



Ocena wpływu wsparcia RPOWP 2014-2020 na rozwój usług i infrastruktury społecznej

Zamawiający/Wydawca:

Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego
Departament Rozwoju Regionalnego



ul. Poleska 89, 15-874 Białystok
e-mail: rot@wrotapodlasia.pl

Autorzy:

Marzena Sochańska-Kawiecka (kierownik badania), Ewa Kusideł, Ryszard Szarfenberg,
Justyna Witkowska, Robert Kubajek, Maciej Gajewski, Jan Szczucki

Wykonawca:



Policy & Action Group Uniconsult Sp. z o. o.

ul. Ku Wiśle 7, 00-707 Warszawa
biuro@pag-uniconsult.pl
www.pag-uniconsult.pl

BADANIA SPOŁECZNE MSK →

Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka

Ul. Leszno 22b, 96-300 Żyrardów
tel. 660 767 754
badaniaspoleczne@autograf.pl

Projekt graficzny okładki: Grzegorz Lewandowski

ISBN: 978-83-964117-1-6

Białystok 2022

Copyright: Województwo Podlaskie, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego

Badanie ewaluacyjne finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

SPIS TREŚCI

WYKAZ UŻYWANYCH SKRÓTÓW	5
STRESZCZENIE	6
EXECUTIVE SUMMARY	14
CZĘŚĆ I. WPROWADZENIE	22
1 WPROWADZENIE – OPIS BADANIA	22
1.1 PRZEDMIOT I CELE BADANIA	22
1.2 KONCEPCJA I METODYKA BADAWCZA.....	25
1.3 PRZEBIEG BADANIA.....	29
2 TEORIA OGÓLNA INTERWENCJI W ZAKRESIE POPRAWIANIA DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH	31
2.1 UPROSZCZONY MODEL USŁUGI SPOŁECZNEJ	31
2.2 UPROSZCZENIA I NIEJASNOŚCI MODELU	32
2.3 TEORIA INTERWENCJI RPOWP W ZAKRESIE USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH	36
2.4 INSTRUMENTY INTERWENCJI ZASTOSOWANE W RPOWP 2014-2020 W SFERZE USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH.....	46
CZĘŚĆ II. OPIS WYNIKÓW BADANIA.....	52
3 DYNAMICZNY OBRAZ OBSZARU POMOCY SPOŁECZNEJ ORAZ OCHRONY ZDROWIA W LATACH 2014-2020	52
3.1 OBRAZ ANALIZOWANYCH OBSZARÓW Z WYKORZYSTANIEM MIERNIKÓW SYNTETYCZNYCH – POZIOM MAKRO	52
3.1.1 Obszar pomocy społecznej.....	53
3.1.2 Obszar ochrony zdrowia	56
3.2 OCENA ZMIAN W BADANYCH OBSZARACH – POZIOM MIKRO.....	60
3.3 PODSUMOWANIE	71
4 OCENA TRAFNOŚCI INTERWENCJI.....	73
4.1 EKONOMETRYCZNE BADANIE TRAFNOŚCI – POZIOM MAKRO.....	73
4.2 OCENA TRAFNOŚCI – POZIOM MIKRO	76
4.3 GŁÓWNE POTRZEBY DO UWZGLĘDNIENIA W RAMACH PRZYSZŁYCH INTERWENCJI	85
4.4 PODSUMOWANIE	90
5 OCENA UŻYTECZNOŚCI ORAZ KONWERGENCJI INTERWENCJI	92
5.1 EKONOMETRYCZNE BADANIE UŻYTECZNOŚCI I BADANIE KONWERGENCJI – POZIOM MAKRO	92
5.2 OCENA UŻYTECZNOŚCI INTERWENCJI – POZIOM MIKRO.....	95
5.3 PODSUMOWANIE	100
6 OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI, W TYM ROLA ZASADY PARTNERSTWA	102
6.1 EKONOMETRYCZNE BADANIE SKUTECZNOŚCI - POZIOM MAKRO	102

6.2	OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI W KONTEKŚCIE ZAKŁADANYCH CELÓW	104
6.2.1	LICZBA I WARTOŚĆ REALIZOWANYCH PROJEKTÓW	104
6.2.2	UCZESTNICY PROJEKTÓW ORAZ REALIZOWANE USŁUGI.....	112
6.2.3	CHARAKTERYSTYKA WSPARTEJ INFRASTRUKTURY	120
6.2.4	WYTYCZONE CELE A ZREALIZOWANE DZIAŁANIA	132
6.3	OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI – POZIOM MIKRO.....	136
6.3.1	WSPARCIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU ORAZ USŁUG ASYSTENCKICH DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	138
6.3.2	USŁUGI SKIEROWANE DO RODZIN, W TYM RODZIN PRZEŻYWAJĄCYCH TRUDNOŚCI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE.....	141
6.3.3	USŁUGI WSPARCIA RODZINNYCH FORM SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ	144
6.3.4	USŁUGA MIESZKALNICTWA CHRONIONEGO I WSPOMAGANEGO	148
6.4	SKUTECZNOŚĆ A ROLA ZASADY PARTNERSTWA.....	149
6.5	PODSUMOWANIE	152
	CZĘŚĆ III. PODSUMOWANIE	155
7	WPŁYW INTERWENCJI NA REALIZACJĘ CELÓW STRATEGII EUROPA 2020	155
8	WERYFIKACJA TEORII INTERWENCJI W ZAKRESIE POPRAWY DOSTĘPNOŚCI DO WYSOKIEJ JAKOŚCI USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH ORAZ POPRAWY POZIOMU JAKOŚCIOWEGO I DOSTĘPNOŚCI INFRASTRUKTURY SPOŁECZNEJ / ZDROWOTNEJ	158
	TABELA REKOMENDACJI	167
	BIBLIOGRAFIA.....	170
	SPIS TABEL, WYKRESÓW, SCHEMATÓW I MAP	172

WYKAZ UŻYWANYCH SKRÓTÓW

Skrót/pojęcie	Opis
AE	Analizy ekonometryczne
BDL	Bank Danych Lokalnych (udostępniany przez GUS)
BOF	Białostocki Obszar Funkcjonalny
CATI	Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny (Computer-Assisted Telephone Interview)
CAWI	Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony WWW (Computer-Assisted Web Interview)
COVID-19	Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2
DPS	Dom Pomocy Społecznej
DR	Desk research (analiza dokumentów i literatury)
CT	Cel Tematyczny
FEdP	Fundusze Europejskie dla Podlaskiego
EFSI	Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne
IDI	Indywidualne wywiady pogłębione
JST	Jednostki samorządu terytorialnego
m.	Miasto, powiat grodzki
NGO	Organizacje pozarządowe
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
OPZ	Opis Przedmiotu Zamówienia
RPOWP	Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego 2014-2020
SARS-CoV-2	Oznaczenie koronawirusa
SMU	Syntetyczny Wskaźnik Ubóstwa
SMUS	Syntetyczny Miernik Usług Społecznych
SMZ	Syntetyczny Miernik Zdrowia
UMWP	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego
WR	Warsztat rekomendacyjny

STRESZCZENIE

Badanie, którego wyniki przedstawia niniejsze opracowanie zrealizowane zostało w okresie od kwietnia do sierpnia 2022 r. przez konsorcjum przedsiębiorstw w składzie: Policy & Action Group Uniconsult sp. z o.o. oraz Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka – na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego.

Celem badania ewaluacyjnego była ocena wpływu wsparcia RPOWP 2014-2020 na poprawę dostępności do wysokiej jakości usług społecznych oraz poprawę poziomu i dostępu do infrastruktury społecznej. Przedmiot badania koncentrował się na analizie czterech działań RPOWP 2014-2020 tj.: 7.2 Rozwój usług społecznych, 8.4 Infrastruktura społeczna, 8.6 Inwestycje na rzecz rozwoju lokalnego Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego.

W ramach ewaluacji wykorzystano zróżnicowany katalog metod i technik badawczych, zapewniający wysoką jakość gromadzonych informacji, powiązany z wyznaczonymi celami badania, w tym: analizę desk research, analizy ekonometryczne, w tym utworzenie Syntetycznego Miernika Usług Społecznych (SMUS) oraz Syntetycznego Miernika Zdrowia (SMZ), opisujących zmiany w obszarze opieki zdrowotnej i usług społecznych w poszczególnych (17) powiatach województwa w latach realizacji interwencji, wywiady pogłębione z przedstawicielami administracji publicznej, beneficjentami oraz uczestnikami projektów, wywiady kwestionariuszowe CAWI/CATI z beneficjentami RPOWP 2014-2020 oraz uczestnikami projektów realizowanych w Działaniach 7.2 i 9.1.

Podsumowanie ustaleń badawczych, w postaci wypracowanych wniosków i rekomendacji z badania przedyskutowano w ramach warsztatu rekomendacyjnego zorganizowanego przez Zamawiającego. Zaproponowane rekomendacje zawarte są w tabeli rekomendacji, zamieszczonej na końcu opracowania.

Badanie realizowano w oparciu o teorię interwencji, którą zbudowano na potrzeby niniejszej ewaluacji. Prezentację teorii interwencji zawiera rozdział 2. raportu. W rozdziale tym, na podstawie szczegółowych celów badania omówiono uproszczony przypadek jednej usługi społecznej oraz zagadnienie poprawy jej dostępności i jakości. W drugim kroku zostały wyjaśnione uproszczenia, niejasności i niepewność modelu. Na tym tle przedstawiono teoretyczne zagadnienia skuteczności i użyteczności interwencji, mającej na celu poprawę sytuacji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych, a także teorię interwencji i zmiany, związaną z analizowanymi działaniami RPOWP. Odtworzona teoria interwencji wytyczyła kierunek badań oraz prezentacji ich wyników. Każdy element teorii był w badaniach weryfikowany za pomocą zarówno badań ekonometrycznych (na poziomie makro), jak i przy pomocy pozostałych metod badawczych (poziom mikro). Podsumowanie pozytywnej weryfikacji

teorii interwencji przedstawia rozdział 8. opracowania. Poniżej zaś, w syntetyczny sposób omawiamy poszczególne elementy będące składową tej weryfikacji.

EFEKTY OSTATECZNE INTERWENCJI

DYNAMICZNY OBRAZ OBSZARU POMOCY SPOŁECZNEJ ORAZ OCHRONY ZDROWIA W LATACH 2014-2020

Zarówno w obszarze opieki zdrowotnej, jak i usług społecznych najlepszą sytuacją charakteryzują się trzy powiaty grodzkie województwa: Białystok, Suwałki, Łomża (w tych trzech lokalizacjach miary syntetyczne miały najwyższe wartości w 2020 r.). Jeśli chodzi o powiaty, w których sytuacja jest najgorsza, to w przypadku obszaru opieki zdrowotnej (dostępu do usług w obszarze zdrowia i ich jakości) są to: suwalski, łomżyński, siemiatycki, zaś pod względem usług społecznych kolneński, grajewski i sokólski. Patrząc na tę sytuację należy jednak wziąć pod uwagę, że (szczególnie w przypadku obszaru opieki zdrowotnej, choć także w mniejszym stopniu, w przypadku usług społecznych) infrastruktura, szczególnie wysokospecjalistyczna, znajduje się w sąsiednich powiatach grodzkich, które świadczą usługi również dla tych powiatów.

O ile w obszarze usług społecznych w żadnym powiecie nie odnotowano negatywnej zmiany Syntetycznego Miernika Usług Społecznych (SMUS) na przestrzeni lat 2013-2020 (we wszystkich powiatach nastąpiła poprawa wartości miary syntetycznej), to w obszarze opieki zdrowotnej jest zgoła inaczej. Mianowicie, w większości powiatów zaobserwowano spadek poziomów Syntetycznego Miernika Zdrowia (SMZ). Wyniki pomiaru tych wskaźników oznaczają, że **poprawiła się sytuacja powiatów województwa podlaskiego pod względem usług społecznych (średnio o 40,2% na przestrzeni lat 2013-2020), pogorszyła się natomiast w obszarze opieki zdrowotnej o średnio 13,8%** (nie dotyczy to jedynie powiatu zambrowskiego i kolneńskiego).

Przeprowadzone badanie pokazało, że na poziomie mikro – poziomie gmin, a przede wszystkim na poziomie instytucji realizujących projekty, pozytywny wpływ działań prowadzonych w ramach ewaluowanych interwencji i to zarówno w obszarze pomocy społecznej, jak i w obszarze opieki zdrowotnej – jest bardzo wyraźnie widoczny. Realizowane projekty w powszechnej opinii miały pozytywny wpływ na różne aspekty funkcjonowania instytucji/organizacji realizujących projekty. Szczególnie silnie wpływ ten identyfikowany był w przypadku projektów w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia oraz infrastruktury usług społecznych (projekty realizowane w ramach Działań 8.4 i 8.6¹).

¹ W ramach Działania 8.4 realizowano inwestycje infrastrukturalne w placówkach specjalistycznych, między innymi w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych i ograniczających aktywność zawodową. Finansowano także inwestycje dotyczące infrastruktury związanej z opieką nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, infrastruktury związanej z usługami wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz infrastruktury w zakresie mieszkań wspomaganych, chronionych i socjalnych.

Wśród najczęściej wskazywanych pozytywnych zmian, które dokonały się zdaniem beneficjentów projektów realizowanych w ramach RPOWP, bezpośrednio, jako konsekwencja realizowanego projektu, wskazywano rozwój infrastruktury instytucji, poprawę jakości świadczonych usług, wzrost wiedzy, kompetencji, doświadczenia uczestników projektu, poszerzenie dotychczasowej oferty, zapewnienie szerszego dostępu do świadczonych usług, wzrost liczby klientów, a także integrację społeczną. Zmiany te w sposób bezpośredni odnoszą się do elementów odtworzonej teorii interwencji i oznaczają pozytywną weryfikację teorii interwencji.

W ramach Działania 7.2 w odpowiedzi na zagrożenie pandemiczne uruchomiono projekt „Wdrożenie działań mających na celu poprawę sytuacji epidemiologicznej związanej z zagrożeniem spowodowanym przez koronawirus SARS-CoV-2 na terenie województwa podlaskiego w obszarze systemu pomocy społecznej”. W projekcie tym wzięło udział 40 uczestników instytucjonalnych. Instytucje te w ramach projektu otrzymały granty finansowe, których przeznaczeniem było zabezpieczenie w okresie pandemii pracowników instytucji i ich klientów. Ewaluacja pokazała, że wsparcie to okazało się nadzwyczaj skuteczne w poprawie bezpieczeństwa, zarówno pracowników, jak i klientów instytucji.

OCENA TRAFNOŚCI INTERWENCJI

Statystyczne metody badania trafności interwencji poszukiwały ujemnej zależności pomiędzy sytuacją pod względem zdrowia i usług społecznych (mierzoną za pomocą mierników syntetycznych) a wartością projektów z danego obszaru. **Tak zdefiniowaną trafność odnieść można było jedynie do obszaru pomocy społecznej². Kryterium to zostało zweryfikowane pozytywnie, lecz bez statystycznej istotności wyniku (słaba trafność).** Jednak, na trafność realizowanej interwencji można też spojrzeć w perspektywie mikro tj. w perspektywie konkretnych projektów i konkretnych uczestników. **Wszystkie przeprowadzone badania pierwotne wskazują na wysoką trafność działań podejmowanych w ramach ewaluowanej interwencji.**

Przede wszystkim wszystkie projekty poprzedzone były diagnozą potrzeb. Sporządzenie diagnozy było obligatoryjne, jednak zwraca uwagę wielość źródeł, jakie wykorzystywane były

W działaniu 8.4 finansowane były także zadania inwestycyjne w placówkach opieki społecznej i placówkach ochrony zdrowia, skierowane na poprawę dostępności i jakości usług w związku z zagrożeniami powodowanymi przez koronawirusa SARS-CoV-2. Projekty finansowane w ramach Działania 8.6 polegały na realizacji zadań inwestycyjnych w obszarze infrastruktury społecznej związanej z integracją społeczną i aktywizacją zawodową, a także infrastruktury służącej opiece nad osobami z niepełnosprawnościami, starszymi, dziećmi do lat 3, prowadzącej do deinstytucjonalizacji usług społecznych

² Statystyczne metody badania trafności w obszarze ochrony zdrowia, nie mogły być analizowane w układzie terytorialnym, ponieważ wsparcie w tym zakresie kierowane było zgodnie z przyjętymi założeniami, do istniejącej sieci placówek zdrowotnych, w tym szpitali specjalistycznych, które świadczą usługi dla mieszkańców całego województwa

przy jej sporządzaniu (podnosiło to jakość opracowań diagnostycznych). O trafności oferty w ramach realizowanych projektów może świadczyć także fakt, że beneficjenci w większości przypadków nie mieli problemów z rekrutacją uczestników do udziału w projektach. Z drugiej zaś strony, zdecydowana większość uczestników zadeklarowała, że wsparcie właśnie takich usług, jak otrzymali w ramach projektu, było im wówczas bardzo potrzebne (wysoka trafność w skali mikro).

Na trafność wsparcia w znacznej mierze wskazuje także to, że było ono precyzyjnie ukierunkowane – skierowane do osób, zagrożonych wykluczeniem społecznym, osób, które zmagają się z różnego rodzaju trudnościami, takimi jak zły stan zdrowia, niepełnosprawność, niski poziom wykształcenia formalnego, brak aktywności zawodowej, samotność. Konieczność wspierania osób w takich sytuacjach jest bezsporna – zostało to zapewnione w ramach Programu.

Również wypowiedzi uczestników instytucjonalnych projektu związanego ze wsparciem w zakresie przeciwdziałania skutkom pandemii wskazują na bardzo wysoką trafność interwencji. Wartym podkreślenia jest to, że wysokość otrzymanych przez instytucje w ramach grantów środków, która okazała się adekwatna do potrzeb, a zdecydowana większość z nich chciałaby skorzystać z podobnego wsparcia w przyszłości.

Ponad 80% beneficjentów realizujących działania infrastrukturalne uznała, że uzyskane wsparcie w dużym lub bardzo dużym stopniu odpowiedziało na ich potrzeby w tym zakresie.

Aż ¾ badanych uczestników bardzo chętnie chciałoby w przyszłości ponownie skorzystać z tego typu wsparcia, jak to już otrzymane. Po dodaniu odpowiedzi „raczej chętnie” odsetek osób zainteresowanych podobnym wsparciem rośnie do 91%.

Także beneficjenci w swoich wypowiedziach podkreślali, że na wsparcie, które świadczyli, występuje wysokie zapotrzebowanie wśród potencjalnych klientów reprezentowanych przez nich instytucji.

Największe odsetki beneficjentów wskazały, że w środowisku, w jakim funkcjonują występuje zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i asystenckie (74% wskazań) oraz wsparcie rodzin, w tym rodzin przeżywających kryzysy i trudności (56%). Powyżej 10% wskazań uzyskały takie usługi jak: usługi wsparcia systemu pieczy zastępczej, a skierowana do pieczy zastępczej, mieszkania chronione i wspomagane oraz działania związane z ochroną epidemiologiczną.

Średnie roczne zapotrzebowanie na daną usługę, wśród klientów instytucji, w przypadku wszystkich usług, mieści się w przedziale 28-57 osób. Opierając się na tych deklaracjach widać więc, że najbardziej efektywna powinna być realizacja stosunkowo niewielkich projektów – obejmujących maksymalnie 30-40 uczestników.

OCENA UŻYTECZNOŚCI ORAZ KONWERGENCJI INTERWENCJI

Statystyczne metody badania użyteczności ponownie można było zastosować jedynie do obszaru pomocy społecznej. **Za ich pomocą uzyskano wynik potwierdzający użyteczność projektów realizowanych w ramach tego obszaru. Wykonane analizy uwidoczniły dodatkowo, że w obszarze tym mamy do czynienia z konwergencją – co oznacza, że nierówności pomiędzy powiatami w zakresie usług społecznych na przestrzeni lat 2013-2020 zmniejszyły się.**

Przechodząc na poziom mikro – zarówno beneficjenci, jak również, a nawet przede wszystkim, uczestnicy projektów, bardzo wysoko ocenili użyteczność działań realizowanych w ramach ewaluowanych projektów. Zdaniem przedstawicieli beneficjentów wdrażane przez nich projekty przede wszystkim dały uczestnikom możliwość skorzystania z usług, z których nie mogliby skorzystać w sytuacji, gdyby projekt nie był realizowany, przyniosły poprawę dobrostanu psychicznego, doprowadziły do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa, umożliwiły pełniejsze uczestnictwo w społeczności lokalnej, a także zwiększyły niezależność.

Także uczestnicy projektów wskazują na wysoką użyteczność otrzymanego wsparcia oraz bardzo duże dopasowanie interwencji do potrzeb w tym zakresie. Niemal wszyscy uczestnicy zadeklarowali, że otrzymane wsparcie wiele zmieniło w ich życiu. Wśród zmian spowodowanych uczestnictwem w projekcie wskazywano na poprawę funkcjonowania w życiu codziennym, w zakresie codziennych czynności, w życiu społecznym, poprawę funkcjonowania rodziny, a także wzrost dobrostanu psychicznego.

OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI

Statystyczne badanie skuteczności polegało na oszacowaniu zależności pomiędzy skwantyfikowanymi celami projektów (zoperacjonalizowanymi jako poprawa wartości wskaźników syntetycznych zdrowia i usług społecznych), a wartością interwencji. W przypadku obu obszarów otrzymano prawie zerowe wartości korelacji, co oznaczało brak zależności.

Nie można było zatem (statystycznie) potwierdzić skuteczności interwencji ani w obszarze zdrowia, ani usług społecznych.

Analiza informacji na temat zakresu udzielonego wsparcia uwidacznia, że stanowi ono odpowiedź na założone cele interwencji. Udzielone wsparcie pozytywnie wpływa na osiągnięcie wszystkich celów wyznaczonych dla analizowanych działań, a w znacznej mierze potwierdza to wysoki poziom realizacji założonych wskaźników produktu i rezultatu. Pozwala to uznać interwencję za skuteczną.

Zrealizowane wskaźniki, dotyczące liczby udzielonych usług i wspartych osób, wskazują na już zwiększoną dostępność usług społecznych. Z kolei wskaźniki dotyczące liczby wspartych obiektów (wyremontowanych, rozbudowanych i doinwestowanych), w których usługi społeczne są świadczone oraz liczby zakupionego sprzętu medycznego, nie tylko już obecnie zapewniają

zwiększenie dostępności usług społecznych, ale będą pozytywnie wpływać na ten wzrost długookresowo.

Wsparcie trafiło do mieszkańców każdego powiatu województwa podlaskiego. Co do zasady, dobrze to świadczy o terytorialnym ukierunkowaniu wsparcia na zaspokajanie potrzeb społecznych mieszkańców całego regionu.

Analizy prowadzone na poziomie mikro wskazują na bardzo wysoką skuteczność wsparcia w kontekście zakładanych celów interwencji.

Wymieniane przez uczestników projektów liczne przykłady poprawy ich sytuacji życiowej, mają z pewnością wpływ na wysoką ogólną ocenę otrzymanego wsparcia. Praktycznie brak jest ocen negatywnych (stanowią mniej niż 1%), zaś wyraźnie dominują oceny bardzo dobre (77%) i dobre (17%). Szczególnie często oceny najwyższe przyznawali korzystający z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (aż 81%), aczkolwiek niewiele rzadziej także korzystający z usług opiekuńczych i asystenckich (74%) oraz z usług „mieszkania chronione i wspomagane” (71% bardzo dobrze ocenia wsparcie).

Wysokie oceny wiążą się z licznymi mocnymi stronami i zaletami otrzymanego wsparcia, na które spontanicznie wskazywali niemal wszyscy uczestnicy projektów, a więc:

- 1) Pojawienie się wymiernych, korzystnych efektów - wymieniano m.in. uzyskaną wiedzę, umiejętności, kompetencje, rozwój społeczny, poprawę funkcjonowania i sprawności psychicznej oraz fizycznej, spadek zachowań agresywnych. Tego rodzaju mocne strony wskazało 54% uczestników.
- 2) Integracja – uzyskanie potrzebnego kontaktu z ludźmi, wzrost uspołecznienia i integracji, wymiana doświadczeń, ciekawe spędzenie czasu. Obszar ten wskazało 32% uczestników.
- 3) Uzyskanie wsparcia i pomocy (wskazane przez 22%) - adekwatnego do potrzeb i wysokiej jakości.
- 4) Kompetentny personel świadczący usługi (aspekt ten jako mocną stronę projektu wskazało 8% uczestników).
- 5) Inne mocne strony wsparcia to m.in.: dobra organizacja w projekcie, dostępność w miejscu zamieszkania uczestnika, bezpłatność, szybkość otrzymania wsparcia, długofalowy charakter.

Słabe strony wsparcia były wskazywane stosunkowi rzadko i dotyczyły głównie następujących wymiarów wsparcia – zbyt mało, zbyt rzadko, zbyt krótki projekt.

Przeprowadzone badania pokazały, że partnerstwo w realizacji projektów jednoznacznie działa na korzyść projektu i jego efektów, zdecydowanie podnosi skuteczność prowadzonych działań.

Wśród zalet partnerstw przy realizacji projektów wskazywano głównie na odpowiednie wykorzystanie potencjału partnerów, a także po prostu na podział obowiązków pomiędzy dwóch partnerów, co czyni realizację mniej uciążliwą. Podkreślano także zalety dzielenia się odpowiedzialnością, a także możliwą (niezwykle przydatną) wymianę doświadczeń i zasobów pomiędzy partnerami.

WPŁYW INTERWENCJI NA REALIZACJĘ CELÓW STRATEGII EUROPA 2020

Miary ubóstwa i wykluczenia społecznego były obecne w Syntetycznym Wskaźniku Usług Społecznych. Dla potrzeb oceny ubóstwa i wykluczenia społecznego, wydzielono wskaźniki cząstkowe i oszacowano podwskaźnik ubóstwa (Syntetyczny Wskaźnik Ubóstwa – SMU, na który składały się odsetki beneficjentów opieki społecznej w różnym wieku oraz stopa bezrobocia długotrwałego).

Wartości SMU wskazują, że we wszystkich powiatach województwa nastąpiła duża, pozytywna zmiana tego wskaźnika. Natomiast powiązanie tej zmiany z interwencją RPOWP w zakresie usług społecznych pokazuje dodatni, lecz bardzo niewielki związek³ – niestety nieistotny statystycznie. Oznacza to, że brak jest istotnych statystycznych dowodów, że pozytywna zmiana pod względem ubóstwa nastąpiła pod wpływem interwencji, choć niewątpliwie jej wpływ na ograniczenie ubóstwa był pozytywny. Jednym z głównych czynników kontekstowych, który niewątpliwie ma wpływ na taką sytuację jest pandemia COVID-19, która znacznie opóźniła realizację działań w ramach RPOWP. W momencie badania znaczna część realizowanych działań jeszcze trwała. Ich zakończenie planowane jest na rok 2023. Dlatego też pełny wpływ realizowanych projektów będzie można uchwycić dopiero po zakończeniu wszystkich działań. Jednak sam fakt, że już na tym etapie wpływ został zaobserwowany (choć bez istotności statystycznej) wskazuje na dużą wartość prowadzonych działań.

WERYFIKACJA TEORII INTERWENCJI

Poziom makro

W województwie podlaskim pomiędzy latami 2013 i 2020 r. zwiększył się dobrobyt społeczny, poprawiła się także sytuacja mieszkańców pod względem ubóstwa, natomiast dobrobyt zdrowotny, głównie za sprawą pandemii COVID-19, zmniejszył się. Poprawa w przestrzeni usług społecznych doprowadziła do zdecydowanego zmniejszenia nierówności pomiędzy powiatami, lecz brak jest silnych dowodów, że przyczyniła się do tego ewaluowana interwencja, choć nie można tego całkowicie wykluczyć.

³ Związek ten jest zbyt mały, aby był istotny statystycznie.

Poziom mikro

Badanie pozwoliło stwierdzić, że w większości przypadków uczestnicy oceniali pozytywnie wsparcie: ogólnie oraz (w sposób bardziej zindywidualizowany) jego wpływ na swoje życie, a także pod względem użyteczności, dostosowania do potrzeb oraz chęci skorzystania w przyszłości z podobnych usług. Beneficjentom zadawano bardziej szczegółowe pytania dotyczące między innymi tego, jaki wpływ miały projekty przez nich realizowane na różne aspekty funkcjonowania uczestników. Mieli oni ocenić, na ile dostarczane przez nich usługi spełniły zakładane oczekiwania, okazały się skuteczne, były prawidłowo dopasowane do potrzeb uczestników, spełniły potrzeby, były ważne dla klientów i mieszkańców. Pytania dotyczyły też wielu różnych korzyści, które miały zostać pozyskane z uczestnictwa w ich projektach. **W tym przypadku również został potwierdzony łącznik logiczny między produktami projektów a opiniami i zmianami u uczestników⁴.**

⁴ Theory-Based Approaches to Evaluation: Concepts and Practices, <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/audit-evaluation/evaluation-government-canada/theory-based-approaches-evaluation-concepts-practices.html>

EXECUTIVE SUMMARY

The evaluation, the results of which are presented in this paper, was conducted from April to August 2022 by a consortium of enterprises comprising Policy & Action Group Uniconsult sp. z o.o. and Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka – commissioned by the Marshal's Office of the Podlaskie Voivodeship.

The evaluation aimed to assess the impact of the support of ROP for Podlaskie Voivodeship 2014-2020 on improving access to high-quality social services and improving the level and access to social infrastructure. The study focused on analysing four measures under ROP for Podlaskie Voivodeship 2014-2020, i.e., 7.2 Development of social services, 8.4 Social infrastructure, 8.6 Investments for local development, 9.1 Social revitalisation and shaping of social capital.

As part of the evaluation, a diverse catalogue of research methods and techniques was used, ensuring the high quality of the collected information, related to the set objectives of the study, including desk research analysis, econometric analyses, also the creation of the Synthetic Social Services Measure (SSSM) and the Synthetic Health Measure (SHM), describing changes in the area of health and social services in respective (17) poviats of the region in the years of the intervention's implementation, in-depth interviews with representatives of public administration, beneficiaries and project participants, CAWI/CATI questionnaire interviews with beneficiaries of ROP for Podlaskie Voivodeship 2014-2020 and participants of projects implemented under Measures 7.2 and 9.1.

A summary of the research findings in the form of formulated conclusions and recommendations following the evaluation was discussed as part of a recommendation workshop organized by the Contracting Authority. The proposed recommendations are included in a table at the end of the paper.

The study was based on the intervention theory, which was developed specially for the purposes of this evaluation. The intervention theory is presented in Chapter 2 of the report. The said chapter, based on the study's specific objectives, discusses a simplified case of one social service and the improvement of its accessibility and quality. In the second step, the model's simplifications, ambiguities, and uncertainties were explained. Against this backdrop, theoretical issues of the effectiveness and usefulness of intervention aimed at improving the situation in the area of social and health services, as well as the theory of intervention and change, related to the analysed activities of the ROP for Podlaskie Voivodeship, were presented. The reconstructed intervention theory set the direction of research and the presentation of its results. Each theory element was verified in research through econometric studies (at the macro level) and other research methods (micro level). A summary of the positive verification of the

intervention theory is presented in Chapter 8 of the paper. Below, synthetically, we present and discuss individual elements that are a component of this verification.

FINAL EFFECTS OF THE INTERVENTION

DYNAMIC PICTURE OF THE AREA OF SOCIAL ASSISTANCE AND HEALTH CARE IN THE YEARS 2014-2020

Both, in the area of health care and social services, the best situation is present in three powiat towns (POWIATY GRODZKIE) in the region: Białystok, Suwałki, Łomża (in these three locations, synthetic measures had the highest values in 2020). As for poviats in which the situation is the worst, in terms of health care (access to health care services and their quality), these are Suwalski, Łomżyński, Siemiatycki, and in terms of social services – Kolneński, Grajewski and Sokólski. It should be taken into account, however, that (particularly in the case of health care, but also to a lesser extent in the case of social services), the infrastructure, especially highly specialized, is located in the neighbouring powiat towns, which also provide services to these poviats.

While in the area of social services in no powiat has there been an adverse change in the Synthetic Social Services Measure (SSSM) in 2013-2020 (in all poviats, there has been an improvement in the value of the synthetic measure), in the area of health care it is pretty different. Namely, in most poviats, a decrease in the Synthetic Health Measure (SHM) levels was observed. The results of these indicators' calculation mean that **the situation of poviats in the Podlaskie region in terms of social services has improved (on average by 40.2% in the years 2013-2020), but deteriorated in the area of health care by an average of 13.8%** (this does not apply only to Zambrów and Kolno poviats).

The study showed that at the micro-level of municipalities, and above all at the level of institutions implementing projects, the positive impact of measures conducted as part of the evaluated intervention, both in the area of social assistance and in the area of health care, is very clearly visible. In the general opinion, implemented projects positively impacted various aspects of the functioning of institutions/organizations carrying out the projects. This impact was particularly strongly identified in the case of projects in health care infrastructure and social services infrastructure (projects implemented under Measures 8.4 and 8.6⁵).

⁵ As part of Measure 8.4, infrastructure investments were carried out in specialist institutions, including geriatrics, long-term care and palliative and hospice care, gynaecology, obstetrics, neonatology, paediatrics, in the field of prevention, early diagnosis, treatment of civilization diseases and limiting professional activity. Investments in infrastructure relating to the care of people in need of support in their daily functioning, infrastructure relating to family support and foster care services and infrastructure in the area of assisted, protected and social housing were also financed. Measure 8.4 also financed investment tasks in social care and health care facilities aimed at improving the availability and quality of services in connection with the threats caused by the SARS-CoV-2 coronavirus. Projects financed under Measure 8.6 consisted of the implementation of investment tasks in the area

Among the most frequently indicated positive changes, which occurred according to the beneficiaries of projects implemented under ROP for Podlaskie Voivodeship, directly, as a consequence of the implemented project, listed were the development of the institution's infrastructure, improvement of the quality of services provided, increase in knowledge, competencies, gained experience of project participants, expansion of the existing offer, ensuring broader access to the services provided, increase in the number of clients, as well as social integration. These changes directly relate to the elements of the reconstructed intervention theory and imply a positive verification of the intervention theory.

As part of Measure 7.2, in response to the pandemic threat, the project "Implementation of measures aimed at improving the epidemiological situation related to the threat caused by the SARS-CoV-2 coronavirus in the Podlaskie region in the area of the social assistance system" was launched. Forty institutional participants took part in this project. As part of the project, these institutions received financial grants intended to protect their employees and clients during the pandemic. The evaluation showed that this support proved to be highly effective in improving the safety of both employees and customers of the institution.

ASSESSMENT OF THE INTERVENTION'S RELEVANCE

Statistical methods of studying the intervention's relevance pursued a negative relationship between the situation in terms of health and social services (determined using synthetic measures) and the value of projects in a given area. **Thus, the relevance could only be applied to social assistance⁶. This criterion was verified positively but without the statistical significance of the result (poor relevance).** However, the appositeness of the implemented intervention can also be assessed from a micro perspective, i.e. from the standpoint of specific projects and participants. **All primary studies indicate a high relevance of the measures undertaken as part of the evaluated intervention.**

To begin with, all projects were preceded by a diagnosis of needs. The diagnosis was obligatory; however, it is worth noting the many sources used in its preparation (this increased the quality of diagnostic studies). The relevance of the offer within the framework of the implemented projects can also be evidenced by the fact that the beneficiaries, in most cases, had no problems recruiting participants to take part in the projects. On the other hand, most participants

of social infrastructure relating to social integration and professional activation, as well as infrastructure for caring for people with disabilities, the elderly, children up to 3 years of age, leading to the deinstitutionalization of social services.

⁶ Statistical methods of testing the accuracy in the area of health care could not be analyzed in the territorial arrangement because support in this area was directed in accordance with the adopted assumptions to the existing network of health facilities, including specialist hospitals, which provide services to residents of the entire voivodeship.

declared they needed support for such services as part of the project at that time (high accuracy on a micro scale).

The appositeness of the support is also largely indicated by the fact that it was precisely targeted – addressed to people at risk of social exclusion, individuals struggling with various types of difficulties, such as poor health, disability, low level of formal education, lack of professional activity, and loneliness. The need to support people in such situations is indisputable – this has been ensured under the Programme.

Also, the statements of the institutional participants of the project related to support in counteracting the effects of the pandemic point to a remarkably high relevance of the intervention. It is worth emphasizing that the funds received by the institutions as part of the grants proved to be adequate to the needs, and the vast majority of them would like to benefit from similar support in the future.

More than 80% of beneficiaries implementing infrastructure measures considered that the support responded to their needs in this area to a large or very large extent.

As many as 3/4 of the surveyed participants would be glad to use this type of support again in the future, as the support already received. After adding the answer “rather willingly”, the percentage of people interested in similar support increases to 91%.

Also, the beneficiaries, in their statements, emphasized that the support they provided is in high demand among potential clients of the institutions they represent.

The highest percentages of beneficiaries indicated that in the environment in which they operate, there is a demand for care and assistant services (74% of indications) and support for families, including families experiencing crises and difficulties (56%). Above 10% of indications were obtained by such services as support services of the foster care system and directed to foster care, protected, and assisted housing and activities relating to epidemiological protection.

The average annual demand for a given service among the institution’s clients, for all services, falls within the range of 28-57 people. Based on these declarations, it can be seen that the most effective should be the implementation of relatively small projects – involving a maximum of 30-40 participants.

ASSESSMENT OF THE UTILITY AND CONVERGENCE OF INTERVENTION

Statistical methods of utility testing could again only be applied to social assistance. **With their help, a result was obtained confirming the usefulness of projects implemented in this area. The analyses also showed that there is convergence in this field – which means that inequalities between poviats as regards social services have decreased in the years 2013-2020.**

Moving to the micro level, both the beneficiaries and, above all, the project participants rated very highly the utility of the measures undertaken within the framework of the evaluated projects. According to the representatives of the beneficiaries, the projects implemented by them primarily allowed the participants to benefit from services that they could not use if the project had not been implemented, and brought an improvement in mental well-being, led to an increased sense of security, enabled fuller participation in the local community, and increased independence.

Project participants also point to the high usefulness of the support received and the high adjustment of the intervention to the needs in this area. Almost all participants declared that the support they received changed a lot in their lives. Among the changes caused by their participation in the project, the participants pointed to the improvement of functioning in everyday life, everyday activities, and social life, the family's functioning, and an increase in mental well-being.

EVALUATION OF THE INTERVENTION'S EFFECTIVENESS

The statistical efficacy study comprised an estimation of the relationship between the quantified objectives of the projects (operationalised as an improvement in the value of synthetic indicators of health and social services) and the value of the intervention. In both areas, the obtained correlation values were equal to almost zero, which meant no dependencies. **Therefore, it was not possible (statistically) to confirm the effectiveness of the intervention in health or social services.**

The analysis of the information concerning the scope of the support provided shows that it responds to the assumed objectives of the intervention. The support provided positively impacts the accomplishment of all the objectives set for the analysed activities, which is largely confirmed by the high level of implementation of the assumed output and result indicators. This allows the intervention to be considered effective.

The implemented indicators concerning the number of services provided and supported people point to the already increased availability of social services. In turn, indicators regarding the number of supported facilities (renovated, expanded, and reinvested) in which social services are provided, and the number of medical equipment purchased not only already ensure an increase in the availability of social services but will have a positive impact on this increase in the long term.

The support went to the inhabitants of each poviát of the Podlaskie Voivodeship. As a rule, this is a good indication of the territorial orientation of support to meet the social needs of the inhabitants of the entire region.

Analyses conducted at the micro level indicate a very high effectiveness of support in the context of the assumed objectives of the intervention.

Numerous examples of improvement of their life situation **mentioned by project participants** certainly have an impact on the high overall assessment of the support received. There are practically no negative ratings (they account for less than 1%), while very good (77%) and good (17%) ratings clearly dominate. Particularly often, the highest marks were given by users of family support and foster care services (as much as 81%), although slightly less often also those using care and assistant services (74%) and “protected and assisted housing” services (71% assess support very well).

High ratings are associated with numerous strengths and advantages of the support received, which were spontaneously pointed out by almost all project participants, i.e.:

- 1) The appearance of measurable, beneficial effects – among others - knowledge, skills, competencies, social development, improvement of the functioning and mental and physical fitness, and decrease in aggressive behaviour were mentioned. Such strengths were indicated by 54% of participants.
- 2) Integration – obtaining the necessary contact with people, increasing socialization and integration, exchanging experiences, and spending time in an interesting way. This area was indicated by 32% of participants.
- 3) Obtaining support and help (indicated by 22%) - adequate to the needs and high quality.
- 4) Competent staff providing services (this aspect was indicated as a strength of the project by 8% of participants).
- 5) Other support strengths include – among others – good organization in the project, availability at the participant’s place of residence, free of charge, prompt receipt of the support, and long-term nature.

Weaknesses of support were rarely pointed out and mainly concerned the following dimensions of support – too little, too rare, and too short a project.

The research has also shown that partnership in the implementation of projects clearly works in favour of the project and its effects, as well as significantly increases the effectiveness of the activities carried out.

Among the advantages of partnerships in the implementation of projects, attention was given mainly to the appropriate use of the partner’s potential and the division of responsibilities between two partners, which makes the implementation less burdensome. The advantages of sharing responsibility were also emphasised, as well as the possible (very useful) exchange of experiences and resources between partners.

THE INTERVENTION'S IMPACT ON THE ACCOMPLISHMENT OF THE GOALS OF EUROPE 2000 STRATEGY

Poverty and social exclusion scores were present in the Synthetic Social Services Measure. To assess poverty and social exclusion, sub-indicators were distinguished, and the poverty sub-indicator (Synthetic Poverty Measure – SPM, which consisted of share of social welfare beneficiaries of different ages and the long-term unemployment rate) was estimated.

SPM values indicate that in all poviats of the region, there has been a significant, positive change in this indicator. By contrast, the link between this change and the intervention under ROP Podlaskie Voivodeship in social services shows a positive but very small correlation⁷ – unfortunately statistically insignificant. This means that there is no significant statistical evidence that the positive change in terms of poverty has occurred on the strength of the intervention, although undoubtedly, its impact on the reduction of poverty has been positive.

