się cukrzycy - żyj zdrowo!

Interwencje Działania 9.3 były natomiast co do zasady komplementarne z POWER, jako, iż zobowiązane były do realizowania standardów wypracowanych w projekcie pilotażowym tego Programu. Jak wynika ze studium przypadku projektu Nowy DDOM w szpitalu VM - stworzenie dodatkowych miejsc kompleksowej rehabilitacji, terapii oraz wsparcia dla osób po przebytych hospitalizacjach był on komplementarny z projektem pn.: Utworzenie zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi w ramach DDOM w strukturze WCRIMS sp. z o.o., realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Wykorzystano w nim też kontakty z projektu POWER na etapie zatrudniania kadry do projektu RPO WD. Podobną komplementarność wykazano jeszcze w 5 innych projektach Działania 9.3.

W przypadku trzech projektów Działania 9.3, realizowanych w trybie nadzwyczajnym z tytułu przeciwdziałania konsekwencjom pandemii w DPS, podmiotach pomocy społecznej i podmiotach ochrony zdrowia należy wskazać na komplementarność tego wsparcia z interwencjami Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz rezerw celowych budżetu państwa/

W Działaniu 9.3 wystąpiła także wysoka komplementarność międzyfunduszowa w ramach crossfinancingu. Spośród 16 projektów realizujących DDOM, jedynie w 4 projektach nie korzystano z możliwości wsparcia interwencji środkami EFRR na inwestycje wykraczające poza katalog środków trwałych możliwych do zakupu w ramach EFS. Łącznie w ramach realizowanych interwencji założono wydatkowanie 1 933 459 zł. z funduszu EFRR.

Koordinacja usług zdrowotnych na szczeblu regionalnym i lokalnym

W Strategii Rozwoju Województwa do 2020 roku zidentyfikowano problem rozproszenia strumienia środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń medycznych, który prowadzi do pogarszania się sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. Rynek usług zdrowotnych jest przez to niestabilny, niespójny i niezrównoważony. Przyczynami rozproszenia środków publicznych są: (i) wielość oraz różnorodność podmiotów leczniczych tworzących, (ii) brak systemowych rozwiązań w zakresie funkcjonowania regionalnego

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

koordynatora ochrony zdrowia, (iii) brak powiązań sieciowych oraz (iv) brak wpływu na politykę płatnika w zakresie finansowania świadczeń medycznych w regionie. Wśród przedsięwzięć w zakresie ochrony zdrowia, które mają wspomóc rozwiązanie tego problemu, wymieniono: (i) wprowadzenie koordynacji działań jednostek różnych szczebli administracji w zakresie ochrony zdrowia, (ii) zwiększenie dostępności i jakości usług medycznych, w tym stworzenie powiązań sieciowych w ramach systemu opieki zdrowotnej w województwie, (iii) opracowanie i wdrożenie wieloletnich programów ochrony zdrowia, w tym profilaktyki zdrowotnej, (iv) opracowanie i wdrożenie systemów informatycznych usprawniających pracę szpitali. Proponowane rozwiązania są skoncentrowane stricte na ochronie zdrowia. Ponadto mają charakter systemowy i kompleksowy. Niestety mimo upływu lat, stanowisko koordynatora na szczeblu wojewódzkim nie zostało obsadzone. Działania podejmowane przez władze województwa, zwłaszcza zaś w ramach RPO WD, koncentrowały się na pozostałych postulatach, polegających na prowadzeniu punktowych inwestycji infrastrukturalnych oraz wdrażaniu kompleksowych programów zdrowotnych. Potrzebę koordynacji działań ochrony zdrowia – już na poziomie planowania inwestycji - widzą eksperci, udzielający wywiadów w ramach niniejszej ewaluacji. Ich zdaniem należy właściwie rozplanowywać dystrybucję: placówek medycznych, sprzętu medycznego oraz udzielanych świadczeń.

Tematyka koordynacji usług zdrowotnych na poziomie regionalnym i lokalnym, pojawia się w kolejnych dokumentach strategicznych województwa dolnośląskiego niezwykle rzadko i w bardzo ograniczonym zakresie. W SRWD 2030 w ujęciu horyzontalnym, obejmującym całe województwo, przyjęto sześć priorytetowych kierunków strategicznej interwencji. Jednym z nich jest zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego. Sama diagnoza problemu jest jednak mocno ograniczona – koncentruje się na nierównomiernym dostępie do służby zdrowia w regionie. Brak jest kompleksowej diagnozy sytuacji ochrony zdrowia, w tym stanu koordynowania jej działań i inwestycji. Cele i przedsięwzięcia, postulowane w SRWD do 2030 roku, nie mają charakteru systemowego. Całość zawiera się w celu operacyjnym 3.6. „Kształtowanie postaw prozdrowotnych, prosportowych i proekologicznych”. Nacisk kładziony jest na promocję aktywnego spędzania wolnego czasu i wykorzystania walorów turystyczno-przyrodniczych województwa w celu poprawy zdrowia. Enigmatycznie wspomniane jest podejmowanie działań dla poprawy dostępności i podniesienia jakości świadczeń zdrowotnych oraz na rzecz ograniczenia zachorowalności mieszkańców regionu.

Na uwagę zasługuje dokument RPO WD 2014-2020. Zakłada on, że inwestycje podejmowane w ramach Priorytetu 6 będą przyczyniać się do rozwoju opieki koordynowanej zarówno w ramach POZ, jak i AOS, ale również służyć do tworzenia środowiskowych form opieki. IZ

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

zdecydowała o ogłaszaniu konkursów w zakresie opieki koordynowanej najpierw dla POZ i AOS. W pierwszym naborze pojawiło się kryterium dotyczące poprawy jakości dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych, w ramach którego beneficjent musiał wykazać czy i w jaki sposób realizacja projektu przyczyni się do poprawy jakości i dostępności udzielanych świadczeń. Na uwagę zasługuje również kryterium wymuszające przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, które to jest jednym z kluczowych postulatów idei opieki koordynowanej.

Wybór konkretnych projektów musi być jednak podyktowany wytycznym „Planu działań” oraz „Mapy potrzeb”. Dokument RPO WD 2014-2020 pozostawia koordynację prowadzonych inwestycji Komitetowi Sterującemu, jednocześnie preferując projekty kompleksowe – przyczyniające się do wdrażania opieki koordynowanej - poprzez odpowiedni dobór kryteriów konkursowych.

Mimo wytycznych RPO WD 2014-2020 oraz dobrych praktyk dotyczących kryteriów dla projektów wdrażających opiekę koordynowaną, dokumenty strategiczne ZIT koncentrują się raczej na aspektach zdrowia publicznego, promocji zdrowia oraz turystyki zdrowotnej. W ZIT Jeleniogórskiego Obszaru Funkcjonalnego dominują zapisy dotyczące wspierania sieci uzdrowisk. Ponadto zidentyfikowano problem braku odpowiednio dopasowanej oferty usług społecznych, w tym zdrowotnych. Rozwiązaniem ma być realizacja projektów w zakresie zwiększenia dostępu do wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług społecznych oraz inwestycje w infrastrukturę społeczną. Proponowane są również projekty zakładające rozwój elektronicznych usług publicznych w zakresie e-zdrowia.

Wyróżniającym się dokumentem jest ZIT Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego. Poza licznymi elementami promocji zdrowia i wykorzystania walorów turystycznych regionu, dokument zawiera zapisy mówiące o konieczności stworzenia systemu zarządzania klęskami żywiołowymi, umożliwiającego współpracę i koordynację działań ratowniczych z systemami jednostek wojewódzkich i krajowych. Problemowi odpowiada Działanie 1.2.1 „Poprawa ochrony przed klęskami żywiołowymi na terenie WrOF”. W spektrum działania mieszczą się wszelkie przedsięwzięcia obejmujące organizację systemów wczesnego reagowania i ratownictwa w sytuacjach nagłego wystąpienia zjawisk katastrofalnych (w tym wyposażenie sprzętowe jednostek ratowniczych) i usuwania skutków katastrof (w tym sprzyjające integracji systemów publicznych z działaniami Ochotniczej Straży Pożarnej). Jednocześnie działania związane z poprawą dostępności transportowej WrOF (Działanie 1.1) przyczynią się do poprawy przepustowości i sprawniejszego przemieszczania się na terenie WrOF, a tym samym skróci się czas dojazdu służb ratowniczych (np. straży pożarnej) do wypadków. Ponadto planowane jest podjęcie działań obejmujących rozwój i zwiększenie dostępu do e-

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

usług publicznych, w tym między innymi w zakresie e-zdrowia. Jest to jednak zadanie punktowe w ramach Działania 3.1.1 „Zwiększenie konkurencyjności WrOF jako miejsca zamieszkania, pracy i wypoczynku”. Nie stanowi więc ani samodzielnego projektu informatyzacji ochrony zdrowia, ani tym bardziej systemowego rozwiązania w zakresie koordynacji ochrony zdrowia.

Koordinacja programów profilaktycznych i zdrowotnych realizowanych na terenie województwa dolnośląskiego odbywa się na poziomie Urzędu Marszałkowskiego w ramach regionalnego programu operacyjnego, zgodnie z zapisami map potrzeb zdrowotnych oraz ustaleń Komitetu Strategicznego. Poziom koordynacji regionalnej tych programów został oceniony przez beneficjentów jako właściwy. Regionalne Programy Zdrowotne są komplementarne również do krajowego Programu zwalczania chorób nowotworowych, w większym stopniu realizowane są na obszarach wiejskich i w małych oraz średnich miastach.

W obszarze działania realizowanego przez DDOM nie zaobserwowano występowania mechanizmów koordynacji na szczeblu regionu, powiatu bądź gminy. Wprowadzona w 2021 roku funkcja koordynatora pacjenta w POZ nie rozwiązuje problemu opieki nad chorym przed lub po hospitalizacji. Wielość i różnorodność organów prowadzących w regionie dolnośląskim uniemożliwia stworzenie spójnego systemu koordynacji usług zdrowotnych w obszarze realizowanym przez projekty Działania 9.3.

Pozytywnym aspektem koordynacji usług zdrowotnych na poziomie regionalnym są projekty Województwa Dolnośląskiego realizowane w trybie nadzwyczajnym, uzupełniające deficyty podmiotów leczniczych i DPSów w zakresie działań przeciwdziałających konsekwencjom pandemii COVID-19. Niemniej, należy podkreślić, że ta forma koordynacji ma charakter wyłącznie interwencyjny.

Badani beneficjenci Działania 9.3 z reguły deklarują brak opinii na temat stopnia koordynacji usług zdrowotnych na poziomie regionalnym i lokalnym, niemniej jednak blisko co piąty respondent negatywnie ocenia stan koordynacji, zwracając uwagi na ograniczenia i limity uniemożliwiające elastyczne przystosowanie się do popytu, niewystarczające finansowanie służby zdrowia.