One of the main contextual factors that undoubtedly affects such a situation is the COVID-19 pandemic, which has significantly delayed the implementation of activities under the ROP for Podlaskie Voivodeship. At the time of the study, a significant part of the implemented activities was still in progress. Their completion is planned for 2023. Therefore, the full impact of the implemented projects can only be established after all activities have been completed. However, the very fact that already at this stage, the impact was observed (although without statistical significance) indicates a high value of the activities carried out.

VERIFICATION OF INTERVENTION THEORY

Macro level

In the Podlaskie Voivodeship, social welfare increased between 2013 and 2020, residents' situation in terms of poverty also improved, while health well-being, mainly due to the COVID-19 pandemic, decreased. Improvements in social services led to a significant reduction in inequalities between poviats; however, there is no strong evidence that the evaluated intervention contributed to this, although this cannot be completely ruled out.

Micro level

The study allowed for concluding that in most cases, participants rated the support positively: in general and (in a more individual way) its impact on their lives, as well as in terms of usability, adaptation to needs and willingness to use similar services in the future. Beneficiaries were asked more specific questions about their projects' impact on various aspects of the participants' functioning. They were to assess to what extent the services they provided met the

⁷ This relationship is too small to be statistically significant.

assumed expectations, proved effective, were adequately tailored to the needs of participants, met the needs and were essential for customers and residents. The questions also concerned many different advantages that were to be obtained from participation in their projects. In this case, the logical link between the projects' products and the participants' opinions and changes experienced by them has also been confirmed⁸.

⁸ Theory-Based Approaches to Evaluation: Concepts and Practices, <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/audit-evaluation/evaluation-government-canada/theory-based-approaches-evaluation-concepts-practices.html>

Część I. WPROWADZENIE

1 WPROWADZENIE – OPIS BADANIA

Opracowanie przedstawia wyniki ewaluacji pn. „**Ocena wpływu wsparcia RPOWP 2014-2020 na poprawę dostępności do wysokiej jakości usług społecznych oraz poprawę poziomu i dostępu do infrastruktury społecznej**”, zrealizowanej przez Policy & Action Group Uniconsult sp. z o.o. i Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka od kwietnia do sierpnia 2022 r. na zlecenie Województwa Podlaskiego – Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego (UMWP).

1.1 PRZEDMIOT I CELE BADANIA

Przedmiotem badania były cztery działania realizujące Cel Tematyczny 9 *Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją* Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFSI) tj. :

- Działanie 7.2 Rozwój usług społecznych (w zakresie typów projektów nr 1-6, 7⁹):
 - Poddziałanie 7.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym;
 - Poddziałanie 7.2.2 Rozwój usług społecznych w ramach BOF.
- Działanie 8.4 Infrastruktura społeczna:
 - Poddziałanie 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia;
 - Poddziałanie 8.4.2 Infrastruktura usług socjalnych w obszarze BOF;
- Działanie 8.6 Inwestycje na rzecz rozwoju lokalnego (w zakresie typu projektu nr 8);
- Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego (w zakresie typów projektów nr 9 i 10).

W projektach realizowanych w ramach Działania 7.2 świadczone usługi opiekuńcze dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami w społeczności lokalnej, a także podejmowano działania skierowane do rodzin (w tym przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze), dzieci i młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym, osób i instytucji sprawujących pieczę zastępczą i dzieci w nich umieszczonych. Finansowane były przedsięwzięcia polegające na tworzeniu miejsc pobytu w mieszkaniach chronionych lub wspomaganych dla osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, a także dziennych domów opieki medycznej dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Wsparciu podlegały również projekty mające na celu deinstytucjonalizację opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia

⁹ Z wyłączeniem typu projektu nr 5: Wdrożenie programów polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci obejmujących tworzenie i działalność wyspecjalizowanych zespołów wczesnej interwencji świadczących usługi edukacyjne, rehabilitacyjne, wspierające skierowane do rodzin z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.

w codziennym funkcjonowaniu, dzięki wykorzystywaniu technologii informacyjno-komunikacyjnych w formie teleopieki i systemów przywoławczych. W ramach interwencji finansowano także działania zwiększające bezpieczeństwo i poprawiające jakość usług w placówkach systemu pomocy społecznej w związku z zagrożeniem spowodowanym przez koronawirus SARS-CoV-2.

W ramach Poddziałania 8.4.1 finansowane były inwestycje w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia, w tym m.in. inwestycje w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych i ograniczających aktywność zawodową. Projekty polegały także na realizowaniu zadań inwestycyjnych dotyczących infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, będących istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej, a także w obszarze infrastruktury służącej przejściu z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych (głównie w zakresie świadczeń realizowanych w POZ ukierunkowanych na problemy zdrowotne dorosłych i dzieci).

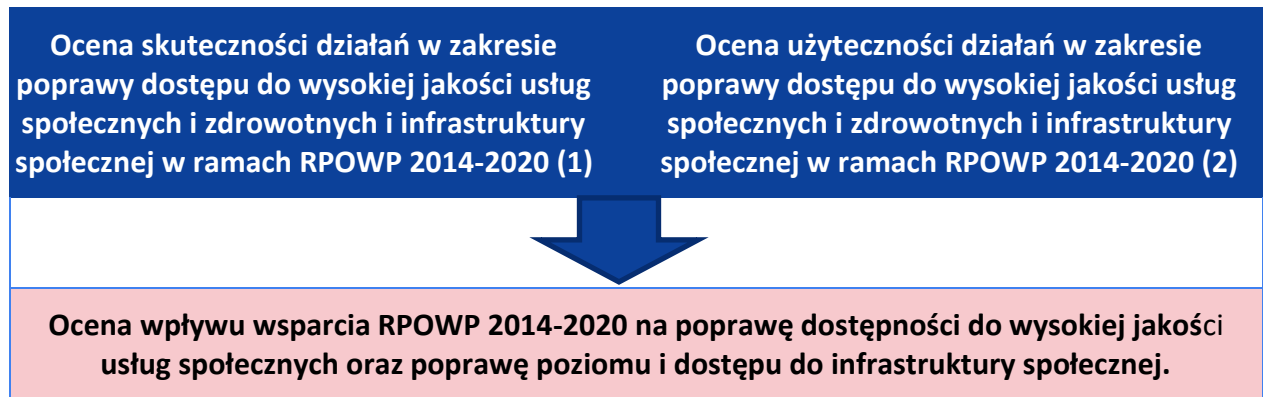
W Poddziałaniu 8.4.2 finansowano inwestycje dotyczące infrastruktury związanej z opieką nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, infrastruktury związanej z usługami wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz infrastruktury w zakresie mieszkań wspomaganych, chronionych i socjalnych. W działaniu 8.4 finansowane były także zadania inwestycyjne w placówkach opieki społecznej i placówkach ochrony zdrowia, skierowane na poprawę dostępności i jakości usług w związku z zagrożeniami powodowanymi przez koronawirusa SARS-CoV-2.

Projekty finansowane w ramach działania 8.6 polegały na realizacji zadań inwestycyjnych w obszarze infrastruktury społecznej związanej z integracją społeczną i aktywizacją zawodową, a także infrastruktury służącej opiece nad osobami z niepełnosprawnościami, starszymi, dziećmi do lat 3, prowadzącej do deinstytucjonalizacji usług społecznych.

W ramach działania 9.1 projekty ukierunkowane były na wspieranie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami oraz usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu świadczonych w lokalnej społeczności, a także na wspieranie rodzin (w tym przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze), dzieci i młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym.

W związku z tak określonym przedmiotem ewaluacji, sformułowany został cel główny badania, uzupełniony o dwa cele szczegółowe:

Schemat 1. Cele badania

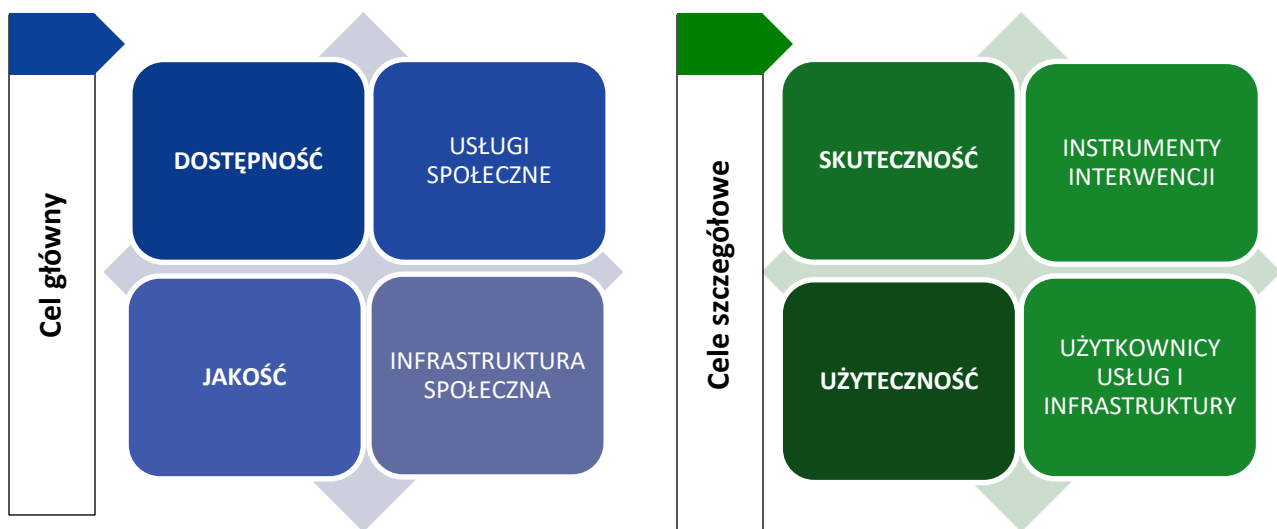


Źródło: OPZ, str. 7.

Cel główny badania wskazuje na cztery, powiązane ze sobą aspekty oceny rezultatów interwencji publicznej w zakresie **dostępności** oraz **jakości usług społecznych**, **dostępności** oraz **poprawy poziomu** (jakości) **infrastruktury społecznej**.

Natomiast cele szczegółowe wskazują na zasadniczy prymat oceny **skuteczności** interwencji w zakresie usług i infrastruktury społecznej (stopnia realizacji jej celów) oraz jej **użyteczności** z punktu widzenia potrzeb użytkowników usług i infrastruktury społecznej – uczestników projektów.

Schemat 2. Główne aspekty oceny rezultatów analizowanych instrumentów wsparcia



Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z przyjętą koncepcją, przedmiot ewaluacji wymagał przyjęcia kompleksowego podejścia badawczego tj. zastosowania metodyki umożliwiającej pozyskanie danych zastanych i empirycznych stosownie do wyznaczonych celów badania.

1.2 KONCEPCJA I METODYKA BADAWCZA

Realizacja celów ewaluacji możliwa była dzięki uwzględnieniu w badaniu różnorodnych perspektyw oglądu tematyki badawczej. Złożyła się na nie perspektywa beneficjentów wsparcia i uczestników realizowanych przez nich projektów, perspektywa ekspercka oraz perspektywa systemowa, tj. instytucji publicznych zaangażowanych we wdrażanie analizowanych Działań RPOWP 2014-2020 (7.2, 8.4, 8.6 i 9.1), wywołujących efekty w sferze **poprawy dostępności do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych oraz poprawy poziomu i dostępu do infrastruktury społecznej**. Taki układ perspektyw pozwolił na pozyskanie opinii i ocen cząstkowych, odzwierciedlających różne punkty spojrzenia na analizowaną problematykę oraz umożliwił zebranie bogatego materiału badawczego, przyczyniając się tym samym do podniesienia jakości wnioskowania.

Schemat 3. Główne perspektywy oglądu tematyki badania

<p>Perspektywa zarządczo-programująca</p> <ul style="list-style-type: none"> • przedstawiciele instytucji wdrażającej instrumenty wsparcia w obszarze usług i infrastruktury społecznej 	<p>Perspektywa beneficjentów</p> <ul style="list-style-type: none"> • przedstawiciele beneficjentów wsparcia w obszarze usług i infrastruktury społecznej
<p>Perspektywa uczestników projektów</p> <ul style="list-style-type: none"> • przedstawiciele użytkowników usług i infrastruktury społecznej 	<p>Perspektywa ekspercka</p> <ul style="list-style-type: none"> • członkowie zespołu eksperckiego Wykonawcy • członkowie Grupy Sterującej Ewaluacją - przedstawiciele Instytucji Zarządzającej i Pośredniczącej RPOWP 2014-2020

Źródło: opracowanie własne.

Zastosowanie szerokiego wachlarza technik badawczych, mieszczących się w zakresie rozmaitych metod badawczych, umożliwiło pozyskiwanie danych badawczych i ich późniejszą analizę. Dane gromadzone były przy zastosowaniu technik badawczych, wśród których znalazły się zarówno techniki jakościowe, jak i ilościowe, a także analiza desk research (danych zastanych) oraz analizy ekonometryczne. Zestawienie wykorzystanych w badaniu metod i technik wraz z dodatkowymi informacjami przedstawia poniższa tabela .

Tabela 1. Zestawienie zastosowanych technik badawczych

Lp.	Kod	Technika badawcza	Kategoria respondenta/ perspektywa badawcza	Liczba	Metoda
1	DR	Desk research – analiza dokumentacji i literatury	-	-	-
2	AE	Analizy ekonometryczne		-	ilościowa
3	IDI	Indywidualne wywiady pogłębione	Perspektywa systemowa, beneficjentów wsparcia i uczestników projektów	31	jakościowa
4	CAWI	Badanie ilościowe z wykorzystaniem komputerowego wywiadu internetowego	Perspektywa beneficjentów wsparcia oraz uczestników instytucjonalnych projektów	174 (141 ¹⁰ + 33)	ilościowa
5	CATI	Badanie ilościowe z wykorzystaniem wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego	Perspektywa uczestników projektów ¹¹	374	ilościowa
6	WR	Warsztat rekomendacyjny ¹²	Perspektywa ekspercka	1	Jakościowa / Heurystyczna

Źródło: opracowanie własne

¹⁰ Liczba wypełnionych ankiet przez Beneficjentów. Jeden Beneficjent mógł wypełnić więcej niż jedną ankietę, jeżeli realizował więcej niż jeden projekt..

¹¹ W przypadku niepełnoletnich uczestników projektów ankieterzy każdorazowo prosili o kontakt z dorosłym opiekunem, a jeśli to było niemożliwe, wywiad telefoniczny nie był kontynuowany.

¹² Warsztat organizowany przez Zamawiającego.

Wyżej wymienione metody / techniki badawcze służyły pozyskiwaniu danych badawczych pod kątem katalogu pytań badawczych, kierujących przebiegiem analiz i wnioskowania.

Tabela 2. Pytania badawcze

Nr	Pytanie badawcze	Miejsce w opracowaniu
Usługi		
1	Jak oceniana jest skuteczność wsparcia RPOWP w zakresie dostępności i jakości usług opiekuńczych i asystenckich, usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz mieszkań chronionych i mieszkań wspomaganych , ¹³ w kontekście założonych celów badanej interwencji?	Rozdz. 6
2	W jakim stopniu, w rezultacie interwencji RPOWP nastąpiło ograniczenie istniejących nierówności w zakresie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, jak również podwyższenie standardu świadczonych usług i zwiększenie zakresu (liczby osób korzystających) ich świadczenia? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?	Rozdz. 3 Rozdz. 5
3	W jakim stopniu interwencja RPOWP przyczyniła się do rozwijania usług społecznych i zdrowotnych (rozwój oceniany przez pryzmat wszystkich i poszczególnych rodzajów usług)? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?	Rozdz. 3 Rozdz. 4 Rozdz. 6
4	Czy partnerstwo przy realizacji działań w zakresie usług społecznych i zdrowotnych odgrywa istotną rolę? Czy identyfikuje się wyższą skuteczność interwencji poprzez realizację projektu w partnerstwie?	Rozdz. 6.4
5	Czy i jaka jest skuteczność wsparcia RPOWP w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych? W jakim stopniu nastąpiła poprawa sytuacji w regionie pod kątem przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej i jakie są dalsze potrzeby w tym zakresie?	Rozdz. 3 Rozdz. 6.3
6	W jakim stopniu interwencja przyczyniła się do realizacji celów strategii Europa 2020 w obszarze ubóstwa i wykluczenia społecznego?	Rozdz. 7

¹³ Wsparcie rozwoju usług społecznych w ramach PI 9iv można ująć w trzy główne grupy wsparcia, tj. [usługi opiekuńcze i asystenckie, usługi wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz mieszkań chronionych i mieszkań wspomaganych](#), zgodnie z Wytycznymi 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.

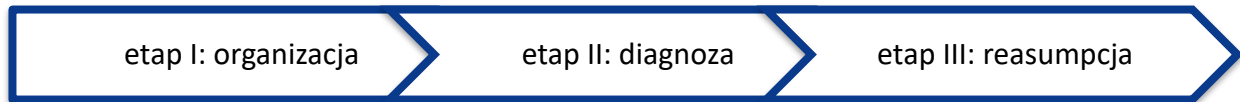
Nr	Pytanie badawcze	Miejsce w opracowaniu
9	W jakim stopniu działania ukierunkowane na poprawę dostępności do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych okazały się zgodne z potrzebami odbiorców tych działań (czy odpowiadały na potrzeby adresatów, czy wpłynęły na jakość ich życia, sytuację zawodową lub zdrowotną lub społeczną, czy zaspokoili ich potrzeby), Czy identyfikowane są inne potrzeby w tym obszarze?	Rozdz. 4 Rozdz. 5
Infrastruktura		
7	Jak oceniana jest skuteczność wsparcia RPOWP w zakresie dostępności i jakości infrastruktury ochrony zdrowia i infrastruktury usług społecznych, w kontekście założonych celów badanej interwencji?	Rozdz. 3 Rozdz. 6
8	Czy w rezultacie interwencji RPOWP nastąpiło ograniczenie istniejących nierówności w zakresie dostępu do infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych, jak również podwyższenie standardu świadczonych usług i zwiększenie zakresu (liczby osób korzystających) ich świadczenia? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?	Rozdz. 3 Rozdz. 5 Rozdz.6
10	Czy działania w projektach zintegrowanych ¹⁴ ukierunkowane m.in. na poprawę dostępności do infrastruktury społecznej i zdrowotnej okazały się zgodne z potrzebami odbiorców tych działań? Czy identyfikowane są inne potrzeby w tym obszarze?	Rozdz. 6.4

Źródło: opracowanie własne na podstawie OPZ.

¹⁴ Badanie nie obejmuje uczestników projektów w przypadku działań dotyczących infrastruktury społecznej i zdrowotnej, ze względu na brak monitorowania uczestników w projektach infrastrukturalnych. Pytanie badawcze odnosi się jedynie do projektów zintegrowanych, gdzie uczestnicy danej infrastruktury są równocześnie objęci wsparciem w ramach projektu zintegrowanego "miękkiego" dotyczącego usług społecznych.

1.3 PRZEBIEG BADANIA

Badanie realizowane było od kwietnia do sierpnia 2022 r. Przebieg badania wynikał z ustaleń koncepcji badawczej, w której proces badawczy został uzupełniony i skonkretyzowany przez Wykonawcę w postaci schematu realizacyjnego badania, służącego osiągnięciu wytyczonych celów, który podzielono na trzy etapy.



W ramach każdego z nich określono zadania badawcze oraz ustalono instrumentarium gromadzenia i analizy danych, prowadzące do udzielenia odpowiedzi na postawione przez Zamawiającego pytania badawcze.

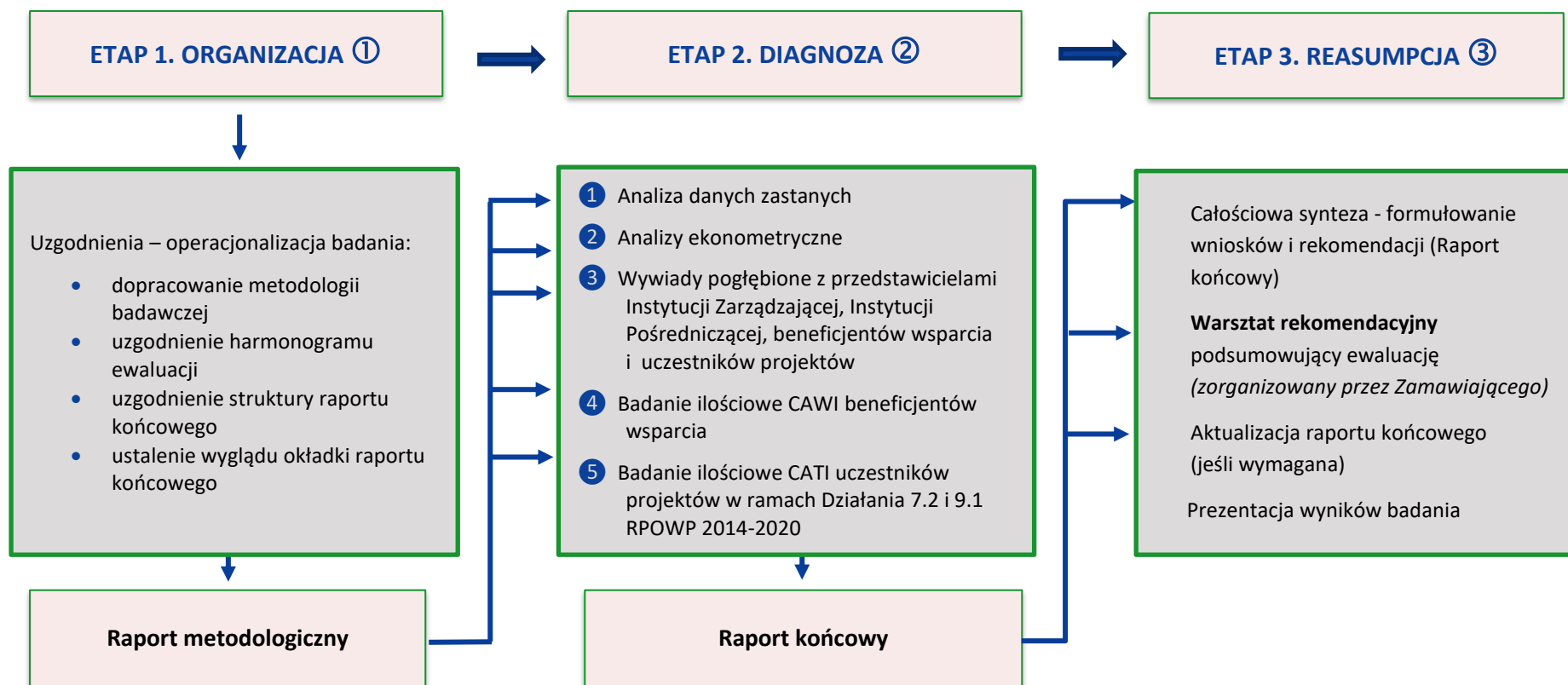
Etap pierwszy poświęcono doprecyzowaniu i uzgodnieniu koncepcji i metodologii badawczej. Z końcem maja 2022 r. doszło do uzgodnienia i ostatecznej akceptacji raportu metodologicznego, co umożliwiło przejście do etapu badania właściwego.

Etap badania właściwego realizowany był od początku czerwca 2022 r., aż do dnia złożenia raportu końcowego z badania (początek sierpnia 2022 r.). Większość z technik terenowych (w szczególności wywiadów pogłębionych, analiz społeczno-ekonomicznych, a także badań ilościowych) zrealizowana została na przełomie czerwca i lipca 2022 r. Natomiast w całym okresie badania gromadzone i analizowane były informacje i dane ilościowe w ramach badania gabinetowego (komponent desk research) oraz prowadzonych analiz ekonometrycznych.

Trzeci etap badania poświęcony został podsumowaniu prac badawczych oraz przygotowaniu raportu końcowego. W tym etapie wnioski i rekomendacje płynące z badania poddane zostały wewnętrznej ocenie ekspertów – członków zespołu badawczego, a następnie poddane dyskusji podczas warsztatu rekomendacyjnego zorganizowanego przez Zamawiającego.

Układ logiczny ewaluacji, obrazujący kolejność poszczególnych etapów badawczych i zastosowane w ich ramach rozwiązania operacjonalizujące badanie, przedstawiono na kolejnej stronie.

Schemat 4. Logika realizacji badania



Źródło: opracowanie własne.

2 TEORIA OGÓLNA INTERWENCJI W ZAKRESIE POPRAWIANIA DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

W rozdziale omówimy teorię, którą zakłada zamówione badanie ewaluacyjne. Najpierw, na podstawie szczegółowych celów badania, zostanie omówiony uproszczony model jednej usługi społecznej oraz zagadnienie poprawy jej dostępności i jakości. W drugim kroku zostaną wyjaśnione uproszczenia, niejasności i niepewność tego modelu. Na tym tle przedstawione zostaną zagadnienia teoretyczne skuteczności i użyteczności interwencji, które mają na celu poprawę w zakresie usług społecznych i zdrowotnych, a także teoria interwencji i zmiany.

2.1 UPROSZCZONY MODEL USŁUGI SPOŁECZNEJ

Cele szczegółowe badania określone w Opisie Przedmiotu Zamówienia zostały skonstruowane następująco: [co jest celem badania?] ocena [czego?] skuteczności i użyteczności [czego?] w zakresie poprawy dostępu [do czego?] do usług społecznych i zdrowotnych i infrastruktury społecznej [jakich?] wysokiej jakości¹⁵.

Zacznijmy od rozważenia modelu jednej usługi X, dwóch usługodawców U1 i U2 udzielających usługi X o zróżnicowanej jakości (U1 świadczy usługi wysokiej jakości, U2 usługi niskiej jakości) oraz hipotetycznej społeczności 100 osób, z których 10 potrzebuje usługi X. Potrzeba rozumiana jest tu tak, że usługa X odpowiedniej jakości jest warunkiem koniecznym osiągnięcia przez potrzebujące jej osoby wysokiej jakości życia. Inaczej mówiąc bez skorzystania z tej usługi ich życie będzie niskiej jakości.

Pełne korzystanie z usługi X o wysokiej jakości oznacza, że 10 osób, które jej potrzebują, otrzymają ją w odpowiednim czasie i wymiarze. Załóżmy, że z diagnozy potrzeb wynika, że rzeczywistość 10 osób potrzebujących jest następująca: 2 osoby korzystają z usług U1 wysokiej jakości, 5 osób korzysta z usług U2 niskiej jakości, 3 osoby w ogóle nie korzystają z usługi X.

Z przykładu wynika, że możliwe jest zwiększenie korzystania z usługi X wysokiej jakości. W pięciu przypadkach dotyczy to zwiększenia jakości usługi z niskiego na wysoki, a w trzech przypadkach zmiany z niekorzystania z usługi X na korzystanie z tej usługi (w domyśle wysokiej jakości).

Osiągnięcie poprawy w stosunku do stanu stwierdzonego w diagnozie potrzeb dotyczy różnych grup potrzebujących i może mieć kilka wariantów w dwóch wymiarach – zwiększenia jakości usługi przez już z niej korzystających oraz skorzystanie z usługi przez potrzebujących, którzy z niej nie korzystali (pamiętając, że powinna być to usługa wysokiej jakości):

¹⁵ Zgodnie z Opisem Przedmiotu Zamówienia: Celem głównym badania jest ocena wpływu wsparcia RPOWP 2014-2020 na poprawę dostępności, do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych oraz poziomu i dostępu do infrastruktury społecznej.

- Poprawa jakości usługi X dla potrzebujących, którzy z niej korzystają, czyli klientów U2:
 - Klienci usługodawcy U2 przechodzą do usługodawcy U1;
 - Usługodawca U2 podnosi poziom jakości udzielanych usług do wysokiego;
 - Wprowadzony zostaje usługodawca U3 dostarczający wysokiej jakości usługi i potrzebujący przechodzą od usługodawcy U2 do U3;
 - Kombinacja rozwiązań powyższych.
- Poprawa w zakresie korzystania z usługi X dla niekorzystających z niej w ogóle:
 - Skorzystanie z usługi X u usługodawcy U1;
 - Skorzystanie z usługi X u usługodawcy U2, co będzie poprawą w sensie korzystania, ale będzie wymagało jeszcze poprawy w pierwszym wymiarze (jakości usługi);
 - Skorzystanie z usługi X udzielanej przez nowego usługodawcę U3, który zapewnia usługę X wysokiej jakości;
 - Kombinacja rozwiązań powyższych.

Na powyższym przykładzie widzimy złożoność możliwych interwencji, mających na celu poprawę dostępności i jakości usługi. Reorganizacja usług u istniejących usługodawców a kreowanie nowych usługodawców, inwestowanie w infrastrukturę a inwestowanie w kompetencje personelu udzielającego usługi i zarządzającego organizacją usługową. W praktyce możemy mieć do czynienia z projektami, które wykorzystują wszystkie możliwe sposoby poprawiania dostępności i jakości usługi. Oznacza to dużą złożoność po stronie badanej interwencji.

2.2 UPROSZCZENIA I NIEJASNOŚCI MODELU

Powyższy model nie tylko jest uproszczeniem rzeczywistych sytuacji, ale też pozostawia wiele niejasności i niepewności.

Po stronie uproszczeń mamy przede wszystkim założenie o tylko jednej potrzebie i tylko jednej usłudze, która tę potrzebę zaspokaja. Po pierwsze, sposobów zaspokojenia potrzeby może być kilka, nie tylko poprzez typową usługę publiczną. Po drugie, potrzeba może być złożona, więc jej zaspokojenie wymaga współdziałania wielu usług. Po trzecie, potrzeby mogą się charakteryzować różnym stopniem zaspokojenia. Po czwarte, jeżeli potrzeb jest wiele, to różne osoby w naszej społeczności mogą mieć ich różne kombinacje. Potrzeby różnią się między sobą i dlatego są różnie oceniane pod względem pilności i ważności. Niektóre osoby i rodziny mają jednocześnie wiele różnych potrzeb. Model nie uwzględnia więc złożoności potrzeb i złożoności sposobów ich zaspokajania.

Przy wielości potrzeb i usług zadanie diagnozy potrzeb multiplikuje się. Załóżmy, że jest 25 usług i należy wykonać 25 diagnoz potrzeb, które powinny wykazać rozkład jakości usługodawców zestawiony z potrzebami i z korzystaniem z każdej z usług.

Wielość potrzeb i wielość usług powoduje, że zaczynają się problemy z ich wzajemną koordynacją. Zakładając, że w powyższym przykładzie część osób ma potrzeby trzech

rodzajów i potrzebuje siedmiu usług, a sekwencja ich udzielania ma znaczenie, wówczas pojawia się zagadnienie nie tylko odpowiedniej jakości poszczególnych usług, ale również korzystania z nich w odpowiedniej sekwencji. Złożoność usług społecznych jest problemem samym w sobie i ma swoje własne rozwiązania, np. organizacyjne w idei indywidualnych planów usług społecznych w centrach usług społecznych.

Kolejne uproszczenie polega na wyróżnieniu usług wysokiej jakości i pozostałych, gdy stopni jakości usług w różnych ich wymiarach może być wiele. Próg akceptowanej jakości usługi może być niższy niż ten sugerowany przez wyrażenie „wysoka jakość”, np. czy usługa, która uchroniła 70% dzieci przed krzywdą jest już za niskiej jakości w stosunku do „wysokiej jakości”?

Jeżeli chodzi o niejasności i niepewności w modelu, to można wyróżnić co najmniej cztery ich rodzaje.

Po pierwsze, czym właściwie jest usługa X? Usługi mają charakter niematerialny, tzn. nie są pieniędzmi, nie są rzeczami, ale są działaniami ludzi, które są użyteczne dla innych ludzi, ale też wymagają ich współdziałania¹⁶. Ze względu na swoją niematerialność usługi mogą być bardzo zróżnicowane co do nazewnictwa, treści (zadania do wykonania w ramach usługi), sposobu realizacji (miejsce, kolejność wykonywania zadań). W przypadku usług społecznych i zdrowotnych mowa jest o usługach, które są oferowane bezpłatnie lub częściowo odpłatnie na podstawie uprawnień obywatelskich oraz takich, które uznawane są za podstawowe, np. ochrona życia i zdrowia. Usługa jest złożona, a to oznacza, że składa się z wielu elementów, np. personel główny udzielający usług i pomocniczy w stosunku do głównego, kadra zarządzająca, narzędzia wykonywania usługi oraz infrastruktura ogólna w postaci budynków, pomieszczeń i ich wyposażenia. Wymóg współdziałania ze strony korzystających i nieobowiązkowość korzystania z wielu usług oznacza kolejne trudności.

Po drugie, mamy zagadnienie jakości usługi. Pojęcie to jest z założenia złożone i wielowymiarowe. Jest to też duży obszar teorii, badań empirycznych i praktyk, które upowszechniają się od lat 80. również w usługach społecznych, np. Total Quality Management, a ogólniej standaryzacja i certyfikacja jakości usług, np. EQUASS¹⁷. Wyróżnienie elementów każdej usługi pozwala też na ujęcie ich jakości odrębnie i we wzajemnych związkach: personel główny, personel pomocniczy, personel zarządzający, specjalistyczne wyposażenie w narzędzie usługowe, miejsce udzielania usługi i ogólnie

¹⁶ R. Szarfenberg, *Polityka społeczna i usługi społeczne*, w: M. Grewiński, B. Więckowska (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, WSP TWP, Warszawa 2011; B. Szatur-Jaworska, M. Grewiński, *Dylematy definicyjne w kontekście wypracowania definicji prawnej usług społecznych na potrzeby powołania centrów usług społecznych w Polsce*, w: M. Rymysza (red.), *Centrum usług społecznych: od koncepcji do wdrożenia przepisów ustawy*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2021.

¹⁷ R. Szarfenberg, *Jakość usług pomocy społecznej*, *Problemy Polityki Społecznej*, tom 13, 2010; M. Bemnowska, J. Jaśko-Ochojska, *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, *Hygeia Public Health*, vol. 50, nr 3, 2015.

wyposażenie miejsca usługi. Jakość poszczególnych elementów może mieć różną wagę dla jakości całej usługi w doświadczeniu i wynikach korzystających z usługi.

Po trzecie, w przykładzie zostało uwzględnione niekorzystanie z usługi. Założenie o potrzebie na daną usługę nie oznacza, że wszyscy potrzebujący z tej usługi skorzystają. Jest to podstawa dyskusji o dostępności usługi. Dostępność jest cechą usługi i ma wymiar ilościowy i jakościowy. Pierwszy związany jest z tym, czy w danej społeczności istnieje odpowiednia liczba usługodawców. Jeżeli w przykładzie U1 i U2 pracują z pełnym obciążeniem, to brakuje usługi dla 3 osób i zapewne dlatego z niej nie korzystają. Jeżeli zwiększona zostanie podaż usług poprzez reorganizację w U1, czy przez dodanie kolejnego usługodawcy U3, to wówczas wszyscy będą mogli skorzystać z usługi.

Pytanie jednak, czy sama ilościowa odpowiedniość podaży do potrzeb gwarantuje, że wszyscy z niej skorzystają? Jeżeli po zapewnieniu dostępności ilościowej nadal część potrzebujących nie korzysta z usługi X, to oznacza, że występują problemy z dostępnością jakościową. Najprostszym przykładem problemu z dostępnością tego rodzaju jest cena: część potrzebujących nie decyduje się na korzystanie, gdyż uznają, że ich nie stać na to. Dlatego też w większości przypadków usługi społeczne są bezpłatne lub tylko częściowo odpłatne. Po zapewnieniu bezpłatności nadal jednak pewne cechy usługi mogą odpowiadać za jej ograniczoną dostępność, np. bariery architektoniczne dla osób z niepełnosprawnościami, czy bariery kulturowe w postaci uprzedzeń wobec korzystających. Za problemy w dostępie odpowiada też jeden z rodzajów błędów diagnozy potrzeb tj. uznanie, że faktycznie potrzebujący nie jest potrzebujący i odwrotnie. Błędy tego rodzaju oraz ich konsekwencje omówione zostały poniżej, jako odrębny problem niepewności diagnozy potrzeb.

Jeżeli nawet usługa będzie w pełni dostępna ilościowo i jakościowo, to nadal nie gwarantuje, że wszyscy z niej skorzystają. Potrzebujący mogą nie wiedzieć: 1) o swojej potrzebie; 2) gdy o niej wiedzą, mogą nie wiedzieć o usłudze; a gdy nawet wiedzą o potrzebie i o w pełni dostępnej usłudze to nadal nie gwarantuje to, że z niej skorzystają, gdyż musi też wystąpić motywacja do skorzystania i przekształcenie jej w działanie. W niektórych przypadkach usługi społeczne są więc obowiązkowe. Trzeba również pamiętać, że usługi wymagają współdziałania w korzystaniu, czyli część osób potrzebujących może rozpocząć korzystanie, ale go nie zakończyć, co też wpłynie na wyniki usługi.

Po czwarte, pozostaje kwestia niepewności dotyczącej tego, kto potrzebuje, a kto nie potrzebuje usługi. Diagnoza potrzeb z powyższego przykładu stwierdza z pewnością, że w społeczeństwie jest 10 osób potrzebujących usługi X. Błędy w diagnozie potrzeb mogą być dwóch rodzajów, co przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 3. Dwa typy błędów diagnozy potrzeb

Czy dana osoba obiektywnie potrzebuje usługi X?	Czy u danej osoby stwierdzono występowanie potrzeby usługi X?	
	Tak	Nie
Tak		1. Błąd polegający na tym, że osoba faktycznie potrzebująca usługi została zdiagnozowana jako jej niepotrzebująca
Nie	2. Błąd polegający na tym, że osoba faktycznie niepotrzebująca usługi została zdiagnozowana jako jej potrzebująca	

Źródło: opracowanie własne.

Błąd 1 wykluczy faktycznie potrzebujących z korzystania z usługi, czego konsekwencją będzie to, że z niej nie skorzystają. O ile ten błąd wyklucza bezpośrednio z usługi, to błąd 2 może wykluczać pośrednio osoby potrzebujące. Błąd 2 włączy do korzystających osoby faktycznie niepotrzebujące usługi. Jeżeli mamy pełne obciążenie usługodawców U1 i U2, ale jedna z osób korzystających jest faktycznie niepotrzebująca, to zabiera ona miejsce dla osoby faktycznie potrzebującej. Wniosek jest taki, że zmniejszenie poziomu błędów 1 i 2 w diagnozach potrzeb jest ważne w kwestii poprawy dostępu do usługi X.

W przypadku ochrony dobra dzieci błędy 1 i 2 polegają na przedwczesnym lub za późnym umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej. O ile pierwszy błąd wydaje się być mniej groźny, to jednak ma też swoje negatywne konsekwencje dla dostępności i jakości usług pieczy zastępczej, a też i jej wizerunku w społeczeństwie (nagłaśnianie przypadków odbierania dzieci rodzicom biologicznym jako krzywdy rodziny i dzieci)¹⁸.

Z kolei w przypadku ochrony dobra osób z ograniczoną samodzielnością błędy polegają na orzeczeniu niezgodnym ze stanem faktycznym. Mogący nadal samodzielnie funkcjonować zostają uznani za wymagających wsparcia, a niemogący samodzielnie funkcjonować zostają uznani za na tyle samodzielnych, że wsparcia nie wymagają. Sytuacja więc przedstawia się podobnie jak w przykładzie pieczy zastępczej. Wspieranie osób, które zachowały jeszcze dużą samodzielność wydaje się być mniej groźne, ale ma to też negatywne konsekwencje dla dostępności i jakości usług opiekuńczo-asystenckich dla faktycznie potrzebujących¹⁹.

¹⁸ R. Szarfenberg, Interwencja rodzinna i piecza zastępcza – pomiędzy mediami, polityką i dowodami, w: D. Trawkowska (red.), Pomoc społeczna wobec rodzin. Interdyscyplinarne rozważania o publicznej trosce o dziecko i rodzinę, Wydawnictwo Akapit, Toruń 2011.

¹⁹ R. Szarfenberg, Prawo do odpowiednich warunków życia i ochrony socjalnej: art. 28 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Raport tematyczny. Ekspertyza dla projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”, Warszawa 2017.

2.3 TEORIA INTERWENCJI RPOWP W ZAKRESIE USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Ewaluowana interwencja ma charakter finansowy. Województwo podlaskie otrzymuje określone kwoty z funduszy UE na okres 2014-2020, aby poprzez zaplanowane w ramach funduszy działania zwiększyć dostępność i jakość usług społecznych i zdrowotnych na swoim terenie. Województwo podzielone jest na różne jednostki terytorialne, czyli powiaty i gminy, które różnią się pod względem zapotrzebowania na usługi z omawianego zakresu, np. powiat A potrzebuje więcej godzin usług asystenta rodziny niż powiat B, gdyż w pierwszym jest więcej dzieci w rodzinach z różnymi problemami; powiat B potrzebuje więcej na infrastrukturę zdrowotną, bo jest tam więcej ludności w starszym wieku niż w powiecie A.

Poniższa lista przedstawia źródła finansowania usług społecznych i zdrowotnych oraz interwencji mających na celu ich poprawę dostępności i jakości:

- Finansowanie usług ze źródeł własnych jednostek samorządu terytorialnego na terenie województwa podlaskiego.
- Finansowanie usług na tym terenie ze źródeł zewnętrznych:
 - krajowych, np. budżet państwa, programy rządowe,
 - międzynarodowych:
 - fundusze UE;
 - fundusze innych państw lub organizacji, np. fundusze norweskie.

Wydatki publiczne na usługi społeczne i zdrowotne z tych źródeł mogą mieć charakter stałych strumieni na określone zadania (standardowe finansowanie usług publicznych), ale też wydatków o określonym czasie trwania i ograniczonym zasięgu terytorialnym (programy, projekty w określonych miejscach). Wskaźniki wydatków na usługi mogą się zmieniać pod względem poziomu i struktury w różnych kierunkach w czasie i przestrzeni, ale samo zwiększenie wydatków z jednego ze źródeł nie musi oznaczać, że łącznie one rosną²⁰.

Załóżmy, że finansowanie ze źródeł własnych zmniejsza się, ze źródeł zewnętrznych krajowych pozostaje stabilne, a ze źródeł międzynarodowych wzrasta. Czy nastąpiło zwiększenie finansowania usług na obszarze danego województwa? Odpowiedź zależy od bilansu spadku wydatków ze źródeł własnych i wzrostu wydatków ze źródeł międzynarodowych. Gdyby ten bilans był taki, że kwota spadku wydatków z jednych źródeł równa jest kwocie wzrostu wydatków z innych źródeł, to łączne wydatki by nie wzrosły. Zachowanie łącznych wydatków na usługi zależy od tego, jak zmieniały się wydatki na dany obszar usług z pozostałych źródeł.

Jeżeli bilans wydatków na usługi społeczne i zdrowotne na terenie województwa jest dodatni (nastąpił ich wzrost w badanym okresie), to jaka teoria prowadzi od zwiększenia wydatków na te usługi do uzyskania zwiększenia tego, czego warunkiem koniecznym one są? Jest to jedno z podstawnych zagadnień w dyskusji o polityce społecznej, gdy jej wysiłek mierzy się

²⁰ A. Chłoń-Domińczak, A. Sowa-Kofta, R. Szarfenberg, ESPN Thematic Report on National monitoring frameworks for public social spending. Poland, European Social Policy Network, Brussels 2022.

wydatkami na cele społeczne, a kluczowa staje się dyskusja, jak te wydatki wpływają na poziom i jakość życia obywateli i mieszkańców (średnio) i z podziałem na różne grupy.

Wyżej przyjęto założenie, że gdyby nie usługi społeczne i zdrowotne, to jakość życia potrzebujących tych usług znacznie się pogorszy. Jakość życia jest pojęciem złożonym i wielowymiarowym, może być oceniana subiektywnie, jak i obiektywnie. Jeżeli skupimy uwagę na konkretnych usługach, np. zdrowotnych, to dla nich kluczowym jest zdrowotny wymiar jakości życia. Pytanie więc jest takie, jaka teoria prowadzi od zwiększenia wydatków na usługi zdrowotne do zwiększenia zdrowia ludności na danym terenie. O ile pomiar zdrowia ludności jest bardzo dobrze rozwinięty od strony teoretycznej (nie tylko wydatki publiczne na ochronę zdrowia wpływają na zdrowie ludności) i empirycznej (epidemiologia), to w przypadku pomiaru społecznego aspektu jakości życia mamy sytuację mniej jasną (różne aspekty społeczne dobrobytu i dobrostanu). Pytanie jest jednak analogiczne: jaki mechanizm prowadzi od zwiększenia wydatków publicznych na usługi społeczne do zwiększenia się wymiaru społecznego jakości życia ludności na danym terenie.

Ogólniej rzecz biorąc mamy tu do czynienia z teorią, która powinna wskazać mechanizm przyczynowo-skutkowy prowadzący od wzrostu wydatków publicznych na usługę X do wzrostu wymiaru jakości życia (odpowiadającego tej usłudze) ludności na danym terenie. Prosty test istnienia zależności statystycznej między tymi zmiennymi jest analiza regresji, która wskaże siłę i kierunek tego związku, a także inne jego parametry wynikające z danych obrazujących zmiany w czasie i przestrzeni obu zmiennych. Założenie jest takie, że wraz ze wzrostem wydatków na usługę X wzrośnie odpowiadający jej wymiar (społeczny, zdrowotny) jakości życia. Pytanie dotyczy jednak mechanizmu, który prowadzi do takiej, a nie innej zależności między wydatkami publicznymi na usługi a jakością życia.

Wróćmy do naszego przykładu usługi X. Diagnoza potrzeb wykazała, że część osób potrzebujących nie korzystała z usługi. Jest to przykład występowania niezaspokojonych potrzeb na usługę X inny niż przypadek korzystania z usług innej jakości niż wysoka. W tabeli poniżej przedstawiono mechanizm, który prowadzi od wzrostu wydatków publicznych na usługi do wzrostu jakości życia.

Tabela 4. Łańcuch przyczynowo skutkowy od wzrostu wydatków publicznych na usługę do poprawy jakości życia

Założenia i elementy łańcucha przyczynowo skutkowego	Uwagi na przykładzie usługi asystenta rodziny
1. Jeżeli potrzebujący nie skorzystają z usługi X, to jakość ich życia w wymiarze odpowiadającym usłudze X będzie znacząco niższa w stosunku do tej, jaka może	Jeżeli rodzina nie skorzysta z usługi asystenta rodziny, to dziecko w tej rodzinie dozna krzywdy. Oczywiście nie wszystkie rodziny potrzebują asystenta rodziny, aby dzieciom nie stała się w nich krzywda. Testem na ten łącznik jest badanie, czy rodziny niekorzystające z usług asystenta rodziny w porównaniu z tymi korzystającymi są bardziej

Założenia i elementy łańcucha przyczynowo skutkowego	Uwagi na przykładzie usługi asystenta rodziny
być osiągnięta po skorzystaniu z usługi.	narażone na to, że zostanie stwierdzona w nich krzywda dziecka.
2. Jeżeli niekorzystanie z usługi X spowodowane jest brakiem dostępności tej usługi, to poprawa w zakresie dostępności usługi, zmniejszy niekorzystanie z niej.	Rodzina nie korzysta z usługi asystenta rodziny, gdyż podaż tych usług jest w gminie za mała. Rodzina może jednak nie korzystać z usług asystenta nawet wtedy, gdy są one w pełni dostępne. Testem na ten łącznik jest badanie porównujące potrzeby na daną usługę (ile rodzin potrzebuje ilu godzin usług asystenta rodziny w określonym czasie) z podażą tej usługi na danym terenie.
3. Jeżeli brak dostępności usługi X spowodowany jest tym, że jej podaż jest za niska w stosunku do potrzeb, to zwiększenie wydatków publicznych na tą usługę spowoduje wzrost podaży.	W gminie nie zatrudniono wystarczającej liczby asystentów rodziny, gdyż nie było na to środków finansowych; po zapewnieniu ich gminie ich liczba wzrosła do wystarczającej. Brak środków nie jest jedyną przyczyną tego, że nie zatrudnia się odpowiedniej liczby usługodawców, np. mimo tego, że były środki nie było osób chętnych, którzy spełniali kryteria naboru. Testem na ten łącznik jest badanie wpływu wzrostu wydatków na daną usługę na jej podaż, czyli, o ile wzrosła podaż usług asystenta rodziny po zwiększeniu finansowania tej usługi.
4. Jeżeli nastąpi wzrost podaży usługi X, to niekorzystający, ale potrzebujący skorzystają z niej.	Rodzina skorzystała z usług asystenta rodziny zatrudnionego w wyniku wzrostu wydatków na usługę. Pełna dostępność usługi jednak nie gwarantuje, że potrzebujący skorzystają z niej. Z usługi mogą też korzystać rodziny błędnie zdiagnozowane jako jej potrzebujące. Testem na ten łącznik jest badanie wpływu zwiększenia podaży usługi na korzystanie z niej, czyli, o ile wzrosło korzystanie z usługi po zwiększeniu jej podaży spowodowanego wzrostem finansowania.
5. Jeżeli niekorzystający potrzebujący skorzystają z usługi X, to jakość ich życia w wymiarze odpowiadającym usłudze znacząco wzrośnie.	Po skorzystaniu z usługi asystenta rodziny, rodzina zapewniła lepsze warunki do rozwoju dziecka, w wyniku czego nie doznało ono krzywdy. Usługa może być mniej lub bardziej skuteczna w poprawianiu jakości życia, czasami skorzystanie z usługi nie poprawi jakości życia, tzn. jeżeli nawet rodzina korzystała z usług asystenta, to istnieje prawdopodobieństwo, że dziecko dozna jednak krzywdy.

Założenia i elementy łańcucha przyczynowo skutkowego	Uwagi na przykładzie usługi asystenta rodziny
	Testem na ten łącznik jest badanie wpływu dodatkowej podaży usługi na jakość życia na danym terenie, czyli, o ile zmniejszyło się krzywdzenie dzieci w rodzinach dzięki wzrostowi korzystania z usług asystenta rodziny.
6. Jeżeli jakość życia korzystających z usługi X znacząco się zwiększy, to odpowiadający usłudze X wymiar jakości życia również znacząco się zwiększy na terenie objętym interwencją.	<p>Znacząco zmniejszył się wskaźnik krzywdzenia dzieci²¹ na terenie objętym zwiększoną podażą usług asystenta rodziny.</p> <p>Jeżeli nawet wszystkie przypadki korzystania ze wzrostu podaży usług asystentów rodziny uchroniły dzieci przed krzywdą, to nie jest pewne, że wpłynię to na znaczące zmniejszenie wskaźnika krzywdzenia dzieci. Po pierwsze zależy on nie tylko od podaży i korzystania z usług asystentów rodziny, a po drugie zwiększona podaż może być nadal za mała w stosunku do potrzeb.</p> <p>Testem na ten łącznik jest badanie wpływu interwencji na wskaźnik krzywdzenia dzieci na terenie objętym interwencją.</p>

Źródło: opracowanie własne.

Gdzie w powyższej teorii interwencji mamy zagadnienie jakości usług? Po pierwsze dostępność jest jedną z cech jej jakości (patrz schemat 2). Po drugie są to również inne cechy usługi, które odpowiadają za jej skuteczność w podnoszeniu jakości życia. Na przykładzie usług asystenta rodziny – dwóch asystentów o takich samych cechach demograficznych A i B obsługiwało tę samą liczbę rodzin o takich samych problemach opiekuńczo-wychowawczych. Stwierdzono, że 80% rodzin obsługiwanych przez A osiągnęło znacznie wyższe wyniki w zakresie podniesienia jakości życia rodzinnego, a w przypadku asystenta B było to 50% obsługiwanych rodzin. Czemu przypisać tę różnicę, jeżeli wszystkie inne możliwe czynniki niezależne od asystentów były takie same? Musi być więc to cecha udzielanych przez nich usług.

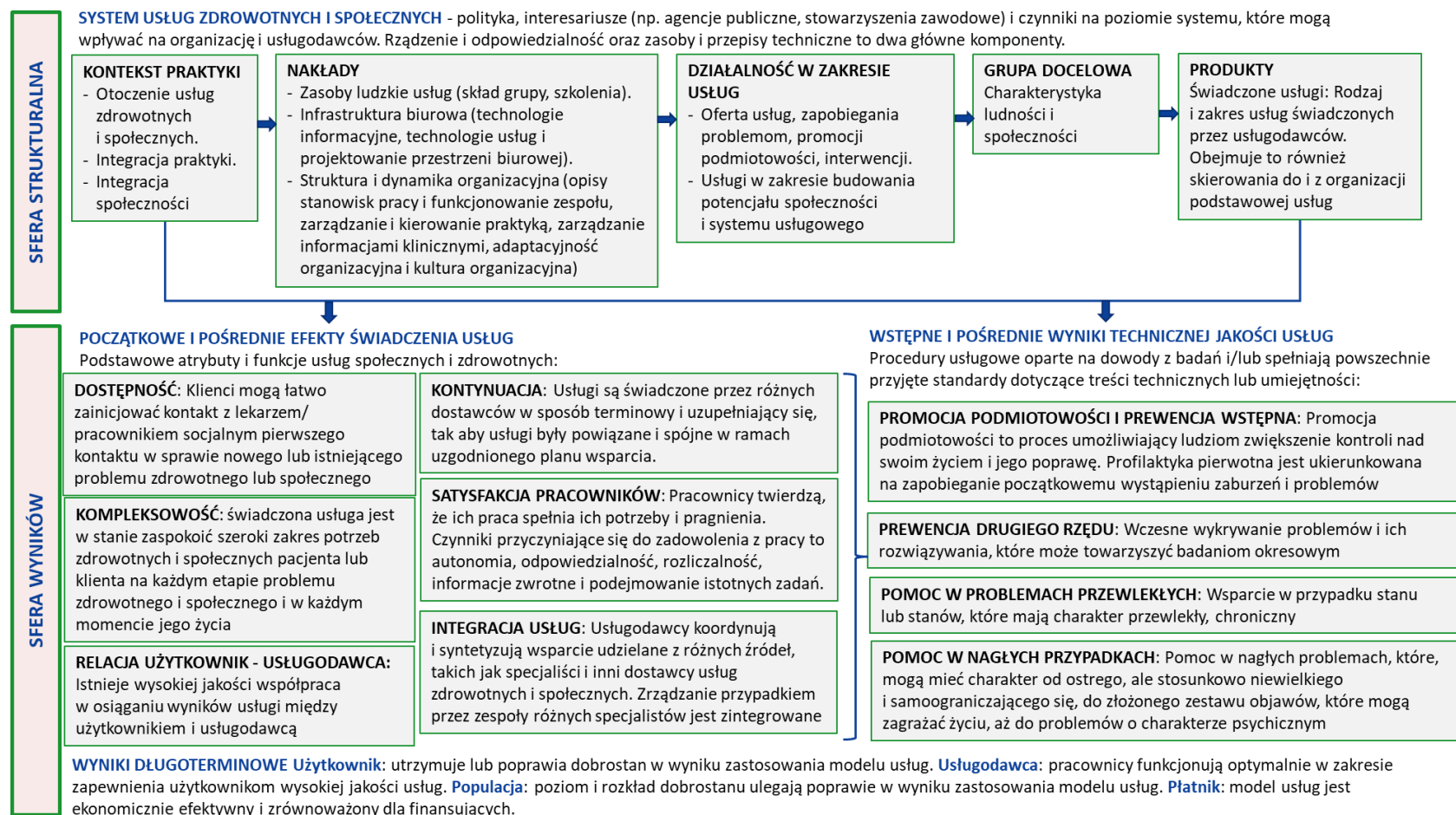
Tu właśnie mamy czynniki charakterystyczne dla usług i ich organizacyjnego kontekstu, a więc dotyczące kierowników tych asystentów (np. kierownik asystenta B źle zarządzał jego pracą), ich kompetencji w zakresie usługi (np. asystent A przeszedł więcej szkoleń), warunków pracy i płacy (asystent A pracuje w gminie, która mu lepiej płaci), personelu

²¹ Przemoc wobec dzieci jest już dobrze rozpoznany zjawiskiem z propozycjami wskaźników do jego mierzenia, jednym z najprostszych jest liczba przypadków przemocy wobec dzieci zarejestrowanych przez organy ochrony dzieci w ciągu roku. W Polsce byłyby to służby odpowiedzialne za przeciwdziałanie przemocy w rodzinie oraz statystyki sądowe zob. S. Burdziej, Z. Branicka, D. Hofman, Wymiar sprawiedliwości wobec przemocy domowej. Raport z badań empirycznych, Fundacja Court Watch, Toruń 2022, https://courtwatch.pl/wp-content/uploads/2022/03/RAPORT_wymiar_spr_wobec_przemocy_domowej.pdf

pomocniczego (tylko asystent A ma sekretarkę), narzędzi pracy (tylko asystent A ma wykupiony dostęp do komercyjnych narzędzi badania potrzeb rodziny) i infrastruktury (tylko asystent A ma własne pomieszczenie).

Zagadnienie jakości usług społecznych i zdrowotnych w ujęciu charakterystycznym dla ewaluacji opartej na teorii przedstawia poniższy schemat.

Schemat 5. Logika świadczenia usług zdrowotnych i społecznych



Przez techniczną jakość usług (*technical quality of clinical care*) należy rozumieć "stopień, w jakim procedury kliniczne odzwierciedlają aktualne dowody naukowe i/lub spełniają powszechnie przyjęte standardy dotyczące czynności zawodowych lub kompetencji".

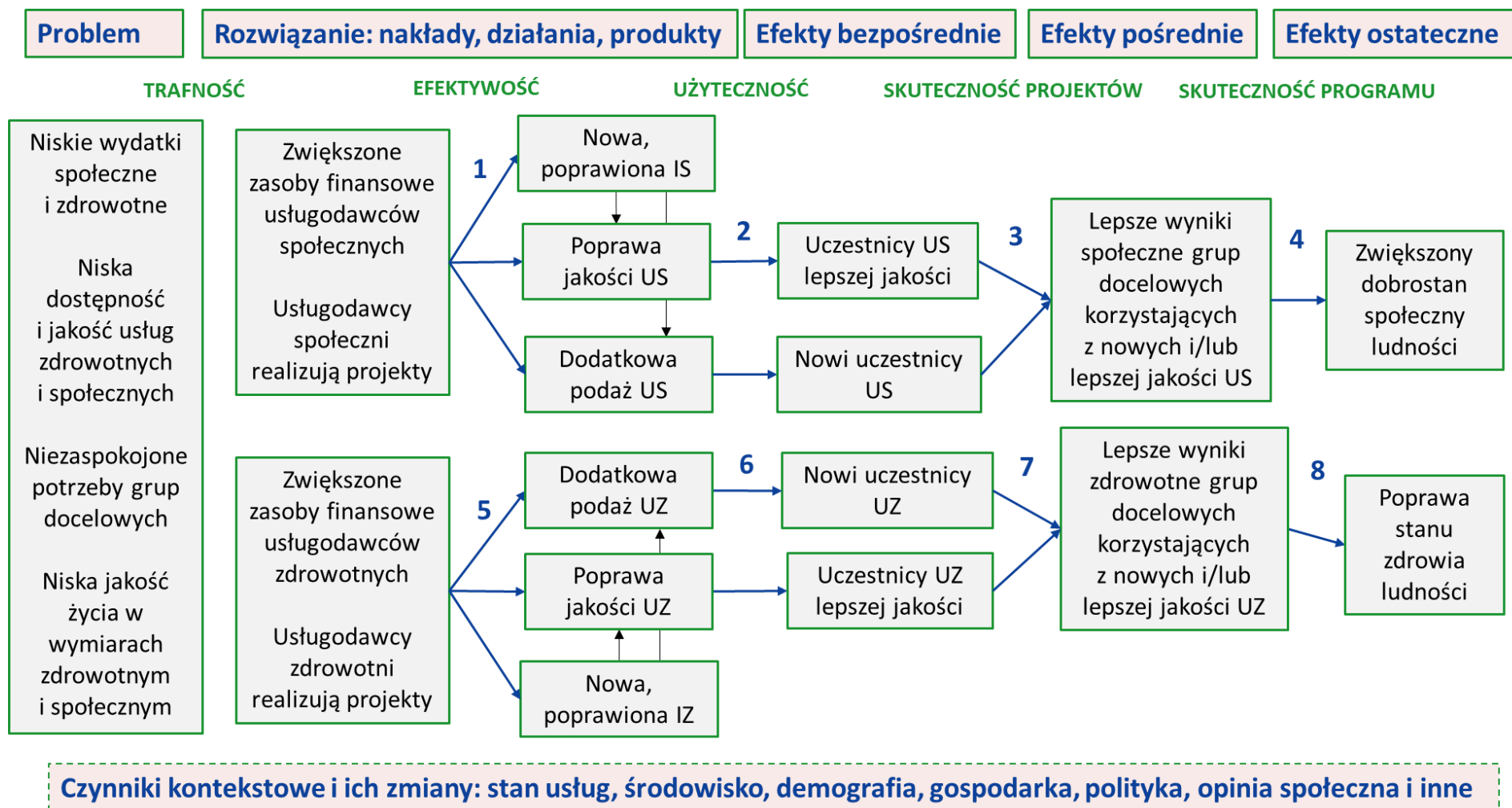
Źródło: M.S. Rowan et al., A theory-based evaluation framework for primary care: Setting the stage to evaluate the "comparison of models of primary health care in Ontario" project, Canadian Journal of Program Evaluation, vol. 23, nr 1, 2009, (modyfikacje – opracowanie własne).

W oryginale schemat 5 dotyczył usług podstawowej opieki zdrowotnej, co widać w największym stopniu w szerokim ujęciu interwencji publicznych: od promocji podmiotowości (promocja zdrowia) i przez dwa rodzaje prewencji do pomocy w problemach dłużej trwających i w nagłych przypadkach. Logika leżąca u podstaw tego rodzaju usług jest jednak zbliżona do tej, na których oparta jest koncepcja szerzej rozumianych usług społecznych tzn. wykraczających poza pomoc w problemach przewlekłych w rodzaju długotrwałego bezrobocia czy długotrwałych problemów opiekuńczo-wychowawczych, a także problemach nagłych, czego przykładem w usługach społecznych jest interwencja kryzysowa.

Na schemacie 5 blok, przedstawiający początkowe i pośrednie efekty świadczenia usług, oparty został na kluczowych cechach i funkcjach usług. Były to: dostępność, kompleksowość, relacja użytkownik-usługodawca, kontynuacja, satysfakcja pracowników i integracja usług. Widzimy, że dostępność jest jednym z elementów pojęcia usług i ich funkcji. Jeżeli więc interwencja podniosła poziom usług w tych wszystkich wymiarach, to należy oczekiwać, że osiągnięte zostaną wyniki długoterminowe korzystania z nich dla głównych interesariuszy usług (dolna część schematu 5).

Na podstawie badań odtworzono logikę interwencji zastosowaną w ramach RPOWP 2014-2020, która została zobrazowana na schemacie 6.

Schemat 6. Teoria interwencji RPOWP w zakresie usług społecznych i zdrowotnych



Oznaczenia: US – usługi społeczne, UZ – usługi zdrowotne, IS – infrastruktura społeczna, IZ – infrastruktura zdrowotna.

Źródło: opracowanie własne

Schemat 6 przedstawia teorię interwencji z podziałem na usługi społeczne i zdrowotne, co jest uproszczeniem, gdyż w obu obszarach jest wiele specyficznych usług, czasem łączonych ze wsparciem rzeczowym, jak w przypadku mieszkań wspomaganych, czy świadczeniami pieniężnymi, jak w przypadku kontraktów socjalnych. Część usług społecznych i zdrowotnych ściśle też ze sobą współpracuje, np. w ramach koordynowanej opieki zdrowotnej²².

Druga ogólna uwaga jest taka, że problem i program RPOWP są widziane na poziomie makro. Następnie w konkretnych lokalizacjach realizowane są projekty roczne lub kilkuletnie. Mamy więc przejście z poziomu makro problemu i interwencji do poziomu mikro realizacji interwencji przez usługodawców. Z kolei, gdy mowa o wskaźnikach dobrostanu społecznego i zdrowotnego ludności znowu wchodzimy na poziom makro zjawisk o charakterze masowym. Pierwsze przejście dokonuje się poprzez mechanizm wyboru projektów do realizacji, a do drugiego potrzebne są metody statystyczne, aby określić wpływ kilkuset projektów w różnych lokalizacjach na dobrostan całej ludności.

Przejdźmy teraz do uwag szczegółowych na temat schematu. Łączniki ① i ⑤ obrazują to, że projekty RPOWP w zakresie usług społecznych i zdrowotnych były przyczyną produktów w postaci dodania nowych usług społecznych i zdrowotnych, a także poprawy jakości istniejących już usług społecznych i zdrowotnych, które zostały wsparte przez projekty. Są one ważne w ocenie efektywności interwencji, czyli stosunku nakładów do produktów. Z teorii i praktyki efektywności wynika, że przy stałych kosztach można mieć mniej lub więcej nowych usług, oraz mniejszą lub większą skalę poprawy jakości usług istniejących.

Łączniki ② i ⑥ obrazują to, że zwiększona podaż i/lub jakość usług społecznych i zdrowotnych została zużytkowana przez rodziny i osoby z grup, dla których przeznaczono usługi. Innymi słowy, nowe lub już korzystające rodziny i osoby wzięły udział w nowych i/lub poprawionych jakościowo usługach, których potrzebowały. Stąd też ujęcie tego rodzaju łączników w kategoriach użyteczności, czyli spójności między produktami projektów a potrzebami osób z grup docelowych. Jest jasne, że aby nowe i/lub lepszej jakości usługi miały wpływ na życie rodzin i osób, to powinny one z nich skorzystać w pełni. Dotarcie z ofertą usług do rodzin i osób, przekonanie ich do skorzystania z nich, zadbanie o to, aby kontynuowały swój udział w całym procesie usługi, dostosowywały się do wskazań, są to ważne wyzwania.

Kolejne łączniki decydują o skuteczności mikro i makro interwencji. Celem ostatecznym usług nie jest to, żeby ktoś z nich skorzystał, ale to, aby w wyniku udziału w usłudze nastąpiła

²² Z praktycznej perspektywy zintegrowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich, roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak: szpitale, policja, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne świadczenia związane ze zdrowiem”, A. Kozieł i in., Opieka koordynowana, definicja, międzynarodowe doświadczenia jako inspiracja dla Polski, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom 15, nr 3, 2017.

znaczną poprawę stanu i funkcjonowania korzystających. Korzystanie jest warunkiem uzyskania poprawy w stanie i funkcjonowaniu, a nie celem samym w sobie.

Łączniki ③ i ⑦ pokazują to, jak skorzystanie z usług dostarczonych i/lub zmienionych przez projekty interwencji przyczyniło się do osiągnięcia pożądanych wyników w zakresie stanu i funkcjonowania rodzin i osób. Jest jasne, że nawet dobrej jakości usługi społeczne i zdrowotne osiągają różne wyniki z różnymi rodzinami i osobami. Trzeba też pamiętać, że błędy diagnozy i w wykonywaniu usługi mogą prowadzić do szkodliwych skutków. Nie zawsze więc korzystanie z usług ma wyłącznie zamierzone i dobre dla korzystających skutki.

Łączniki ④ i ⑧ pokazują przyczynianie się wyników osiągniętych przez rodziny i osoby z grup docelowych poprzez udział w projektach do zmiany wskaźników społecznych oraz zdrowotnych ludności na terenie objętym interwencją. Jest to więc przejście z poziomu mikro (rozproszone lokalizacyjnie projekty i korzystające z ich produktów osoby i rodziny) do poziomu makro, czyli stanów i funkcjonowania całej ludności. Kluczowe jest zrozumienie, że nawet jeżeli wszystkie osoby i rodziny z grup docelowych skorzystały z nowych usług i/lub usług o lepszej jakości zapewnionych przez projekty, a także uzyskały maksymalnie dobre wyniki społeczne i zdrowotne po skorzystaniu z nich, to niekoniecznie zmienią się wskaźniki dobrostanu społecznego i zdrowotnego całej ludności na terenie objętym interwencją.

Powyższa konkluzja wynika przede wszystkim stąd, że na ogólne wyniki społeczne i zdrowotne ludności oddziałuje wiele innych czynników niż usługi społeczne i zdrowotne, a interwencja zwiększająca ich podaż i jakość może mieć niewielką skalę w stosunku do tego, o ile należałoby zwiększyć wydatki publiczne, aby uzyskać istotne statystycznie wyniki na poziomie całej ludności z uwzględnieniem również czynników kontekstowych. Dobrym przykładem jest pandemia COVID-19 w 2020 r. Nawet jeżeli dzięki interwencji poprawiły się wyniki zdrowotne grup docelowych do 2020 r., to pandemia spowodowała ich znaczące pogorszenie²³. Bilans więc wychodzi na minus, zdrowie populacji pogorszyło się, ale czy to oznacza, że projekty wchodzące w zakres badanej interwencji były nieskuteczne? Każdy z nich mógł być skuteczny w poprawianiu wyników społecznych i zdrowotnych na poziomie mikro, czyli tych, którzy skorzystali z nowych i/lub lepszej jakości usług, ale zmieniający się czynnik zewnętrzny spowodował, że zwiększyła się liczba chorujących i umierających na danym terenie.

Projekty mogły więc obejmować tylko małą część potrzebujących, a ich liczba znacznie wzrosła ze względu na czynniki zewnętrzne wobec interwencji.

²³ Wpływ pandemii Covid-19 na system opieki onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2022.

2.4 INSTRUMENTY INTERWENCJI ZASTOSOWANE W RPOWP 2014-2020 W SFERZE USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

Zwięzłe podsumowanie występujących problemów społecznych zostało sformułowane na etapie przygotowania RPOWP 2014-2020. W części diagnostycznej tego programu zostały określone występujące w województwie podlaskim wyzwania społeczne. Były to m.in.:

- **Niekorzystna sytuacja społeczna i zawodowa mieszkańców województwa, prowadząca do ich wykluczenia społecznego.** Zjawisko wykluczenia społecznego dotyka najczęściej osoby długotrwale bezrobotne, oddalone od rynku pracy, osoby o niskich kompetencjach społecznych i kwalifikacjach zawodowych, żyjące w niekorzystnych warunkach ekonomicznych, osoby dotknięte niepełnosprawnością, uzależnieniami, bezdomnością. Za główne bariery uniemożliwiające pełne uczestnictwo w życiu społecznym uznawane jest bezrobocie i ubóstwo;
- **Ograniczony dostęp do infrastruktury medycznej** (szczególnie aparatury i sprzętu wysokospecjalistycznego), co wskazuje na potrzeby inwestycyjne w tym zakresie (tylko w nielicznych ośrodkach zabezpieczenie w aparaturę i sprzęt medyczny jest dostateczne). W części placówek baza lokalowa oraz sprzęt medyczny są przestarzałe i wymagają pilnej i kompleksowej modernizacji;
- **Współistnienie obszarów problemowych natury społecznej w regionie w parze z niską dostępnością i jakością usług publicznych oraz rozproszoną siecią osadniczą,** wymagające znacznej partycypacji społeczności lokalnych w rozwoju regionu. Głównym wyzwaniem jest zatem aktywizacja społeczności lokalnych do podejmowania działań sprzyjających rewitalizacji społecznej oraz kształtowaniu kapitału społecznego poprzez ich inicjowanie i realizację w formule partycypacyjnej.

Rozszerzony opis problemów w zakresie polityki społecznej, stojących przed regionem w momencie konstruowania wsparcia z RPOWP, został przedstawiony w Strategii Polityki Społecznej Województwa Podlaskiego do roku 2020²⁴. W Strategii wskazano m.in. następujące zjawiska:

- **Niewystarczająca oferta mieszkań socjalnych** dla grup o niskich dochodach (potrzeby mieszkańców przewyższają zasoby mieszkaniowe gmin);
- **Starzenie się społeczeństwa** oraz narastające **zubożenie**;
- **Niedofinansowanie opieki zdrowotnej.** Długi czas oczekiwania na specjalistyczne świadczenia opieki zdrowotnej (zwłaszcza leczenia całodobowego);
- **Niewystarczająca podaż usług zdrowotnych z zakresu leczenia uzależnień oraz programów terapii** dla członków rodzin osób nadużywających i uzależnionych.

²⁴ Strategia Polityki Społecznej Województwa Podlaskiego do roku 2020, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, Białystok 2014.

Liczbę osób uzależnionych od alkoholu w regionie oszacowano na 71 770, zaś liczbę osób współuzależnionych na 47 840 (dane za 2012 r.). Coraz większym problemem jest także narkomania: w 2012 r. na terenie województwa podlaskiego odnotowano 1 439 przestępstw związanych z przestępczością narkotykową (statystyki wskazały na wyraźną tendencję wzrostową);

- **Duża liczba osób niepełnosprawnych korzystających ze świadczeń pomocy społecznej.** Rośnie liczba osób niepełnosprawnych wyłącznie biologicznie, tj. takich, które nie posiadają orzeczenia, ale odczuwają ograniczenie zwykłych (podstawowych) czynności życiowych odpowiednich dla ich wieku. Osoby niepełnosprawne charakteryzują się niskim poziomem wykształcenia, co wynika z istniejących barier architektonicznych (w szkołach i uczelniach wyższych), barier w komunikowaniu się z resztą środowiska, problemów związanych z dojazdem do miejsca kształcenia, wyposażeniem w sprzęt rehabilitacyjny oraz pomoce dydaktyczne, ale także z barier psychologicznych;
- **System opieki zdrowotnej w niewystarczającym stopniu wychodzi naprzeciw potrzebom rosnącej liczby seniorów.** Wzrasta zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczno-emocjonalne tej grupy – jako wynik wykluczenia społecznego i poczucia bezużyteczności w lokalnym środowisku. Problem ten w szczególnej mierze dotyczy terenów wiejskich;
- **Ograniczenia finansowe osób starszych i niepełnosprawnych,** wynikające z dużych wydatków na bieżące potrzeby oraz niskich emerytur / rent i ich niewystarczającej waloryzacji;
- **Problem rodzin dysfunkcyjnych,** związany m.in. z niskimi dochodami, niezabezpieczającymi potrzeb rodziny i dzieci, niską świadomością roli rodziny, słabym przygotowaniem do pełnienia ról w małżeństwie i rodzinie oraz budowania więzi rodzinnych, rosnącej niewydolności rodziców w procesie wychowawczym, niewystarczającego przekazywania pozytywnych wzorców ze strony rodzin (przekazywanych pokoleniowo);
- **Niewystarczająca Infrastruktura społeczna** – stan ten przejawia się m.in. w niewystarczającej liczbie Ośrodków Interwencji Kryzysowej i mieszkań socjalnych, niewystarczającej realizacji programów korekcyjno-edukacyjnych kierowanych do sprawców przemocy, niewielkiej liczby grup samopomocowych i wsparcia w gminach, niewystarczającej ilości form opieki nad dziećmi do lat 3, pogorszeniem specjalistycznej medycznej opieki nad dzieckiem;
- **Niewystarczająco rozwinięty system pieczy zastępczej i opieki instytucjonalnej,** m.in. słabo rozwinięty system specjalistycznego poradnictwa, terapii dla rodzin biologicznych i zastępczych w różnych dziedzinach problemowych, znikoma liczba placówek rodzinnych, brak ośrodka preadopcyjnego. W 2012 roku najczęstszymi przyczynami umieszczenia dzieci w instytucjonalnej pieczy zastępczej był alkoholizm w rodzinie oraz niewydolność wychowawcza rodziców. W stosunku

do lat poprzednich, wzrosła liczba dzieci umieszczanych w systemie pieczy zastępczej z powodu choroby oraz przemocy w rodzinie;

- **Niedoinwestowany system pomocy społecznej.** Mniejsza dostępność usług instytucji wspierających występuje na terenach wiejskich. Zauważa się dysproporcje pomiędzy standardami a kondycją techniczno-materialną instytucji, realizujących usługi pomocy społecznej (DPS, OPS). W części OPS-ów jest zbyt mała liczba pracowników socjalnych. Najczęstszym powodem udzielania świadczeń rodzinom w województwie podlaskim było ubóstwo (blisko 30 tys. przypadków). Kolejne powody udzielania pomocy to bezrobocie, długotrwała lub ciężka choroba oraz alkoholizm.

Przedstawienie powyższych obszarów problemowych (dotyczących okresu sprzed blisko 10 lat) jest istotne z punktu widzenia oceny interwencji, będącej przedmiotem niniejszej ewaluacji. Warto wspomnieć, że zasadniczo te same obszary są istotne także obecnie, co wynika z diagnozy zawartej w niedawno opublikowanej Strategii Polityki Społecznej Województwa Podlaskiego do roku 2030²⁵. Warto zauważyć, że przedstawione w tym dokumencie dane wskazują na zmianę w latach 2015-2019 szeregu statystyk, m.in.: wzrost liczby asystentów rodziny, wzrost liczby placówek wsparcia dziennego, wzrost liczby mieszkań chronionych, wzrost liczby osób objętych usługami opiekuńczymi, spadek liczby bezrobotnych osób z niepełnosprawnościami zarejestrowanych w PUP, spadek liczby rodzin objętych pracą socjalną.

Interwencja w ramach RPOWP na lata 2014-2020 w zakresie pomocy społecznej była realizowana w ramach Celu Tematycznego 9 – Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją. Przedmiotem niniejszej ewaluacji są przedsięwzięcia dotyczące rozwoju usług oraz infrastruktury społecznej i zdrowotnej, wspierane w czterech działaniach²⁶:

1) Działanie 7.2 Rozwój usług społecznych:

- a) Poddziałanie 7.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- b) Poddziałanie 7.2.2 Rozwój usług społecznych w ramach BOF.

Analizowana w Działaniu 7.2 interwencja dotyczyła wspierania **usług**:

- kierowanych do rodzin, w tym rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze, dzieci i młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym, osób i instytucji sprawujących pieczę zastępczą i dzieci w nich umieszczonych;
- wsparcia dla funkcjonowania mieszkalnictwa chronionego i wspomaganego (treningowego lub wspieranego) przez tworzenie miejsc pobytu w nowotworzonych

²⁵ Strategia Polityki Społecznej Województwa Podlaskiego do roku 2030, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, Białystok 2021.

²⁶ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego zaktualizowany uchwałą nr 259/4715/2022 z dnia 30 marca 2022 r.

- lub istniejących mieszkaniach chronionych lub wspomaganych dla osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;
- usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami świadczonych w społeczności lokalnej;
- wsparcia deinstytucjonalizacji opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez wykorzystanie nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w formie teleopieki, systemów przywoławczych;
- wsparcia deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez tworzenie dziennych domów opieki medycznej;
- w obszarze wdrożenia działań mających na celu poprawę bezpieczeństwa i jakości usług świadczonych w placówkach systemu pomocy społecznej w sytuacji epidemiologicznej związanej z zagrożeniem spowodowanym przez koronawirusa SARS-CoV-2.

2) Działanie 8.4 Infrastruktura społeczna:

- a) Poddziałanie 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia;
- b) Poddziałanie 8.4.2 Infrastruktura usług socjalnych w obszarze BOF.

Analizowana w Działaniu 8.4 interwencja dotyczyła **działań infrastrukturalnych** w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia oraz usług społecznych, tj.:

(w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia)

- inwestycji w infrastrukturę dedykowaną osobom dorosłym w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej;
- inwestycji uzupełniających interwencję EFS w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową;
- inwestycji w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz w innych obszarach, gdzie występuje leczenie dzieci;
- inwestycji w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- inwestycji przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych;

(w obszarze infrastruktury usług społecznych)

- inwestycji związanych z opieką nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- inwestycji związanych z usługami wsparcia rodziny i pieczy zastępczej;
- inwestycji związanych z usługami w zakresie mieszkań wspomaganych, chronionych i socjalnych);

- inwestycji w infrastrukturę placówek opieki społecznej i ochrony zdrowia na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2.

3) Działanie 8.6 Inwestycje na rzecz rozwoju lokalnego (tylko w zakresie typu projektu 8):

Analizowana w Działaniu interwencja dotyczyła następujących **działań infrastrukturalnych**:

- infrastruktura związana z integracją społeczną oraz aktywizacją zawodową, m.in. przebudowa, remont, modernizacja, adaptacja i wyposażenie istniejących obiektów infrastruktury społecznej oraz dostosowanie obiektów budowlanych na potrzeby infrastruktury społecznej z przeznaczeniem na warsztaty, kluby i centra integracji społecznej służące przygotowaniu do wejścia na rynek pracy, świetlice środowiskowe, centra aktywności lokalnej dla dzieci i młodzieży, świadczące usługi z zakresu aktywizacji dzieci i młodzieży ze środowisk najuboższych zagrożonych dziedziczeniem ubóstwa;
- infrastruktura związana z deinstytucjonalizacją usług społecznych, takich jak opieka nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. dziećmi do lat 3, osobami starszymi, osobami z niepełnosprawnością (dorosłymi i dziećmi), osobami chorymi psychicznie (dorosłymi i dziećmi);
- modernizacja infrastruktury, służącej wsparciu osób z niepełnosprawnościami, łączącej funkcje rehabilitacyjne, terapeutyczne, noclegowe – projekty uwzględniające deinstytucjonalizację usług;
- projekty dostosowujące obiekty, w których świadczone są usługi społeczne/zdrowotne do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

4) Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego

Analizowana w Działaniu 9.1 interwencja dotyczyła wspierania **usług** w zakresie:

(wsparcie usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami świadczonych w lokalnej społeczności):

- wsparcie dla tworzenia i funkcjonowania miejsc świadczenia usług opiekuńczych w formie stałych lub krótkookresowych miejsc pobytu dziennego lub stałych lub krótkookresowych miejsc pobytu całodobowego o ile stanowią formę usług świadczonych w społeczności lokalnej);
- świadczenie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych;
- świadczenie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami;
- inne usługi zwiększające mobilność, autonomię i bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnościami i osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (np. dowóz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, dowożenie posiłków, sfinansowanie wypożyczenia sprzętu niezbędnego do opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub sprzętu zwiększającego samodzielność osób);

- aktualizacja wiedzy i kompetencji pracowników i wolontariuszy instytucji pomocy i integracji społecznej (wyłącznie w powiązaniu z działaniami na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu).

(wsparcie rodzin, w tym rodzin przeżywających trudności opiekuńczo - wychowawcze, dzieci i młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym):

- Wsparcie dla tworzenia i funkcjonowania środowiskowych placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży, m.in. ogniska wychowawcze i koła zainteresowań, świetlice środowiskowe, świetlice socjoterapeutyczne, kluby młodzieżowe organizujące zajęcia socjoterapeutyczne lub z programami socjoterapeutycznymi;
- wsparcie rodzin w rozwoju i samodzielnym wypełnianiu funkcji społecznych przez wzmocnienie roli i funkcji rodziny, rozwijanie umiejętności opiekuńczo-wychowawczych rodziny, podniesienie świadomości w zakresie planowania oraz funkcjonowania rodziny poprzez konsultacje i poradnictwo specjalistyczne, poradnictwo rodzinne i poradnictwo rodzinne specjalistyczne, poradnictwo pedagogiczne, psychologiczne, terapia dla rodzin dotkniętych przemocą, mediacja, usługi dla rodzin z dziećmi, w tym usługi opiekuńcze i specjalistyczne, pomoc prawna, grupy wsparcia lub grupy samopomocowe.

Część II. OPIS WYNIKÓW BADANIA

3 DYNAMICZNY OBRAZ OBSZARU POMOCY SPOŁECZNEJ ORAZ OCHRONY ZDROWIA W LATACH 2014-2020

Opis wyników badania rozpoczniemy od omówienia zidentyfikowanych w odtworzonej na potrzeby niniejszej ewaluacji teorii interwencji jej efektów ostatecznych (Schemat 6, łączniki 4 i 8). Aby uchwycić te efekty zbudowano wskaźniki syntetyczne obrazujące sytuację w obszarze pomocy społecznej oraz w obszarze opieki zdrowotnej (perspektywa makro, analizy ekonometryczne). Dodatkowo, na ostateczne efekty projektów spojrzano także oczami ich beneficjentów, instytucji realizujących projekty (perspektywa mikro).

3.1 OBRAZ ANALIZOWANYCH OBSZARÓW Z WYKORZYSTANIEM MIERNIKÓW SYNTETYCZNYCH – POZIOM MAKRO

W celu oceny sytuacji w powiatach województwa podlaskiego w obszarze opieki zdrowotnej/usług społecznych utworzono Syntetyczny Miernik Usług Społecznych (SMUS) oraz Syntetyczny Miernik Zdrowia (SMZ), opisujące zmiany w obszarze zdrowia i usług społecznych w poszczególnych (17) powiatach województwa w latach realizacji interwencji²⁷. Zastosowanie syntetycznego miernika rozwoju (SMZ i SMUS) pozwala na zastąpienie wielu zmiennych diagnostycznych – jedną syntetyczną.