8. OCENA EFEKTYWNOŚCI WSPARCIA

Niniejszy rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:

Jaka jest efektywność kosztowa inwestycji w ramach usług społecznych?

Jaka jest efektywność kosztowa inwestycji w ramach usług zdrowotnych?

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

8.1. Usługi społeczne

Działanie 6.1 Inwestycje w infrastrukturę społeczną

O efektywności kosztowej przedsięwzięć związanych ze wsparciem infrastruktury opieki nad dzieckiem do lat 3 w najwyższym stopniu świadczy średni koszt jednostkowy osiągnięcia wskaźnika: Liczba miejsc w objętej wsparciem infrastrukturze w zakresie opieki nad dziećmi lub infrastrukturze edukacyjnej (CI 35). W skali wszystkich realizowanych projektów tego obszaru wyniósł on 30036 zł.²⁵ Biorąc pod uwagę wieloletnią trwałość projektów z tego obszaru efektywność kosztową wsparcia infrastruktury żłobkowej należy uznać za wysoką. Beneficjenci dbali o wysoką efektywność kosztową najczęściej poprzez adaptację pomieszczeń wykorzystywanych wcześniej na potrzeby społeczne, a więc wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę techniczną. Średni koszt utworzenia jednego nowego miejsca opieki nad dzieckiem najwyższy był w projekcie Poprawa dostępu do usługi opieki nad dziećmi do lat 3 poprzez budowę żłobka w Gryfowie Śląskim – 79 705 zł oraz w projekcie pn. Budowa żłobka w Pieszycach, gdzie wyniósł on 59 176 złotych, co było związane nie tylko z potrzebą wybudowania całego obiektu i drogi dojazdowej, wycięciem drzew, ale także z zakupami składającymi się na wyposażenie żłobka. Najniższy koszt utworzenia 1 miejsca opieki żłobkowej odnotowano w projekcie pn. Prace adaptacyjne i zakup wyposażenia na potrzeby filii Miejskiego Żłobka Integracyjnego w Głogowie – 883 zł. Wynikał on z niskiej skali prac adaptacyjnych, istotnym składnikiem kosztowym był natomiast zakup wyposażenia żłobka. Generalnie mediana kosztu jednostkowego utworzenia 1 miejsca opieki żłobkowej w wyniku wsparcia adaptacji infrastruktury wynosiła 7 102 zł (górną granicą - średni koszt jednostkowy uzyskany w ponad połowie projektów).

Średni koszt wsparcia infrastrukturalnego jednego mieszkania chronionego wyniósł 18 5023 zł.²⁶ Koszt ten jest zróżnicowany w zależności od skali potrzebnych inwestycji, ale również w zależności od liczby mieszkań chronionych planowanych do utworzenia w remontowanym budynku. Jak wynika z analizy wniosków o płatność główną pozycją kosztową jest remont nie tyle pomieszczeń ile podstawowej infrastruktury budynku. Im więcej utworzonych mieszkań chronionych tym niższy koszt jednostkowy. Najwyższy średni koszt jednostkowy infrastrukturalnego wsparcia odnotowano w projekcie pn. Przebudowa budynku byłego internatu w m. Góra w celu udostępnienia mieszkań chronionych, w ramach którego utworzono 2 mieszkania chronione – 486 583 zł, najniższy zaś w projekcie pn. Przebudowa

²⁵Koszt ten uzyskano dzieląc wysokość dofinansowania 14 projektów Działania 6.1 z tego obszaru (21686044 zł) przez uzyskaną wartość wskaźnika w wysokości 722 sztuk.

²⁶ Koszt ten został obliczony poprzez podzielenie wysokości dofinansowania w 5 projektach, realizujących ten typ projektu (5365673 zł) przez 29 mieszkań chronionych utworzonych w wyniku wsparcia infrastrukturalnego Działania 6.1

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

budynku przy ul.1-go Maja 23 w Świdnicy na mieszkania wspomagane, w ramach którego udostępniono 20 mieszkań wspomaganych.

Podobna zależność występuje w przypadku wsparcia infrastruktury mieszkań socjalnych. Średni koszt wsparcia infrastrukturalnego mieszkania socjalnego wyniósł 107 890 zł²⁷. Najniższy był w projekcie pn. Przebudowa budynku komunalnego na mieszkania socjalne w Jaroszowie, w którym utworzono 21 mieszkań socjalnych (47040 zł), najwyższy zaś (197554 zł) w projekcie pn. Przebudowa budynku mieszkalnego przy ul. Zacisze 1 w Pszenniu, w ramach którego utworzono 3 mieszkania socjalne.

W przypadku wsparcia całodobowych instytucjonalnych placówek pomocy społecznej można mówić jedynie o średnim koszcie infrastrukturalnego wsparcia jednego projektu. Brak bowiem w WoD zestandaryzowanych informacji dotyczących osiągniętych efektów projektu. Średni koszt wsparcia infrastrukturalnego 1 projektu zinstytucjonalizowanej opieki całodobowej wyniósł 1 997 777 zł²⁸. Najniższy był w projekcie pn. Renowacja oraz podwyższenie standardu Domu Opieki nad Osobami Starszymi i Niepełnosprawnymi „Domek z Sercem spółka cywilna Brygida Nowak, Violetta Pawlus” w Radwanicach pod Wrocławiem (291738 zł), najwyższy zaś w projekcie Powiatu Lubińskiego pn. Budowa placówki opiekuńczo–wychowawczej przy ul. Budziszyskiej oraz realizacja prac związanych z zagospodarowaniem terenu oraz zakupem i instalacją wyposażenia placówki opiekuńczo–wychowawczej przy ul. Wierzbowej w Lubinie. (4 211 220 zł)

W przypadku najliczniej reprezentowanego typu projektu – wsparcie infrastrukturalne usług deinstytucjonalizowanych – średni koszt realizacji projektu wyniósł 2993852 zł²⁹. Koszt ten różnicuje się w zależności od zakresu prac infrastrukturalnych i kompleksowości projektu. Najniższy koszt projektu odnotowano w interwencji pn. Dopuszczenie Zakładu Aktywności Zawodowej w Mikoszowie szansą na podniesienie jakości i efektywności pracy osób niepełnosprawnych (318 852 zł.), najwyższy zaś w kompleksowym przedsięwzięciu gminy Wrocław pn. Utworzenie Dziennego Domu Pomocy i Klubu Integracji Społecznej przy ul. Skoczylasa 8 we Wrocławiu oraz rozbudowa Wrocławskiego Centrum Integracji przy ul.

²⁷ Koszt ten został obliczony na podstawie podzielenia wysokości dofinansowania 8 projektów wspierających infrastrukturalnie tworzenie mieszkań socjalnych (9718205 zł) przez liczbę 90 mieszkań socjalnych utworzonych w Działaniu 6.1

²⁸ Koszt ten otrzymano poprzez podzielenie wysokości dofinansowania 10 projektów realizujących ten typ operacji (**19997770 zł**) przez liczbę projektów (10).

²⁹ Koszt ten obliczono poprzez podzielenie wysokości dofinansowania 16 projektów realizujących ten typ projektu – 47901633 zł przez liczbę projektów (16)

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Strzegomska 49 we Wrocławiu (8 811 367 zł.). Typ usługi planowanej do rozwinięcia w ramach wspartej infrastruktury oraz grupa docelowa nie różnicują w istotnym stopniu kosztu projektu.

Działanie 9.2 – Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

Efektywność kosztowa wsparcia w Działaniu 9.2 mierzona będzie w oparciu o wskaźnik kluczowy pn. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie osiągnięty w projektach zakończonych. Średni koszt uzyskania jednostki tego wskaźnika w Działaniu 9.2 wynosi 10 527 zł.³⁰

Koszt ten różnicuje się w zależności od typu projektu. W przypadku usług asystenckich i opiekuńczych realizowanych w środowisku lokalnym koszt wsparcia jednej osoby usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym wyniósł w projektach zakończonych 16675 zł³¹. Najniższy koszt jednostki wskaźnika odnotowano w projekcie Powiatu bolesławickiego pn. Centrum Wsparcia Rodziny w Powiecie Bolesławieckim (5 855 zł), oraz w projekcie Fundacji Imago pn. Subregionalny Program Asystencki (6 221 zł). Najwyższy koszt jednostkowy wskaźnika Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie odnotowano w projekcie WROCŁAWSKIEGO STOWARZYSZENIA NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE BONITUM pn. Środowiskowy dom samopomocy dla osób z niepełnosprawnością intelektualną BONITUM (104 778 zł) oraz w projekcie gminy Wołów pn. Nasz Dom - innowacyjny dom pomocy społecznej w gminie Wołów dla osób starszych i niesamodzielnych jako element transformacji systemu wsparcia z instytucjonalnego w środowiskowy (58347 zł), a więc w projektach kompleksowych, obejmujących również komponent infrastrukturalny i wysoką skalę zakupów wyposażenia powstałych placówek, a także usługi zdrowotne. Analiza zakresu przedmiotowego projektów z zakresu usług opiekuńczych i asystenckich pozwala na postawienie tezy, iż projekty dotyczące usług asystenckich charakteryzują się niższym kosztem jednostkowym przedmiotowego wskaźnika (w większości projektów nie przekracza on 12 000 zł) w porównaniu do rozwijanych usług opiekuńczych, w których najczęściej wsparcie jednego

³⁰ Koszt ten obliczono poprzez podzielenie wartości dofinansowania 67 zakończonych projektów monitorujących ten wskaźnik w raporcie SL (91683032 zł) przez wartość wskaźnika osiągniętą w tych projektach –8709 osób.

³¹ Wartość tę uzyskano poprzez podzielenie wysokości dofinansowania 31 zakończonych projektów realizujących ten typ projektu (54545117 zł) przez wartość wskaźnika Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie osiągniętą w tych projektach w wysokości 3273 osoby.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

uczestnika przekracza 20 000 zł. Typ beneficjenta nie różnicuje w sposób istotny kosztu jednostkowego wskaźnika Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie.