Do skonstruowania zmiennej syntetycznej wykorzystana została metoda unitaryzacji zerowanej (por. Kukuła [2000]²⁸ oraz Raport Metodologiczny, podrozdział 3.2.1) z globalnymi (a nie lokalnymi) wartościami minimalnymi i maksymalnymi (w celu umożliwienia porównań zmiennej syntetycznej, zarówno w czasie, jak i przestrzeni). Dzięki zastosowaniu tej metody wskazać można, jak duże były zmiany w badanym obszarze w stosunku do roku bazowego (2013), w jakich powiatach zmiany były największe, a w jakich najmniejsze, jak wyglądał ranking powiatów przed realizacją programów i jak wygląda on w chwili obecnej.

Zastosowanie mierników syntetycznych pozwala na:

- ocenę zmian zachodzących w danym obszarze tematycznym na podstawie jednej miary syntetycznej;
- wyznaczenie tendencji rozwojowej miary syntetycznej (dla całego obszaru) w celu pokazania prawdopodobnych scenariuszy rozwojowych, co z kolei pozwoli na wskazanie ewentualnych zagrożeń dla danego obszaru;
- oszacowanie miary nierówności powiatowych – konwergencji/dywergencji;
- oszacowanie dystansu rozwojowego pomiędzy wybranym regionem/obszarem (np.: BOF) sferą /powiatem, a innym – referencyjnym.

²⁷ W badaniu przyjęto, że rokiem początkowym badania (tzn. rokiem, w którym nie mogły jeszcze odzwierciedlić się efekty interwencji) jest rok 2013.

²⁸ K. Kukuła, Metoda unitaryzacji zerowanej, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

3.1.1 Obszar pomocy społecznej

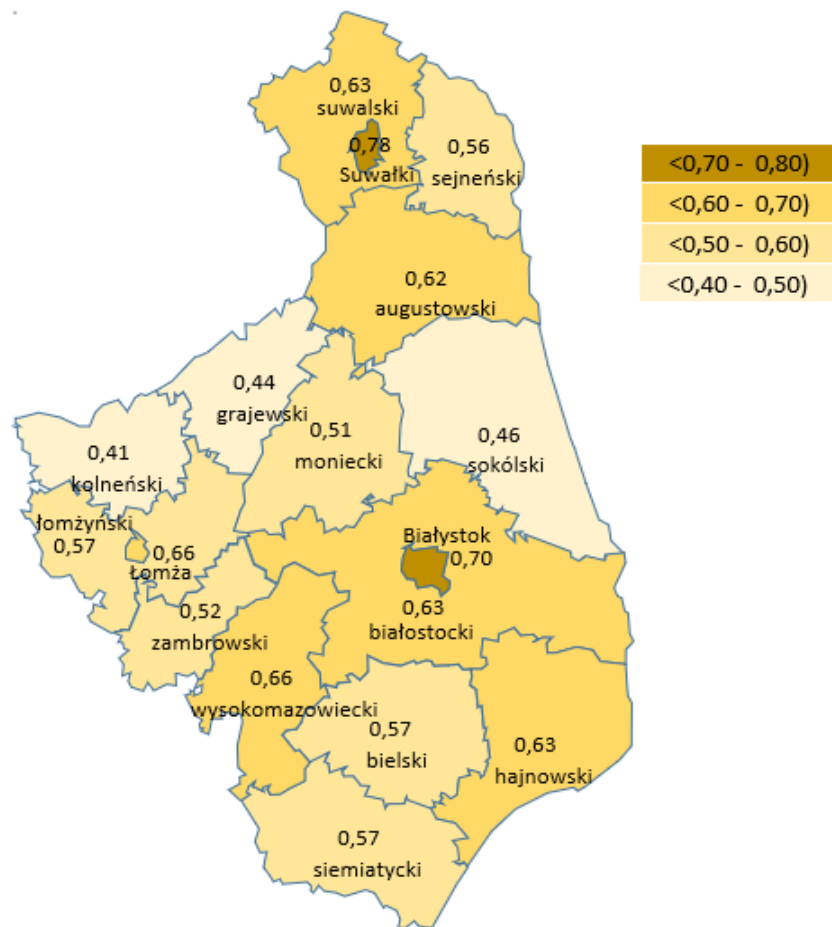
Syntetyczny Miernik Usług Społecznych (SMUS) składa się z następujących wskaźników cząstkowych (charakteryzujących usługi społeczne i infrastrukturę):

- 1) Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej w wieku przedprodukcyjnym na 1 000 osób w tym wieku (źródło: BDL, Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny, Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej, Osoby korzystające ze środowiskowej pomocy społecznej wg kryterium dochodowego i ekonomicznych grup wieku), destymulanta poziomu usług społecznych;
- 2) Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej w wieku produkcyjnym na 1 000 osób w tym wieku (źródło: jw.), destymulanta;
- 3) Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej w wieku poprodukcyjnym na 1 000 osób w tym wieku (źródło: jw.), destymulanta;
- 4) Stopa bezrobocia długotrwałego (udział bezrobotnych zarejestrowanych dłużej niż rok w liczbie ludności aktywnej zawodowo), (źródło: BDL, Bezrobocie rejestrowane, Bezrobotni zarejestrowani pozostający bez pracy dłużej niż 1 rok, w % ludności aktywnej zawodowo), destymulanta;
- 5) Wskaźnik deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej (źródło: BDL, Ochrona zdrowia, Opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny, opieka nad dziećmi i młodzieżą, suma wszystkich kategorii w rozbiciu na instytucjonalne i rodzinne piecze), stymulanta;
- 6) Odsetek dzieci objętych opieką żłobkową (źródło: BDL, Opieka nad dziećmi w wieku do lat 3, Dzieci objęte opieką w żłobkach i w wieku żłobkowym, Odsetek dzieci objętych opieką w żłobkach ogółem), stymulanta;
- 7) Liczba rodzinnych pieczy zastępczych (rodzin zastępczych + rodzinnych domów dziecka) w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców); (źródło: BDL, Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny, opieka nad dziećmi i młodzieżą, Rodzinne domy dziecka/Rodziny zastępcze), stymulanta;
- 8) Miejsca (łącznie z filiami) w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej na 10 tys. ludności – miernik zasobów instytucjonalnych pomocy społecznej (źródło: BDL, Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny, placówki stacjonarnej pomocy społecznej, placówki stacjonarnej pomocy społecznej), stymulanta.

Cztery pierwsze zmienne są destymulantami w zakresie usług społecznych i jednocześnie miernikiem potrzeb w tym zakresie (im wyższy odsetek korzystających z pomocy środowiskowej, tym większe potrzeby, im wyższy zasięg korzystania z pomocy społecznej oraz wysoki poziom bezrobocia długotrwałego – tym niższa skuteczność aktywizacji zawodowej). Cztery kolejne zmienne są stymulantami usług społecznych, tzn. im wyższa wartość wskaźnika, tym wyższy poziom (dostęp do) usług społecznych i wyższa ich jakość.

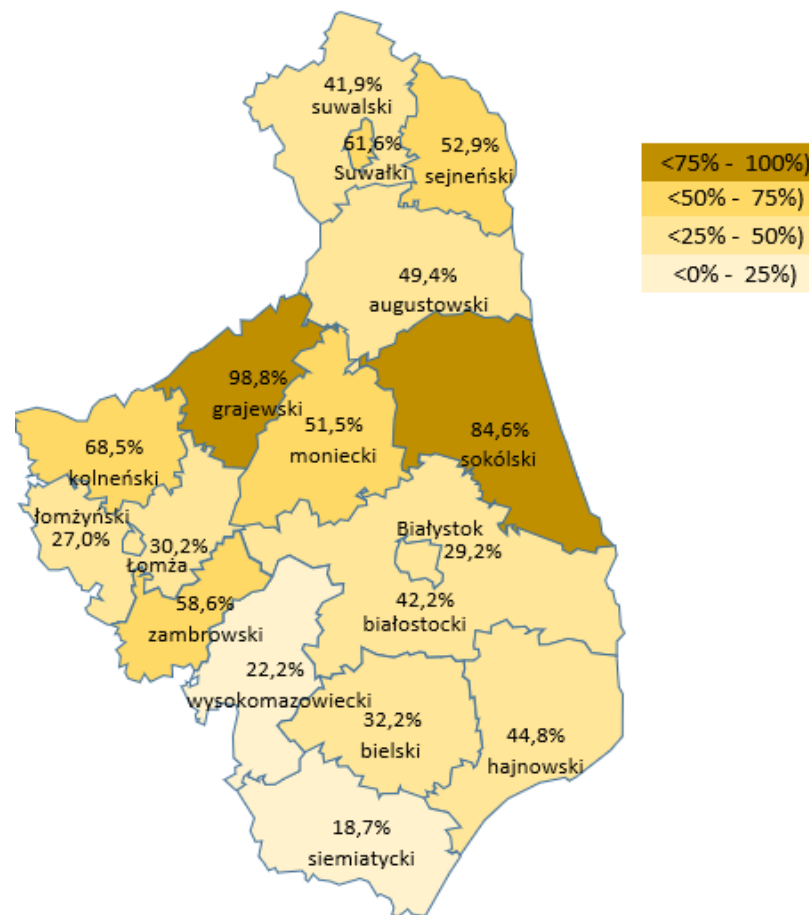
Poniżej zamieszczono tabelę i mapę pokazujące sytuację powiatów województwa podlaskiego pod względem Syntetycznego Miernika Usług Społecznych (który składa się ze wszystkich 8 wskaźników cząstkowych wymienionych na początku podrozdziału).

Mapa 1. Syntetyczny Miernik Usług Społecznych w powiatach województwa podlaskiego w 2020 r.²⁹



Źródło: opracowanie własne

Mapa 2. Syntetyczny Miernik Usług Społecznych w powiatach województwa podlaskiego – zmiana w %, lata 2013-2020



Źródło: opracowanie własne.

²⁹ Prezentowane w legendzie mapy przedziały wartości są lewostronnie zamknięte (oznaczone nawiasem ostrokątnym) oraz prawostronnie otwarte (oznaczone nawiasem okrągłym); dotyczy także kolejnych map.

Tabela 5. Syntetyczny Miernik Usług Społecznych w latach 2013-2020

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ranga 2013	ranga 2020	zmiana %	ranga zmiany
Powiat augustowski	0,41	0,45	0,47	0,52	0,58	0,61	0,62	0,62	11	8	49,4%	8
Powiat białostocki	0,44	0,45	0,48	0,51	0,57	0,60	0,62	0,63	8	6	42,2%	10
Powiat bielski	0,43	0,45	0,45	0,46	0,47	0,48	0,52	0,57	10	11	32,2%	12
Powiat grajewski	0,22	0,24	0,27	0,27	0,31	0,34	0,40	0,44	17	16	98,8%	1
Powiat hajnowski	0,44	0,45	0,48	0,49	0,52	0,58	0,62	0,63	9	7	44,8%	9
Powiat kolneński	0,25	0,27	0,31	0,32	0,36	0,37	0,41	0,41	16	17	68,5%	3
Powiat łomżyński	0,45	0,48	0,46	0,45	0,48	0,51	0,54	0,57	6	9	27,0%	15
Powiat moniecki	0,34	0,37	0,38	0,43	0,47	0,50	0,52	0,51	13	14	51,5%	7
Powiat sejneński	0,36	0,40	0,38	0,40	0,41	0,45	0,53	0,56	12	12	52,9%	6
Powiat siemiatycki	0,48	0,46	0,46	0,47	0,49	0,52	0,53	0,57	5	10	18,7%	17
Powiat sokólski	0,25	0,28	0,31	0,36	0,39	0,42	0,45	0,46	15	15	84,6%	2
Powiat suwalski	0,45	0,50	0,55	0,59	0,61	0,61	0,62	0,63	7	5	41,9%	11
Powiat wysokomazowiecki	0,54	0,55	0,56	0,56	0,60	0,61	0,63	0,66	2	4	22,2%	16
Powiat zambrowski	0,33	0,38	0,39	0,41	0,43	0,46	0,51	0,52	14	13	58,6%	5
Powiat m. Białystok	0,54	0,57	0,58	0,61	0,62	0,66	0,70	0,70	1	2	29,2%	14
Powiat m. Łomża	0,51	0,52	0,56	0,57	0,58	0,62	0,65	0,66	3	3	30,2%	13
Powiat m. Suwałki	0,48	0,52	0,59	0,65	0,67	0,72	0,73	0,78	4	1	61,6%	4
Średnia ważona	0,44	0,46	0,49	0,51	0,54	0,57	0,60	0,62			40,2%	

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższej tabeli i mapy wynika, że najlepsze pozycje pod względem sytuacji w obszarze usług społecznych zajmują powiaty miejskie na czele z Suwałkami (wartość syntetycznego miernika usług społecznych w 2020 r. wyniosła 0,78), następnie Białymstokiem (SMUS= 0,65) i na 3. miejscu Łomżą (SMUS=0,66). Wysokie pozycje Białegostoku i Łomży są zasługą zarówno przeciętnie niższego odsetka beneficjentów pomocy społecznej (wskaźniki 1-4), natomiast w przypadku Suwałk pozycja ta wynika z wysokiego poziomu dostępu do usług społecznych (wskaźniki 5-8). Zmiany, które nastąpiły w okresie 2013-2020 są wyłącznie pozytywne (podobnie jak w całej Polsce). Największa poprawa sytuacji nastąpiła w powiecie grajewskim (wzrost SMUS o 98,8% – co jednak nie pozwoliło powiatowi na znaczące poprawienie swojej pozycji w rankingu ze względu na bardzo niskie wartości wskaźnika), następnie w kolejności wysokości zmiany były to: powiat sokólski (wzrost o 84,6%) i kolneński (wzrost o 68,5%).

W żadnym powiecie województwa nie odnotowano negatywnej zmiany SMUS (tzn. nie odnotowano pogorszenia się sytuacji pod względem usług społecznych). Można mówić tutaj jedynie o stosunkowo małej poprawie, jak ma to miejsce w powiecie siemiatyckim (o 18,7%), czy wysokomazowieckim (o 22,2%). Generalnie, grupa aż 11 powiatów zanotowała poprawę wskaźnika o wartość wyższą niż w województwie. **Można śmiało powiedzieć, że sytuacja pod względem usług społecznych poprawiła się w latach 2013-2020.**

3.1.2 Obszar ochrony zdrowia

Syntetyczny Miernik Zdrowia (SMZ) składa się z następujących wskaźników cząstkowych:

- 1) Zgony osób z powodu nowotworów ogółem na 100 tys. ludności, (źródło: BDL, Ludność, Urodzenia i zgony, Zgodny wg przyczyn – wskaźniki), destymulanta miernika zdrowia;
- 2) Zgony mężczyzn w wieku do 65 lat z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. mężczyzn w tym wieku, (źródło: BDL, Ludność, Urodzenia i zgony, Zgodny wg przyczyn – wskaźniki), destymulanta;
- 3) Zgony kobiet w wieku do 65 lat z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. kobiet w tym wieku, (źródło: BDL, Ludność, Urodzenia i zgony, Zgodny wg przyczyn – wskaźniki), destymulanta;
- 4) Zgony kobiet z powodu nowotworu złośliwego sutka na 100 tys. kobiet, (źródło: BDL, Ludność, Urodzenia i zgony, Zgodny wg przyczyn – wskaźniki), destymulanta;
- 5) Pielęgniarki i położne na 10 tys. ludności, (źródło: BDL, Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny, Kadra medyczna, Pielęgniarki i położne na 10 tys. ludności), stymulanta;
- 6) Lekarze (personel pracujący) na 10 tys. ludności, (źródło: BDL, Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny, Kadra medyczna, Lekarze- wskaźniki), stymulanta;

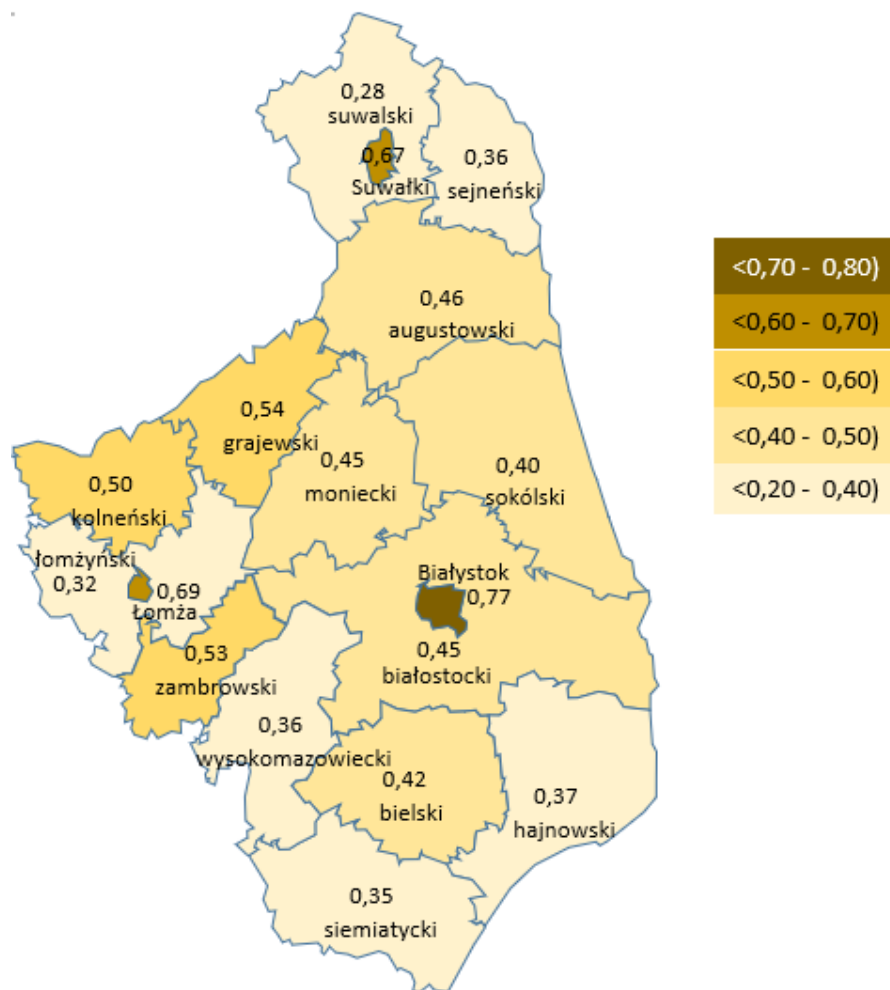
- 7) Liczba porad udzielonych w przychodniach 10 tys. ludności, (źródło: BDL, Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny, Ambulatoryjna opieka zdrowotna, Podmioty ambulatoryjne (stan w dniu 31 grudnia))³⁰, stymulanta;
- 8) Liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności, (źródło: BDL, Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny, Szpitale, Łóżka w szpitalach), stymulanta.

Pierwsze cztery wskaźniki opisują umieralność spowodowaną chorobami cywilizacyjnymi, które niosą szereg wyzwań w obszarze ochrony zdrowia i które zostały zdiagnozowane na etapie przygotowywania RPOWP 2014-2020 (OPZ, s. 1). Wskaźniki 5-8 opisują stan infrastruktury ochrony zdrowia, czyli potencjał poszczególnych powiatów do świadczenia usług zdrowotnych. Pierwsze cztery wskaźniki obrazują popyt (zapotrzebowanie) na usługi zdrowotne (im wyższe wskaźniki umieralności, tym gorszy poziom zdrowia społeczeństwa i w konsekwencji wyższy popyt na usługi zdrowotne), zaś kolejne cztery opisują podaż (możliwości świadczenia) usług zdrowotnych.

Poniżej zamieszczono tabelę i mapy pokazującą sytuację powiatów województwa podlaskiego pod względem Syntetycznego Miernika Zdrowia (który składa się ze wszystkich ośmiu wskaźników cząstkowych wymienionych na początku podrozdziału).

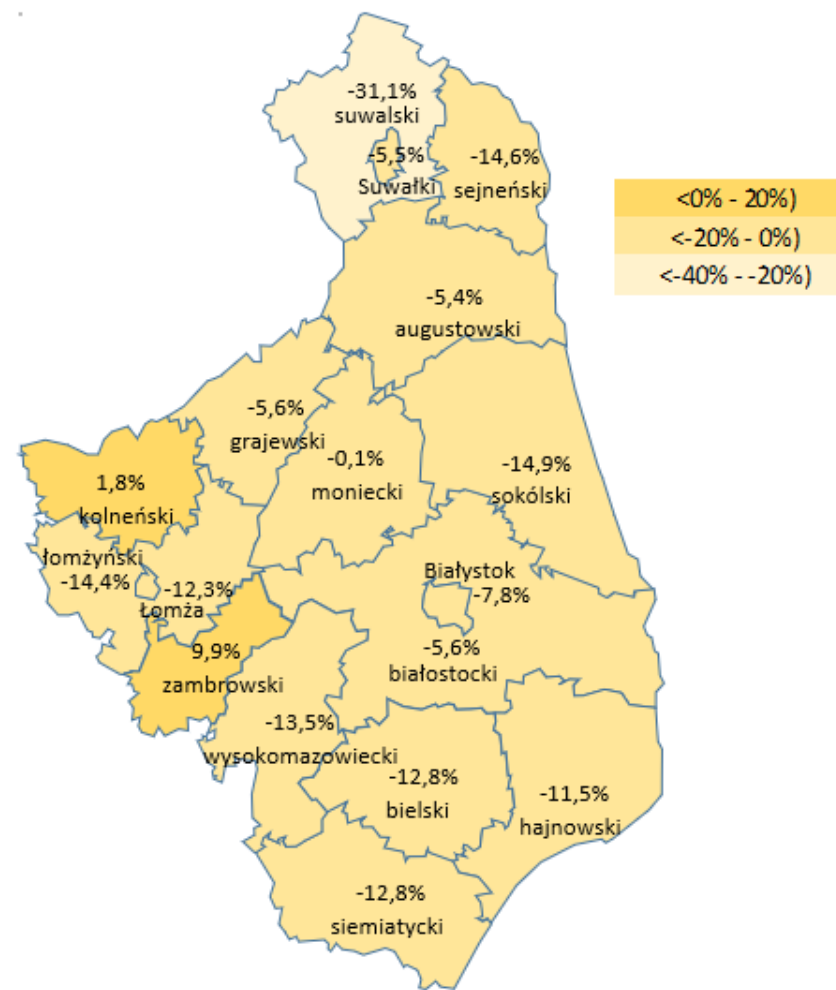
³⁰ Wskaźnik ten zastąpił „liczbę przychodni na 10 tys. mieszkańców”, który w większości powiatów był na stałym poziomie w latach 2013-2020, więc w żaden sposób nie wnosił dodatkowej informacji do miernika syntetycznego.

Mapa 3. Syntetyczny Miernik Zdrowia w powiatach województwa podlaskiego w 2020 r.



Źródło: opracowanie własne

Mapa 4. Syntetyczny Miernik Zdrowia w powiatach województwa podlaskiego – zmiana w %, lata 2013-2020



Źródło: opracowanie własne

Tabela 6. Syntetyczny Miernik Zdrowia w latach 2013-2020

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ranga 2013	ranga 2020	zmiana %	ranga zmiany
Powiat augustowski	0,49	0,53	0,54	0,54	0,58	0,55	0,51	0,46	5	7	-5,4%	4
Powiat białostocki	0,47	0,45	0,43	0,46	0,47	0,45	0,50	0,45	9	9	-5,6%	6
Powiat bielski	0,49	0,42	0,42	0,42	0,42	0,39	0,45	0,42	7	10	-12,8%	12
Powiat grajewski	0,58	0,58	0,55	0,58	0,58	0,54	0,57	0,54	4	4	-5,6%	7
Powiat hajnowski	0,42	0,44	0,37	0,40	0,39	0,36	0,44	0,37	14	12	-11,5%	9
Powiat kolneński	0,49	0,57	0,54	0,56	0,49	0,44	0,57	0,50	6	6	1,8%	2
Powiat łomżyński	0,38	0,35	0,38	0,36	0,33	0,36	0,33	0,32	17	16	-14,4%	14
Powiat moniecki	0,45	0,49	0,50	0,53	0,46	0,52	0,46	0,45	11	8	-0,1%	3
Powiat sejneński	0,42	0,40	0,44	0,45	0,44	0,50	0,53	0,36	12	14	-14,6%	15
Powiat siemiatycki	0,40	0,41	0,40	0,37	0,37	0,32	0,38	0,35	16	15	-12,8%	11
Powiat sokólski	0,47	0,41	0,42	0,47	0,42	0,42	0,42	0,40	10	11	-14,9%	16
Powiat suwalski	0,41	0,42	0,37	0,32	0,35	0,38	0,40	0,28	15	17	-31,1%	17
Powiat wysokomazowiecki	0,42	0,46	0,44	0,48	0,47	0,51	0,47	0,36	13	13	-13,5%	13
Powiat zambrowski	0,48	0,51	0,53	0,48	0,51	0,45	0,50	0,53	8	5	9,9%	1
Powiat m. Białystok	0,84	0,83	0,80	0,83	0,82	0,80	0,79	0,77	1	1	-7,8%	8
Powiat m. Łomża	0,78	0,80	0,80	0,86	0,80	0,78	0,80	0,69	2	2	-12,3%	10
Powiat m. Suwałki	0,71	0,66	0,71	0,71	0,72	0,68	0,70	0,67	3	3	-5,5%	5
Średnia ważona	0,67	0,67	0,64	0,66	0,64	0,60	0,65	0,58			-13,8%	

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższej tabeli wynika, że najlepsze pozycje pod względem sytuacji w obszarze zdrowia miały wszystkie powiaty miejskie na czele z Białymstokiem (wartość syntetycznego miernika zdrowia w 2020 r: 0,79), następnie Łomżą (SMZ = 0,65) i na 3. miejscu Suwałkami (SMZ = 0,61). Wysokie pozycje tych miast w rankingu są zasługą zarówno przeciętnie niższej śmiertelności (wskaźniki 1-4), jak i wyższym wskaźnikom dostępu do infrastruktury zdrowia (wskaźniki 5-8). Zmiany, które nastąpiły w okresie realizacji projektów w największym stopniu widać w Łomży, gdzie sytuacja pod względem zdrowia pogorszyła się o 12,5%, lecz zmiana ta nie była na tyle znacząca, aby obniżyć wysoką, drugą, pozycję tego miasta na tle pozostałych powiatów regionu.

Generalnie należy zauważyć, że w większości powiatów zaobserwowano pogorszenie się sytuacji pod względem zdrowia, a w największym stopniu w powiecie suwalskim, w którym wartość SMZ spadła z 0,41 do 0,28 (o 31,1%). Spowodowało to spadek pozycji tego powiatu z piętnastej w roku 2013 na ostatnią, siedemnastą, w roku 2020. Ta niska pozycja powiatu jest spowodowana bardzo słabymi wartościami wskaźników cząstkowych z zakresu dostępu do infrastruktury (wskaźniki 5-9). Jest to dość typowa sytuacja dla powiatów okalających miasta, w których skoncentrowana jest ta infrastruktura (niską pozycję ma też powiat łomżyński ziemski, okalający Łomżę, gdzie również doszło do sporego spadku w SMZ).

Poprawa sytuacji w zakresie zdrowia mieszkańców nastąpiła właściwie (pomijamy tutaj powiat kolneński, gdzie zmiana była dodatnia, ale bardzo niewielka) tylko w powiecie zambrowskim, w którym miara syntetyczna wzrosła z 0,48 do 0,53 (wzrost o 9,9%).

Pogorszenie sytuacji w obszarze zdrowia (w zakresie zdefiniowanym przez wskaźniki cząstkowe) było charakterystyczne dla całego województwa, o czym świadczy spadek SMZ o 13,8%.

3.2 OCENA ZMIAN W BADANYCH OBSZARACH – POZIOM MIKRO

Badania przeprowadzone w ramach projektu pokazały, że na poziomie mikro – poziomie gmin, a przede wszystkim na poziomie instytucji realizujących projekty, wpływ działań prowadzonych w ramach ewaluowanych interwencji jest bardzo wyraźnie widoczny.

Zacznijmy od poziomu instytucji, które realizowały bądź realizują projekty. Wszyscy beneficjenci biorący udział w badaniach identyfikowali wpływ realizowanych projektów na funkcjonowanie reprezentowanych przez nich instytucji (w badaniu CAWI 85% beneficjentów spontanicznie wskazało, że projekt, który realizowali bądź realizują, miał wpływ na różne aspekty funkcjonowania instytucji/organizacji, którą reprezentują) Wpływ ten szczególnie silnie identyfikowany był w przypadku projektów infrastrukturalnych – w przypadku beneficjentów realizujących projekty w ramach Działań 8.4 i 8.6 – odsetek dostrzegających wpływ prowadzonych w ramach projektu inwestycji na funkcjonowanie instytucji wyniósł 95%.

Wśród najczęściej wskazywanych pozytywnych zmian w funkcjonowaniu instytucji, które dokonały się zdaniem badanych bezpośrednio jako konsekwencja realizowanego projektu

wskazywano rozwój infrastruktury, poprawę jakości świadczonych usług, wzrost wiedzy, kompetencji, doświadczenia uczestników projektu. Beneficjenci realizujący „projekty miękkie” wskazywali, że dzięki realizacji projektu rozszerzyli swoją dotychczasową ofertę, zapewnili społeczności lokalnej szerszy dostęp do świadczonych usług, w tym także usług, które, gdyby projekt nie był realizowany, nie byłyby możliwe. Wiele działań realizowanych w ramach projektu było absolutnie nowatorskie i to nie tylko na skalę gminy, czy powiatu, ale także na skalę województwa, czy nawet kraju. Jednym z takich nowatorskich działań był projekt prowadzony przez Łomżyńskie Centrum Medyczne, polegający na zapewnieniu opieki deinstytucjonalnej. Celem projektu było zapewnienie leczenia i nadzoru nad zdrowiem pacjenta w środowisku domowym, aby zminimalizować konieczność leczenia w zakładach zamkniętych. Projekt ten realizowany był przed pandemią COVID-19, a w trakcie pandemii okazał się dla wielu jego uczestników niezastąpiony.

Wsparcie kierowane do rodzin, do pieczy zastępczej, do młodzieży, często było dla uczestników pierwszą tego rodzaju pomocą w jakiej uczestniczyli. Gdyby nie projekt uczestnicy w wielu przypadkach nie mogliby pozwolić sobie na korzystanie z pomocy specjalistycznej – na przykład psychoterapeutów, psychologów itd.

W badaniu silnie identyfikowany był też wpływ projektów na integrację społeczną. Badania jakościowe pokazały, że często powstanie świetlicy środowiskowej, czy też klubu seniora stało się zaczątkiem kontaktów międzypokoleniowych w ramach gminy, ale także stało się zaczątkiem kontaktów szerszych, wychodzących poza gminę, czy nawet powiat. Znalazło to potwierdzenie w badaniach ilościowych przeprowadzonych w ramach projektu – w ramach badania CAWI, 12% uczestników spontanicznie wskazało na bezpośredni wpływ realizowanego przez nich projektu na integrację społeczną.

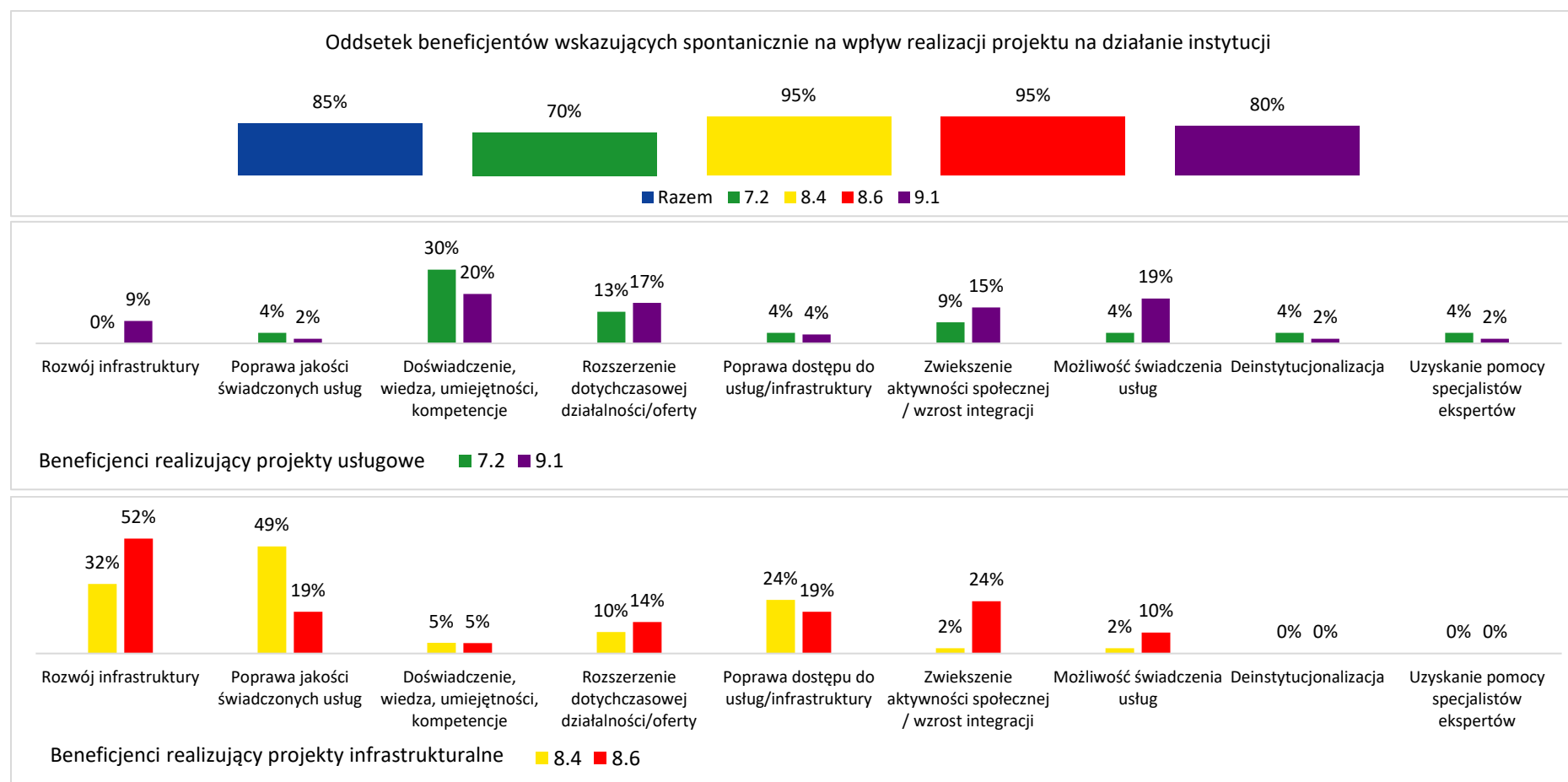
Analizując działania, podejmowane w ramach badanej interwencji, widać wyraźnie, że przyczyniały się one w bezpośredni i pośredni sposób do deinstytucjonalizacji usług. Aspekt deinstytucjonalizacyjny identyfikowany był zarówno przez beneficjentów, jak i uczestników projektów, choć często nie używano tej nazwy. Natomiast, zarówno beneficjenci, jak i uczestnicy, mieli świadomość, że projekty które realizują i w których uczestniczą służą temu, aby w konsekwencji móc żyć w społeczności lokalnej, zachować rodzinę, czy jak najdłużej zachować samodzielność. Jak pokazały badania jakościowe, chodzi tu zarówno o działania interwencyjne, zapobieganie konieczności działań na poziomie instytucji (wsparcie dla rodzin, wsparcie w kierunku pieczy zastępczej), szybkość działania medycznego ograniczająca hospitalizację (teleopieka, rozwiązania umożliwiające natychmiastową diagnostykę), wsparcie udzielane w środowisku lokalnym (np.: usługi asystenckie), czy też wsparcie umożliwiające życie i funkcjonowanie poza placówką (np.: mieszkania chronione). Patrząc na wskazania spontaniczne beneficjentów – uczestników badania ilościowego charakteryzujące wpływ projektów, przez pryzmat Działania widać wyraźne różnice. I tak dla beneficjentów realizujących projekty w ramach Działania 7.2 najczęściej wskazywane wymiary wpływu projektów, to z jednej strony wzrost kompetencji i wiedzy uczestników (30%), z drugiej zaś poszerzenie dotychczasowej oferty instytucji (13%). Na te aspekty

stosunkowo często wskazywali również beneficjenci Działania 9.1 (wskazania wyniosły odpowiednio: 20% i 17%). Jednak w przypadku tego Działania mamy do czynienia z dużo większą różnorodnością postrzeganego wpływu. Jako wpływ projektów realizowanych w ramach Działania 9.1 stosunkowo często identyfikowano także wpływ na pobudzenie aktywności i integracji społecznej (15%), a także wskazywano na fakt, że dzięki projektowi w ogóle instytucje mogą świadczyć usługi (19%).

W przypadku oddziaływania projektów realizowanych w ramach Działania 8.4 beneficjenci zwracali najczęściej uwagę na poprawę jakości świadczonych usług (49%). Oczywiście pojawił się też aspekt po prostu rozwoju infrastruktury (32%), który skutkował dla mieszkańców poprawą dostępu do infrastruktury nowoczesnej i wysokiej jakości, umożliwiającej świadczenie usług wysokiej jakości (24%).

W przypadku beneficjentów Działania 8.6 szczególnie silnie podkreślano rozwój infrastruktury (52%), a także zwiększenie integracji społecznej, jakie nastąpiło dzięki projektowi (24%).

Wykres 1. Identyfikowanie wpływu projektu na funkcjonowanie instytucji beneficjenta – wskazania spontaniczne³¹



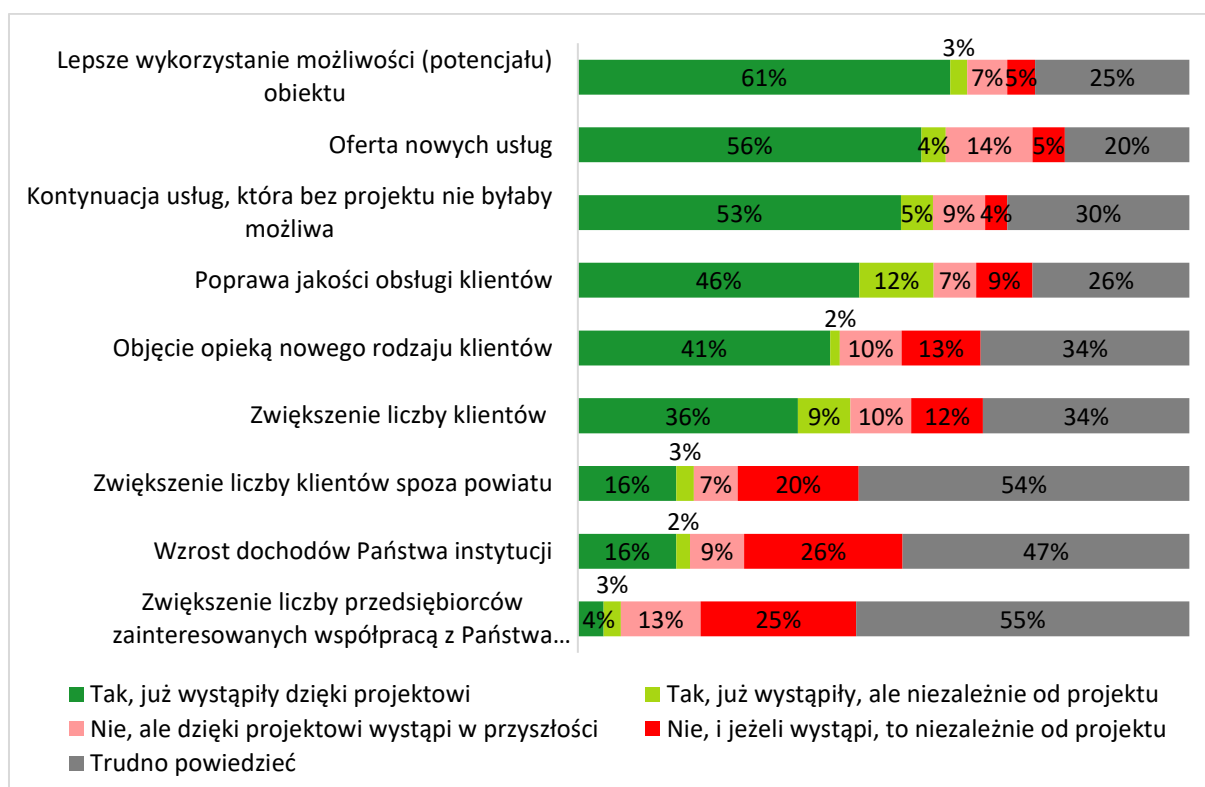
Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Jakie są, Pana(i) zdaniem, najważniejsze efekty realizowanego projektu dla Państwa instytucji?” (N=141). Opracowanie własne.

³¹ Respondenci w odpowiedzi na pytanie wskazywali na więcej niż jeden efekt realizacji projektu, stąd udzielone odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Powyżej omówiono spontaniczne wypowiedzi respondentów, dzięki którym można zidentyfikować najmocniej zakorzenione w świadomości poglądy. Natomiast, pełniejszy, skwantyfikowany obraz identyfikowanego oddziaływania projektów wyłania się z analizy odpowiedzi na pytania, w których wprost zapytano beneficjentów o różne możliwe obszary wpływu i oddziaływania (Wykres 3, str. 65). Zatem, 61% biorących udział w badaniu wskazało, że dzięki projektowi mogą w pełniejszy sposób wykorzystywać obiekt i jego potencjał. Ponad połowa badanych wskazała, że dzięki projektowi mogła wyjść do mieszkańców z ofertą nowych usług (56%) lub też kontynuować dotychczasowe usługi, których bez projektu nie mogliby świadczyć (53%). Niemal połowa (46%) badanych wskazała, że dzięki projektowi nastąpiła, w reprezentowanych przez nich instytucjach, poprawa jakości obsługi klienta, 41% wskazało, że dzięki projektowi instytucja objęła opieką nowego typu klienta, zaś co trzecia instytucja (36%) wskazała, że zwiększyła liczbę klientów.