W przypadku kolejnego typu projektu – wsparcia usług skierowanych do rodziny i pieczy zastępczej – średni koszt jednostkowy wskaźnika Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie wynosi 6 019 zł³². Najwyższym kosztem jednostkowym charakteryzują się kompleksowe projekty PCPR, które oferują nie tylko wsparcie skierowane do istniejących rodzin ale także szeroko zakrojone działania szkoleniowe skierowane do instytucjonalnego otoczenia rodzin zastępczych oraz kandydatów na rodziny zastępcze. Koszt jednostkowy takiego wsparcia przekracza 10 000 zł, osiągając nawet blisko 17 000 zł w projekcie powiatu jaworskiego pn. Inwestycja w siebie szansą na lepsze jutro. Najniższy koszt jednostkowy odnotowano w projekcie powiatu głogowskiego pn. „Dla dobra dziecka i rodziny” (2 701 zł.), w projekcie Fundacji Razem pn. Punkt Wsparcia Rodziny i Pieczy Zastępczej (3 347 zł), w których realizowano przede wszystkim usługi specjalistyczne i poradnictwo dla wychowanków oraz organizowano spotkania integrujące społecznie rodziny zastępcze, a także w projekcie Stowarzyszenia Siemacha pn. Rozszerzenie oferty wsparcia w specjalistycznej placówce wsparcia dziennego we Wrocławiu (ok. 2 900 zł.). Analizując typ beneficjenta należy stwierdzić, iż projekty realizowane przez organizacje pozarządowe w większości realizowane są przy koszcie jednostkowym poniżej średniej w wysokości 6 019 zł, podczas gdy projekty PCPR oraz gmin oscylowały wokół kilkunastu tysięcy złotych. Różnice tych kosztów jednostkowych są uzasadnione skalą działań projektowych, niemniej – zdaniem badanego eksperta oceniającego wnioski Działania 9.2 można mieć uzasadnioną wątpliwość dotyczącą efektywności stosowania wielu form wsparcia w projekcie bez wyszczególnienia we wniosku ilu uczestników one będą dotyczyć, jakie jest spodziewany efekt ich zastosowania oraz bez obowiązku dla beneficjenta wykazania zastosowania skali kosztochłonnych form wsparcia w WoP.

Ostatni typ projektu Działania 9.2 odnosi się do wsparcia tworzenia mieszkań chronionych. Średni koszt osiągnięcia wskaźnika Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie wynosił w projektach zakończonych 36 367 zł³³. Najwyższy koszt jednostkowy wskaźnika osiągnięto w projekcie pn. Utworzenie i funkcjonowanie 9 mieszkań chronionych w

³² Koszt ten obliczono poprzez podzielenie dofinansowania 37 zakończonych projektów realizujących ten wskaźnik 31982856 zł przez osiągniętą w tych projektach wysokość wskaźnika wynoszącą 5313 osób.

³³ Koszt ten obliczono poprzez podzielenie wysokości dofinansowania w 5 zakończonych projektach (6361647 zł.) przez osiągnięta w tych projektach wartość docelową przedmiotowego wskaźnika (175).

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Oleśnicy(ok. 62 000 zł), najniższy zaś w projekcie gminy Wrocław pn. TRAMPOLINA - mieszkania wspomagane (18 452 zł). Wariacja kosztu wynika z dwóch przesłanek – stopnia niepełnosprawności uczestników wsparcia i związanych z tym kosztów usług asystenckich i skali działań wspierających oraz od stopnia przygotowania lokalu i statusu właścicielskiego. Bez wątpienia komplementarność wsparcia EFRR i EFS w ostatnim z wymienionych projektów skutkowała niskim kosztem jednostkowym wsparcia.

8.2. Usługi zdrowotne

Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną

W celu określenia efektywności wsparcia w obszarze Działania 6.2, w pierwszej kolejności obliczone zostaną koszty osiągnięcia podstawowego wskaźnika rezultatu Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) (os.)

Poniższa tabela przedstawia jednostkowy koszt osiągnięcia wskaźników, które wystąpiły w każdym z realizowanych projektów, dla których w systemie SL dostępne są dane dotyczące jego osiągnięcia.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tabela 8 Koszt osiągnięcia wskaźnika rezultatu Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi w poszczególnych projektach Działania 6.2

Tytuł projektu	Osiągnięta wartość wskaźnika "Ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi"	Wartość projektu ogółem	Koszt przypadający na jednostkę osiągniętego wskaźnika
Bliżej pacjenta - inwestycja na rzecz opieki koordynowanej w Przedsiębiorstwie Leczniczym Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej BHMed Sp. z o.o. w Świdnicy	16 655	376 546,66	22,61
Budowa centrum medycznego dla regionu Chojnowa wraz z zakupem specjalistycznego sprzętu medycznego	9 769	3 835 872,73	392,66
Budowa i wyposażenie przychodni zdrowia POZ w ramach opieki koordynowanej w spółce Medimex Sp. z o.o. w Pszennie	4 180	2 650 137,07	634,00
Doposażenie SP ZOZ w Mysłakowicach poprzez zakup aparatu USG do poradni ginekologiczno- położniczej	538	177 538,67	330,00
Inwestycja Nowe Miasto Sp. z o.o. - zakup sprzętu medycznego na potrzeby Centrum Medycznego Nowe Miasto - POZ i AOS Wałbrzych, POZ i AOS Jedlina-Zdrój, POZ Zagórze Śląskie	12 036	551 641,61	45,83
Kompleksowa opieka onkologiczna Twoją szansą na zdrowie! - budowa Ośrodka Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Nowotworów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu poprzez rozbudowę głównego zespołu budynków Szpitala.	11 116	35 133 902,80	3 160,66
Miedziowo-Turoszowskie Zagłębie Onkologiczne - Poprawa jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z problemami	11 622	31 476 018,29	2 708,31

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tytuł projektu	Osiągnięta wartość wskaźnika "Ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi"	Wartość projektu ogółem	Koszt przypadający na jednostkę osiągniętego wskaźnika
onkologicznymi poprzez zakup nowoczesnego sprzętu medycznego i wykonanie niezbędnych prac budowlanych			
Nowoczesna opieka koordynowana z uwzględnieniem środowiskowych form opieki w NZOZ OŚRODEK MEDYCZNY ZIEMO-VITA Spółka z o.o. we Wrocławiu	3 390	703 718,50	207,59
Nowoczesna opieka koordynowana z uwzględnieniem środowiskowych form opieki w NZOZ „Śródmieście – Biały Kamień” Sp. z o.o. w Wałbrzychu	3 385	712 531,95	210,50
Opieka koordynowana w NZOZ Biogenes sp. z o.o.	13 902	339 184,50	24,40
Organizacja opieki koordynowanej poprzez nawiązanie współpracy z innymi placówkami medycznymi oraz zakup sprzętu medycznego przez NZOZ Przychodnia Nowy Dwór Sp. z o.o.	20 475	653 600,00	31,92
Poprawa dostępności i skuteczności leczenia onkologicznego na terenie województwa dolnośląskiego poprzez zakup diagnostycznej i leczniczej aparatury medycznej oraz stworzenie systemu opieki koordynowanej”.	56 004	11 288 145,00	201,56
Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa dolnośląskiego poprzez budowę oraz wyposażenie Centrum Chorób Piersi (Breast Unit) oraz rozbudowę wraz z wyposażeniem Bloku Operacyjnego w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu.	19 282	43 510 821,68	2 256,55

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tytuł projektu	Osiągnięta wartość wskaźnika "Ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi"	Wartość projektu ogółem	Koszt przypadający na jednostkę osiągniętego wskaźnika
Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa dolnośląskiego poprzez budowę oraz wyposażenie Filii Radioterapii Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, zlokalizowanej w Jeleniej Górze.	1 082	25 452 428,70	23 523,50
Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa dolnośląskiego poprzez prace remontowo-budowlane oraz wyposażenie jednostek organizacyjnych Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, zlokalizowanych w budynku B.	10 784	16 593 326,69	1 538,70
Poprawa jakości i dostępności do opieki zdrowotnej poprzez zakup sprzętu medycznego, wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii, na rzecz Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej	6 967	2 159 687,65	309,99
Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ i AOS poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej do Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy	31 300	2 750 366,00	87,87
Poprawa jakości i dostępności świadczonych usług medycznych i diagnostycznych oraz wsparcie opieki koordynowanej przez SP ZOZ Miejski Ośrodek Zdrowia w Świebodzicach	13 469	1 021 000,00	75,80

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tytuł projektu	Osiągnięta wartość wskaźnika "Ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi"	Wartość projektu ogółem	Koszt przypadający na jednostkę osiągniętego wskaźnika
Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnego ultrasonografu dla Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Beata Hausman w Wałbrzychu	7 307	87 100,00	11,92
Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych w Izerskim Centrum Pulmonologii i Chemioterapii „IZER-MED” Sp. z o.o.	3 320	2 687 069,04	809,36
Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych w Jaworskim Centrum Medycznym	4 304	713 061,00	165,67
Poprawa jakości opieki koordynowanej w POZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Wiesław Iwanowski w Bielawie, dzięki inwestycji w sprzęt medyczny.	1 406	400 866,00	285,11
Poprawa opieki kardiologicznej w regionie ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia reprodukcyjnego kobiet zagrożonych chorobami sercowo – naczyniowymi poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej i sprzętu IT przez „Przychodnię Rejonowo – Specjalistyczną” Sp. z o.o. w Jelczu Laskowicach	16 705	627 901,00	37,59
Prosta droga do zdrowia – wdrożenie nowoczesnych standardów opieki koordynowanej dla mieszkańców Dolnego Śląska przez Centrum Medyczne “Dobrzyńska” oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego.	13 557	10 600 741,54	781,94

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tytuł projektu	Osiągnięta wartość wskaźnika "Ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi"	Wartość projektu ogółem	Koszt przypadający na jednostkę osiągniętego wskaźnika
Przebudowa fragmentu parteru istniejącego budynku przychodni Dolnobrzeskiego Specjalistycznego Centrum Medycznego w Brzegu Dolnym na potrzeby pomieszczeń pracowni RTG z wyposażeniem	15 009	939 782,95	62,61
Przebudowa i rozbudowa budynku Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu przy ul. Białowieskiej 74 oraz zakup sprzętu diagnostycznego dla Poradni Specjalistycznych	7 739	3 999 160,93	516,75
Przebudowa pomieszczeń usługowych byłej apteki i punktu poboru analiz wraz ze zmianą sposobu użytkowania na lokal wiejskiego ośrodka zdrowia zlokalizowanego we Wsi Wabienice oraz przebudowa pomieszczeń wiejskiego ośrodka zdrowia we wsi Zbytowa - dla ZPZOZ w Bierutowie.	1 246	866 288,53	695,26
Regionalne Centrum Opieki Koordynowanej - Rozwój opieki koordynowanej i środowiskowej przez inwestycje w POZ i AOS w powiatach bolesławieckim, lubańskim, lwóweckim, jeleniogórskim i zgorzeleckim do 2018 roku	49 715	11 856 867,05	238,50
Rezonans magnetyczny w SPZOZ w Świdnicy - szybka diagnostyka w profilaktyce i terapii onkologicznej	4 653	5 019 375,00	1 078,74
Rozbudowa i nadbudowa Przychodni Miejskiej w Pieszycach (etap IV) na potrzeby opieki koordynowanej w POZ i AOS.	2 073	7 869 728,11	3 796,30
Utworzenie koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy	93 102	8 146 434,00	87,50

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Tytuł projektu	Osiągnięta wartość wskaźnika "Ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi"	Wartość projektu ogółem	Koszt przypadający na jednostkę osiągniętego wskaźnika
Wdrożenie nowych rozwiązań w zakresie opieki koordynowanej poprzez doposażenie w sprzęt medyczny gabinetów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wińsku	1 665	350 000,00	210,21
Wdrożenie opieki koordynowanej w zakresie profilaktyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego	6 114	1 996 473,80	326,54
Wdrożenie standardów opieki koordynowanej w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu	7 305	3 149 230,67	431,11
Wyposażenie w sprzęt medyczny ZPZOZ w Bierutowie.	7 000	217 287,00	31,04
Wyposażenie w sprzęt medyczny, w tym IT Przychodni Lekarskiej ESKULAP Majdowska-Ciupińska, Kilijanek i Partnerzy Spółka Partnerska z siedzibą w Kłodzku	9 500	156 930,56	16,52
Zakup sprzętu do pracowni endoskopii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego	1 102	1 255 740,00	1 139,51
Zapewnienie kompleksowej opieki onkologicznej na terenie województwa dolnośląskiego w celu zwiększenia dostępności do świadczeń	25 644	29 605 043,37	1 154,46
Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dysfunkcji narządu wzroku poprzez zakup sprzętu medycznego oraz IT dla SPEKTRUM Sp. z o.o. we Wrocławiu	6 473	1 439 810,00	222,43

Źródło: dane z systemu SL2014

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Jak wskazuje tabela, jednostkowe koszty osiągnięcia rezultatów bardzo różnią się pomiędzy projektami. Średni koszt objęcia jednej osoby ulepszonymi usługami medycznymi wyniósł 511,16 PLN i wahał się od 11,92 PLN do 23 523,50 PLN. Wynika to z faktu, że Działanie 6.2. obejmowało bardzo zróżnicowane projekty – od prostych przedsięwzięć polegających na zakupie wyposażenia (projekt, w którym koszt wyniósł 11,92 dotyczył zakupu jednego ultrasonografu) do bardzo złożonych i kompleksowych projektów polegających na budowie nowych budynków wraz z wyposażeniem dla bardzo specjalistycznych oddziałów/jednostek (tak jak to było w projekcie pn. Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie województwa dolnośląskiego poprzez budowę oraz wyposażenie Filii Radioterapii Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, zlokalizowanej w Jeleniej Górze, w którym koszt jednostkowy wskaźnika okazał się najwyższy). Jednocześnie nawet drobna zmiana w jednostce ochrony zdrowia może objąć swoim oddziaływaniem bardzo dużą grupę pacjentów. Dlatego projekty w ramach Działania 6.2 można generalnie uznać za efektywne kosztowo.

W badaniu ankietowym trzech (spośród 23 badanych) beneficjentów Działania 6.2 wskazało, że w projekcie wystąpiła sytuacja, w której koszt pozyskania wskaźnika produktu/rezultatu okazał się wyższy niż zakładany na etapie wniosku o dofinansowanie projektu. We wszystkich przypadkach wynikało to z wyższych niż zakładanych na etapie wniosku o dofinansowanie kosztów wykonawczych. Na te same kwestie zwracają uwagę respondenci wywiadów, także w ramach studiów przypadku – wskazywany już wcześniej wzrost cen w branży budowlanej utrudniał realizatorom projektów osiągnięcie optymalnej efektywności kosztowej.

Działanie 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się

Efektywność kosztowa programów profilaktycznych mierzona jest stosunkiem wysokości dofinansowania w już zakończonych projektach do osiągniętej w nich wartości wskaźnika produktu: Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS oraz wskaźnika rezultatu, świadczącego również o efektywności programów profilaktycznych: Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne.

Średni koszt jednostkowy objęcia programem zdrowotnym jednej osoby wyniósł w zakończonych projektach 391,67 zł.³⁴ Koszt ten różnicuje się znacznie w zależności od tematu programu zdrowotnego, a co za tym idzie w zależności od kosztu procedury medycznej oraz od zakresu działań przewidzianych w projekcie. Najniższy koszt jednostkowy wskaźnika odnotowano w projektach odnoszących się do profilaktyki raka szyjki macicy (standardowe

³⁴ Koszt ten obliczono poprzez podzielenie wysokości dofinansowania w 11 zakończonych projektach (29581840 zł) przez wartość wskaźnika Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS w nich osiągniętą (75528,00).

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

badanie cytologiczne), w tym w projekcie Postaw na profilaktykę I (beneficjent: LUX MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ), w którym oprócz badań przesiewowych prowadzono ograniczoną działalność informacyjno-promocyjną oraz edukacyjną. Najwyższy średni koszt jednostkowy wystąpił w projektach realizujących program zdrowotny ukierunkowany na profilaktykę raka jelita grubego, w tym w projekcie pn. Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowany do pracujących mieszkańców subregionu wrocławskiego i m. Wrocławia (beneficjent: 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU). Koszty jednostkowe wskaźnika różnicują się także w projektach realizujących te same procedury medyczne, w zależności od wartości zakupionych środków trwałych (mammograf, kolonoskop), ale również, w pierwszym rzędzie w zależności od skali prowadzonych działań promocyjnych i informacyjnych, zachęcających mieszkańców Dolnego Śląska do realizacji badań profilaktycznych. O wysokości kosztu jednostkowego decydował także obszar realizacji projektu. W interwencjach zorientowanych na uczestników z terenów wiejskich dochodził dodatkowy składnik kosztowy – refundacja kosztów transportu.

Średni koszt jednostki wskaźnika rezultatu Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badania profilaktyczne wynosi 897 zł. Największy jest w projektach, w których realizowane są programy profilaktyki raka jelita grubego, co wynika nie tylko z ich niewystarczającej efektywności (bliskiej w 3 z 4 zakończonych projektów 100% zgłoszeniom na badania wśród uczestników), ile z kosztów dotarcia do uczestników i przekonania ich do poddania się niekomfortowemu zabiegowi. Najwyższy koszt jednostkowy osiągnięcia wskaźnika rezultatu odnotowano powtórnie w projekcie Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowany do pracujących mieszkańców subregionu wrocławskiego i m. Wrocławia. Najwyższą efektywnością kosztową w tym programie zdrowotnym charakteryzuje się projekt pn. Kolonoskopia - złoty standard medycyny, współczesna konieczność dla zachowania zdrowia i długiego życia, realizowany przez SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MIEJSKA W PIESZYCACH, w którym średni koszt jednostkowy osiągnięcia wskaźnika rezultatu wyniósł 967,84zł przy 5 677 przebadanych pacjentach (100% uczestników projektu).

Ze względu na niskie koszty procedury medycznej, brak zakupu środków trwałych w projekcie, realizację procedury na obszarze miejskim oraz szeroki dobór partnerów – najniższym kosztem osiągnięcia jednostki wskaźnika efektywności programu profilaktycznego charakteryzuje się projekt: Realizacja działań edukacyjnych oraz poprawa dostępności usług medycznych w ramach „Programu Profilaktyki Raka Piersi” w subregionie wrocławskim i m. Wrocław w latach 2016 – 2018, realizowany przez Dolnośląskie Centrum Onkologii we

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wrocławiu. W projekcie tym osiągnięto zresztą 100% efektywność programu profilaktycznego.

Badany ekspert oceniający wnioski Działania 8.7 wyraził opinię, iż ocena efektywności kosztowej programów zdrowotnych jest a priori trudna do przeprowadzenia ze względu na brak oficjalnego taryfikatora procedur medycznych. Różnorodność metod i technik diagnostycznych nawet w ramach jednej procedury (wrażliwość aparatury) uniemożliwia standaryzację kosztu. Wydaje się więc, że oszacowanie efektywności kosztowej powinno odnosić się w pierwszym rzędzie do kosztów dotarcia do potencjalnych uczestników i skali osób poddających się badaniom profilaktycznym w liczbach bezwzględnych.

Zdaniem badanych beneficjentów Działania 8.7 kalkulacje kosztów jednostkowych założone w realizowanych projektach okazały się trafne, nie wystąpiła sytuacja, w której planowana cena usługi medycznej lub koszt dotarcia do uczestników okazały się wyższe niż przewidywano. Jak wynika jednak ze studium przypadku projektu pn. Walcz z kleszczem, w okresie realizacji interwencji, w związku ze wzmożoną akcją szczepień przeciwko wirusowi SARS, koszty iniekcji wzrosły ponad czterokrotnie, co może mieć wpływ na efektywnością kosztową projektu w kolejnych latach jego realizacji.

Działanie 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych

Biorąc pod uwagę, iż w Działaniu 9.3 większość interwencji jest niezakończonych, efektywność kosztowa wsparcia DDOM mierzona będzie na podstawie wartości docelowej wskaźnika produktu pn. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie zakładanej w realizowanych projektach, nie zaś wartości osiągniętej. Koszt ten silnie różnicuje się w zależności od zakresu opieki medycznej oferowanej w projekcie, miejsca zamieszkania uczestników (generującego dodatkowe koszty transportu). Najniższy koszt jednostkowy wskaźnika planowany jest do osiągnięcia w projekcie Utworzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Oławie, w którym działania projektowe koncentrują się na usługach opiekuńczych i terapeutycznych. Najwyższy koszt osiągania jednostki wskaźnika Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie założono w projekcie pn. Utworzenie dziennego domu opieki medycznej w Sokołowsku, realizowanego przez „SANATORIA DOLNOŚLĄSKIE” SP. Z O.O. (około 30000 zł) oraz w projekcie Nowy DDOM w szpitalu VM - stworzenie dodatkowych miejsc kompleksowej rehabilitacji, terapii oraz wsparcia dla osób po przebytych hospitalizacjach (25676 zł). W obu przypadkach czynnikiem kosztotwórczym były koszty codziennego transportu – często indywidualnego dla uczestników pochodzących głównie z obszarów wiejskich oraz rozbudowana oferta opieki geriatrycznej, wykraczającej poza schorzenie będące przyczyną

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

hospitalizacji. Analizując typ beneficjenta oferującego wsparcie należy podkreślić, że bardziej efektywne kosztowo są projekty realizowane przez szpitale publiczne, najmniej zaś projekty realizowane przez POZ i diecezje.

Zdaniem beneficjenta projektu objętego studium przypadku etap negocjacji projektu spowodował, że obniżono znacznie koszty osobowe w projekcie, co spowodowało trudności w znalezieniu personelu do projektu i konieczność przesunięć środków na wynagrodzenia z innych pozycji. W jego opinii, oczekiwania członków KOP co do wysokości wynagrodzeń były oderwane zupełnie od rzeczywistości jeżeli chodzi o standardowe wynagrodzenia w sektorze medycznym. Żeby zachęcić wysokiej klasy specjalistów do udziału w projekcie, trzeba im zaoferować odpowiednie stawki, gdyż w innym wypadku taki specjalista wybierze prywatną praktykę a nie projekt. Zdaniem beneficjenta, członkowie KOP nie znają stawek, jakie są w sektorze medycznym. W efekcie, po przejściu procedury umieszczenia ogłoszenia w bazie konkurencyjności okazało się, że bez przesunięć środków na wynagrodzenia, nie uda się zrekrutować personelu do projektu.