Jak więc widać, bardzo wysokie odsetki uczestników badania identyfikują bezpośredni wpływ realizowanych projektów na dostępność świadczonych usług (szerszy wachlarz, większa liczba, nowy rodzaj usług, większa liczba klientów, w tym nowi klienci, nie korzystający wcześniej w tego typu usług) oraz ich wyższą jakość, związaną zarówno z rozwojem infrastruktury, obiektów w jakich usługi są świadczone, jak również z jakości i standaryzacji samych świadczonych usług.

Wykres 2. Charakterystyka wpływu projektu na funkcjonowanie instytucji beneficjenta

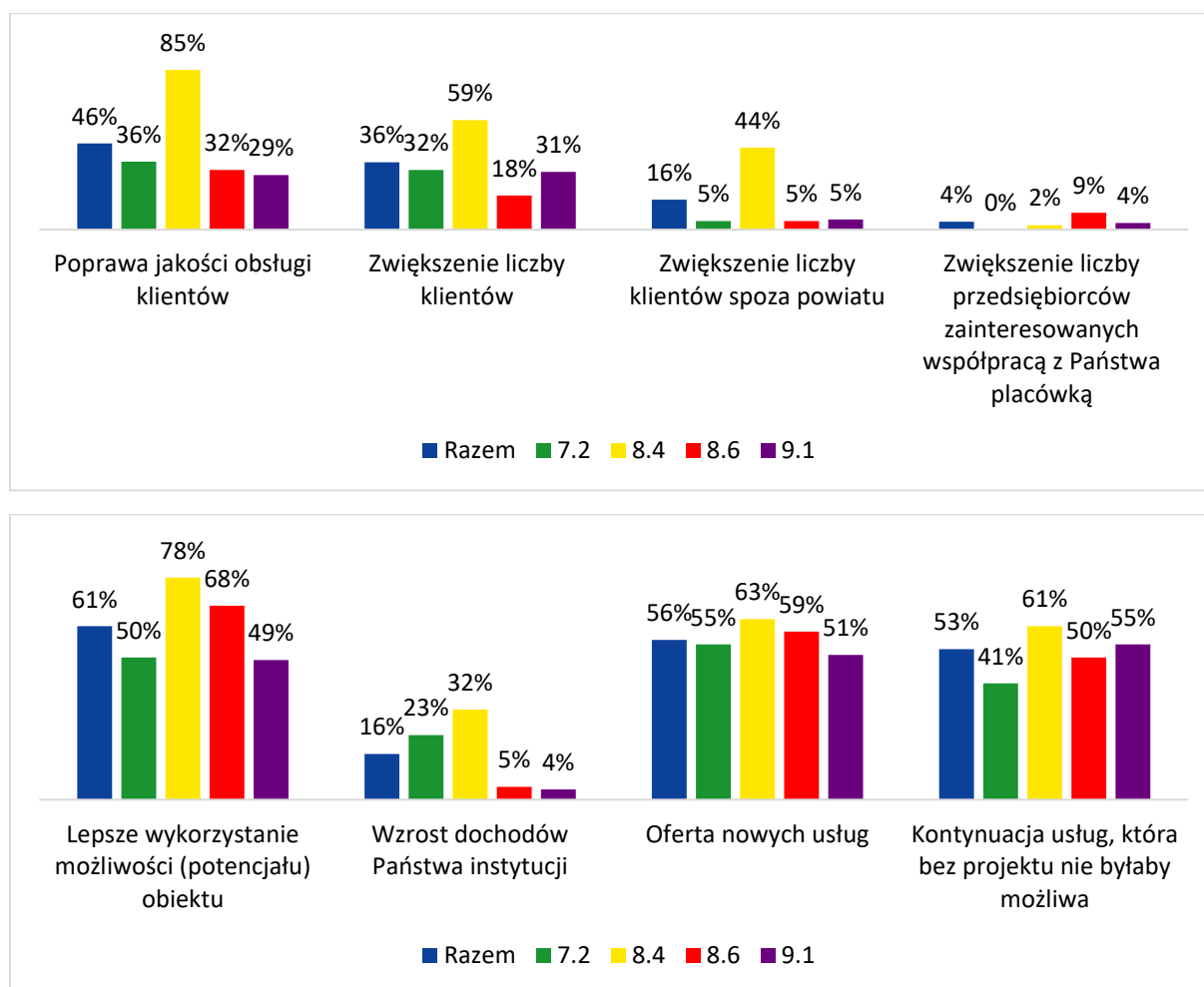


Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Proszę wskazać, które z poniższych zjawisk już wystąpiły od czasu rozpoczęcia realizacji projektu i określić ich powiązanie z projektem, oraz wskazać te, których spodziewają się Państwo w przyszłości.” (N=141). Opracowanie własne.

Analizując zmiany jakie zaszły w instytucji oraz w jej otoczeniu dzięki realizowanym projektom przez pryzmat poszczególnych działań widać wyraźnie, że na plus pod względem wszechstronności wpływu ponownie wyróżniają się projekty realizowane w ramach Działania 8.4 (w tym projekty zintegrowane). Wśród zjawisk, które już wystąpiły i identyfikowane są jako bezpośrednia konsekwencja realizowanego projektu, należy wymienić: poprawę jakości obsługi klientów (85%) lepsze wykorzystanie potencjału obiektu (78%), oferta nowych usług (63%), umożliwienie kontynuacji dotychczas świadczonych usług (61%) oraz zwiększenie liczby klientów (59%), a także zwiększenie liczby klientów spoza powiatu (44%).

Niezależnie od wyraźnie silniejszej pozycji projektów realizowanych w ramach Działania 8.4 (co wynika z celów i specyfiki Działania) należy jednak podkreślić, że identyfikowany wpływ projektów realizowanych w ramach wszystkich działań jest wyraźny.

Wykres 3. Odsetek deklarujących, że dany efekt wystąpił już dzięki projektowi w rozbiu na Działania RPOWP

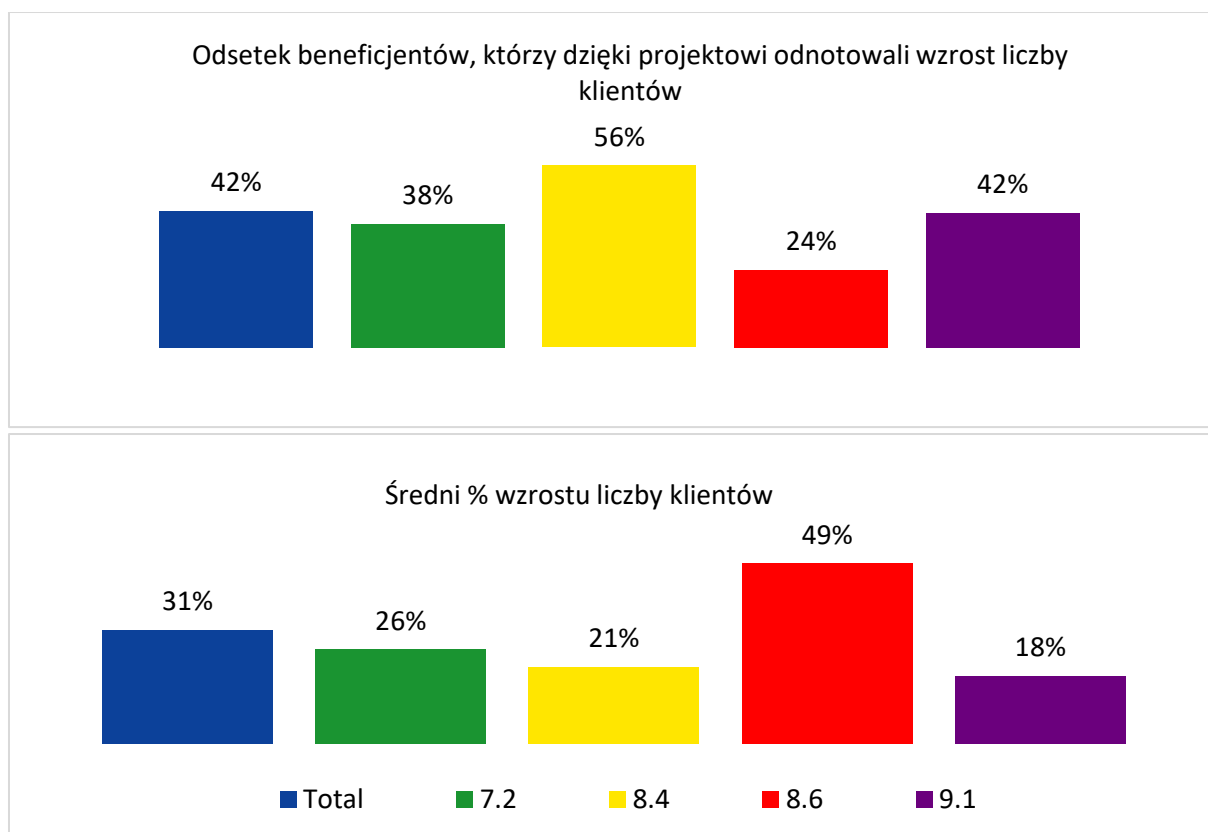


Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Proszę wskazać, które z poniższych zjawisk już wystąpiły od czasu rozpoczęcia realizacji projektu i określić ich powiązanie z projektem, oraz wskazać te, których spodziewają się Państwo w przyszłości.” (N=141). Opracowanie własne.

Wzrost liczby klientów podkreślany był przez wszystkich uczestników badań – zarówno w przypadku badań jakościowych jak i ilościowych. Patrząc na ilościowe przełożenie tych deklaracji (Badanie CAWI beneficjenci) wzrost liczby klientów, a więc także wzrost dostępności świadczonych usług odnotowało 42% badanych instytucji. Najwyższy odsetek tego typu deklaracji odnotowano ponownie wśród beneficjentów Działania 8.4 (56%), najniższy wśród beneficjentów Działania 8.6 (24%). W przypadku Działań, związanych z realizacją projektów miękkich, odsetek deklaracji, że wzrosła liczba klientów instytucji wyniósł odpowiednio: projekty realizowane w ramach Działania 7.2 – 38%, projekty realizowane w ramach Działania 9.1 – 42%.

Patrząc na skalę wzrostu – odsetek nowych klientów w stosunku do liczby obecnych klientów instytucji - to wzrost ten wynosi średnio nieco powyżej 30%. Należy tutaj pamiętać, że aby uchwycić skalę należy spojrzeć także na liczby bezwzględne. Wzrost rzędu 20% w projektach realizowanych w ramach Działania 8.4 – projektach stosunkowo dużych, realizowanych przez instytucje mające dużą liczbę klientów, to stosunkowo duży wzrost w liczbach bezwzględnych.

Wykres 4. Opinie na temat wzrostu liczby klientów instytucji, w konsekwencji realizacji projektu



Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Proszę oszacować o ile % dzięki realizacji projektu zwiększyła się liczba Państwa klientów?” (N=141). Opracowanie własne.

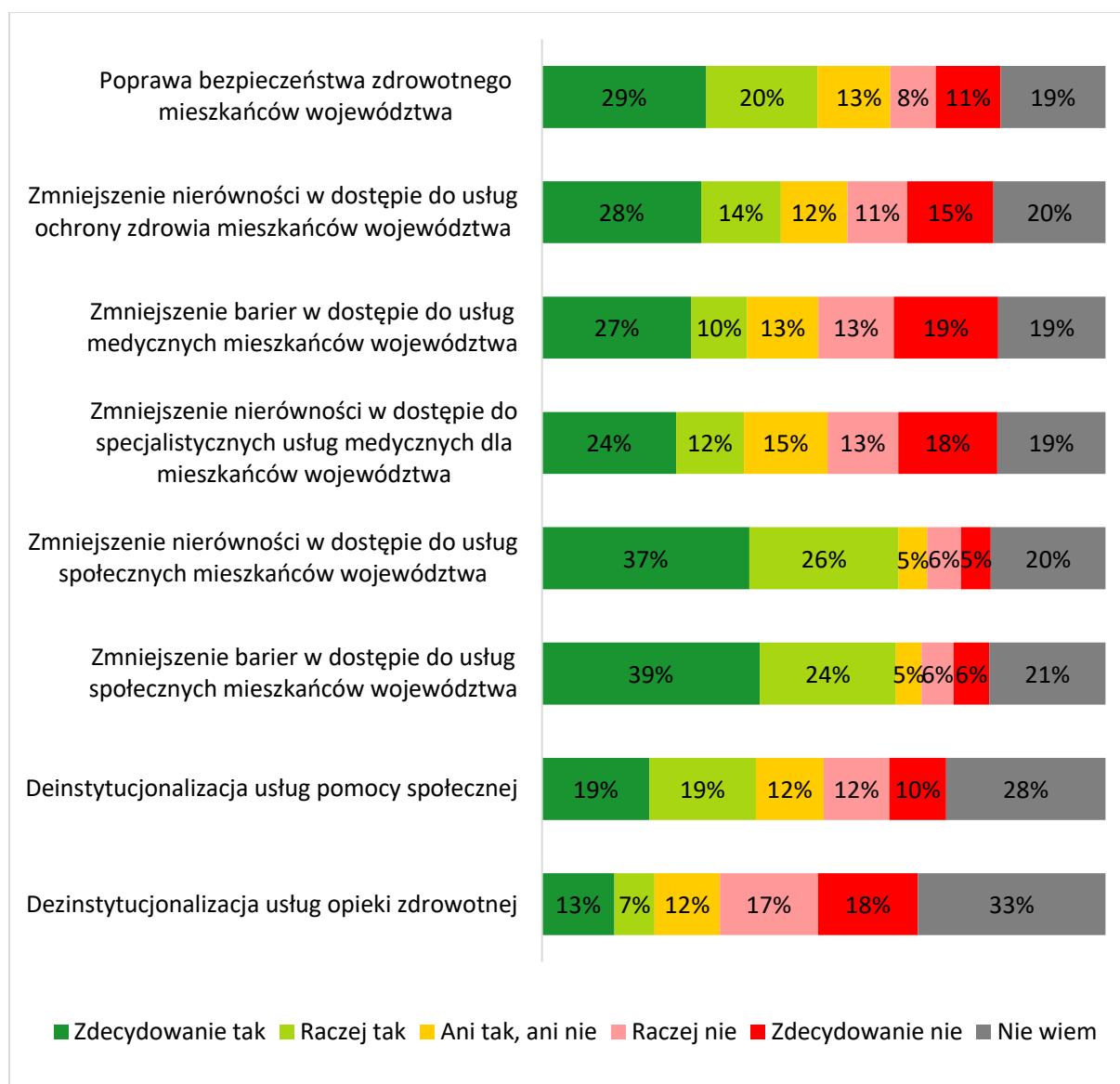
Są to oczywiście tylko opinie, ale opinie osób realizujących projekty, specjalistów w obszarach, w których działają, niejednokrotnie posiadających ogromną wiedzę, a także misję prowadzenia konkretnych działań na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Dlatego też opinii tych nie należy lekceważyć, a potraktować je z należnym im szacunkiem i uwagą. Dodatkowo opinie te są egzemplifikacją także opinii zespołu eksperckiego realizującego projekt. W niniejszym rozdziale opinie te zostaną jedynie zasygnalizowane, aby dać ogólny obraz wpływu i wagi realizowanych działań. Bardziej szczegółowo poszczególne kwestie zostaną omówione w kolejnych rozdziałach raportu.

Ponad 60% badanych uznało, że realizowane przez nich projekty miały wpływ na zmniejszenie nierówności oraz barier w dostępie do usług społecznych mieszkańców województwa. Co ważne niemal 40% pytanych zdecydowanie zgodziło się z tą opinią.

W przypadku opinii na temat wpływu projektu na dostęp do usług medycznych tj. zmniejszenie barier, nierówności, zmniejszenie nierówności w dostępie do specjalistycznych usług medycznych, odpowiedzi twierdzących udzieliło około 30-40% badanych w zależności od aspektu. Prawie połowa natomiast była zdania, że realizowany przez nich projekt miał wpływ na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Przy analizie dysproporcji pomiędzy obszarem pomocy społecznej a obszarem opieki zdrowotnej należy wziąć pod uwagę fakt, że, w ramach ewaluowanej interwencji, zdecydowaną przewagę, zarówno ilościową jak i kwotową, miały projekty realizowane stricte w obszarze pomocy społecznej. Nie pozostało to bez wpływu na odpowiedzi respondentów.

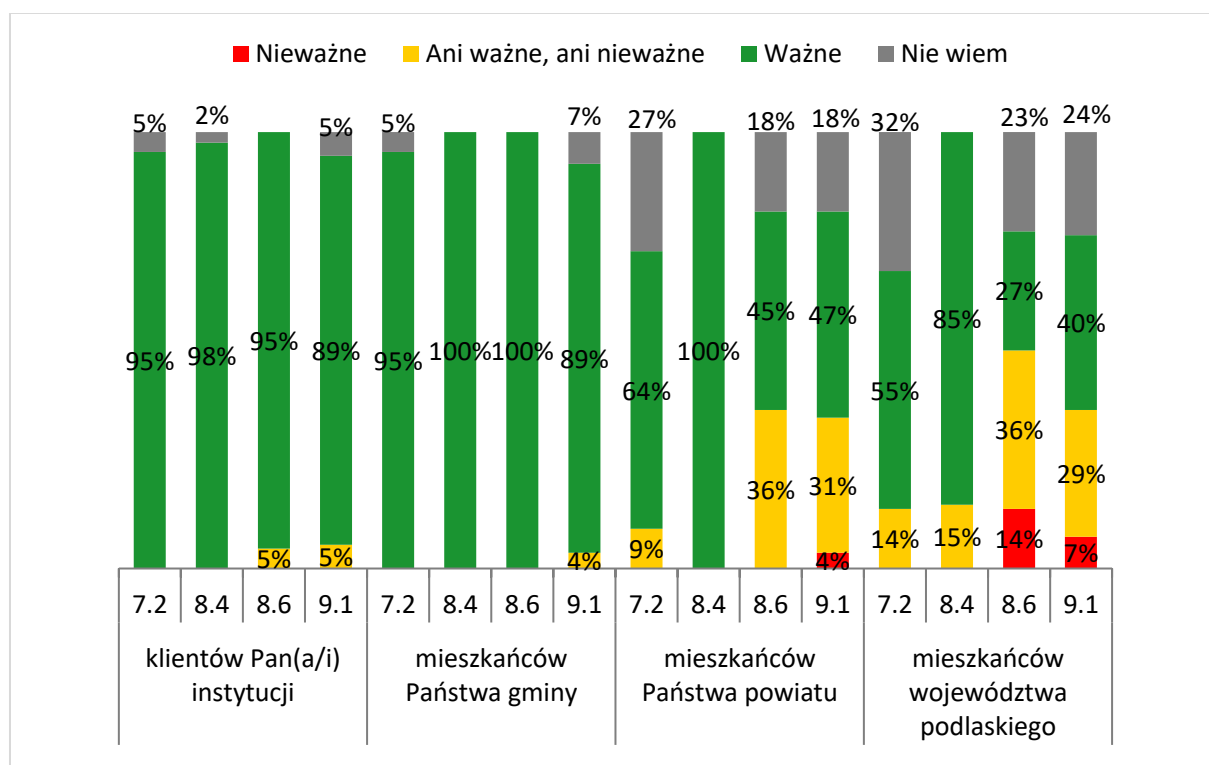
Pozytywną opinię na temat wpływu projektów na deinstytucjonalizację usług opieki społecznej wyraziło 37 % badanych, zaś na deinstytucjonalizację usług opieki zdrowotnej – 19%.

Wykres 5. Ocena wpływu projektu na różne aspekty rzeczywistości społecznej



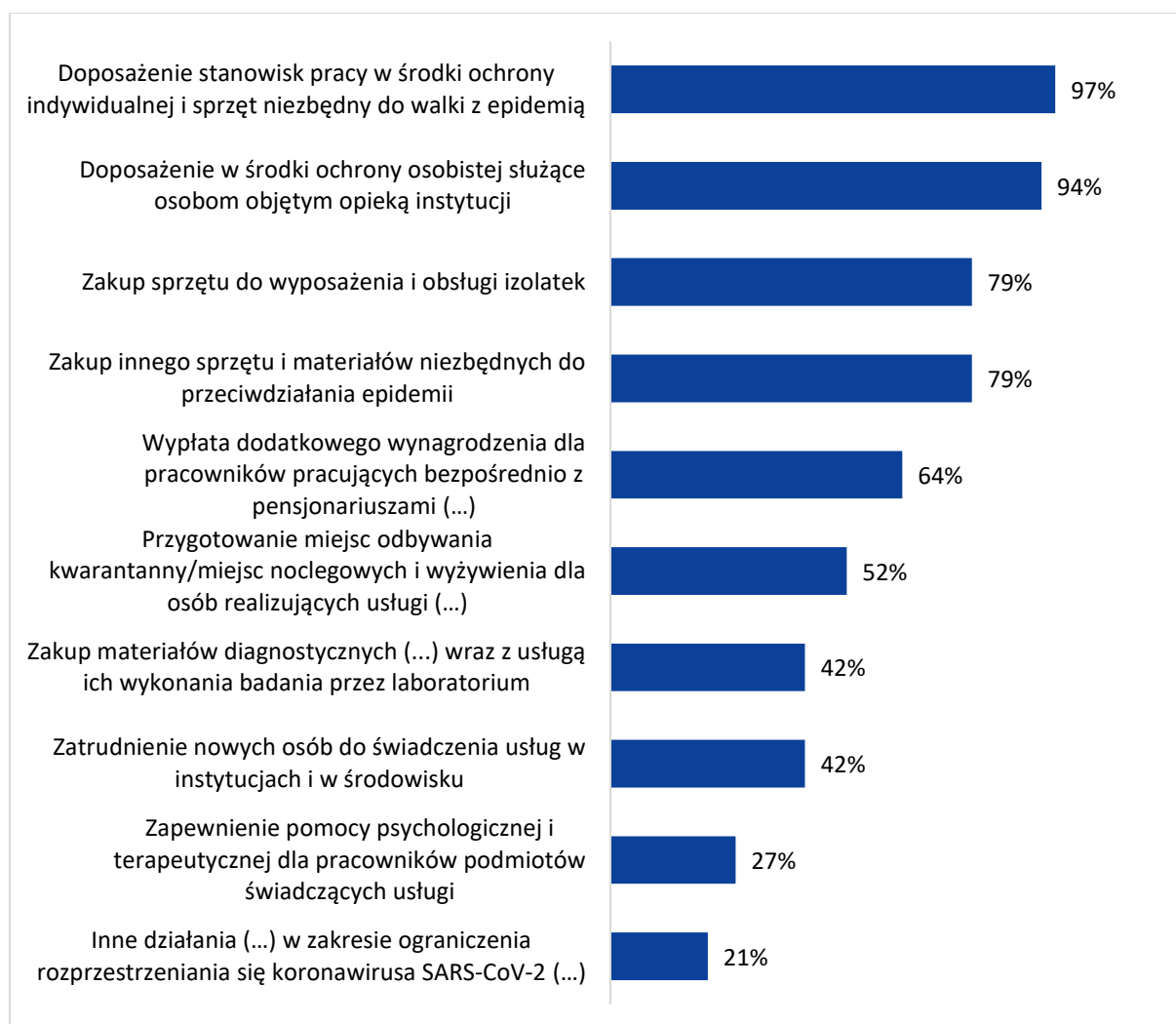
Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Czy Pana zdaniem projekt, który realizowaliście ma wpływ na: ...?” (N=141). Opracowanie własne.

Badania pokazały, że wpływ i waga działań realizowanych projektów widoczna jest nie tylko na poziomie gminy i powiatu, ale także na poziomie całego województwa (szczególnie w przypadku projektów wspierających infrastrukturę obszaru opieki zdrowotnej).

Wykres 6. Ocena wagi działań prowadzonych w ramach projektu – krąg odbiorców

Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Proszę ocenić na ile działania prowadzone w ramach projektu były, Pana(i) zdaniem, ważne z punktu widzenia ...” (N=141). Opracowanie własne.

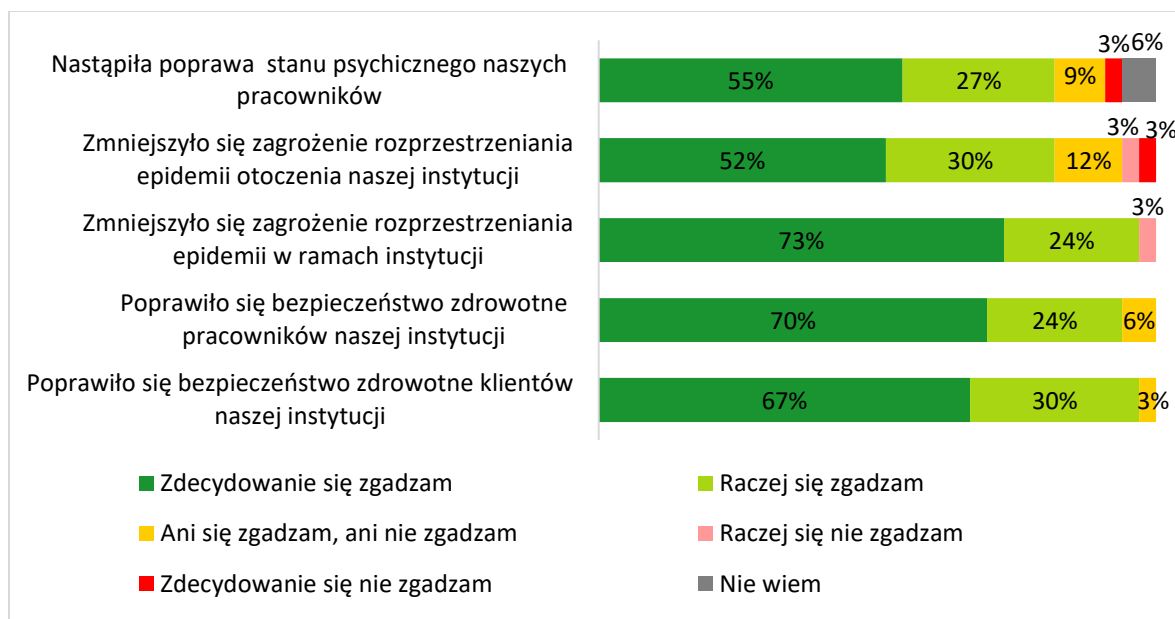
W ramach Działania 7.2, w odpowiedzi na zagrożenie pandemiczne, uruchomiono projekt „Wdrożenie działań mających na celu poprawę sytuacji epidemiologicznej związanej z zagrożeniem spowodowanym przez koronawirus SARS-CoV-2 na terenie województwa podlaskiego w obszarze systemu pomocy społecznej”. W projekcie tym wzięło udział 40 uczestników instytucjonalnych. Instytucje te w ramach projektu otrzymały granty finansowe, których przeznaczeniem było zabezpieczenie instytucji – jej klientów, a także pracowników – w okresie pandemii. Konkretnie przeznaczenie środków pochodzących z grantów przedstawia Wykres 7.

Wykres 7. Przeznaczenie środków pochodzących z grantów

Źródło: Badanie CAWI uczestników instytucjonalnych Poddziałania 7.2.1, odpowiedzi na pytanie: „Proszę zaznaczyć na jakie cele w Państwa instytucji został przeznaczony otrzymany grant?” (N=33). Opracowanie własne.

W opinii przedstawicieli instytucji, które pozyskały granty, otrzymane wsparcie okazało się nadzwyczaj skuteczne. Niemal wszyscy, którzy wzięli udział w badaniu zgodzili się, że dzięki otrzymanym środkom i sposobie w jaki zostały one zagospodarowane zmniejszyło się zagrożenie rozprzestrzeniania się epidemii w ramach instytucji, a także, że poprawiło się bezpieczeństwo zdrowotne pracowników i klientów instytucji. Warto zwrócić uwagę że 67-73% w zależności od stwierdzenia zdecydowanie zgodziło się z daną opinią.

Nieco mniejsza, aczkolwiek nadal bardzo wysoka, zgodność wystąpiła ze stwierdzeniem odnośnie zmniejszenia zagrożenia rozprzestrzeniania się epidemii w otoczeniu instytucji, a także poprawą stanu psychicznego pracowników (por. Wykres 8).

Wykres 8. Efekty podjętych działań zabezpieczających przed skutkami koronawirusa

Źródło: Badanie CAWI uczestników instytucjonalnych Poddziałania 7.2.1, odpowiedzi na pytanie: „Proszę określić na ile Pan(i) zgadza się z następującymi stwierdzeniami dotyczącymi otrzymanego wsparcia: Dzięki otrzymanym w ramach grantu środkom finansowym ...”(N=33). Opracowanie własne.

Reasumując, biorąc pod uwagę bardzo ogólny poziom analizy widać wyraźnie, że wpływ realizowanych działań, zarówno na funkcjonowanie instytucji realizujących projekty, jak też szerzej na funkcjonowanie społeczne ludności, jest wyraźnie widoczny. Wpływ ten często, szczególnie w przypadku projektów infrastrukturalnych, realizowanych w obszarze ochrony zdrowia, nie ogranicza się jedynie do miejsca realizacji projektu, ale widoczny jest także na poziomie okolicznych powiatów, a także poziomu województwa.

3.3 PODSUMOWANIE

Analizy prowadzone w niniejszym rozdziale miały na celu zbudowanie tła analitycznego służącego do odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Pytanie badawcze nr 2: W jakim stopniu, w rezultacie interwencji RPOWP nastąpiło ograniczenie istniejących nierówności w zakresie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, jak również podwyższenie standardu świadczonych usług i zwiększenie zakresu (liczby osób korzystających) ich świadczenia? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?
- Pytanie badawcze nr 3: W jakim stopniu interwencja RPOWP przyczyniła się do rozwijania usług społecznych i zdrowotnych (rozwój oceniany przez pryzmat wszystkich i poszczególnych rodzajów usług)? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?
- Pytanie badawcze nr 5: Czy i jaka jest skuteczność wsparcia RPOWP w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych? W jakim stopniu nastąpiła

poprawa sytuacji w regionie pod kątem przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej i jakie są dalsze potrzeby w tym zakresie?

- Pytanie badawcze nr 7: Jak oceniana jest skuteczność wsparcia RPOWP w zakresie dostępności i jakości infrastruktury ochrony zdrowia i infrastruktury usług społecznych, w kontekście założonych celów badanej interwencji?
- Pytanie badawcze nr 8: Czy w rezultacie interwencji RPOWP nastąpiło ograniczenie istniejących nierówności w zakresie dostępu do infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych, jak również podwyższenie standardu świadczonych usług i zwiększenie zakresu (liczby osób korzystających) ich świadczenia? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?

Przeprowadzone analizy ekonometryczne z wykorzystaniem wskaźników obrazujących dany obszar pokazały, że o ile w obszarze usług społecznych w żadnym powiecie nie odnotowano negatywnej zmiany SMUS na przestrzeni lat 2013-2020 (we wszystkich powiatach nastąpiła poprawa wartości miary syntetycznej), to w obszarze zdrowia jest zgoła inaczej. Mianowicie, w większości powiatów zaobserwowano spadek poziomów SMZ. Oznacza to, że poprawiła się sytuacja powiatów województwa podlaskiego pod względem usług społecznych (średnio o 40,2% na przestrzeni lat 2013-2020), pogorszyła się natomiast w obszarze zdrowia (nie dotyczy to jedynie powiatu zambrowskiego i kolneńskiego) o średnio 13,8%.

Jeśli chodzi o wpływ interwencji RPOWP analizowany na poziomie makro, to statystycznie nie można stwierdzić, że interwencja RPOWP przyczyniła się do rozwoju usług społecznych i zdrowotnych (ocenianych globalnie, nie szczegółowo). Patrząc jednak na poziom mikro tj. na poziom poszczególnych gmin i powiatów oraz poziom konkretnych beneficjentów realizujących projekty widać wyraźnie, że wsparcie uzyskane w ramach RPOWP miało bardzo duży wpływ pozytywny. Wpływ ten manifestował się przede wszystkim wzrostem potencjału instytucji, wzrostem liczby klientów oraz liczby świadczonych usług, a także wzrostem ich jakości.

Widać również wyraźny wzrost potencjału instytucji w walce z pandemią COVID-19, jako efekt wsparcia finansowego udzielonego instytucjom w ramach Działania 7.2.1.

Oczywiście, kwestie te będą przedmiotem analizy w dalszych częściach raportu. Już jednak analiza na poziomie ogólnym wskazuje, że dzięki realizowanym w ramach RPOWP działaniom:

- nastąpiło ograniczenie istniejących nierówności w zakresie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych oraz do infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych;
- nastąpił rozwój i podwyższenie standardu świadczonych usług i zwiększenie zakresu (liczby osób korzystających) ich świadczenia;
- nastąpiła poprawa w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych;
- nastąpiła poprawa w zakresie dostępu do nowoczesnej i wysokiej jakości infrastruktury zdrowotnej i społecznej.

4 OCENA TRAFNOŚCI INTERWENCJI

Obszar trafności, to sam początek odtworzonej przez zespół badawczy teorii interwencji. Jest to obszar fundamentalny, stanowiący o kształcie interwencji i jej dopasowaniu do problemów i potrzeb zidentyfikowanych w obszarach, na które nakierowana jest interwencja.

Trafność badaliśmy za pomocą wszystkich metod uwzględnionych w badaniu. Przy czym, przypadku obszaru ochrony zdrowia nie mogliśmy zastosować do badania trafności interwencji, zaprojektowanej metody ekonometrycznej. Szersze wyjaśnienia tego faktu podajemy poniżej.

4.1 EKONOMETRYCZNE BADANIE TRAFNOŚCI – POZIOM MAKRO

Jak zdefiniowano na etapie raportu metodologicznego, badanie trafności (ang. *relevance*) wymaga zoperacjonalizowania celów i potrzeb interwencji. Potrzeby wyrażono tutaj za pomocą syntetycznych mierników zdrowia oraz usług społecznych, których niska wartość w początkowym okresie badania oznacza wyższe potrzeby badanego powiatu pod względem zdrowia/usług społecznych. Uznajemy, że trafność interwencji zostaje wykazana, jeśli do powiatów o wyższych potrzebach (tzn. niższej wartości miary syntetycznej) kierowano wyższe wsparcie, czego statystycznym dowodem jest ujemna korelacja pomiędzy potrzebami (zoperacjonalizowanymi jako wartość miary syntetycznej przed uruchomieniem programu, czyli w roku 2013), a sumą wartości realizowanych projektów w obu analizowanych obszarach. Zsumowane wartości projektów w podziale na powiaty pokazuje poniższa tabela.

Tabela 7. Wartość projektów (ogółem i w przeliczeniu na mieszkańca) w podziale na obszar zdrowia i usług społecznych

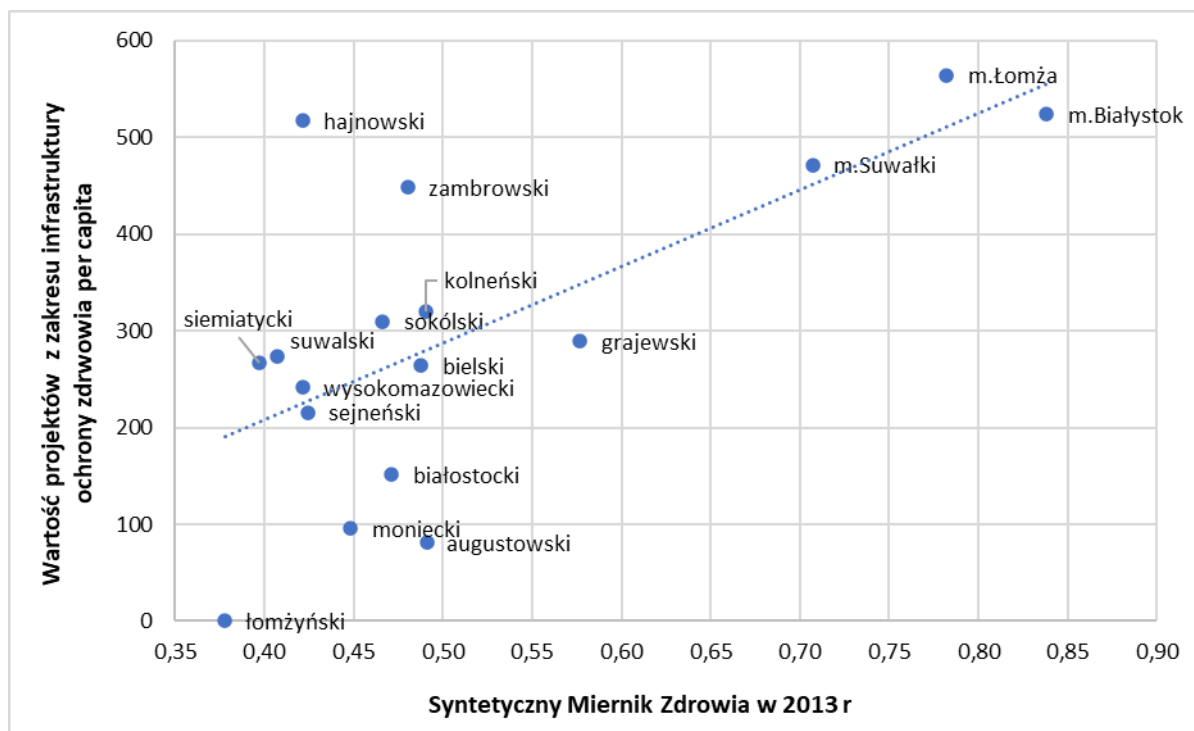
Powiat	Wartość projektów (w zł) realizowanych w obszarze:		Wartość projektów (w zł per capita) realizowanych w obszarze:	
	zdrowia	usług społecznych	zdrowia	usług społecznych
augustowski	4 845 200	5 222 542	84,0	90,6
białostocki	22 011 132	16 895 375	145,9	112,0
bielski	15 211 824	8 695 005	283,3	161,9
grajewski	14 131 594	4 564 614	302,0	97,6
hajnowski	23 484 773	9 852 802	559,3	234,6
kolneński	12 646 242	6 040 625	333,8	159,4
łomżyński	0,0	3 699 060	0,0	72,8
moniecki	4 015 779	1 365 452	100,2	34,1
sejneński	4 506 772	1 086 901	228,9	55,2
siemiatycki	12 512 199	10 309 345	286,9	236,4
sokólski	21 837 820	13 718 427	331,5	208,2
suwalski	9 850 684	4 823 807	276,9	135,6

Powiat	Wartość projektów (w zł) realizowanych w obszarze:		Wartość projektów (w zł per capita) realizowanych w obszarze:	
	zdrowia	usług społecznych	zdrowia	usług społecznych
wysokomazowiecki	14 193 446	6 518 916	251,6	115,6
zambrowski	19 998 246	2 986 391	463,0	69,1
m. Białystok	154 590 359	10 525 352	520,6	35,4
m. Łomża	35 370 540	1 823 019	565,3	29,1
m. Suwałki	32 662 307	1 458 780	469,0	20,9

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych dostarczonych przez Zamawiającego oraz danych GUS, dotyczących liczby ludności w każdym z powiatów województwa.

Poniższe wykresy pokazują zależność pomiędzy potrzebami powiatów w zakresie zdrowia i usług społecznych (zdefiniowanymi za pomocą miar syntetycznych), a wartością projektów w danym zakresie interwencji.

Wykres 9. Zależność pomiędzy potrzebami powiatów w zakresie zdrowia (oś pozioma) a wartością zrealizowanej w nich interwencji (oś pionowa)



Źródło: opracowanie własne.

Powyższy wykres wskazuje na dodatnią zależność pomiędzy sytuacją powiatów pod względem zdrowia, a kwotą realizowanych projektów z tego zakresu. Współczynnik korelacji pomiędzy tymi zmiennymi wynosi 0,6 – jest dodatni i istotny statystycznie³². Oznacza to, że

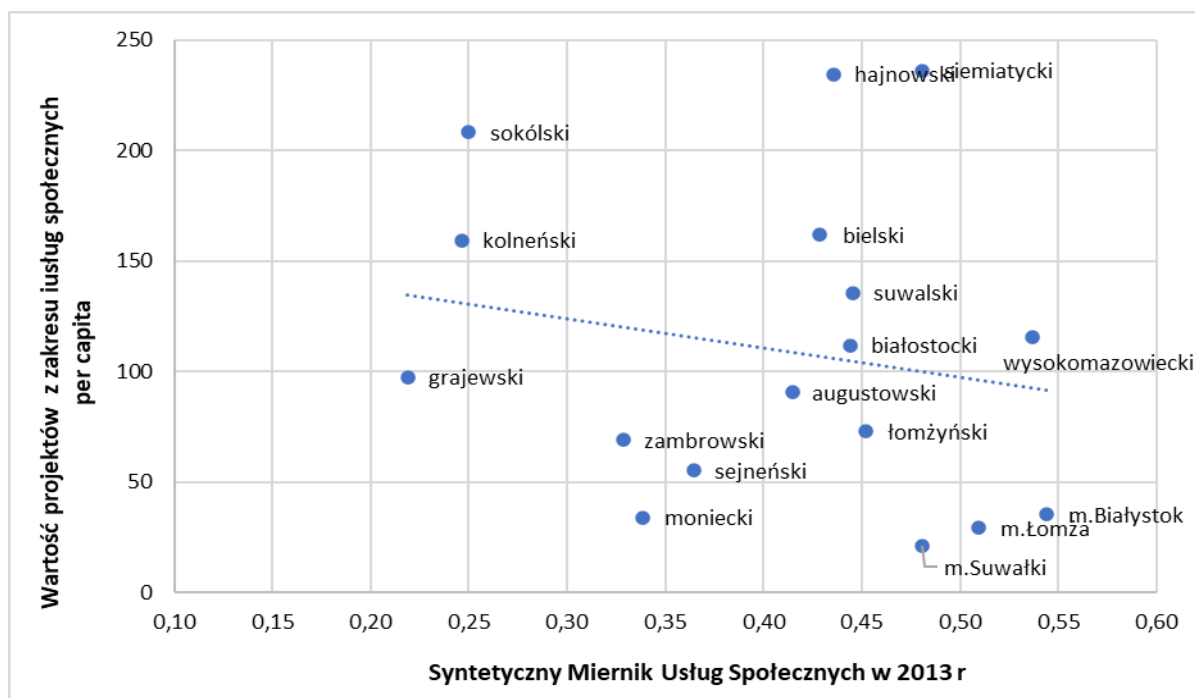
³² W przypadku badania zależności wśród 17 powiatów województwa, graniczą wartością współczynnika korelacji, poniżej której korelacje nie są istotne statystycznie jest $r=0,49$ (przy poziomie istotności 0,05). Oznacza to, że korelacje powyżej wartości bezwzględnej z 0,49 można uznać, z 95% prawdopodobieństwem, za istotne statystycznie.

projekty nie były realizowane w powiatach o najwyższych potrzebach w obszarze zdrowia (scharakteryzowanego za pomocą syntetycznego miernika zdrowia). Było wręcz przeciwnie – im lepsza była (przeciętnie) sytuacja powiatu pod względem zdrowia, tym wyższe wartości projektów zrealizowano. Jak wynika z Wykresu 9, projekty o najwyższej wartości były realizowane w powiatach o wysokiej wartości syntetycznej miary zdrowia (a więc teoretycznie o najmniejszych potrzebach), tzn. w Łomży, Suwałkach, Białymstoku. Nie dowodzi to jednak w tym przypadku braku trafności wsparcia, tylko odzwierciedla rozmieszczenie placówek leczniczych, jak i specyfikę wsparcia w zakresie infrastruktury zdrowia.