9. PLANY APLIKACYJNE BENEFICJENTÓW I JST WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Większość badanych beneficjentów Działania 6.1 deklaruje dalszą chęć realizacji projektów wspierających infrastrukturę społeczną w kolejnym okresie programowania. Ponad połowa planuje realizację projektów w obszarze deinstytucjonalizacji usług społecznych skierowanych do osób starszych lub osób z niepełnosprawnościami, wysokim zainteresowaniem cieszy się także możliwość tworzenia mieszkań socjalnych. 8 na 32 badanych beneficjentów Działania 6.1 zamierza wesprzeć deinstytucjonalizację usług skierowanych do rodziny, zaś 5 chciałoby realizować inwestycje z zakresu tworzenia mieszkań chronionych.

Zaledwie 1 spośród 55 badanych beneficjentów Działania 9.2 nie zamierza realizować projektów z zakresu wsparcia tworzenia usług społecznych wysokiej jakości. Ponad trzy czwarte beneficjentów planuje realizację projektów w obszarze usług asystenckich i opiekuńczych, połowa chciałaby realizować interwencje z obszaru wsparcia rodziny biologicznej. Typy projektów odnoszące się do pieczy zastępczej i mieszkań chronionych chciałaby realizować jedna trzecia respondentów.

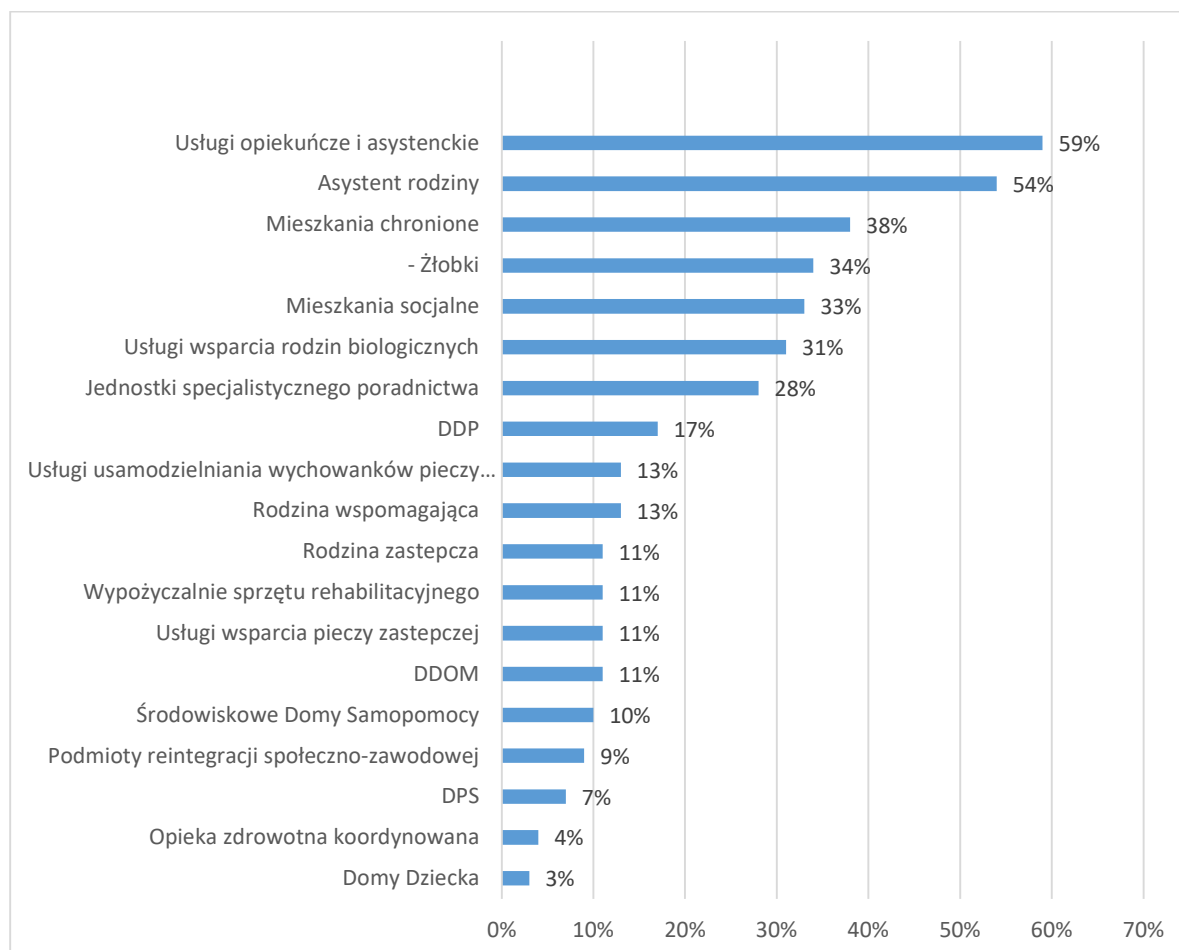
Niemal wszyscy spośród badanych beneficjentów Działania 8.7 deklarują chęć realizacji kolejnych projektów z obszaru programów profilaktycznych lub zdrowotnych.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Ośmiu spośród 11 badanych beneficjentów projektów DDOM chciałoby realizować projekty o podobnej tematyce w przyszłym okresie programowania, warunkiem tej usługi powinno jednak być, w opinii beneficjentów, zapewnienie trwałości jej finansowania przez NFZ po zakończeniu projektu.

Większość badanych przedstawicieli JST planuje w ciągu najbliższych kilku lat wprowadzenie lub wzmacnianie realizacji takich usług społecznych i zdrowotnych na swoim terenie jak: asystent rodziny, usługi opiekuńcze i asystenckie. Mniej więcej jedna trzecia respondentów rozważa rozwój opieki żłobkowej, wsparcia rodziny biologicznej oraz mieszkalnictwa socjalnego w swojej gminie.

Wykres 29 Odsetek badanych gmin planujących rozpoczęcie lub rozwój danej usługi społecznej



Źródło: badanie CAWI/CATI z przedstawicielami gmin, n=70

Badani przedstawiciele powiatów w większości chcieliby w bliskiej przyszłości wspierać instytucjonalne formy wsparcia dzieci i młodzieży w sytuacji kryzysu (schroniska dla

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

nieletnich, zakłady wychowawcze), wsparcie usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej, programy profilaktyczne i zdrowotne.

10. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Niniejszy rozdział odpowiada na pytanie badawcze:

Jakie można przedstawić rekomendacje dla okresu programowania 2021-2027 w zakresie wdrażania projektów w obszarze usług zdrowotnych i społecznych, w tym w usługach wsparcia rodziny i pieczy zastępczej?

10.1. Usługi społeczne

Z przeprowadzonych analiz wyłania się obraz trafnego profilowania wsparcia usług społecznych, jego wysokiej skuteczności i komplementarności oraz efektywności kosztowej, odpowiadającej w pełni na potrzeby lokalne. Problemem pozostaje jednak trwałość wsparcia, szczególnie w obszarze wsparcia usług asystenckich i opiekuńczych. Wynika ona z bariery finansowej, potencjalnych odbiorców tych usług – mimo dużej potrzeby – nie stać na opłacenie stawek usług asystenckich czy opiekuńczych. Przerwy w realizacji kolejnych edycji Funduszu Solidarnościowego sięgają nawet kilku miesięcy. Zaleca się kontynuację realizowanych obecnie konkursów regionalnych ze środków własnych Województwa Dolnośląskiego na realizację usług asystenckich i opiekuńczych z uwzględnieniem ich koordynacji z kolejnymi edycjami Funduszu Solidarnościowego.

Zidentyfikowanym w jednym z realizowanych projektów rozwiązaniem zapewniającym możliwość realizacji tych usług choć w ograniczonym zakresie jest utworzenie świetlic wytchnieniowych, tj. miejsc, w których jeden asystent OzN może w trybie kilkugodzinnym zajmować się kilkoma podopiecznymi, przez co odpłatność dla potencjalnego uczestnika zostaje zredukowana z 40 zł do 10 zł za godzinę. REKOMENDACJA. Zaleca się premiowanie w kolejnej perspektywie finansowej przedsięwzięć, w ramach których zorganizowane będą świetlice wytchnieniowe dla opiekunów OzN, zgodnie z zasadami deinstytucjonalizacji liczącymi nie więcej niż 10 miejsc.

Czynnikiem niskiej trwałości usług opiekuńczych i asystenckich jest brak wypracowanego i realizowanego w środowisku lokalnym systemu ich częściowej odpłatności przez mieszkańców. Usługi te, co do zasady kierowane były do osób zwolnionych w ewaluowanym okresie programowania z ich odpłatności. REKOMENDACJA. Zaleca się zastosowanie w perspektywie 2021-2027 kryterium premiującego udział uczestników nieuprawnionych do bezpłatnej usługi.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Mechanizmy koordynacji regionalnej zastosowane w RPO WD 2014-2020 wzmocniły partnerstwo JST z III sektorem, niemniej współpraca ta sporadycznie przekształca się w trwałą kooperację w celu realizacji usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej. Większość dolnośląskich JST nie zleca tych usług organizacjom czy stowarzyszeniom w drodze zadania publicznego. REKOMENDACJA. Zaleca się premiowanie w przyszłej perspektywie finansowej usług społecznych realizowanych w ramach centrów lub innych podmiotów, które mogą się wykazać, iż poza okresem finansowania realizują partnerskie przedsięwzięcia z obszaru usług społecznych realizowane z udziałem lokalnej społeczności lub NGOs.

10.2. Usługi zdrowotne

Przedsięwzięcia podjęte w ramach Działania 6.2 są trafne, skuteczne i użyteczne. Jednocześnie w województwie występuje nadal duże zapotrzebowanie na infrastrukturę ochrony zdrowia (zwłaszcza w przypadku leczenia szpitalnego), a także na działania związane z deinstytucjonalizacją. W przypadku wsparcia dla AOS nadal występują znaczne nierówności terytorialne w dostępie do usług zdrowotnych. REKOMENDACJA. Zaleca się kontynuację wsparcia dla infrastruktury ochrony zdrowia, przede wszystkim w zakresie leczenia i szpitalnego, ale także wsparcia AOS (w tym drugim przypadku z uwzględnieniem działań deinstytucjonalizacyjnych oraz różnic terytorialnych w dostępie do usług zdrowotnych).

W ramach Działania 6.2 rzadko uzyskiwano pożądaną efekt komplementarności działań infrastrukturalnych z interwencjami EFS. Konieczne będzie silniejsze premiowanie w ramach konkursów komplementarności projektów dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia oraz projektów dotyczących usług zdrowotnych (i społecznych w ramach działań związanych z deinstytucjonalizacją).