Takie ukierunkowanie wsparcia wynika zarówno z zapisów RPOWP 2014-2020, Policy Paper, Mapy potrzeb zdrowotnych, rekomendacji Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, jak i rozmieszczenia placówek leczniczych, szczególnie szpitali specjalistycznych, które ulokowane są w miastach, i korzystając ze swojej infrastruktury zdrowotnej świadczą usługi dla mieszkańców także okolicznych powiatów, a niekiedy nawet (szpitale specjalistyczne) dla całego województwa. Z tego powodu nie realizowano projektów z zakresu zdrowia w powiecie łomżyńskim (ziemskim), bowiem realizował je szpital w Łomży, który świadczy usługi zdrowotne dla mieszkańców powiatu łomżyńskiego (powiatu ziemskiego i grodzkiego).

Dlatego też zaproponowana w tym paragrafie metoda badania trafności – na podstawie ujemnej korelacji pomiędzy wartością miernika a wartością projektów – nie może być zastosowana do obszaru zdrowia. Inaczej kształtuje się sytuacja w obszarze pomocy społecznej.

Wykres 10. Zależność pomiędzy potrzebami powiatów w zakresie usług społecznych (oś pozioma) a wartością zrealizowanej w nich interwencji (oś pionowa)



Źródło: opracowanie własne.

Powyższy wykres wskazuje na ujemną zależność pomiędzy sytuacją powiatów pod względem usług społecznych (mierzoną syntetycznym miernikiem usług społecznych), a kwotą realizowanych projektów z tego zakresu. Współczynnik korelacji pomiędzy tymi zmiennymi wynosi jednak zaledwie -0,2 i jest nieistotny statystycznie³³. Oznacza to, że projekty były, przeciętnie biorąc, realizowane w powiatach o najwyższych potrzebach pod względem usług społecznych, lecz nie można statystycznie potwierdzić istotności tego wyniku. Widać jednak znaczną różnicę w ukierunkowaniu wsparcia w miastach na prawach powiatu, które charakteryzowały się, podobnie do obszaru zdrowia, wysokimi wartościami miary syntetycznej, czyli stosunkowo najmniejszymi potrzebami w zakresie usług społecznych. W nich też zrealizowano projekty o stosunkowo najmniejszej wartości, co jest zgodne z ideą trafności interwencji.

4.2 OCENA TRAFNOŚCI – POZIOM MIKRO

Na trafność realizowanej interwencji można też spojrzeć w perspektywie mikro tj. w perspektywie konkretnych projektów i konkretnych uczestników. **Wszystkie przeprowadzone badania pierwotne wskazują na wysoką trafność projektów realizowanych w ramach ewaluowanych działań.**

Przede wszystkim wszystkie projekty poprzedzone były diagnozą potrzeb. Sporządzenie diagnozy wymagane było obligatoryjnie, jednak zwraca uwagę wielość źródeł jakie wykorzystywane były przy ich sporządzaniu, a wielość źródeł obligatoryjna już nie była.

Zdecydowana większość beneficjentów (72%) dokonywała diagnozy wewnątrz – przez pracowników własnej instytucji. Jedynie 28% zlecało sporządzenie diagnozy na zewnątrz instytucji. Uwagę zwraca fakt, że w przypadku projektów realizowanych w ramach Działania 8.6 odsetek beneficjentów wspomagających się usługami podmiotu zewnętrznego był szczególnie wysoki (59%, w odniesieniu do 4-12 % w innych działaniach). Beneficjentami w tym Działaniu były jednostki samorządu terytorialnego, głównie urzędy gmin.

Z wywiadów z przedstawicielami instytucji pracującymi przy wdrażaniu wsparcia w ramach Działania 8.6 wynika, że w tym przypadku, na początku okresu programowania wystąpiły trudności hamujące proces. Trudności te wynikały głównie z braku zrozumienia celu projektów w ramach tego Działania, na czym konkretnie polegać ma integracja społeczna, jak ma się przejawiać i o jakie interwencje konkretnie tu chodzi. W momencie zdiagnozowania tych problemów zostało uruchomione wsparcie szkoleniowe i doradcze, które zaowocowało wyższą jakością składanych w konkursach wniosków.

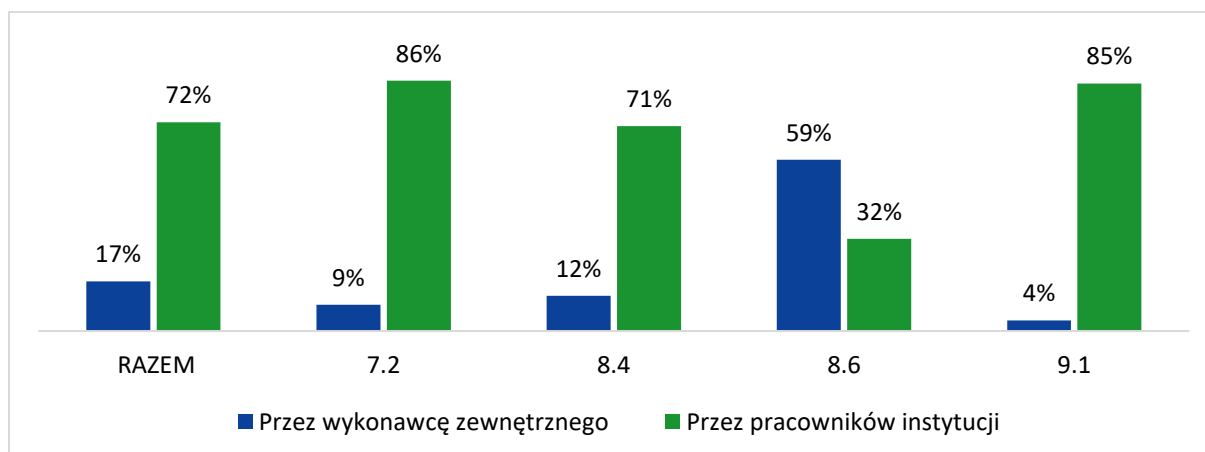
Dodatkowo, jednostki samorządu terytorialnego nie zawsze mają przestrzeń kadrową na zajęcie się kwestiami nie należącymi do standardu zadań pracowniczych. Stąd też, być może, częstsze zlecenie przygotowania wniosku projektowego, a tym samym diagnozy potrzeb na zewnątrz instytucji.

³³ Jw.

Z czasem pod wpływem działań promocyjnych i edukacyjnych świadomość i zrozumienie celów interwencji wzrosła. Wydaje się, że jednak do końca, celem nadrzędnym realizowania inwestycji w Działaniu 8.6, była inwestycja infrastrukturalna, a kwestie związane z integracją i społecznością lokalną były traktowane jako drugoplanowe.

Jednak bez względu na to, jaka była geneza i jaki sposób przygotowania, projekty te trafiały na podatny grunt i rzeczywiście adresowały istniejące potrzeby. W trakcie jednego z wywiadów pogłębionych, osoba nadzorująca realizację jednego z projektów w ramach Działania 8.6 mówiła jak wielkim zaskoczeniem dla niej była prężność i efektywność powstałego w zaadoptowanej infrastrukturze klubu seniora. Klub nadal działa po zakończeniu projektu, organizuje zajęcia, spotkania, prowadzi zajęcia chóru. Powstały w trakcie projektu chór nadal istnieje i funkcjonuje, uczestniczy w licznych konkursach, wyjeżdża i reprezentuje gminę. Dodatkowo, nawiązana została współpraca z klubem seniora w sąsiedniej gminie i kluby wspólnie organizują różne przedsięwzięcia. W trakcie rozmowy przedstawiciel beneficjenta powziął pomysł, aby potencjał tkwiący w seniorach, uwidoczniiony i rozbudzony w trakcie projektu, wykorzystać w celu integracji młodszych mieszkańców gminy, którzy wykazują się bardzo małą aktywnością i małym stopniem integracji.

Wykres 11. Sposób przygotowywania diagnozy potrzeb – ze względu na działanie

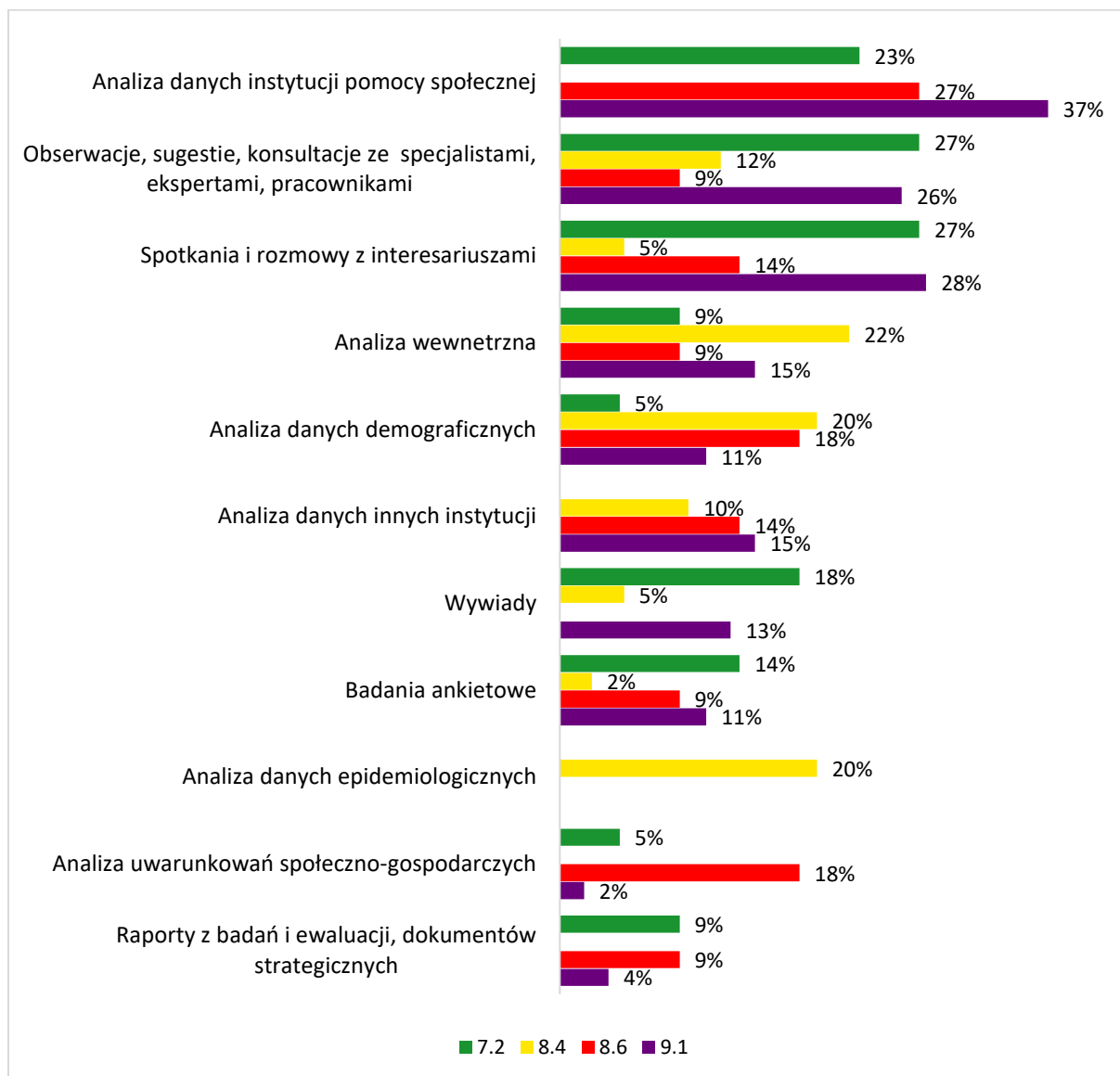


Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Czy diagnoza przygotowywana była przez wykonawcę zewnętrznego, czy wewnątrz, przez pracowników instytucji? (N=141). Opracowanie własne.

Wracając do źródeł, jakie wykorzystywane były przy diagnozie potrzeb, to widać ich wielość. Dodatkowo, należy podkreślić, że, szczególnie tam gdzie do konkursów stawały instytucje i organizacje świadczące dany typ usług, miały one bardzo dobre rozeznanie w obszarze potrzeb swoich klientów lub potencjalnych klientów, a także potrzeb swojej instytucji w kontekście świadczenia usług. Zarówno małe inwestycje, w przypadku których diagnoza odbywała się głównie w oparciu o analizę wewnętrzną, spotkania i rozmowy z interesariuszami itd., jak i duże projekty, gdzie przy diagnozie wykorzystywano także dane demograficzne, dane instytucji pomocy społecznej, czy też różnorodne opracowania,

charakteryzują się w opinii zespołu badawczego dużą trafnością i odpowiadają na istniejące, czasami uświadamiane już od długiego czasu, palące potrzeby obsługiwane środowiska. Często, w przypadku małych lokalnych inwestycji, społeczność skupiona wokół beneficjenta od lat czekała i planowała taką właśnie inwestycję.

Wykres 12. Sposób przeprowadzenia przez beneficjentów diagnozy potrzeb

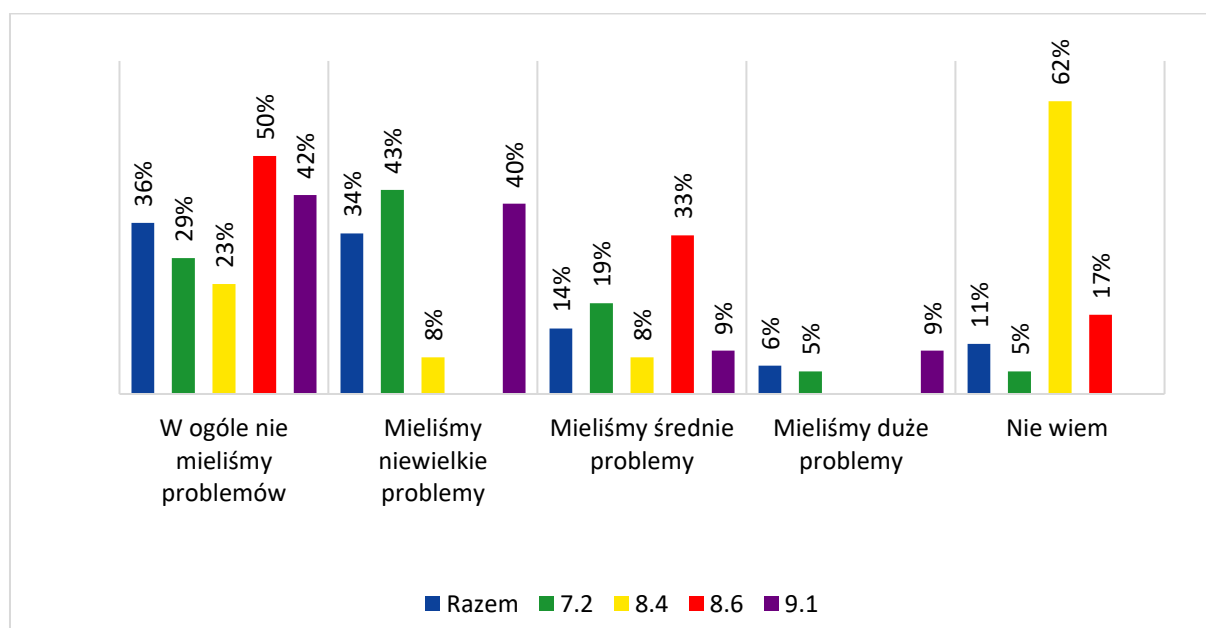


Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Proszę wrócić pamięcią do etapu przygotowywania wniosku projektowego. Proszę opisać, w jaki sposób była przeprowadzana diagnoza potrzeb?” (N=141). Opracowanie własne.

O trafności oferty w ramach realizowanych projektów może świadczyć także fakt, że beneficjenci w większości przypadków nie mieli problemów z rekrutacją uczestników do projektu. Rekrutacja zdecydowanie najczęściej odbywała się płynnie i pula dostępnych miejsc była wyczerpana błyskawicznie. Bardzo dobrze ilustrują to wyniki badań ilościowych. Zgodnie z nimi 36% beneficjentów zadeklarowało, że nie miało z rekrutacją do projektu żadnych problemów, zaś 34% określiło swoje problemy jako niewielkie. Bardzo duże problemy

z rekrutacją zadeklarowało jedynie 2% beneficjentów – byli to wyłącznie przedstawiciele Działania 9.1. Egzemplifikację tego faktu przynoszą badania jakościowe – w jednym z projektów oferujących usługi asystenckie na obszarze miejskim. W trakcie rekrutacji okazało się, że na terenie, na którym ma być realizowany projekt, występuje już znaczne nasycenie tego typu usługami. Nasycenie to spowodowane jest głównie przez realizację kilku różnych projektów finansowanych ze środków UE, oferujących właśnie usługi asystenckie. Rekrutacja w tym projekcie cały czas jeszcze trwa, więc ostatecznie nie jest wciąż przesądzone, czy uda się zrealizować zakładane wskaźniki.

Wykres 13. Problemy w trakcie rekrutacji uczestników – ogółem i ze względu na działanie

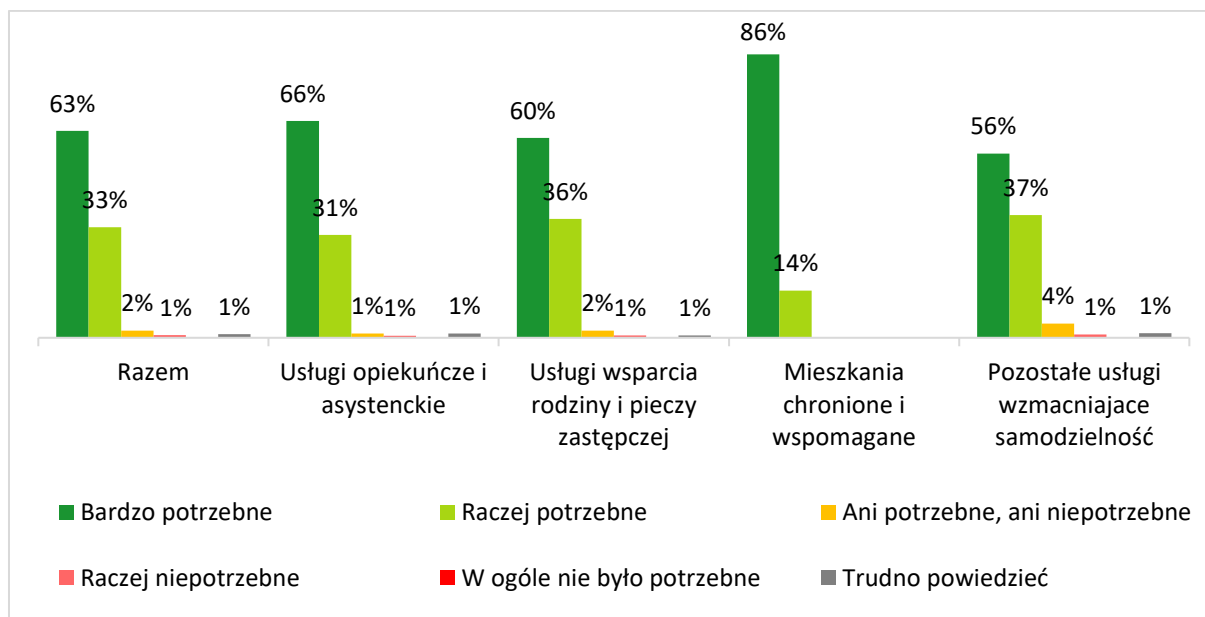


Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Czy mieliście Państwo problemy z naborem uczestników projektu?” (N=94, projekty w których był prowadzony nabór uczestników). Opracowanie własne.

Ocenę trafności można także opierać o opinie uczestników na temat tego, na ile otrzymane wsparcie było im potrzebne. Zarówno badania jakościowe – rozmowy z odbiorcami wsparcia, jak również przeprowadzone badania ilościowe, wskazują na bardzo wysoką trafność realizowanych działań.

Przyjrzyjmy się ilościowym prawidłowościom w tym zakresie. Zdecydowana większość uzyskanych opinii wskazuje na to, że wsparcie udzielane w ramach usług społecznych było bardzo potrzebne (63% odpowiedzi „bardzo potrzebne” oraz 33% „raczej potrzebne”). Na te dwie kategorie wskazali wszyscy odbiorcy usługi „mieszkania chronione i wspomagane”, 97% korzystających z usług opiekuńczych i asystenckich oraz 96% odbiorców usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. Inne zdanie wyraziło tylko 4% uczestników projektów i na ten odsetek składają się zarówno braki odpowiedzi, odpowiedzi niejednoznaczne („trudno powiedzieć”), jak i pojedyncze wskazania określające usługi jako niepotrzebne.

Wykres 14. Potrzeba otrzymania określonego rodzaju wsparcia wśród uczestników projektu – ogółem i wśród odbiorców poszczególnych usług



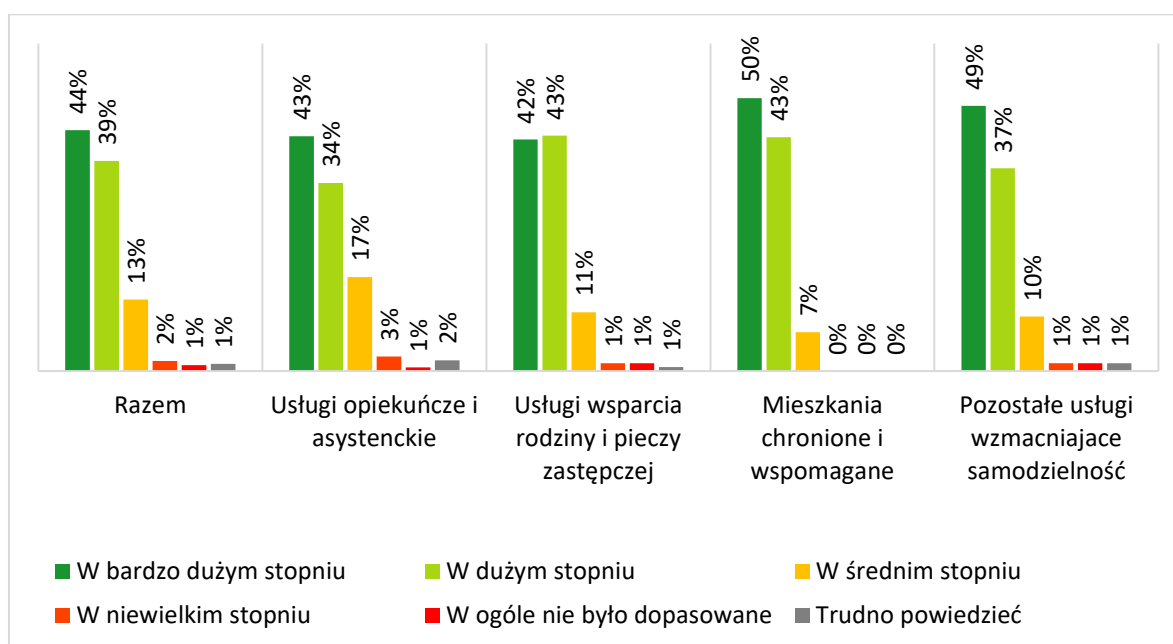
Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów w ramach Działań 7.2 i 9.1 (N=374), odpowiedź na pytanie: „Na ile potrzebne było Panu/Pani lub Pana/Pani podopiecznemu/rodzinie w tamtym momencie właśnie takie wsparcie?”. Opracowanie własne.

Przedstawione powyżej dane ankietowe potwierdzają opinie, wyrażone w wywiadach indywidualnych, niezależnie, czy były realizowane z uczestnikami projektów stanowiącymi kadrę w realizowanych przedsięwzięciach, czy też odbiorcami usług społecznych. Zwraca uwagę bardzo szerokie spektrum korzyści uzyskanych przez uczestników projektów, od wsparcia w przeżywaniu samotności i starości oraz radzenia sobie z drobnymi dolegliwościami zdrowotnymi i rozwiązywania prostych problemów prawnych (korzyści często wskazywane przez seniorów), aż po aktywizację społeczną i zawodową (m.in. osób wracających na rynek pracy po okresie bezrobocia i po urodzeniu dzieci), usamodzielnienie i wzmocnienie psychiczne (dzięki usłudze mieszkania wspomagane) oraz rozwiązanie dylematów i problemów wychowawczych i psychologicznych (osób korzystających z usług pieczy zastępczej oraz wsparcia terapeutycznego i psychologicznego).

O aspekt dopasowania wsparcia do potrzeb zapytano wprost uczestników projektów w badaniu ilościowym. Najczęściej wskazywali oni odpowiedź, że otrzymane wsparcie było dopasowane do potrzeb w bardzo dużym stopniu (44% odpowiedzi) lub w dużym stopniu (39%). Zatem na generalnie dobre dopasowanie otrzymanego wsparcia wskazało ogółem 83% badanych, zaś na dopasowanie w średnim stopniu 13%. O wyrażnie słabym dopasowaniu wsparcia można mówić bardzo rzadko – tylko 3% uczestników uznało, że wsparcie nie było dopasowane w ogóle lub było dopasowane w niewielkim stopniu. Najwyższe oceny przyznawały osoby, które korzystały z formy wsparcia „mieszkania chronione i wspomagane” (aż 50% ocen najwyższych – „bardzo wysoki stopień dopasowania”). W przypadku usług opiekuńczych i asystenckich oraz usług wsparcia rodziny

i pieczy zastępczej ten odsetek był o kilka punktów procentowych niższy, ale nadal bardzo wysoki – odpowiednio: 43% i 42%. W opinii uczestników projektów, oceny ich dopasowania do potrzeb, choć generalnie wysokie, były obniżane przede wszystkim przez czynnik niedostatecznego wymiaru wsparcia (np. zbyt krótki okres wsparcia, zbyt rzadkie spotkania/wsparcie lub brak jego kontynuacji), na które zwróciło uwagę 9% respondentów. Nieco rzadsze (7%) były zastrzeżenia do poziomu merytorycznego wsparcia – wskazywano na przykład na zbyt małą wszechstronność zajęć, za małą liczbę zajęć psychologicznych, brak konkretnej wiedzy, brak zajęć praktycznych (a w zamian nazbyt dużo zajęć teoretycznych). Pojedyncze przypadki zastrzeżeń dotyczyły także takich aspektów jak: niedostateczne zindywidualizowanie zakresu do potrzeb, problemy organizacyjne, niewłaściwy personel projektowy.

Wykres 15. Ocena dopasowania wsparcia do potrzeb



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=374), odpowiedź na pytanie: „Na ile otrzymane wsparcie było dopasowane do Pana/Pani potrzeb / do potrzeb Pana/Pani podopiecznego/rodziny?. Opracowanie własne.

Na trafność wsparcia w znacznej mierze wskazuje także to, że było ono kierowane do osób, zagrożonych wykluczeniem społecznym, a więc osób, które zmagają się z różnego rodzaju trudnościami: każdy z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych wskazywał na wielość trudności z jakimi brykają się w codziennym życiu uczestnicy. To co warto podkreślić, to fakt, że wsparcie adresowało doświadczane trudności, choć oczywiście nie wyczerpywało potrzeb w tym zakresie. Badanie pokazało wyraźnie (podkreślane było to zarówno przez uczestników projektów jak i beneficjentów), że tego typu wsparcie powinno być świadczone w trybie stałym, nie tylko w ramach projektów. Poniżej, na podstawie badań ilościowych

prezentujemy skwantyfikowany obraz sytuacji uczestników wsparcia w ramach RPOWP³⁴.

Osoby te zmagają się między innymi z:

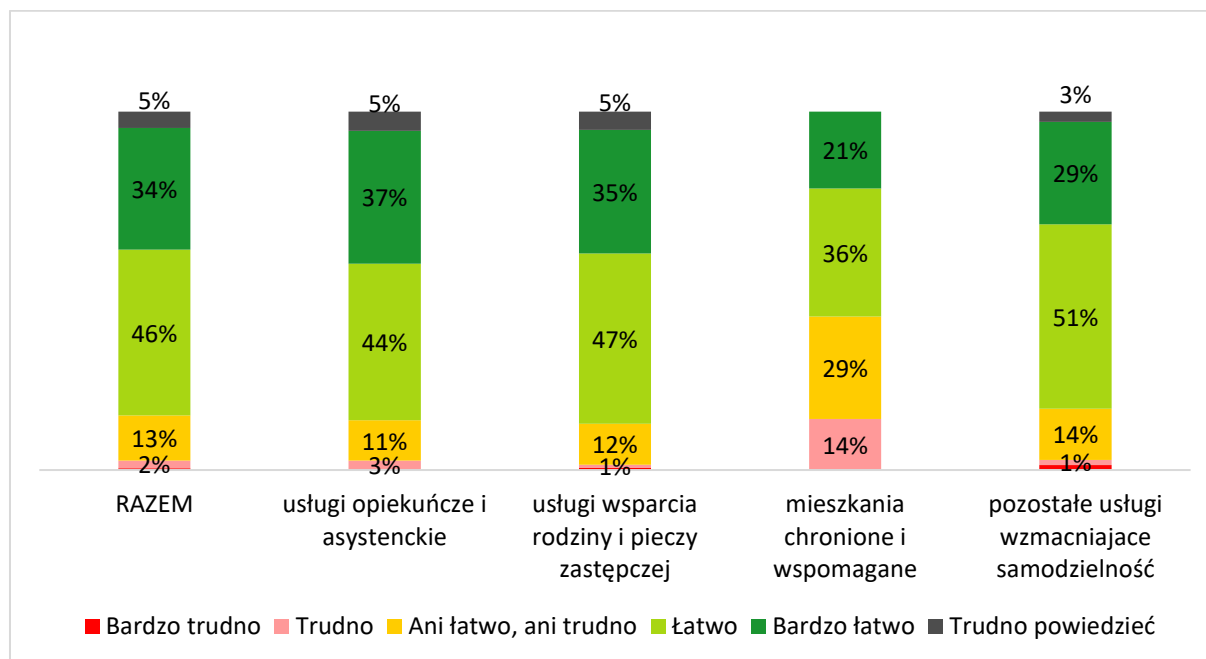
- Pogorszonym stanem zdrowia, utrudniającym w jakimś stopniu normalne/codziennie funkcjonowanie. Z tego rodzaju dolegliwościami zmagają się większość uczestników (56%), przy czym największy odsetek dotyczył odbiorców usługi „mieszkania chronione i wspomagane” (86%) oraz usług opiekuńczych i asystenckich (81%), zaś w wyraźnie mniejszym stopniu usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (39%). Nieco ponad 20% odbiorców dwóch pierwszych usług zdrowotne utrudnienia swojego normalnego funkcjonowania określa jako bardzo znaczne.
- Niskim poziomem wykształcenia formalnego. Wykształcenie co najwyżej gimnazjalne charakteryzowało 16% uczestników projektów, przy czym wśród odbiorców usług opiekuńczych i asystenckich takich osób było aż 24%. Taki poziom wykształcenia charakteryzował 14% odbiorców usługi „mieszkania chronione i wspomagane” oraz 9% usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej.
- Niską aktywnością zawodową. Ponad połowa uczestników (61%) to osoby nie pracujące. Stanowią one aż 92% odbiorców usług opiekuńczych i asystenckich, 64% odbiorców usługi „mieszkania chronione i wspomagane” oraz 41% usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej.
- Samotnością (życiem w gospodarstwie jednoosobowym). Taka sytuacja charakteryzuje co czwartego uczestnika (24%) i była najczęstsza wśród odbiorców usług opiekuńczych i asystenckich (47%), a znacznie rzadsza u odbiorców usługi „mieszkania chronione i wspomagane” (7%) oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (6%).
- Niepełnosprawnością. 23% uczestników posiadało orzeczenie o niepełnosprawności lub zamierzało się o takie ubiegać. Najczęściej osoby z niepełnosprawnością były spotykane wśród odbiorców usług opiekuńczych i asystenckich (41%) oraz usługi „mieszkania chronione i wspomagane” (36%), zaś znacznie rzadziej u odbiorców usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (9%).

Biorąc pod uwagę przedstawioną powyżej charakterystykę uczestników projektów na uznanie zasługuje fakt, że zdaniem blisko połowy z nich, uzyskanie wsparcia było „łatwe” (46%), a dla kolejnych 34% wręcz „bardzo łatwe”. Na te dwie odpowiedzi wskazało łącznie $\frac{4}{5}$ badanych. Na największą łatwość wskazywali korzystający z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (82%) oraz usług opiekuńczych i asystenckich (82%). Co zrozumiałe (biorąc pod uwagę specyfikę i koszt udzielenia wsparcia), nieco trudniejszy był dostęp do usług „mieszkania chronione i wspomagane” (uzyskanie wsparcia było łatwe dla 57% osób korzystających z tej usługi). Pod pojęciem „łatwość uzyskania wsparcia”, kryje się cała ścieżka dostępu do niego. Obejmuje to zarówno

³⁴ Charakterystyka uczestników projektów na podstawie badania ankietowego (CATI, metryczka, N=374).

dostępność wsparcia, jak i procedur rekrutacyjnych oraz dostępność niezbędnych informacji. Respondenci odpowiadali po prostu, na ile ich zdaniem łatwo, czy też trudno było dostać się do projektu biorąc wszystko pod uwagę.

Wykres 16. Łatwość uzyskania wsparcia – opinie uczestników projektów



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=374), odpowiedź na pytanie: „Jak Pan/Pani ocenia, czy łatwo było otrzymać to wsparcie?”. Opracowanie własne.

Nieliczni uczestnicy, którzy odczuli trudność w uzyskaniu wsparcia, wskazywali przede wszystkim na niedostateczny poziom informacji (o dostępnym wsparciu i sposobie jego uzyskania), uciążliwość dojazdów do miejsca realizacji projektu oraz ograniczoną dostępność wsparcia.

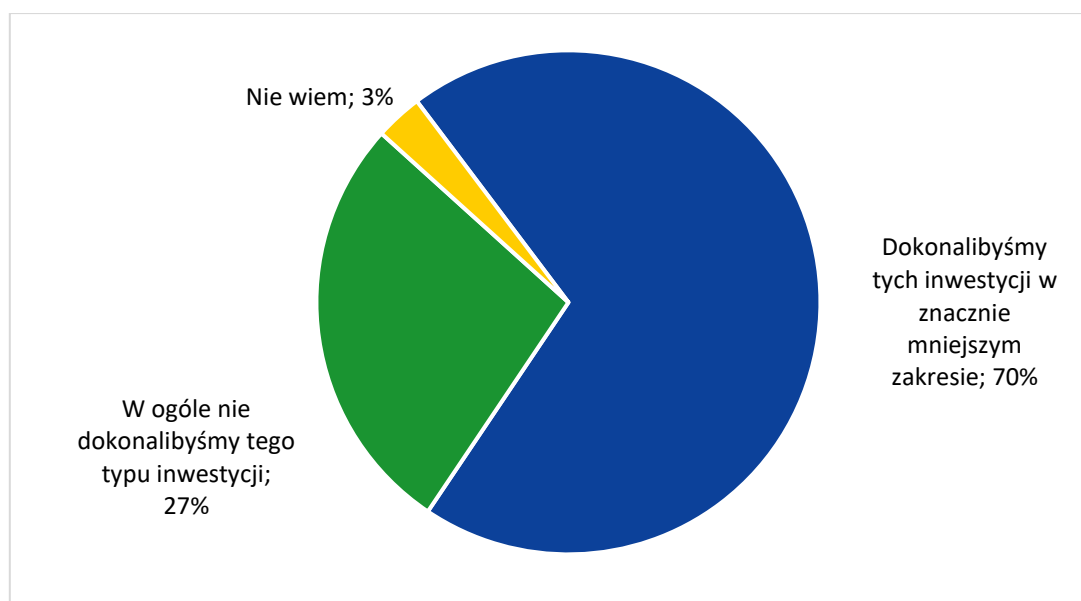
Pogłębione wypowiedzi uczestników projektów potwierdzają, że nie mieli oni istotnych problemów z uzyskaniem informacji o dostępnym wsparciu. Dużą rolę odgrywały nieformalne kanały komunikacji, tak zwana poczta pantoflowa, ale i informacje udzielane przez pracowników pomocy społecznej, urzędów pracy, klubów emerytów itp. Bardzo zróżnicowany był natomiast poziom dostępności do poszczególnych usług: zazwyczaj był on znaczny w przypadku usług stosunkowo prostych (takich jak na przykład zajęcia w ramach domów seniora), ale już wyraźnie niższy w przypadku wsparcia terapeutycznego i psychologicznego dla dorosłych oraz dzieci – z wypowiedzi osób świadczących takie usługi należy wnioskować o znacznym i częściowo niezaspokojonym popycie na tego typu usługi (do czego przyczyniła się także pandemia COVID-19 i związana z nią izolacja).

Osobnym typem ograniczenia w dostępności do wsparcia jest fizyczna odległość zamieszkania uczestników projektu od miejsca realizacji usług społecznych. Problem ten nie był częsty, gdyż wiele projektów było realizowanych lokalnie dla mieszkańców albo instytucja realizująca projekt oferowała także bezpłatny transport, natomiast w pojedynczych

przypadkach wykluczenie komunikacyjne dużych obszarów (głównie wsi i mniejszych miejscowości) utrudniało lub uniemożliwiało dostęp do wsparcia.

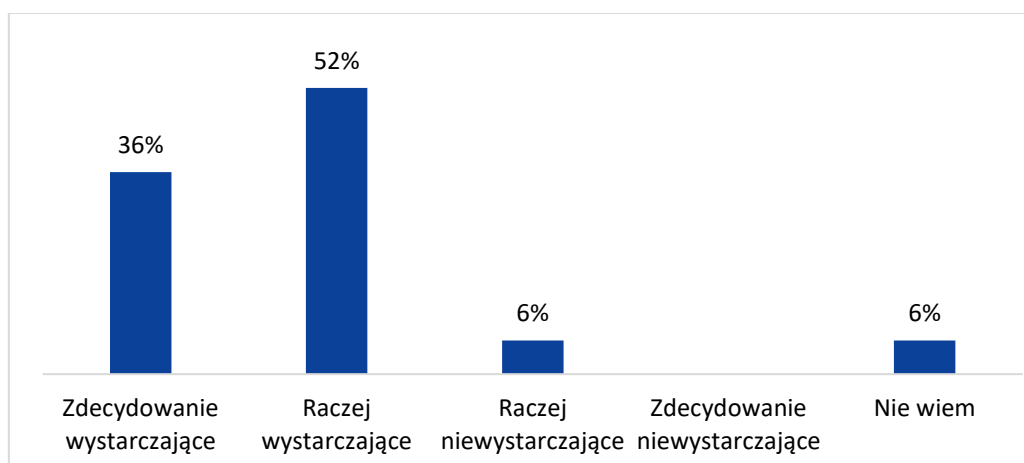
Również wypowiedzi uczestników instytucjonalnych projektów związanych z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19 wskazują na bardzo wysoką trafność uzyskanego wsparcia. Mianowicie 97% badanych (N=33) określiło, że przyznane w ramach grantu wsparcie było w tamtej sytuacji instytucji bardzo potrzebne. Dodatkowo 27% przyznało, że gdyby nie otrzymali tych środków w ogóle nie podjęliby działań zabezpieczających przed skutkami pandemii, 70% zaś uznało, że podjęliby działania jednak w znacznie mniejszym zakresie.

Wykres 17. Podjęcie działań w sytuacji nie otrzymania wsparcia



Źródło: Badanie CAWI uczestników instytucjonalnych Poddziałania 7.2.1, odpowiedzi na pytanie: „Czy gdyby nie otrzymali Państwo wsparcia w ramach tego grantu, czy dokonaliby państwo tych inwestycji?”(N=33). Opracowanie własne.

To, co warto podkreślić w przypadku tego projektu, to fakt, że wysokość otrzymanych przez instytucje w ramach grantów środków okazała się adekwatna do potrzeb – 36% badanych określiła otrzymane środki jako zdecydowanie wystarczające, zaś kolejne 52% uznała je za raczej wystarczające. Opinie, że środki nie były wystarczające pojawiały się incydentalnie.

Wykres 18. Ocena wysokości otrzymanych środków w stosunku do potrzeb

Źródło: Badanie CAWI uczestników instytucjonalnych Poddziałania 7.2.1, odpowiedzi na pytanie: „Proszę ocenić wysokość otrzymanych środków finansowych w stosunku do potrzeb Państwa instytucji w tym zakresie:...” (N=33). Opracowanie własne.

4.3 GŁÓWNE POTRZEBY DO UWZGLĘDNIENIA W RAMACH PRZYSZŁYCH INTERWENCJI

Uczestnicy projektów, wsparci w ramach Działań 7.2 i 9.1, w trakcie wywiadów realizowanych w ramach niniejszego badania, wykazywali znaczne zadowolenie z otrzymanego wsparcia. Jednocześnie bardzo rzadko byli w stanie wskazać, jakie mają nadal nie zrealizowane potrzeby. W ogóle świadomość potrzeb, poza potrzebami podstawowymi, czysto materialnymi (potrzeby finansowe, pożywienie, opał, czynsz za mieszkanie), jest w tej grupie bardzo niska. Trudno myśleć o potrzebach wyższego rzędu, gdy są one bardzo słabo identyfikowane przez zainteresowanych.