Wśród czynników utrudniających osiągnięcie celów projektów w Działaniu 8.7 były: niskie zainteresowanie udziałem w badaniach profilaktycznych, co wynika z niskiej świadomości społecznej, niskie zainteresowanie udziałem w badaniach poza miejscem zamieszkania, brak zainteresowania skorzystaniem z transportu do miejsca realizacji badania, lub skorzystania z zastępstwa przy opiece nad osobą zależną. Podejmowane przez beneficjentów działania zaradcze pozwalają na zidentyfikowanie dobrych praktyk, wartych powielenia w kolejnych latach. REKOMENDACJA. Rekomenduje się wykorzystywanie w projektach w zakresie profilaktyki zdrowia najbardziej skutecznych rozwiązań, takich jak: indywidualizacja podczas rekrutacji, np. wysyłanie spersonalizowanych zaproszeń, rekrutacja poprzez infolinię dedykowaną temu celowi, elastyczność oferty (szczególnie istotne dla osób pracujących) – wyjście z ofertą poza standardowe godziny pracy placówek medycznych (np. do 6 dni w tygodniu w godzinach 7.00-21.00),

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Zakres wsparcia w Działaniu 8.7 ograniczono do jednego typu projektów, jakim było wdrożenie programów profilaktycznych, w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne. Zabrakło projektów ukierunkowanych na opracowanie i wdrożenie programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy (w tym działania szkoleniowe). Ten typ projektów był szeroko stosowany w innych regionach.

Z punktu widzenia potrzeb beneficjentów, samo otrzymanie wyniku badania profilaktycznego nie jest wystarczające w sytuacji, kiedy zdiagnozowane zostaną nieprawidłowości (niekoniecznie muszą to być np. zmiany nowotworowe). W takich sytuacjach wsparcie powinno być połączone z możliwością podjęcia leczenia np. w ramach kontraktu NFZ. REKOMENDACJA. Rekomenduje się premiowanie projektów, w których uwzględniono działania możliwe do podjęcia w przypadku, kiedy w wyniku wykazania nieprawidłowości w badaniu profilaktycznym, konieczne jest podjęcie dalszego leczenia. Wymagałoby to realizacji projektów przez placówki zdrowotne o odpowiednim potencjale.

W Działaniu 8.7 odnotowano problem niskiego zainteresowania realizacją programów profilaktycznych wśród potencjalnych beneficjentów. Z tego względu wystąpiła konieczność powtarzania niektórych naborów, a w subregionie wałbrzyskim nie udało się wybrać realizatora programu w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Jednym z powodów były zniechęcające i trudne do spełnienia wymagania nakładane na projekty – konieczność ograniczenia wsparcia wyłącznie do osób pracujących. REKOMENDACJA. Zaleca się - w ramach FEDS 2021-2027 złagodzenie warunków stawianym projektom (odejście od wymogu kierowania wsparcia wyłącznie do osób pracujących na rzecz rozszerzenia grupy o osoby w wieku produkcyjnym, przy zachowaniu określonego parytetu osób czynnych na rynku pracy). Ponadto, nadmierna biurokracja związana z przystąpieniem do programu zdrowotnego zniechęcała uczestników do udziału we wsparciu. Zniechęcająca była na przykład konieczność wypełniania wielu dokumentów i podawania szczegółowych danych, w tym osobistych, dotyczących np. zatrudnienia. REKOMENDACJA. Zaleca się Informowanie i zachęcanie beneficjentów do wdrożenia uproszczeń (np. rejestracji elektronicznej uczestników, ograniczania liczby wypełnianych dokumentów) podczas spotkań z potencjalnymi wnioskodawcami.

Jak wynika z badania, nowym, krytycznym obszarem jest zdrowie psychiczne i potrzeba realizacji programów zapobiegających np. próbom samobójczym, promującym korzystanie ze specjalistów, psychoterapii etc. Rośnie udział czynników psychospołecznych w ogólnej strukturze nieobecności w pracy. Nastąpił wzrost liczby dni absencji wynikającej z chorób nowotworowych. Mimo licznych kampanii i programów zdrowotnych, zachorowalność na

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

choroby cywilizacyjne, do których zalicza się m.in. cukrzycę, nadwagę, otyłość, choroby układu krążenia i nowotwory, jest nadal wysoka. REKOMENDACJA. Zaleca się w okresie programowania 2021-2027 intensyfikację programów zdrowotnych i profilaktycznych w celu zatrzymania niekorzystnego trendu zachorowalności na choroby cywilizacyjne w regionie. Konieczne jest uwzględnienie programów o tematyce zdrowia psychicznego oraz kontynuację programów dotyczących profilaktyki nowotworów, cukrzycy.

Wsparcie Działania 9.2 w zakresie projektów DDOM jest skuteczne przy zachwianiu logiki interwencji, czyli rezygnacji z preferencji grupy docelowej odnoszącej się do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Problemem jest brak trwałości usługi ze względu na zbyt wysokie koszty pobytu w DDOM, nawet dla osób o przeciętnych dochodach, bez przynajmniej częściowej refundacji. REKOMENDACJA. W przypadku braku decyzji NFZ o przynajmniej częściowej refundacji pobytu w DDOM, przy braku możliwości ciągłości współfinansowania usługi z innych źródeł, zaleca się rezygnację ze wspierania tej usługi w przyszłym okresie programowania ze względu na jej wyłącznie doraźny charakter. Zaleca się premiowanie realizacji projektów integrujących usługi społecznej i zdrowotne skierowane do osób starszych, niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami, np. oferujących obok usług opiekuńczych i asystenckich utworzenie w danej lokalizacji wypożyczalni sprzętu medycznego, dofinansowania usług medycznych, w tym specjalistycznych.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

11. TABELA WNIOSKÓW I REKOMENDACJI

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)
1.	W jednym z realizowanych projektów Działania 9.2 zidentyfikowanym rozwiązaniem niskiej trwałości usług asystenckich, zapewniającym możliwość realizacji tych usług choć w ograniczonym zakresie jest utworzenie świetlic wytchnieniowych, tj. miejsc, w których jeden asystent OzN może w trybie kilkugodzinnym zajmować się kilkoma podopiecznymi, przez co odpłatność dla potencjalnego uczestnika zostaje zredukowana z 40 zł do 10 zł za godzinę (str. 171)	Zaleca się premiowanie w kolejnej perspektywie finansowej przedsięwzięć, w ramach których zorganizowane będą świetlice wytchnieniowe dla opiekunów OzN, zgodnie z zasadami deinstytucjonalizacji.	IZ FEDS 2021-2027	Uwzględnienie w zapisach dokumentacji konkursowej.	III kwartał 2023
	Klasa rekomendacji	Programowa		Podklasa rekomendacji	Operacyjna

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)
	Obszar tematyczny	Włączenie społeczne		Program Operacyjny	FEDS 2021-2027
2.	Czynnikiem niskiej trwałości usług opiekuńczych i asystenckich jest brak wypracowanego i realizowanego w środowisku lokalnym systemu ich częściowej odpłatności przez mieszkańców. Usługi te, co do zasady kierowane były do osób zwolnionych w ewaluowanym okresie programowania z ich odpłatności. (str.171)	Zaleca się zastosowanie w perspektywie 2021-2027 kryterium premiującego udział uczestników nieuprawnionych do bezpłatnej usługi.	IZ FEDS 2021-2027	Uwzględnienie w zapisach dokumentacji konkursowej.	III kwartał 2023
	Klasa rekomendacji	Programowa/Horyzontalna		Podklasa rekomendacji	Operacyjna
	Obszar tematyczny	Włączenie społeczne		Program Operacyjny	FEDS 2021-2027
3.	Mechanizmy koordynacji regionalnej zastosowane w RPO WD 2014-2020	Zaleca się premiowanie w przyszłej perspektywie	IZ FEDS 2021-2027	Uwzględnienie w zapisach dokumentacji konkursowej.	III kwartał 2023

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)
	wzmocniły partnerstwo JST z III sektorem, niemniej współpraca ta sporadycznie przekształca się w trwałą kooperację w celu realizacji usług społecznych w formie zdeinstytucjonalizowanej. Większość dolnośląskich JST nie zleca tych usług organizacjom czy stowarzyszeniom w drodze zadania publicznego. (str.172)	finansowej usług społecznych realizowanych w ramach centrów lub innych podmiotów, które mogą wykazać, iż poza okresem finansowania realizują partnerskie przedsięwzięcia z obszaru usług społecznych realizowane z udziałem lokalnej społeczności lub NGOs.			
	Klasa rekomendacji	Programowa		Podklasa rekomendacji	Operacyjna
	Obszar tematyczny	Włączenie społeczne		Program Operacyjny	FEDS 2021-2027
4.	Wsparcie Działania 9.3 w zakresie projektów DDOM jest skuteczne przy zachwianiu logiki interwencji, czyli	W przypadku braku decyzji NFZ o przynajmniej częściowej refundacji pobytu	IZ FEDS 2021-2027	Uwzględnienie w zapisach dokumentacji konkursowej	I kwartał 2023

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)
	rezygnacji z preferencji grupy docelowej odnoszącej się do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Problemem jest brak trwałości usługi ze względu na zbyt wysokie koszty pobytu w DDOM, nawet dla osób o przeciętnych dochodach, bez przynajmniej częściowej refundacji. (str.174)	w DDOM zaleca się rezygnację ze wspierania tej usługi w przyszłym okresie programowania ze względu na jej wyłącznie doraźny charakter. Zaleca się premiowanie realizacji projektów integrujących usługi społeczne i zdrowotne skierowane do osób starszych, niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami, np. oferujących obok usług opiekuńczych i asystenckich utworzenie w danej lokalizacji wypożyczalni sprzętu medycznego, dofinansowania usług medycznych, w tym specjalistycznych.		oraz zapisach SZOP FEDS 2021-2027.	