W trakcie przeprowadzonych rozmów oraz wywiadów kwestionariuszowych uczestnicy projektów często deklarowali, że dalej by chcieli korzystać ze wsparcia, takiego, jak to otrzymane w projekcie wspartym z RPOWP 2014-2020 (kontynuacja) lub w jego rozszerzeniu. Aż $\frac{3}{4}$ badanych uczestników bardzo chętnie chciałoby w przyszłości ponownie skorzystać z tego typu wsparcia, jak to już otrzymane. Po dodaniu odpowiedzi „raczej chętnie” odsetek osób zainteresowanych podobnym wsparciem rośnie aż do 91%.

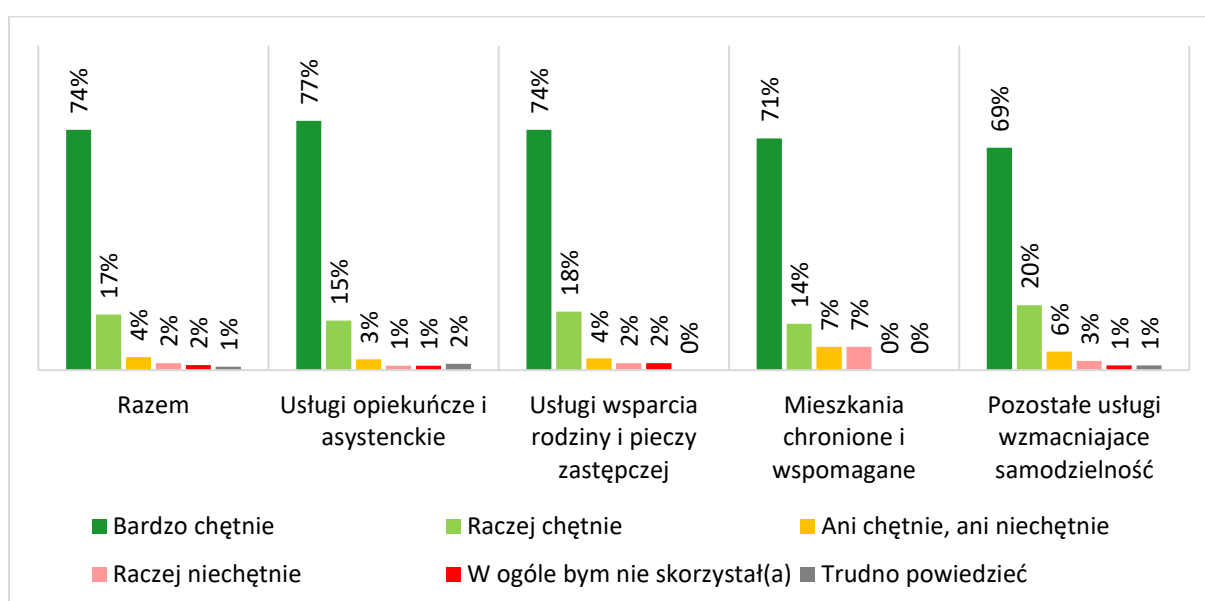
Wśród korzystających z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz z usług opiekuńczych i asystenckich, odsetek zainteresowanych ponownym uczestnictwem (odpowiedzi „bardzo chętnie” i „raczej chętnie”) wyniósł 92%. W przypadku korzystających z usług „mieszkania chronione i wspomagane” suma tych odpowiedzi wyniosła 86%.

Należy też podkreślić, że główną wadą w przypadku każdej z usług, wskazywaną przez uczestników projektów, był zbyt mały wymiar wsparcia, brak ciągłości, zbyt krótki czas projektu, zbyt mało godzin wsparcia. Widać było wyraźnie, że wsparcie to (jego kontynuacja) jest po prostu uczestnikom potrzebne. Wywiady z uczestnikami projektów wskazują na znaczny i niewystarczająco rozwiązywany problem słabej dostępności wsparcia terapeutycznego i psychologicznego dla dorosłych oraz dzieci. Długi czas oczekiwania

na wizyty finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia sprawia, że bolesne problemy osób zmagających się z depresją, przemocą domową, lękami i problemami rodzicielskimi długo pozostają nierozwiązane, negatywnie oddziałując na życie ich oraz ich najbliższych.

Dla skutecznego rozwiązania tego typu problemów ważna jest możliwość szybkiego dotarcia przez specjalistyczny personel do lokalnych społeczności – z tego względu dobrze należy ocenić projekty realizowane przez podmioty od lat zajmujące się problemami społecznymi w danej miejscowości. Takie podmioty mogą być beneficjentami projektów obejmujących świadczenie usług społecznych lub uczestnikami szerszych partnerstw (przypadki realizowanych tego typu projektów można traktować jako dobrą praktykę).

Wykres 19. Zainteresowanie uczestników projektów w Działaniu 7.2 i Działaniu 9.1 uzyskaniem podobnego wsparcia w przyszłości



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=374), odpowiedź na pytanie: „Na ile chętnie skorzystał(a)by Pan/Pani z tego typu wsparcia w przyszłości?”, opracowanie własne.

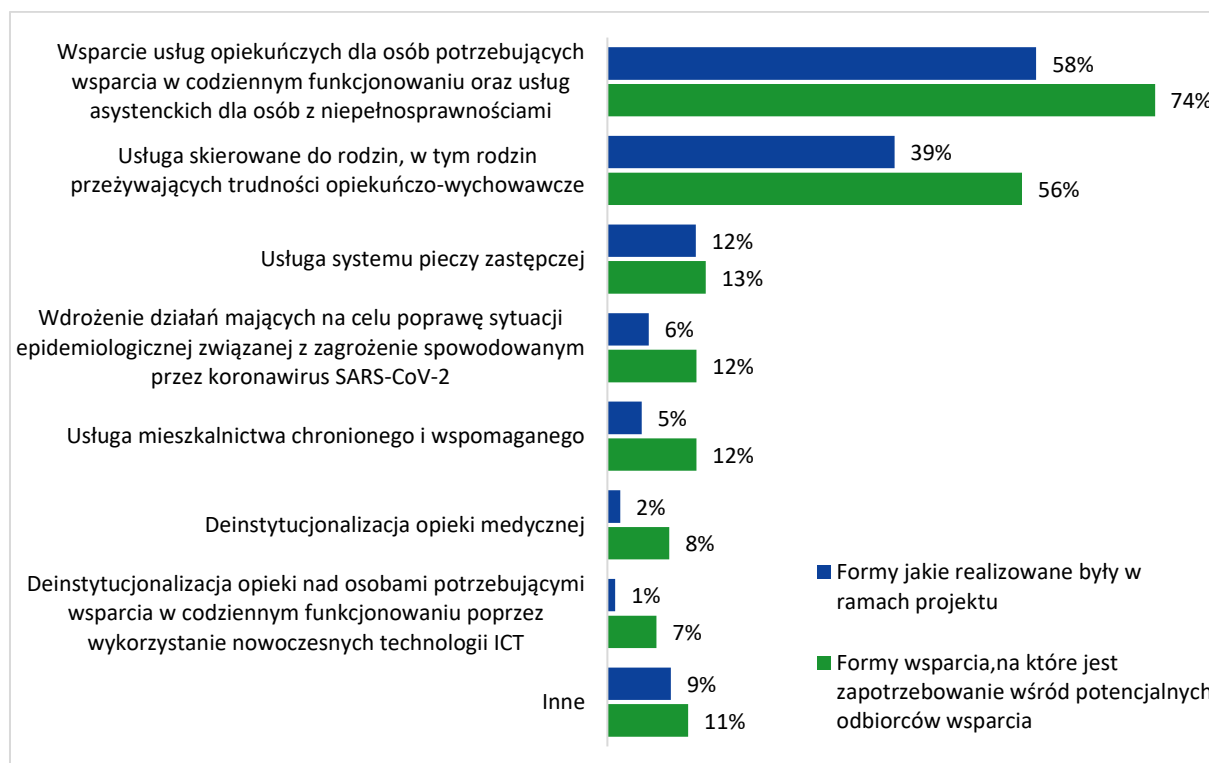
Także beneficjenci (Działania 7.2 i 9.1) w swoich wypowiedziach zdecydowanie podkreślali, że na wsparcie, które świadczyli jest dalsze zapotrzebowanie wśród potencjalnych klientów reprezentowanych przez nich instytucji.

Najwięcej beneficjentów wskazywało, że w środowisku w jakim funkcjonują występuje zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i asystenckie (74% wskazań) oraz wsparcie rodzin, w tym rodzin przeżywających kryzysy i trudności (56%). Powyżej 10% wskazań uzyskały takie usługi jak: usługi wsparcia systemu pieczy zastępczej, skierowane do rodzin przeżywających trudności, mieszkania chronione i wspomagane oraz działania związane z ochroną epidemiologiczną.

Należy jednak podkreślić, że deklaracja istnienia zapotrzebowania w środowisku na dany typ usług we wszystkich przypadkach przekracza zaangażowanie w realizację danego typu usług w ramach RPOWP 2014-2020. W przypadku usług opiekuńczych i asystenckich oraz usług skierowanych do rodzin odsetek wskazujących zapotrzebowanie na daną usługę jest

o niemal 20% wyższe niż odsetek realizujących daną usługę. W przypadku pozostałych usług różnica ta nie jest tak wysoka, choć obecna w każdym przypadku.

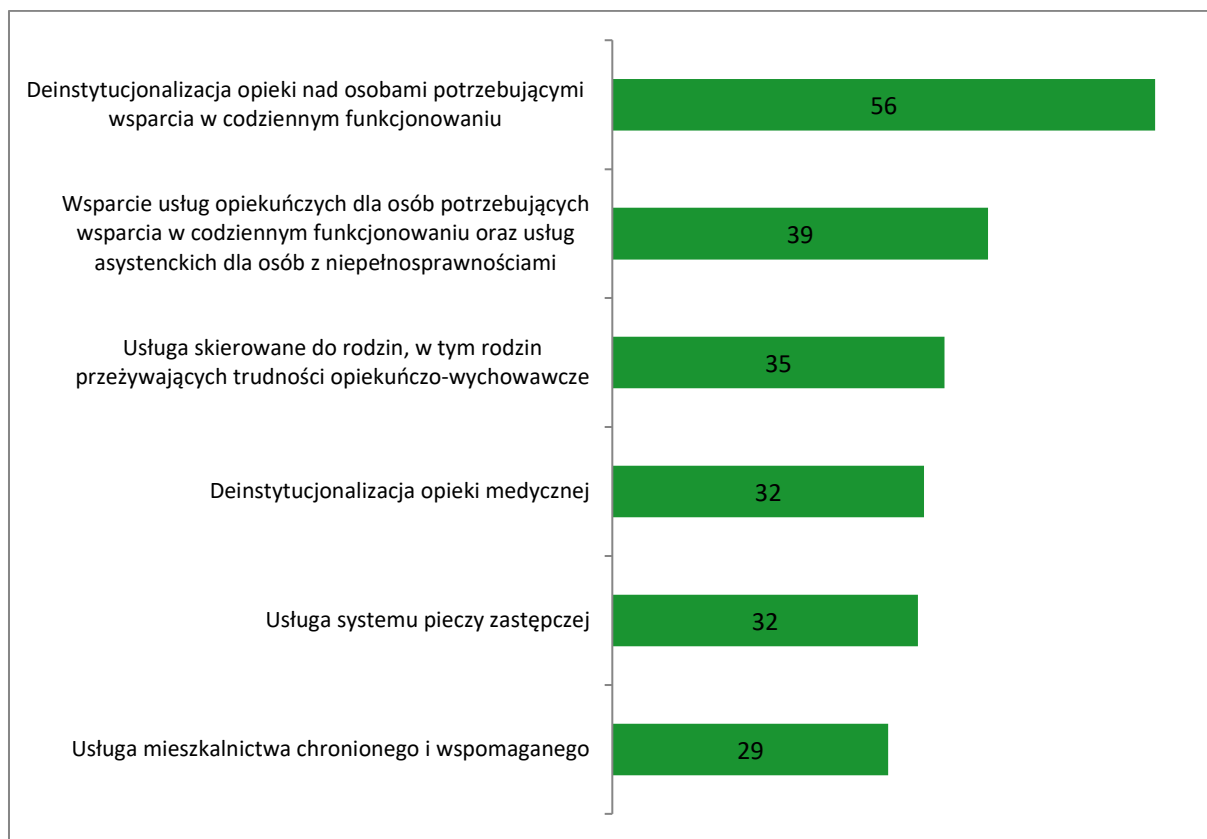
Wykres 20. Zapotrzebowanie na określone formy wsparcia wśród potencjalnych odbiorców



Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Niezależnie, od tego, czy dana forma była realizowana w ramach projektu, czy też nie proszę zaznaczyć wszystkie formy wsparcia, na które jest zapotrzebowanie wśród potencjalnych odbiorców wsparcia wśród klientów bądź potencjalnych klientów Państwa instytucji? (N=79, przedstawiciele projektów w ramach których był realizowany komponent miękki). Opracowanie własne.

Średnie roczne zapotrzebowanie na daną usługę, wśród klientów instytucji, w przypadku wszystkich usług, mieści się w przedziale 29-56 osób (na instytucję). Najniższa średnia klientów w ujęciu rocznym dotyczy usług mieszkalnictwa chronionego i wspomaganego i wynosi nieco ponad 29 osób. Najwyższe średnie zapotrzebowanie dotyczy deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi i wynosi powyżej 56 osób. W przypadku pozostałych usług średnie zapotrzebowanie wynosi powyżej 30 osób rocznie na instytucję. Opierając się na tych deklaracjach widać więc, że najbardziej efektywna powinna być realizacja stosunkowo niewielkich projektów – maksymalnie 30-40 uczestników. Taka wielkość wsparcia w sposób naturalny będzie zaspokajać potrzeby w tym zakresie i nie będzie powodować kłopotów z rekrutacją, a co za tym idzie nie będzie generować zagrożenia obniżenia trafności wsparcia poprzez rekrutację osób, które nie potrzebują danego typu usług.

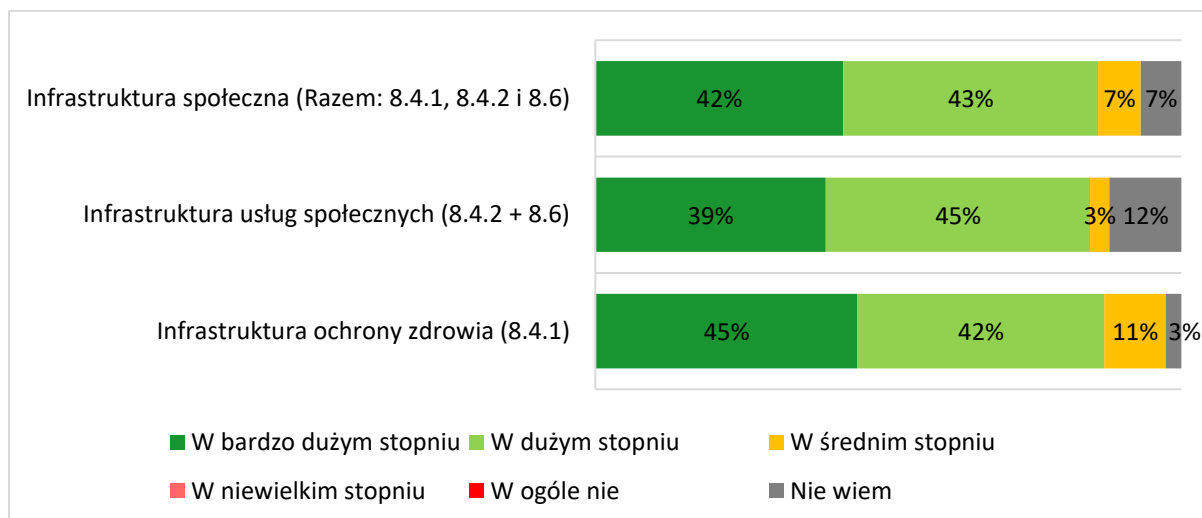
Wykres 21. Zapotrzebowanie na określone formy wsparcia wśród potencjalnych odbiorców – średnia liczba potencjalnych klientów w skali roku



Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Jakie jest zapotrzebowanie na daną formę wsparcia. Proszę określić szacunkową liczbę odbiorców w skali roku?” (N=79, przedstawiciele projektów w ramach których był realizowany komponent miękkiej). Opracowanie własne.

Analiza danych na temat zakresu wsparcia dotyczącego infrastruktury, zarówno infrastruktury usług społecznych, jak również infrastruktury ochrony zdrowia, wskazuje na bardzo znaczny zakres wsparcia obiektów świadczących usługi społeczne. Potwierdzają to zarówno wywiady jakościowe, jak i przeprowadzone badanie ilościowe beneficjentów. Badania pokazały, że wymiar wsparcia w zakresie infrastruktury miał bardzo znaczny wpływ na zaspokojenie istniejących potrzeb w tym zakresie. Wypełnienie potrzeb zadeklarowało około 85% przedstawicieli wspartych beneficjentów, w tym w bardzo dużym stopniu (45%) podmiotów wspartych w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia oraz beneficjentów infrastruktury usług społecznych (39%). Zatem, interwencja wywarła na wsparte podmioty bardzo silny i pozytywny wpływ.

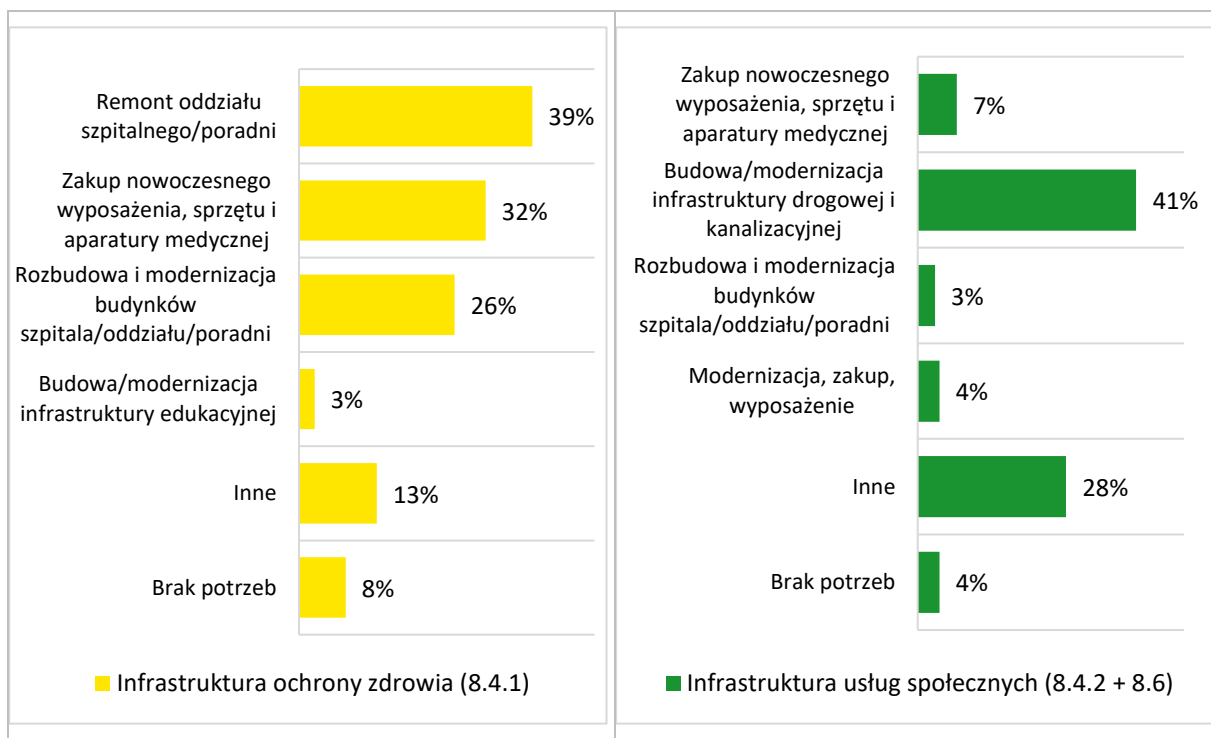
Wykres 22. Ocena wypełnienia potrzeb beneficjentów poprzez realizację projektów dotyczących wsparcia infrastruktury



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) beneficjentów projektów (infrastruktura ochrony zdrowia N=35, Infrastruktura usług społecznych N=29, Ogółem N=64). Opracowanie własne.

Zakres przedmiotowy dalszych, najpilniejszych inwestycji pozostaje niezmienny, co oznacza, że mimo dobrze wykorzystanych środków na wsparcie infrastruktury społecznej w RPOWP 2014-2020, beneficjenci potrzebują dalszych środków na realizację projektów o podobnym zakresie.

Wykres 23. Najpilniejsze potrzeby inwestycyjne placówek/instytucji społecznych oraz ochrony zdrowia



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) beneficjentów projektów (infrastruktura ochrony zdrowia N=35, Infrastruktura usług społecznych N=29). Opracowanie własne.

Reasumując, wsparcie zarówno w projektach miękkich oferujących usługi społeczne, jak również w projektach związanych ze wsparciem infrastruktury, charakteryzowało się bardzo wysoką trafnością. Jednak, w kontekście ogromu potrzeb w tych obszarach, potrzebna jest dalsza pomoc o podobnej strukturze zarówno w obszarze pomocy społecznej, jak i w obszarze ochrony zdrowia.

4.4 PODSUMOWANIE

Analizy prowadzone w rozdziale 4 miały na celu udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Pytanie badawcze nr 3: W jakim stopniu interwencja RPOWP przyczyniła się do rozwijania usług społecznych i zdrowotnych (rozwój oceniany przez pryzmat wszystkich i poszczególnych rodzajów usług)? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?
- Pytanie badawcze nr 9: W jakim stopniu działania ukierunkowane na poprawę dostępności do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych okazały się zgodne z potrzebami odbiorców tych działań (czy odpowiadały na potrzeby adresatów, czy wpłynęły na jakość ich życia, sytuację zawodową lub zdrowotną lub społeczną, czy zaspokoily ich potrzeby), Czy identyfikowane są inne potrzeby w tym obszarze?

Statystyczne metody badania trafności interwencji poszukiwały ujemnej zależności pomiędzy sytuacją pod względem zdrowia i usług społecznych (mierzoną za pomocą mierników syntetycznych), a wartością projektów z danego obszaru. Tak zdefiniowane badanie trafności, z uwagi na uwarunkowania dotyczące definicji i warunków brzegowych³⁵ wsparcia w ramach RPOWP, kierowanego do obszaru zdrowia, można było zastosować jedynie do obszaru pomocy społecznej. W przypadku tego obszaru kryterium to zostało zweryfikowane pozytywnie, lecz bez statystycznej istotności wyniku (słaba trafność).

Na trafność realizowanej interwencji można też spojrzeć w perspektywie mikro tj. w perspektywie konkretnych projektów i konkretnych uczestników. **Wszystkie przeprowadzone badania pierwotne wskazują na wysoką trafność projektów realizowanych w ramach ewaluowanych działań i to zarówno w obszarze usług społecznych, jak i w obszarze infrastruktury społecznej.**

W kontekście odpowiedzi na postawione pytania badawcze, zebrany materiał analityczny pozwala, w sposób nie budzący wątpliwości, stwierdzić, że realizowane działania okazały się zgodne z potrzebami odbiorców tych działań, odpowiadały na potrzeby adresatów, zaspokajały ich potrzeby

³⁵ Wsparcie zgodnie z przyjętymi założeniami kierowane było do sieci istniejących placówek specjalistycznych świadczących swe usługi nie tylko lokalnie, ale w perspektywie okolicznych powiatów, a nawet mające zasięg wojewódzki.

Natura wspieranych obszarów, a także bardzo trudna sytuacja w tych obszarach (jak pokazały prowadzone analizy sytuacja w obszarze ochrony zdrowia na przestrzeni badanego okresu pogorszyła się), wskazuje na dalsze, duże potrzeby. Badania wyraźnie pokazują, że zarówno struktura jak i konkretne rozwiązania/usługi, oczekiwane zarówno przez beneficjentów, jak i uczestników wsparcia, są podobne do rozwiązań zastosowanych w obecnym okresie programowania. Świadczy to także pośrednio na korzyść dużej trafności badanej interwencji. Warto podkreślić, że skuteczność wsparcia w obszarze usług społecznych zależy w dużej mierze od ciągłości wsparcia. Dlatego też tak ważna jest jego kontynuacja w kolejnym okresie programowania.

5 OCENA UŻYTECZNOŚCI ORAZ KONWERCENCJI INTERWENCJI

Użyteczność to kolejny element zrekonstruowanej teorii interwencji. O użyteczności możemy mówić wtedy, gdy w wyniku otrzymanego wsparcia jego uczestnicy bądź odbiorcy (w zależności od proponowanych działań) odnoszą rzeczywiste korzyści, gdy następują pozytywne zmiany w ich życiu. W schemacie odtworzonej teorii interwencji (Schemat 6) o użyteczności możemy mówić na styku łączników [2 i 6].

Podobnie jak pozostałe elementy modelu, także użyteczność badana była przy pomocy wszystkich metod zawartych w badaniu – i podobnie jak w przypadku trafności, z tych samych powodów³⁶, metody ekonometryczne mogły być zastosowane jedynie dla obszaru pomocy społecznej.

5.1 EKONOMETRYCZNE BADANIE UŻYTECZNOŚCI I BADANIE KONWERCENCJI – POZIOM MAKRO

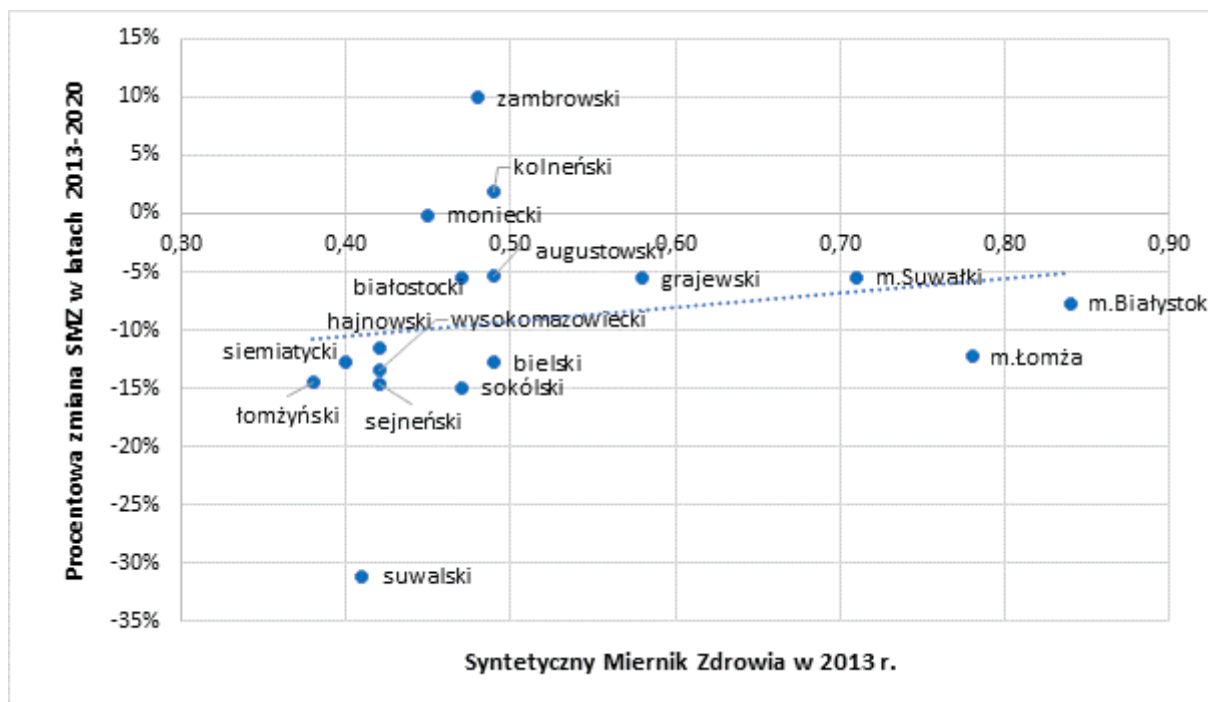
Badanie użyteczności (ang. *utility*) interwencji powinno pozwolić na ocenę, do jakiego stopnia rezultaty realizowanego wsparcia odpowiadają potrzebom grupy docelowej. Ponieważ potrzeby zdefiniowano powyżej (według kryterium początkowej sytuacji na danym obszarze, mierzonej syntetyczną miarą rozwoju), pozostaje zoperacjonalizowanie rezultatów. Zgodnie z raportem metodologicznym, proponujemy przyjęcie, że jest to zmiana syntetycznej miary rozwoju danego obszaru w okresie realizacji interwencji³⁷. Mając zoperacjonalizowane i skwantyfikowane potrzeby (jako początkową, tzn. z 2013 r. wartość miary syntetycznej) i rezultaty (jako zmianę tej miary w okresie 2013-2020), można oszacować statystyczną zależność pomiędzy nimi, w celu stwierdzenia, czy występuje istotna i ujemna zależność pomiędzy tymi zmiennymi³⁸. Poniższy wykres pokazuje taką zależność w obszarze zdrowia.

³⁶ Specyfika interwencji zakładająca ukierunkowanie wsparcia na istniejącą sieć placówek medycznych ulokowanych w przeważającej liczbie w powiatach miejskich.

³⁷ Oznacza to, że bierzemy tutaj pod uwagę zmianę brutto, która niekoniecznie wynika jedynie z realizowanej interwencji. Dopiero pozytywne zweryfikowanie skuteczności wraz z badaniem użyteczności pozwala wspólnie wnioskować o użyteczności.

³⁸ Należy zauważyć, że potrzeby są odwrotnie proporcjonalne do wartości miary syntetycznej, tzn. im wyższa miara syntetyczna, tym lepsza sytuacja danego obszaru, więc potrzeby – niższe.

Wykres 24. Zależność pomiędzy potrzebami w zakresie zdrowia w roku 2013 (oś pozioma) a zmianą w tym obszarze, która dokonała się na przestrzeni lat 2013-2020 (oś pionowa)



Źródło: opracowanie własne.

Linia, przeprowadzona wśród punktów z powyższego wykresu, ma dodatnie nachylenie i sugeruje, że im niższa była miara syntetyczna przed realizacją projektów (2013 r.) z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia, tym mniejsza nastąpiła poprawa w tym obszarze (jest to zależność odwrotna od spodziewanej – ujemnej), lecz współczynnik korelacji wynoszący $r=0,19$ wskazuje, że zależność ta jest nieistotna statystycznie. Brak jest zatem istotnej zależności pomiędzy początkową sytuacją powiatów pod względem zdrowia oraz zmianami (głównie negatywnymi), które pod tym względem nastąpiły na przestrzeni lat 2013-2020. Zatem, nie można stwierdzić, że średnio większa poprawa pod względem zdrowia nastąpiła w tych powiatach, gdzie początkowa sytuacja w tym zakresie była gorsza – co wskazuje na brak użyteczności interwencji. Należy jednakże pamiętać, że w przypadku obszaru zdrowia mieliśmy do czynienia ze specyficzną interwencją, nie ukierunkowaną na powiaty o najwyższych potrzebach (mierzonych najniższą wartością zmiennej syntetycznej), lecz wręcz przeciwnie – były to powiaty miejskie z rozbudowaną już infrastrukturą ochrony zdrowia. Dlatego w tym przypadku statystyczne testy użyteczności interwencji należy traktować z ostrożnością.

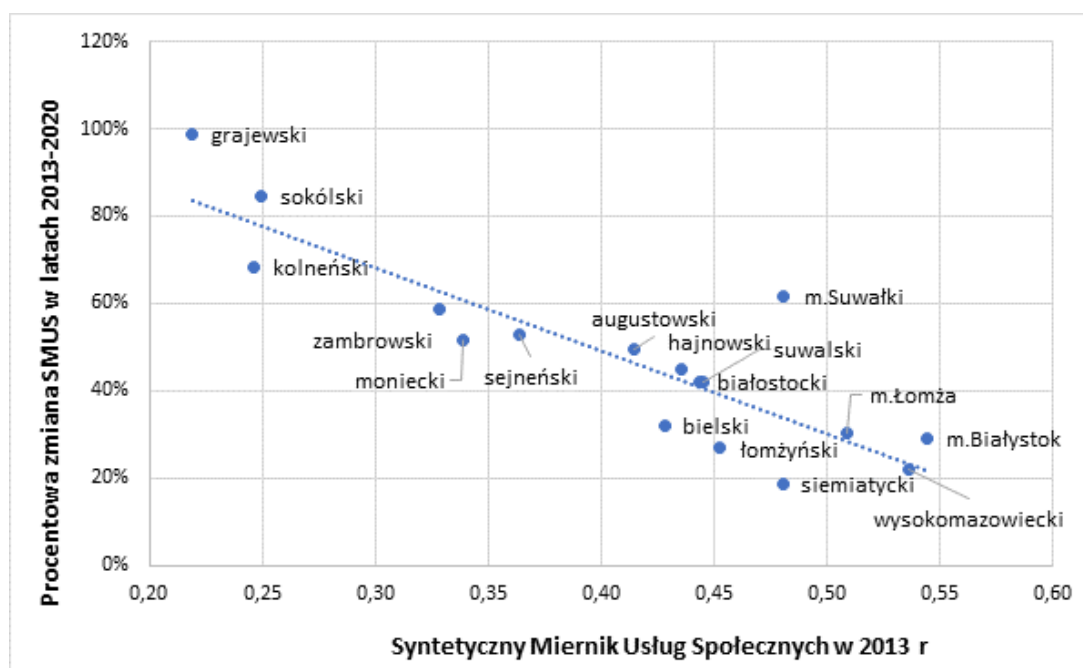
Z tych samych powodów nie można wykazać konwergencji w obszarze opieki zdrowotnej. Konwergencja zachodzi wówczas³⁹, gdy obszary o niższej wartości badanej zmiennej (tutaj

³⁹ E. Kusideł, Convergence of Regional Human Development Indexes in Poland, Comparative Economic Research. Central and Eastern Europe, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013, E. Kusideł, Konwergencja wojewódzkich wskaźników ładu społecznego, Acta Universitas Lodziensis. Folia Oeconomica,

dotyczy to sytuacji zdrowotnej w powiatach województwa podlaskiego) wykazują na tyle duży wzrost wartości tej zmiennej, że nierówności obserwowane na początku okresu obserwacji (2013) są większe niż na końcu okresu (2020). W naszym przypadku współczynnik zmienności SMZ w roku 2013 (miara nierówności) wynosi 26,7% (wartości SMZ odchyłały się od wartości średniej o przeciętnie +/-26,7%), natomiast w roku 2020 miara ta wynosi 29,4%. Dowodzi to zwiększania się nierówności pomiędzy powiatami województwa podlaskiego pod względem syntetycznego miernika zdrowia. Ten wynik nie powinien jednak dziwić, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że wsparcie w zakresie zdrowia było dedykowane większym ośrodkom, co z definicji zwiększało już istniejące nierówności pomiędzy powiatami. Warto jednak podkreślić, że w przypadku obszaru zdrowia przeprowadzone analizy i testy statystyczne nie dowodzą braku wpływu na zniesienie różnic w dostępie do wysokiej jakości infrastruktury oraz wysokiej jakości usług społecznych. Placówki, które otrzymały dofinansowanie w przeważającej mierze świadczą swoje usługi dla wielu powiatów okalających siedzibę placówki. Co więcej, niektóre z nich świadczą usługi dla osób z całego województwa. W tym przypadku o rzeczywistym zmniejszeniu nierówności decydować będzie równomierne rozmieszczenie dofinansowanych instytucji, a także ukierunkowanie wsparcia na obszary, a nie powiaty o większych potrzebach.

Poniżej prezentujemy analogiczny wykres, dotyczący sytuacji w sferze usług społecznych.

Wykres 25. Zależność pomiędzy potrzebami w zakresie usług społecznych w roku 2013 (oś pozioma) a zmianą w tym obszarze, która dokonana się na przestrzeni lat 2013-2020 (oś pionowa)



Źródło: opracowanie własne.

Linia przeprowadzona wśród punktów z powyższego wykresu ma ujemne nachylenie i sugeruje, że im niższa/wyższa była miara syntetyczna przed realizacją projektów (2013) z zakresu usług społecznych, tym większa/mniejsza nastąpiła poprawa w tym obszarze. Jest to zależność o spodziewanym (w kontekście badania użyteczności) znaku, silna ($r=-0,87$) i istotna statystycznie.

Można zatem potwierdzić, że średnio większa poprawa pod względem usług społecznych nastąpiła w tych powiatach, gdzie początkowa sytuacja była gorsza – co jest argumentem za użytecznością interwencji.

Jest to jednocześnie argument przemawiający za konwergencją w obszarze usług społecznych. Konwergencja zachodzi wówczas⁴⁰, gdy obszary o niższej wartości badanej zmiennej (tutaj dotyczy to sytuacji w zakresie usług społecznych w powiatach województwa podlaskiego) wykazują na tyle duży wzrost wartości tej zmiennej, że nierówności obserwowane na początku okresu obserwacji (2013) są większe niż na końcu okresu (2020). W naszym przypadku współczynnik zmienności SMUS w roku 2013 (miara nierówności) wynosi 24,7% (wartości SMUS odchyłały się w 2013 r. od wartości średniej o przeciętnie +/- 24,7%), natomiast w roku 2020 miara ta wynosi 16,4%. **Dowodzi to zmniejszaniu się nierówności pomiędzy powiatami województwa podlaskiego pod względem usług społecznych.** Oznacza to, że większa poprawa miary syntetycznej nastąpiła w powiatach o początkowo niższej jej wartości. Dobrym przykładem jest tutaj powiat grajewski, który charakteryzował się w roku 2013 najniższą wartością miary syntetycznej i jednocześnie w największym stopniu ją poprawił, aż o 98,8% (por. Tabela 5).

5.2 OCENA UŻYTECZNOŚCI INTERWENCJI – POZIOM MIKRO

Przyjrzyjmy się użyteczności projektów na poziomie mikro – na poziomie konkretnych osób, które były odbiorcami usług realizowanych w ramach projektów. Zobaczymy, na ile otrzymane wsparcie było dla tych osób znaczące, co konkretnie wniosło i co zmieniło w ich życiu.

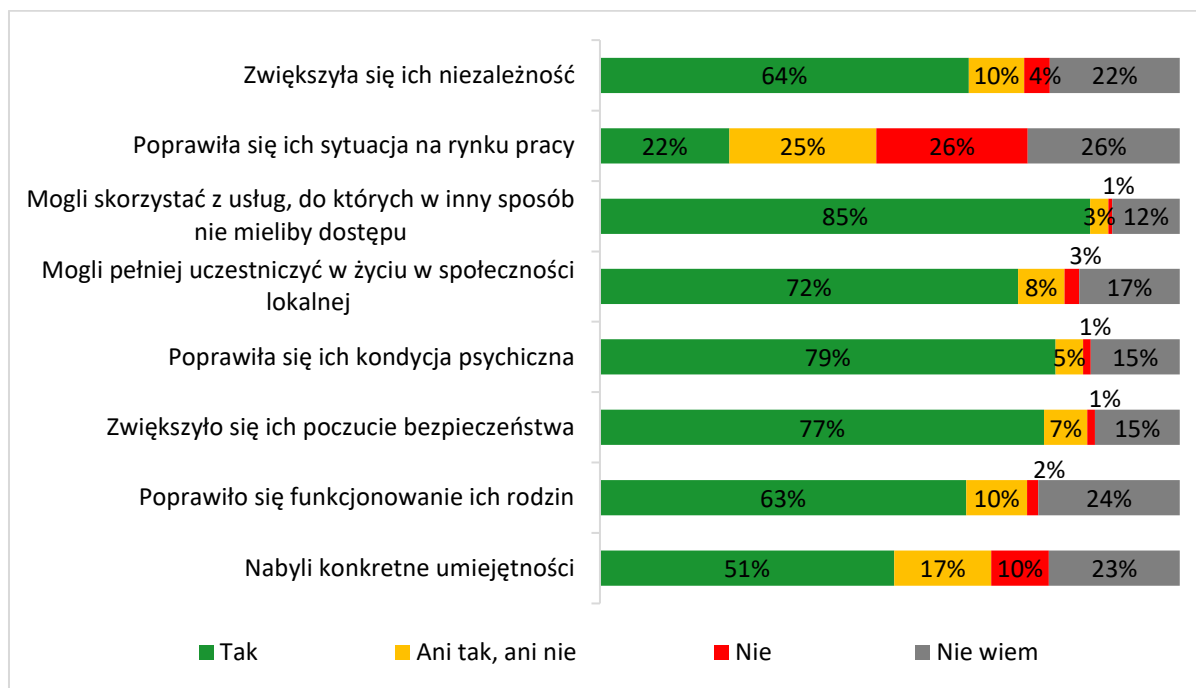
Zdaniem przedstawicieli badanych beneficjentów, realizowane przez nich projekty przede wszystkim dały uczestnikom możliwość skorzystania z usług, z których nie mogliby oni skorzystać w sytuacji, gdyby projekt nie był realizowany (w badaniu ilościowych z takim stwierdzeniem zgodziło się 85% beneficjentów)

Mówiąc o konkretnych zmianach, jakie w życiu uczestnika zaszły pod wpływem uczestnictwa w projekcie, beneficjenci wskazują przede wszystkim na poprawę dobrostanu psychicznego: poprawa kondycji psychicznej (79% wskazań), zwiększenie poczucia bezpieczeństwa (77%), pełniejsze uczestnictwo w społeczności lokalnej (72%).

⁴⁰ E. Kusideł, *Convergence of Regional Human Development /.../*, op. cit., E. Kusideł, *Konwergencja wojewódzkich wskaźników ładu społecznego /.../*, op. cit., E. Kusideł, *Konwergencja gospodarcza regionów Polski /.../*, op. cit..