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)
	Klasa rekomendacji	Programowa		Podklasa rekomendacji	Operacyjna
	Obszar tematyczny	Włączenie społeczne		Program Operacyjny	FEDS 2021-2027
5.	<p>Przedsięwzięcia podjęte w ramach Działania 6.2 są trafne, skuteczne i użyteczne. Jednocześnie w województwie występuje nadal duże zapotrzebowanie na infrastrukturę ochrony zdrowia (zwłaszcza w przypadku leczenia szpitalnego), a także na działania związane z deinstytucjonalizacją. W przypadku wsparcia dla AOS należy wziąć pod uwagę nierówności terytorialne w dostępie do usług zdrowotnych (str.172)</p>	<p>Kontynuacja wsparcia dla infrastruktury ochrony zdrowia, przede wszystkim w zakresie leczenia i szpitalnego, ale także wsparcia AOS (w tym drugim przypadku z uwzględnieniem działań deinstytucjonalizacyjnych oraz różnic terytorialnych w dostępie do usług zdrowotnych)</p>	IZ FEDS 2021-2027	<p>Organizacja konkursów dedykowanych dla leczenia szpitalnego zgodnie z dotychczasowymi zasadami (zgodność z Policy Paper i mapami potrzeb zdrowotnych) oraz konkursu AOS z ewentualnym rozważeniem kryteriów premiujących działania deinstytucjonalizacyjne i projekty realizowane na obszarach, na których dostęp do usług zdrowotnych jest najmniejszy</p>	IIIkwartał 2023

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

	Klasa rekomendacji	Programowa	Podklasa rekomendacji	Operacyjna	
	Obszar tematyczny	Ochrona zdrowia	Program Operacyjny	FEDS 2021-2027	
6.	<p>Wśród czynników utrudniających osiągnięcie celów projektów w Działaniu 8.7 były: niskie zainteresowanie udziałem w badaniach profilaktycznych, co wynika z niskiej świadomości społecznej, niskie zainteresowanie udziałem w badaniach poza miejscem zamieszkania, brak zainteresowania skorzystaniem z transportu do miejsca realizacji badania, lub skorzystania z zastępstwa przy opiece nad osobą zależną. Podejmowane przez beneficjentów działania zaradcze pozwalają na zidentyfikowanie dobrych praktyk, wartych powielenia w kolejnych latach. (str.173)</p>	<p>Rekomenduje się wykorzystywanie w projektach w zakresie profilaktyki zdrowia najbardziej skutecznych rozwiązań, takich jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indywidualizacja podczas rekrutacji, np. wysyłanie spersonalizowanych zaproszeń, rekrutacja poprzez infolinię dedykowaną temu celowi, • Elastyczność oferty (szczególnie istotne dla osób pracujących) – wyjście z ofertą poza standardowe godziny 	<p>Beneficjenci IZ FEDS 2021-2027</p>	<p>Uwzględnienie proponowanych rozwiązań jako dobrych praktyk w regulaminie konkursów w okresie programowania 2021-2027 (IZ).</p> <p>Uwzględnienie proponowanych rozwiązań w planowanych projektach (beneficjenci).</p>	<p>III kw. 2023</p>

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

		<p>pracy placówek medycznych (np. do 6 dni w tygodniu w godzinach 7.00-21.00),</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefoniczne przypominanie o terminie badania, • Zwiększenie liczby punktów, w których można zrobić badania oraz zwiększenia liczby punktów mobilnych do wykonania badań – tak aby uczestnik nie musiał opuszczać miejsca zamieszkania. 			
	Klasa rekomendacji	Programowa		Podklasa rekomendacji	Operacyjna
	Obszar tematyczny	Rynek pracy + włączenie społeczne		Program Operacyjny	FEDS 2021-2027

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

7.	Z punktu widzenia potrzeb beneficjentów, samo otrzymanie wyniku badania profilaktycznego nie jest wystarczające w sytuacji, kiedy zdiagnozowane zostaną nieprawidłowości (niekoniecznie muszą to być np. zmiany nowotworowe). W takich sytuacjach wsparcie powinno być połączone z możliwością podjęcia leczenia np. w ramach kontraktu NFZ. Jednocześnie należy mieć na względzie to, że dalsze leczenie może obejmować wyłącznie usługi mieszczące się w limitach określonych przez NFZ, a usługi te w projektach stanowiłyby koszty niekwalifikowalne. (str.173)	Rekomenduje się premiowanie projektów, w których uwzględniono działania możliwe do podjęcia w przypadku, kiedy w wyniku wykazania nieprawidłowości w badaniu profilaktycznym, konieczne jest podjęcie dalszego leczenia. Wymagałoby to realizacji projektów przez placówki zdrowotne o odpowiednim potencjale.	IZ FEDS 2021-2027	Uwzględnienie w zapisach dokumentacji konkursowej, wskazanie takiego rodzaju projektów jako dobrą praktykę.	III kw. 2023
	Klasa rekomendacji	Programowa/Horyzontalna		Podklasa rekomendacji	Operacyjna
	Obszar tematyczny	Rynek pracy + włączenie społeczne		Program Operacyjny	FEDS 2021-2027

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

8.	W Działaniu 8.7 odnotowano problem niskiego zainteresowania realizacją programów profilaktycznych wśród potencjalnych beneficjentów. Z tego względu wystąpiła konieczność powtarzania niektórych naborów, a w subregionie wałbrzyskim nie udało się wybrać realizatora programu w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Jednym z powodów były zniechęcające i trudne do spełnienia wymagania nakładane na projekty – konieczność ograniczenia wsparcia wyłącznie do osób pracujących. (str.173)	W okresie programowania 2021-2027 rekomenduje się złagodzenie warunków stawianym projektom (odejście od wymogu kierowania wsparcia wyłącznie do osób pracujących na rzecz rozszerzenia grupy o osoby w wieku produkcyjnym, przy zachowaniu określonego parytetu osób czynnych na rynku pracy).	IZ FEDS 2021-2027	Uwzględnienie w zapisach dokumentacji konkursowej oraz zapisach SZOOP FEDS 2021-2027.	30 czerwca 2023
	Klasa rekomendacji	Programowa		Podklasa rekomendacji	Operacyjna
	Obszar tematyczny	Rynek pracy + włączenie społeczne		Program Operacyjny	FEDS 2021-2027

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

9.	<p>W Działaniu 8.7 nadmierna biurokracja związana z przystąpieniem do programu zdrowotnego zniechęcała uczestników do udziału we wsparciu. M.in. zniechęcająca była konieczność wypełniania wielu dokumentów i podawania szczegółowych danych, w tym osobistych, dotyczących np. zatrudnienia. (str.173)</p>	<p>Rekomenduje się ograniczenie do minimum wymogów stawianych beneficjentom pod względem gromadzenia danych i pozyskiwania dokumentów/ podpisów od uczestników (przy jednoczesnej zgodności z minimalnym zakresem danych koniecznych do wprowadzenia do SL2014 w zakresie uczestników projektów, określonych w Wytycznych zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej). Warto również rekomendować beneficjentom wdrożenie rozwiązań minimalizujących</p>	IZ FEDS 2021-2027	<p>Uwzględnienie w zapisach dokumentacji konkursowej.</p> <p>Informowanie i zachęcanie beneficjentów do wdrożenia uproszczeń (np. rejestracji elektronicznej uczestników, ograniczania liczby wypełnianych dokumentów) podczas spotkań z potencjalnymi wnioskodawcami.</p>	III kwartał 2023
----	--	---	-------------------	--	------------------

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

		formalności, np. unikania wielokrotnego podawania tych samych danych w różnych dokumentach.			
	Klasa rekomendacji	Programowa		Podklasa rekomendacji	Operacyjna
	Obszar tematyczny	Rynek pracy + włączenie społeczne		Program Operacyjny	FEDS 2021-2027
10.	Potrzeby związane z wdrożeniem interwencji nakierowanej na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa nie zdezaktualizowały się. Choroby potencjalnie zagrażające życiu lub skutkujące niepełnosprawnością nie są wykrywane dostatecznie szybko, co zmniejsza szansę na skuteczne wyleczenie i w efekcie negatywnie wpływa na aktywność zawodową mieszkańców. Nowym, krytycznym obszarem jest zdrowie psychiczne i	Rekomenduje się w okresie programowania 2021-2027 intensyfikację programów zdrowotnych i profilaktycznych w celu zatrzymania niekorzystnego trendu zachorowalności na choroby cywilizacyjne w regionie. Konieczne jest uwzględnienie programów o tematyce zdrowia psychicznego oraz kontynuację programów	IZ FEDS 2021-2027	Uwzględnienie w zapisach SZOOP FEDS 2021-2027.	III kwartał 2023

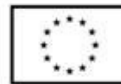
Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

	<p>potrzeba realizacji programów zapobiegających np. próbom samobójczym, promującym korzystanie ze specjalistów, psychoterapii etc. Rośnie udział czynników psychospołecznych w ogólnej strukturze nieobecności w pracy. Nastąpił wzrost liczby dni absencji wynikającej z chorób nowotworowych. Mimo licznych kampanii i programów zdrowotnych, zachorowalność na choroby cywilizacyjne, do których zalicza się m.in. cukrzycę, nadwagę, otyłość, choroby układu krążenia i nowotwory, jest nadal wysoka. (str.174)</p>	<p>dotyczących profilaktyki nowotworów, cukrzycy.</p>			
<p>Klasa rekomendacji</p>	<p>Programowa</p>		<p>Podklasa rekomendacji</p>	<p>Operacyjna</p>	
<p>Obszar tematyczny</p>	<p>Rynek pracy + włączenie społeczne</p>		<p>Program Operacyjny</p>	<p>FEDS 2021-2027</p>	



**DOLNY
ŚLĄSK**

Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne



Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

12. BIBLIOGRAFIA

1. Akty prawne i wytyczne szczebla unijnego:

- Pakiet Rozporządzeń UE w sprawie polityki spójności 2014-2020, w tym w szczególności:
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i przepisów szczególnych dotyczących celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” oraz w sprawie uchylenia rozporządzenia (WE) nr 1080/2006;
- rozporządzenia dot. polityki spójności na okres perspektywy finansowej 2021-2027 - 30 czerwca 2021 r. w Dzienniku Urzędowym UE opublikowany został pakiet 5 rozporządzeń polityki spójności na lata 2021-2027,
<https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-na-lata-2021-2027/prawo-i-dokumenty/unijne-prawo-i-dokumenty/>

Komentarz do rozporządzeń unijnych dla polityki spójności na lata 2014-2020;

- Wytyczne Komisji Europejskiej dla Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w zakresie monitorowania i ewaluacji polityki spójności, pn. The Programming Period 2014-2020. Monitoring and Evaluation of European Cohesion Policy – European Social Fund. Guidance document;
- Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu i Migracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu na rzecz Zarządzania Granicami i Wiz;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności;
- Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+);
- Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności;
- Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności - zestaw narzędzi.

2. Akty prawne i wytyczne szczebla krajowego:

- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;
- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie ewaluacji polityki spójności 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 wraz z załącznikiem Standardy dostępności dla polityki spójności na lata 2014-2020;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji;
- Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej;
- Standardy Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej;
- Program rządowy Dostępność Plus 2018-2025;
- Agenda działań na rzecz równości szans i niedyskryminacji w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;

3. Dokumenty strategiczne i programowe:

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020;
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WD 2014-2020 wraz z załącznikami (obowiązujący i właściwy dla danego naboru konkursowego oraz realizowanych projektów);
- Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2020;
- Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego 2030;
- Strategia Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego;
- Strategia Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Aglomeracji Wałbrzyskiej;
- Strategia Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Aglomeracji Jeleniogórskiej;
- Umowa Partnerstwa 2014 -2020;
- Umowa Partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce – projekty/dokument Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
- Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu – Strategia „Europa 2020”;
- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) – SOR;
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030. Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony;
- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2015-2020;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

- Wieloletni Regionalny Plan Działań Na Rzecz Promocji i upowszechniania Ekonomii Społecznej oraz rozwoju sektora Ekonomii Społecznej i jej otoczenia w województwie dolnośląskim (2012-2020);
- Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021-2030 (Projekt);
- Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 – założenia/projekt.

4. Badania ewaluacyjne, ekspertyzy oraz opracowania:

- Ochrona zdrowia i pomoc społeczna w województwie dolnośląskim w latach 2014-2016;
- Diagnoza społeczna województwa dolnośląskiego (2019);
- Analiza sytuacji społeczno-ekonomicznej województwa dolnośląskiego w obszarach oddziaływania Europejskiego Funduszu Społecznego (2018);
- Ewaluacja mid-term programów operacyjnych realizowanych w ramach Umowy Partnerstwa 2014 2020 dla potrzeb przeglądu śródkresowego, w tym realizacji zapisów ram i rezerwy wykonania;
- Metaanaliza wyników badań ewaluacyjnych dotyczących oceny wsparcia z EFS – raport końcowy;
- Deinstytucjonalizacja systemu pieczy zastępczej – analiza, dobre praktyki;
- Postępy deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej w Polsce;
- Analiza społeczno-gospodarcza wraz z diagnozą obszarów interwencji EFS - raport końcowy.

5. Pozostałe źródła:

- Sprawozdania roczne i okresowe z realizacji RPO WD 2014-2020,
- WOD
- Dane monitoringowe, z uwzględnieniem:
 - Raportu 002 - Zestawienie naborów, złożonych w nich wniosków o dofinansowanie i podpisanych umów (stan na dzień określający koniec zakresu czasowego badania)
 - Raportu 046 - Zestawienie liczby i wartości skorygowanych wniosków o płatność do certyfikacji (stan na dzień określający koniec zakresu czasowego badania.),
 - informacji kwartalnych od początku realizacji Programu do 31.06.2021 r., (do wnioskowania o ryzykach)
 - bazy umów o dofinansowanie zawartych z beneficjentami (w tym rozwiązanych) w ramach wszystkich Działań objętych badaniem, z oznaczeniem, czy projekt jest

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

zakończony, czy nie, zawierającej min. informacje: numer projektu, tytuł, nazwa beneficjenta, miejsce realizacji projektu (gmina/powiat), data rozpoczęcia, data zakończenia, wartość ogółem, wysokość dofinansowania

- Raportu 168 - Problemy napotkane w trakcie realizacji projektu – WoP,
- Raportu 071 lub innego raportu wskaźnikowego dla EFRR - Realizacja wskaźników (dane szczegółowe)
- oraz Wartości docelowe wskaźników i osiągnięte wg WoP dla każdego projektu (nr projektu umożliwiające połączenie z bazą umów),
- Raportu 081 (dotyczy wskaźników wspólnych/common indicators) – raport szczegółowy (81b),
- Raportu 069 (oparty o dane z wniosków o płatność),
- bazy beneficjentów (zgodnie z pkt 1 załącznika nr 2 do umowy) – informacja o beneficjencie przyporządkowana do każdego projektu
- bazy kontaktowej uczestników projektów, (zgodnie z pkt 1 załącznika nr 2 do umowy) – informacja o uczestnikach przyporządkowana do każdego projektu
- bazy danych członków Komitetu Monitorującego RPO WD 2014-2020, zgodnie z pkt.2 Załącznika 2 do umowy
- bazy danych kandydatów na ekspertów, zgodnie z pkt 3 Załącznika 2 do umowy.
- Dane GUS dotyczące badanego zakresu – w tym rozkład terytorialny usług społecznych, w zakresie przedstawionym w poniższej tabeli
- dane JOPS przekazywane na potrzeby OZPS dla lat 2015-2020
- Dane MZ w zakresie koordynowanej opieki zdrowotnej <https://www.ptpz.pl/wp-content/uploads/2019/03/Koncepcja-Koordynowanej-Ambulatoryjnej-Opieki-Zdrowotnej-1.pdf>, statystyki zachorowalności, dostępności opieki ambulatoryjnej i opieki szpitalnej
- Raport z przeprowadzonego Monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego, sprawozdanych za rok 2019, z porównaniem z latami 2016-2018,
- Dane ZUS dotyczące statystyk absencji chorobowych, przyczyn absencji chorobowych
- Dane STRATEG, w zakresie portretów statystycznych JST, wskaźników monitorujących strategię województwa
- Dane pozyskane od Beneficjentów dotyczące założeń projektowych, ewaluacji projektu (w miarę dostępności),
- Kryteria wyboru projektów (wszystkich 16 RPO dla PI 9a, PI 9iv i PI 8vi),
- Regulaminy konkursów (wszystkich 16 RPO dla PI 9a, PI 9iv i PI 8vi),,
- Regulamin Komitetu Sterującego ds. koordynacji i interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

13. SPIS TABEL, WYKRESÓW I MAP

Wykres 1 Liczba dzieci w żłobkach na 1000 dzieci w województwie dolnośląskim w latach 2014-2019	29
Wykres 2 Wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w województwie dolnośląskim w latach 2012-2020	31
Wykres 3 Liczba podmiotów reintegracji społeczno-zawodowej w województwie dolnośląskim w roku 2015 i w roku 2020.....	33
Wykres 4 Liczba osób objętych pomocą społeczną w formie usług opiekuńczych na 10 tys. Ludności w latach 2014-2019.....	39
Wykres 5 Liczba osób korzystających z mieszkań chronionych w województwie dolnośląskim w latach 2014-2019	40
Wykres 6 Liczba dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej w województwie dolnośląskim w latach 2013-2019.....	42
Wykres 7 Deklaracje uczestników projektów Działania 9.2 dotyczące sytuacji materialnej ich gospodarstwa domowego.....	46
Wykres 8 Deklaracje uczestników Działania 9.2 dotyczące źródła dochodów ich gospodarstwa domowego.....	47
Wykres 9 Liczba porad lekarskich w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na 1 mieszkańca w roku 2013 wg województw.....	49
Wykres 10 Podmioty realizujące projekty w ramach Działania 6.2 wg formy prawnej.....	61
Wykres 11 Stopień, w jakim świadczone usługi odpowiadają odbiorcom wg usługodawców (% wskazań).....	63
Wykres 12 Deklaracje uczestników projektów Działania 9.3 dotyczące sytuacji materialnej ich gospodarstwa domowego.....	82
Wykres 13 Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca w województwie dolnośląskim w latach 2013-2020.....	98
Wykres 14 Opóźnienia w realizacji projektów w ramach Działania 6.2 wg respondentów ankiety.....	101
Wykres 15 Zmiany, jakich musieli dokonać beneficjenci Działania 6.2 ze względu na pandemię COVID-19.....	102
Wykres 16 Odsetek uczestników Działania 8.7, którzy przed udziałem w projekcie brali udział w analogicznych działaniach i badaniach.....	107
Wykres 17 Odsetek uczestników Działania 8.7, którzy po udziale w projekcie badają się profilaktycznie częściej lub rzadziej niż przed udziałem w projekcie	108
Wykres 18 Rozkład odpowiedzi badanych uczestników wsparcia na pytanie: Czy ogólnie rzecz biorąc, Pana(i) zdaniem, otrzymane formy wsparcia, czyli działania, z których Pan(i) skorzystał(a) korzysta w projekcie były są odpowiednie do Pana(i) potrzeb?.....	118
Wykres 19 Opinie uczestników Działania 9.2 dotyczące wpływu wsparcia na ich sytuację życiową	118

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Wykres 20 Główne powody wzięcia udziału w projekcie według deklaracji uczestników projektów Działania 9.2.....	120
Wykres 21 Opinie badanych uczestników projektów Działania 9.2 dotyczące wpływu udziału w projekcie na poszczególne aspekty ich sytuacji życiowej.....	122
Wykres 22 Opinie usługodawców o efektach wsparcia w ramach Działania 6.2	124
Wykres 23 Rozkład odpowiedzi uczestników Działania 8.7 na pytanie czy usługa rozwinięta w programie zdrowotnym/profilaktycznym spełnia ich potrzeby.....	127
Wykres 24 Deklarowane przez uczestników projektów Działania 8.7 powody wzięcia udziału w programie profilaktycznym, zdrowotnym.....	128
Wykres 25 Opinie uczestników Działania 9.3 dotyczące wpływu wsparcia na ich sytuację życiową.....	130
Wykres 26 Prognozowana przez Beneficjentów trwałość efektów projektów w ramach Działania 6.2	134
Wykres 27 Plany gmin dotyczące tworzenia Centrum Usług Społecznych.....	143
Wykres 28 Działania/programy, z którymi komplementarne są projekty w ramach Działania 6.2 (wg deklaracji we wnioskach o dofinansowanie).....	147
Wykres 29 Odsetek badanych gmin planujących rozpoczęcie lub rozwój danej usługi społecznej.....	168
Tabela 1 Liczba dzieci na 1 miejsce w żłobku, klubie dziecięcym i u dziennego opiekuna w województwach Polski w latach 2014-2019	28
Tabela 2 Zestawienie naborów Działania 6.2.....	53
Tabela 3 Stopień osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w Działaniu 6.1 Inwestycje w infrastrukturę społeczną	84
Tabela 4 Stopień osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w Działaniu 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych	88
Tabela 5 Osiągnięcie wskaźników w ramach Działania 6.2 (wg stanu na dzień 2.02.2022)	96
Tabela 6 Stopień osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w Działaniu 8.7.....	106
Tabela 7 Stopień osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w Działaniu 9.3 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych.....	112
Tabela 8 Koszt osiągnięcia wskaźnika rezultatu Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi w poszczególnych projektach Działania 6.2.....	158
Mapa 1 Rozkład terytorialny interwencji realizowanych w Działaniu 6.1.	35
Mapa 2 Rozkład terytorialny uczestników wsparcia projektów Działania 9.2.....	44
Mapa 3 Wartość dofinansowania w ramach Działania 6.2 wg powiatów woj. dolnośląskiego	65

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020

Mapa 4 Wartość dofinansowania w ramach Działania 8.7 wg powiatów woj. dolnośląskiego	73
Mapa 5 Liczba uczestników wsparcia w ramach Działania 8.7 wg powiatów woj. dolnośląskiego	74
Mapa 6 Liczba uczestników wsparcia w ramach Działania 8.7 wg powiatów woj. dolnośląskiego w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców	75
Mapa 7 Rozkład terytorialny uczestników projektów Działania 9.3, którzy zakończyli udział w projekcie	80

14. ZAŁĄCZNIKI

14.1. Narzędzia badawcze

/w oddzielnym pliku/

14.2. Sprawozdania ze studiów przypadku

/w oddzielnym pliku/