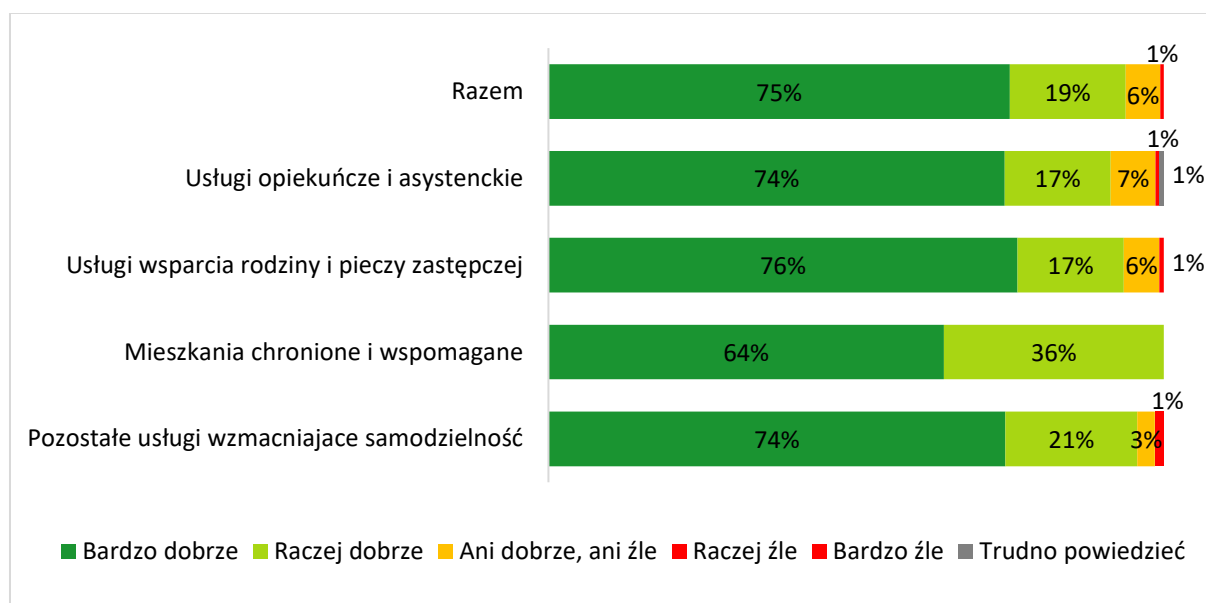
Ponad 60% beneficjentów wskazało, że dzięki projektowi zwiększyła się niezależność jego uczestników oraz poprawiło się ogólne funkcjonowanie ich rodzin.

Wykres 26. Charakterystyka wpływu działań prowadzonych w ramach projektów na uczestników – opinie beneficjentów



Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „W stosunku do każdego z poniższych stwierdzeń proszę zaznaczyć na ile stosują się one, Pana(i) zdaniem do uczestników Państwa projektu/odbiorców wsparcia:...” (N=141). Opracowanie własne.

Omówione powyżej opinie beneficjentów znajdują potwierdzenie w opiniach uczestników projektów. Zarówno w badaniach jakościowych, jak również w badaniach ilościowych, uczestnicy projektów wskazują na wysoką użyteczność otrzymanego wsparcia. Oceniając wprost użyteczność otrzymanego wsparcia - aż ¾ spośród uczestników badań ilościowych aspekt ten ocenia bardzo dobrze, zaś kolejne 19% raczej dobrze. Tylko 7% ma inne zdanie, bądź też nie wyraziło swojej opinii. Najczęściej bardzo dobre oceny użyteczności były formułowane przez osoby korzystające z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (76%), zaś niewiele rzadziej przez odbiorców usług opiekuńczych i asystenckich (74%). Korzystający z usług „mieszkania chronione i wspomagane” takiej odpowiedzi udzielili w 64% przypadków. Pozostali udzielili oceny „raczej dobrze”. W przypadku tej usługi w ogóle nie odnotowano ocen negatywnych.

Wykres 27. Ocena użyteczności otrzymanego wsparcia przez uczestników projektu

Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=374), odpowiedź na pytanie: „Jak ocenia Pan/Pani użyteczność otrzymanego wsparcia?”. Opracowanie własne.

Wskazując na użyteczność wsparcia, uczestnicy projektów (z którymi realizowano wywiady indywidualne), podkreślali zróżnicowany typ uzyskanych korzyści, m.in.:

- Seniorzy korzystający z zajęć realizowanych w ramach klubów seniora zwracali uwagę na ożywienie intelektualne (dzięki spotkaniom z innymi ludźmi i uczestnictwie w wykładach), rozrywkę (uczestniczenie w wydarzeniach kulturalnych, często powiązanych z wyjazdem do dużego miasta), ustąpienie drobnych dolegliwości (dzięki prowadzonym ćwiczeniom i zabiegom rehabilitacyjnym). Zwracali uwagę, że bez wsparcia w projekcie sami nie byłiby w stanie uzyskać dostępu do tych usług (z powodu braku własnych środków finansowych, braku takich usług w miejscu zamieszkania, ale i niezaradności). Wskazywali także na wzrost chęci i woli życia, na fakt, że poznali innych ludzi w podobnej sytuacji, że nie czują się samotni, że mogą po prostu wyjść z domu i porozmawiać. Niektórzy wskazywali wprost, że ich życie odzyskało sens;
- Personel zatrudniony do świadczenia usług opiekuńczych zyskał możliwość zatrudnienia. Często była to okazja do powrotu do aktywności zawodowej po długim okresie pozostawania bez wykonywania pracy zawodowej (np. po urodzeniu i wychowaniu dziecka). Wskazywano także na aspekt wykonywania pożytecznej, ważnej dla drugiego człowieka pracy, na fakt pewnego rodzaju „poczucia misji”, które w sposób wyraźny wpływa na dobrostan psychiczny i odczuwane poczucie wartości;
- Personel świadczący usługi psychologiczne i terapeutyczne zdobył nowe kompetencje i kwalifikacje, które mógł wykorzystać w celu lepszego (bardziej

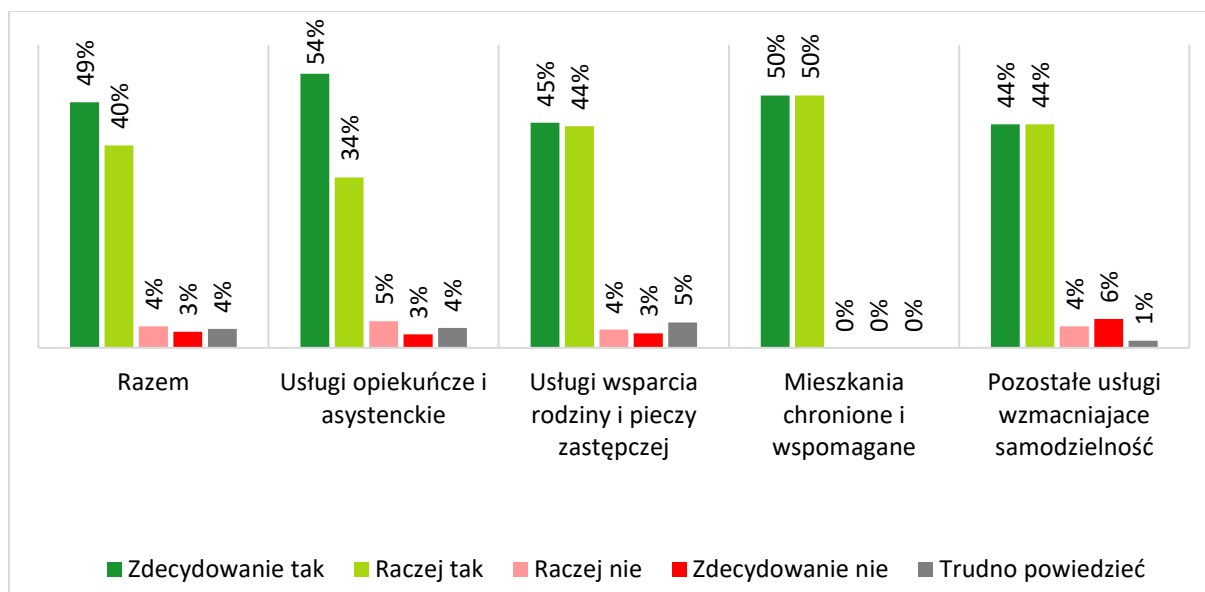
efektywnego) wykonywania swego zawodu. Wskazywano na bardzo wysoki poziom merytoryczny wsparcia dla personelu;

- Osoby przeżywające problemy wychowawcze, a także tworzące rodziny zastępcze uzyskały wsparcie, dzięki któremu łatwiej mogły zmagać się z wyzwaniami. Z wypowiedzi uczestników wynika, że bardzo efektywne były warsztaty uczące konkretnych technik radzenia sobie z typowymi problemami wychowawczymi i rodzicielskimi oraz obejmujące tworzenie grup wsparcia, w ramach, których wspólnie poszukiwano rozwiązania konkretnych problemów, z którymi przyszli uczestnicy (rodzice i opiekunowie). Uczestnictwo w grupach wsparcia, poprzez odczuwaną wspólnotę doświadczeń, znormalizowało także doświadczane problemy i trudności, dało nadzieję oraz utworzyło podwaliny pod wzajemne wsparcie. Dodatkowo uczestnicy badań jakościowych korzystający z tej formy wsparcia mówili wprost o tym, że dzięki wsparciu nauczyli się rozmawiać i postępować z dziećmi, że cała rodzina lepiej funkcjonuje, że poczuli konkretne postępy na drodze do odzyskania dzieci;
- Korzystający ze wsparcia w formie mieszkań treningowych i wspomaganych mogli dzięki projektowi się usamodzielnic i rozpocząć dorosłe, samodzielne życie. Osoby te podkreślały, jak jest to dla nich istotne, jak w każdym nawet najmniejszym fragmencie uczestnictwo w projekcie zmieniło, a nawet można wręcz powiedzieć, że dało nowe życie.

Każdy rozmówca, będący uczestnikiem projektu, wskazywał na ewidentne korzyści, jakie uzyskał dzięki wsparciu, mimo że typ wsparcia, z jakiego korzystał, był bardzo zróżnicowany, począwszy od schorowanego seniora, który cieszył się z wizyty odwiedzającego go opiekuna, a skończywszy na wsparciu psychologa, którego konsultacje pomogły przywrócić dobrostan psychiczny, utrzymać rodzinę, odzyskać dzieci, czy też zapobiec poważnemu dramatowi.

Badanie przeprowadzone wśród uczestników świadczy o dużych zmianach jakie dzięki udziałowi w projektach zaszły w ich życiu. Zdecydowana większość uczestników projektów (89%) ocenia, że otrzymane wsparcie zaowocowało polepszeniem życia ich lub ich rodziny. 49% badanych udzieliło w tym aspekcie odpowiedzi zdecydowanych (odpowiedzi „zdecydowanie tak”), zaś 40% wybrało odpowiedź „raczej tak”. 7% uczestników nie dostrzega pozytywnej zmiany (3% odpowiedzi „zdecydowanie nie” i 4% odpowiedzi „raczej nie”), zaś 4% nie było w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Najczęściej pozytywną zmianę życia deklarują korzystający z usług „mieszkania chronione i wspomagane” (100% deklaruje poprawę), zaś nieco rzadziej (ale otrzymany wynik jest nadal bardzo wysoki), korzystający z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz z usług opiekuńczych i asystenckich (w obu przypadkach jest to 88%).

Wykres 28. Wpływ otrzymanego wsparcia na polepszenie odczuwanej jakości życia



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=374), odpowiedź na pytanie: „Czy dzięki otrzymanemu wsparciu Pana/Pani życie / życie Pana/Pani rodziny / życie Pana/Pani podopiecznego zmieniło się na lepsze? Opracowanie własne.

Ankietowani uczestnicy projektów wskazywali na konkretne przykłady zmian w ich życiu na lepsze:

- U co trzeciego uczestnika (36%) nastąpiła poprawa w zakresie społecznego funkcjonowania, spowodowana nawiązaniem kontaktów z drugim człowiekiem lub funkcjonowaniem w grupie. Tego rodzaju korzyści wymieniło aż 53% osób korzystających z usług opiekuńczych i asystenckich;
- Wzrost wiedzy lub kompetencji nastąpił u co czwartego uczestnika. Był on wyraźny u odbiorców wszystkich usług społecznych, przy czym najwyższy u korzystających z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (20%) oraz z usług opiekuńczych i asystenckich (19%), zaś nieco niższy wśród korzystających z usług „mieszkania chronione i wspomagane” (14%);
- Poprawę w codziennym funkcjonowaniu (np. poczucie bezpieczeństwa, wsparcia czy większej samodzielności) wskazało 23% uczestników projektów, przy czym aż 64% wśród korzystających z usług „mieszkania chronione i wspomagane”;
- Podobnie znaczna część uczestników (22%) dostrzega poprawę funkcjonowania psychicznego – lepszą odporność na stres, spokój, większą kreatywność i pewność siebie. Taką zmianę wymieniali odbiorcy wszystkich usług społecznych, przy czym najczęściej korzystający z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (29%). W grupie korzystających z usług „mieszkania chronione i wspomagane” było to 21%, zaś z usług opiekuńczych i asystenckich 14%;
- Inne wskazywane przez uczestników przejawy poprawy życiowej to m.in. lepsze funkcjonowanie rodziny (np. lepszy kontakt z dzieckiem, poprawa kompetencji rodzicielskich, umiejętność porozumienia się, a nawet utrzymanie rodziny lub

powrót dziecka), poprawa samopoczucia (zadowolenie, chęć życia) i zdrowia (poprawa sprawności fizycznej, ograniczenie posiadanych dolegliwości).

Jak więc widać uczestnictwo w projektach wprowadziło wiele, różnorodnych, czasem bardzo fundamentalnych zmian w życie uczestników.

5.3 PODSUMOWANIE

Analizy prowadzone w niniejszym rozdziale miały na celu udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Pytanie badawcze nr 2: W jakim stopniu, w rezultacie interwencji RPOWP nastąpiło ograniczenie istniejących nierówności w zakresie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, jak również podwyższenie standardu świadczonych usług i zwiększenie zakresu (liczby osób korzystających) ich świadczenia? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?
- Pytanie badawcze nr 8: Czy w rezultacie interwencji RPOWP nastąpiło ograniczenie istniejących nierówności w zakresie dostępu do infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych, jak również podwyższenie standardu świadczonych usług i zwiększenie zakresu (liczby osób korzystających) ich świadczenia? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?
- Pytanie badawcze nr 9: W jakim stopniu działania ukierunkowane na poprawę dostępności do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych okazały się zgodne z potrzebami odbiorców tych działań (czy odpowiadały na potrzeby adresatów, czy wpłynęły na jakość ich życia, sytuację zawodową lub zdrowotną lub społeczną, czy zaspokoili ich potrzeby), Czy identyfikowane są inne potrzeby w tym obszarze?

Statystyczne metody badania użyteczności polegały na znalezieniu ujemnej zależności pomiędzy potrzebami powiatów i osiągniętymi w nich rezultatami. Mając zoperacjonalizowane i skwantyfikowane potrzeby (jako początkową, tzn. z 2013 r. wartość miar syntetycznych) i rezultaty (jako zmianę tej miary w okresie 2013-2020), można było dla obszaru usług społecznych policzyć pomiędzy nimi korelację. Analizy ekonometryczne wskazały na wysoką użyteczność realizowanych w ramach projektów działań w obszarze usług społecznych. Dodatkowo, badania statystyczne pokazały, że w obszarze usług społecznych występujące nierówności pomiędzy powiatami w województwie podlaskim zmniejszyły się.

Zarówno beneficjenci jak również, a nawet przede wszystkim, uczestnicy – ostateczni odbiorcy wsparcia, bardzo wysoko ocenili użyteczność działań realizowanych w ramach ewaluowanych projektów.

Zdaniem przedstawicieli beneficjentów, realizowane przez nich projekty przede wszystkim dały uczestnikom możliwość skorzystania z usług, z których nie mogliby skorzystać w sytuacji gdyby projekt nie był realizowany, przyniosły poprawę dobrostanu psychicznego,

zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, umożliwiły pełniejsze uczestnictwo w społeczności lokalnej, a także zwiększyły niezależność.

Także uczestnicy projektów wskazują na wysoką użyteczność otrzymanego wsparcia oraz bardzo duże dopasowanie do potrzeb w tym zakresie. Niemal wszyscy uczestnicy zadeklarowali, że otrzymane wsparcie dużo zmieniło w ich życiu. Wśród zmian spowodowanych uczestnictwem w projekcie wskazywano poprawę funkcjonowania w życiu codziennym, w zakresie codziennych czynności, poprawę funkcjonowania rodziny, w życiu społecznym, a także wzrost dobrostanu psychicznego.

W kontekście odpowiedzi na pytania badawcze postawione przed projektem można w sposób jednoznaczny stwierdzić, że działania ukierunkowane na poprawę dostępności do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych okazały się zgodne z potrzebami odbiorców tych działań, odpowiadały na potrzeby adresatów, wpłynęły na jakość ich życia, sytuację zawodową, zdrowotną, społeczną, oraz, że zaspokoili ich potrzeby, a także miały wpływ na ograniczenie istniejących w tym zakresie nierówności.

6 OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI, W TYM ROLA ZASADY PARTNERSTWA

Kolejnym krokiem w kontekście weryfikacji odtworzonej teorii interwencji było badanie jej skuteczności – zarówno w kontekście efektów pośrednich (sfera mikro), jak i ostatecznych (sfera makro), mających przełożenie na dobrostan społeczny ludności województwa, a także poziom zdrowia ludności. Odnosząc się do schematu 6 obrazującego odtworzoną teorię interwencji analizy obejmować będą skuteczność na poziomie projektów i konkretnych realizowanych w ich ramach działań (łącznie [3 i 7]), a także skuteczność programu (łącznie [4 i 8]).

Analizując skuteczność, szczególnie na poziomie makro nie można abstrahować od czynników kontekstowych, szczególnie silny wpływ ma tutaj pandemia COVID-19.

Badania (statystyczne) opisane w podrozdziale 6.1 wskazały na brak skuteczności interwencji mierzonej miarami syntetycznymi (czyli ograniczonej do wpływu na te wskaźniki cząstkowe ze statystyki publicznej, które były uwzględnione w miernikach syntetycznych). Przyczyną tego stanu rzeczy mogą być: (1) zbyt krótki odstęp czasowy pomiędzy realizacją projektów, a ich ewaluacją (pierwsze projekty zostały zakończone pod koniec 2018 roku, a znaczna część jeszcze nie została zakończona), (2) stosunkowo niewielka wartość projektów z RPOWP, która nie mogła wpłynąć na statystyki publiczne, które były podstawą obliczeń ekonometrycznych.

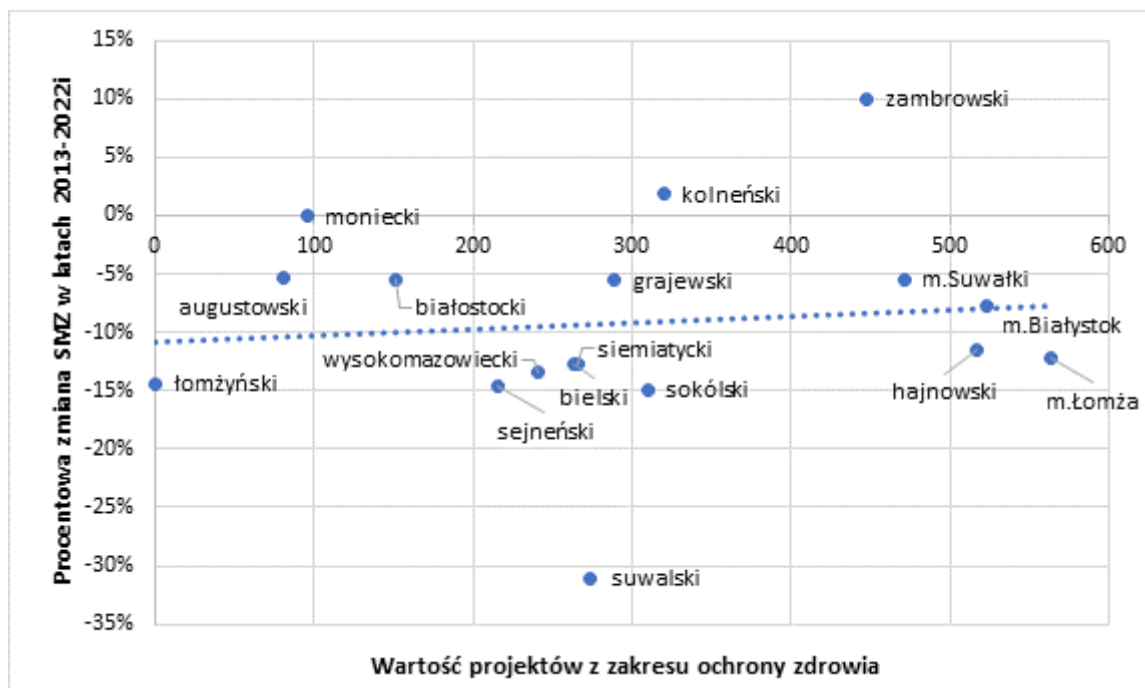
Skuteczność interwencji zanalizowano także w kontekście realizacji celów, jakie stawiano przed interwencją, analizując je przedmiotowo – co konkretnie w ramach realizowanej interwencji udało się zrealizować (podrozdział 6.2).

Dodatkowo spojrzano na realizowane działania w perspektywie mikro – oddając głos beneficjentom oraz uczestnikom projektów. Zanalizowano formułowane przez nich oceny, ogólnie w stosunku do skuteczności wsparcia, jak również w stosunku do skuteczności poszczególnych usług. Pokazano także, jak realizacja projektu w partnerstwie wpływa na skuteczność prowadzonych działań.

6.1 EKONOMETRYCZNE BADANIE SKUTECZNOŚCI - POZIOM MAKRO

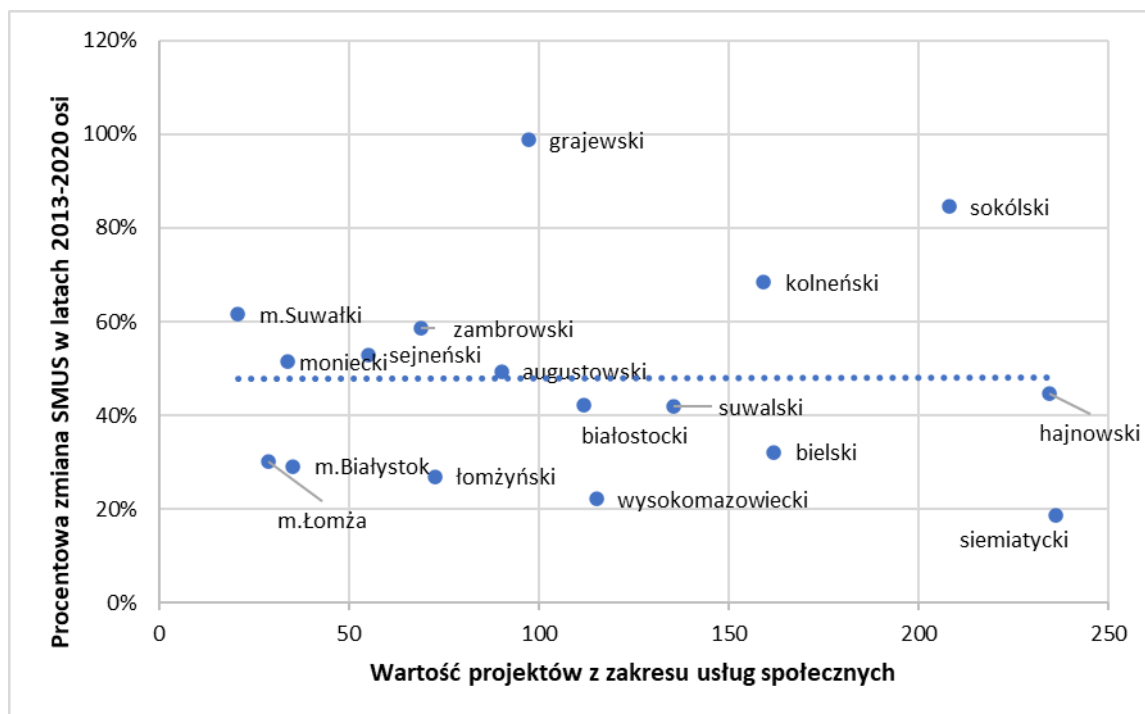
Badanie skuteczności (ang. *effectiveness*) powinno pozwolić na ocenę, do jakiego stopnia cele przedsięwzięcia zdefiniowane na etapie jego programowania zostały odzwierciedlone w jego rezultatach. Kluczowym w tym badaniu jest zoperacjonalizowanie celów, które zostały w niniejszym badaniu zdefiniowane jako poprawa wartości wskaźników syntetycznych (zdrowia i usług społecznych) na przestrzeni lat 2013-2020. Inaczej mówiąc, o skuteczności można mówić, jeśli rosnącym (malejącym) wydatkom na poprawę danego obszaru towarzyszyła poprawa (pogorszenie) sytuacji (mierzona wzrostem/spadkiem miary syntetycznej). Zależność pomiędzy wartością takich projektów i zmianami, które dokonały się w powiatach województwa podlaskiego pod względem zdrowia i usług społecznych, pokazano na poniższych wykresach.

Wykres 29. Zależność pomiędzy wartością projektów realizowanych w powiatach województwa podlaskiego, ukierunkowanych na obszar zdrowia (oś pozioma) a zmianą w zakresie zdrowia (oś pionowa)



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 30. Zależność pomiędzy wartością projektów realizowanych w powiatach województwa podlaskiego ukierunkowanych na poprawę w zakresie usług społecznych (oś pozioma) a zmianą w zakresie usług społecznych (oś pionowa)



Źródło: opracowanie własne.

Na obu powyższych wykresach widzimy, że brak jest zależności pomiędzy zmiennymi ukazanymi na osiach. W pierwszym przypadku współczynnik korelacji wynosi $r=-0,05$, w drugim $r=+0,01$ – oba są nieistotne statystycznie, co należy interpretować jako brak zależności pomiędzy wartością projektów a zmianami, które zaszły w zakresie zdrowia i usług społecznych. Nie można zatem (statystycznie) potwierdzić skuteczności interwencji w tym obszarze. Przyczyną tego stanu rzeczy mogą być: (1) zbyt krótki odstęp czasowy pomiędzy realizacją projektów, a ich ewaluacją (pierwsze projekty zostały zakończone pod koniec 2018 roku, a znaczna część jeszcze nie została zakończona)⁴¹, (2) stosunkowo niewielka wartość projektów z RPOWP, która nie mogła wpłynąć na statystyki publiczne, które były podstawą obliczeń ekonometrycznych.

6.2 OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI W KONTEKŚCIE ZAKŁADANYCH CELÓW

Sposób adresowania interwencji wskazuje na znaczne jej dopasowanie do celów stawianych przed poszczególnymi działaniami wspierającymi usługi społeczne. Poniżej przedstawiono podstawowe dane na temat liczby i wartości wspartych przedsięwzięć, odbiorców wsparcia oraz zrealizowanych usług społecznych, a także wsparcia w zakresie infrastruktury usług społecznych i ochrony zdrowia.

6.2.1 LICZBA I WARTOŚĆ REALIZOWANYCH PROJEKTÓW

W ramach działań objętych niniejszą ewaluacją zawarto **218** umów wsparcia (dotyczy jedynie analizowanych w niniejszym badaniu typów projektów) na kwotę **520,4** mln zł. Najwyższa kwota (410 mln zł) została przeznaczona na wsparcie infrastruktury społecznej i zdrowotnej w Działaniu 8.4 (401,9 mln zł w Poddziałaniu 8.4.1 i 7,8 mln zł w Poddziałaniu 8.4.2). Blisko 65 mln zł przeznaczono na realizację projektów wspierających rozwój usług społecznych, w tym 50,9 mln zł w Poddziałaniu 7.2.1 i 13,8 mln zł w Poddziałaniu 7.2.2 Na wsparcie w Działaniu 8.6 Inwestycje na rzecz rozwoju lokalnego oraz 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego zostało przeznaczonych odpowiednio: 25,5 mln zł oraz 20,5 mln zł⁴².

⁴¹ Wydaje się, że rok 2020 jest zbyt wczesny, aby zmiany, które mogły być efektem projektów odzwierciedliły się w statystykach dla województwa podlaskiego. Być może uwzględnienie w danych lat 2021-2022 zmieniłoby ten wynik. Tymczasem w ramach badania ekonometrycznego dane ograniczają się do danych dostępnych w publicznych zbiorach GUS, które w większości nie są jeszcze dostępne dla lat późniejszych niż 2020. Dodatkowo w przypadku obszaru zdrowia przyczyną braku skuteczności mogła też konstrukcja miernika syntetycznego, który w swoim składzie zawierał zmienne, na które wpływ może się odzwierciedlić dopiero w długim horyzoncie czasowym (wskaźniki zgonów). Jednak po usunięciu wskaźników dot. zgonów (wskaźniki 1-4 - por. p. 3.1.1) wynik o braku skuteczności nie zmienił się.

⁴² W przypadku działań 8.6 i 9.1 przytaczane wartości odnoszą się tylko do wybranych typów operacji (będących przedmiotem niniejszej ewaluacji – por. rozdział 1.1. niniejszego raportu), a nie do całych działań.

Tabela 8. Umowy o dofinansowanie zawarte w analizowanych działaniach

Działanie / Poddziałanie	Liczba umów	Wartość projektów (zł)	Wydatki kwalifikowalne (zł)	Wartość dofinansowania (zł)
7.2 Rozwój usług społecznych	47	64 722 670,89	64 722 670,89	60 225 337,00
7.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym	38	50 942 279,13	50 942 279,13	47 192 836,35
7.2.2 Rozwój usług społecznych w ramach BOF	9	13 780 391,76	13 780 391,76	13 032 500,65
8.4 Infrastruktura społeczna	59	409 661 053,60	341 536 992,45	293 179 360,83
8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia	55	401 868 917,60	334 185 021,71	286 930 185,8
8.4.2 Infrastruktura usług socjalnych i zdrowotnych w obszarze BOF	4	7 792 136,00	7 351 970,74	6 249 175,04
8.6 Inwestycje na rzecz rozwoju lokalnego	40	25 524 415,10	21 785 167,41	15 221 198,03
9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego	72	20 479 384,26	20 479 384,26	18 847 340,24
RAZEM	218	520 387 523,85	448 524 215,01	387 473 236,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Zdecydowana większość projektów (195) była realizowana na terenie tylko jednego powiatu, natomiast 21 było realizowanych na terenie kilku powiatów (od dwóch do nawet dwunastu). Miejsce realizacji dwóch projektów dotyczyło obszaru całego województwa (bez przypisania do konkretnych powiatów).

Tabela 9. Liczba i wartość umów o dofinansowanie w analizowanych działaniach według miejsca realizacji (powiaty)

Powiat	Pddz. 7.2.1	Pddz. 7.2.2	Dz. 7.2	Pddz. 8.4.1	Pddz. 8.4.2	Dz. 8.4	Dz. 8.6	Dz. 9.1	Suma
liczba projektów									
augustowski	3	-	3	2	-	2	2	3	10
białostocki	3	58	61	5	1	6	5	9	81
m. Białystok	-	8	8	13	3	16	-	-	24
bielski	9	-	9	4	-	4	2	4	19
grajewski	-	-	-	3	-	3	2	7	12
hajnowski	4	-	4	5	-	5	5	4	18
kolneński	1	-	1	3	-	3	8	8	20

Powiat	Pddz. 7.2.1	Pddz. 7.2.2	Dz. 7.2	Pddz. 8.4.1	Pddz. 8.4.2	Dz. 8.4	Dz. 8.6	Dz. 9.1	Suma
m. Łomża	2	-	2	6	-	6	-	-	8
łomżyński	2	-	2	-	-	-	5	1	8
moniecki	1	-	1	2	-	2	-	6	9
sejneński	2	-	2	2	-	2	-	-	4
siemiatycki	5	-	5	3	-	3	3	10	21
sokólski	8	-	8	3	-	3	4	10	25
suwalski	2	-	2	1	-	1	3	7	13
m. Suwałki	4	-	4	6	-	6	-	-	10
wysokomazowiec ki	13	-	13	4	-	4	1	9	27
zambrowski	3	-	3	3	-	3	-	4	10
cały region	2	-	2	-	-	-	-	-	2
suma	64	66	130	65	4	69	40	82	321
wartość projektów (mln zł)									
augustowski	2,6	-	2,6	4,8	-	4,8	2,1	0,6	10,1
białostocki	0,6	7,4	8,1	22,0	3,6	25,6	3,1	2,1	38,9
m. Białystok	-	6,3	6,3	154,6	4,2	158,8	-	-	165,1
bielski	6,3	-	6,3	15,2	-	15,2	1,5	0,9	23,9
grajewski	-	-	-	14,1	-	14,1	2,3	2,2	18,7
hajnowski	4,5	-	4,5	23,5	-	23,5	3,7	1,7	33,3
kolneński	0,1	-	0,1	12,6	-	12,6	4,2	1,7	18,7
m. Łomża	1,8	-	1,8	35,4	-	35,4	-	-	37,2
łomżyński	0,7	-	0,7	-	-	-	2,7	0,3	3,7
moniecki	0,1	-	0,1	4,0	-	4,0	-	1,2	5,4
sejneński	1,1	-	1,1	4,5	-	4,5	-	-	5,6
siemiatycki	5,9	-	5,9	12,5	-	12,5	2,0	2,3	22,8
sokólski	10,5	-	10,5	21,8	-	21,8	1,4	1,8	35,6
suwalski	0,6	-	0,6	9,9	-	9,9	1,9	2,3	14,7
m. Suwałki	1,5	-	1,5	32,7	-	32,7	-	-	34,1
wysokomazowiec ki	3,4	-	3,4	14,2	-	14,2	0,7	2,4	20,7
zambrowski	2,2	-	2,2	20,0	-	20,0	-	0,7	23,0
cały region	8,9	-	8,9	-	-	-	-	-	8,9
suma	50,9	13,8	64,7	401,9	7,8	409,7	25,5	20,5	520,4

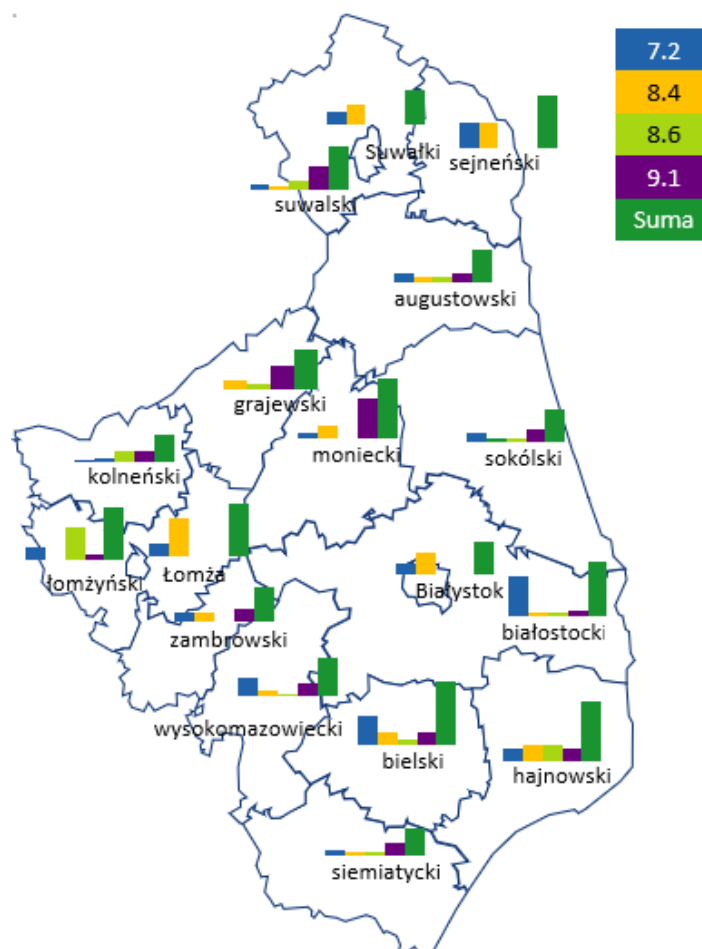
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Przedstawione powyżej zestawienie odnosi się do liczby (i wartości) projektów realizowanych na terenie powiatów województwa podlaskiego. Ponieważ część projektów była realizowana na terenie więcej niż jednego powiatu, dlatego w przypadku liczby projektów uzyskano sumę 321, mimo że liczba analizowanych przedsięwzięć wyniosła 218 (jeden projekt mógł być bowiem przypisany do więcej niż jednego powiatu). Wartości projektów realizowane na terenie każdego z powiatów sumują się do łącznej wartości realizowanych przedsięwzięć (520,4 mln zł), gdyż nawet w przypadku realizacji projektu w kilku powiatach, możliwe było przypisanie wartości części projektu do poszczególnych obszarów. Najwięcej umów przypadło na powiat białostocki (aż 81), przy czym ich większość (58) wsparta była w Poddziałaniu 7.2.2. Z kolei na terenie czterech powiatów (m. Łomża, łomżyński, moniecki, sejneński) realizowana była najmniejsza liczba projektów. Pod względem wartości projektów (przypadających na teren danego powiatu) widoczna jest dominacja miasta Białystok, na którego terenie wartość realizowanych przedsięwzięć wyniosła aż 165 mln zł, w tym większość (154,6 mln zł) w Poddziałaniu 8.4.1, dotyczącym rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia (inwestycje w szpitalach specjalistycznych). W trzech powiatach (łomżyńskim, monieckim, sejneńskim) wartość wsparcia wyniosła zaledwie kilka milionów złotych⁴³.

Dysproporcje dotyczące rozmieszczenia projektów na terenie powiatów (liczba projektów ogółem oraz wspartych w ramach poszczególnych czterech działań RPOWP) są szczególnie dobrze widoczne na poniższej mapie (obrazują je wysokości słupków). Należy jednak podkreślić, że realizację projektów zaplanowano na terenie każdego powiatu województwa podlaskiego, co jest okolicznością korzystną, z punktu widzenia zwiększenia dostępności do usług społecznych i docierania z nimi do wszystkich potrzebujących ich mieszkańców województwa.

⁴³ Takie ukierunkowanie wsparcia zarówno w obszarze usług społecznych jak i zdrowotnych wynika zarówno z zapisów RPOWP 2014-2020, Policy Paper, Mapy potrzeb zdrowotnych, rekomendacji Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, jak i rozmieszczenia placówek leczniczych, szczególnie szpitali specjalistycznych, które ulokowane są w miastach i korzystając ze swojej infrastruktury zdrowotnej świadczą usługi dla mieszkańców także okolicznych powiatów, a niekiedy nawet (szpitale specjalistyczne) dla całego województwa.

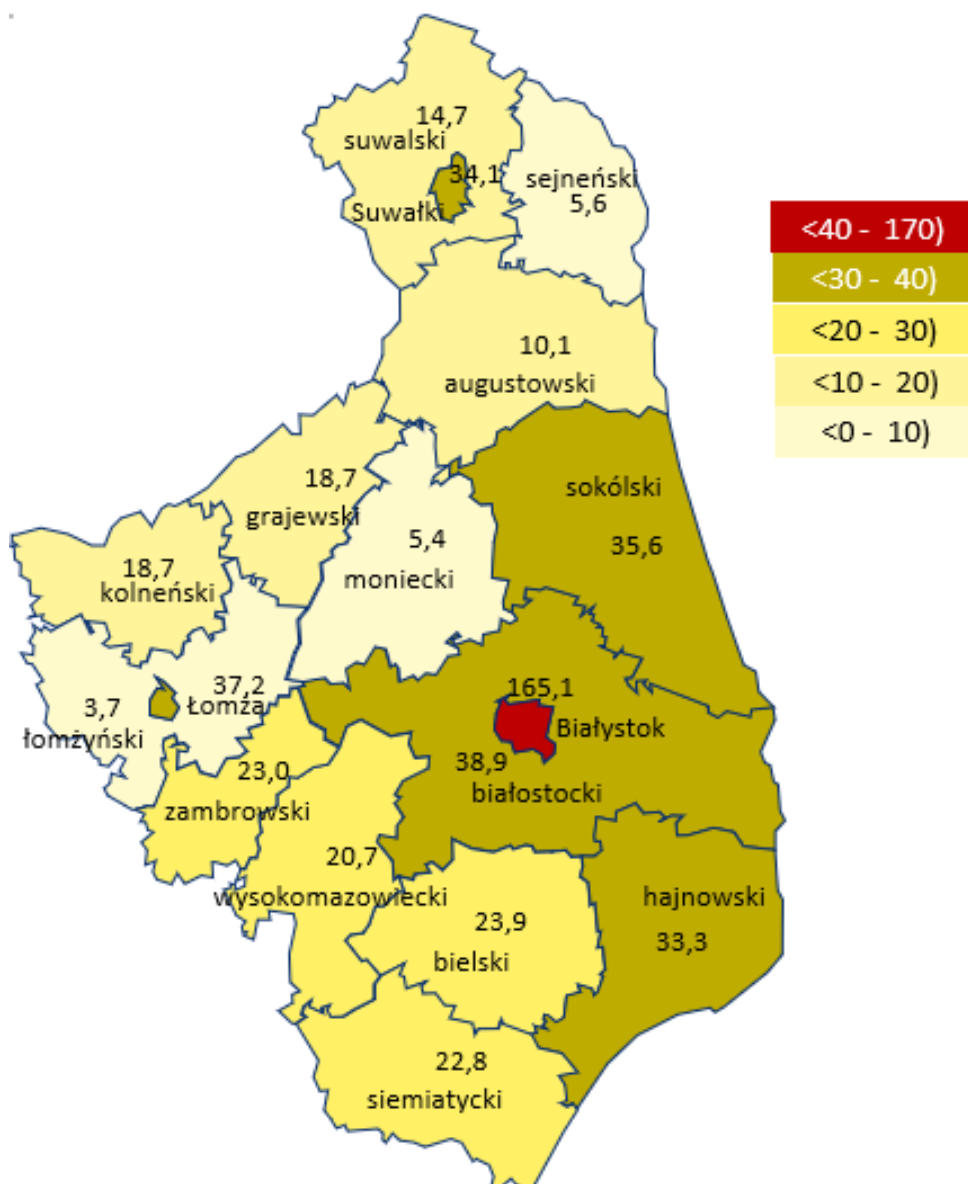
Mapa 5. Liczba projektów realizowanych w działaniach na terenie powiatów (wysokość słupka odpowiada liczbie projektów wspartych w każdym z 4 działań oraz ich sumie)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

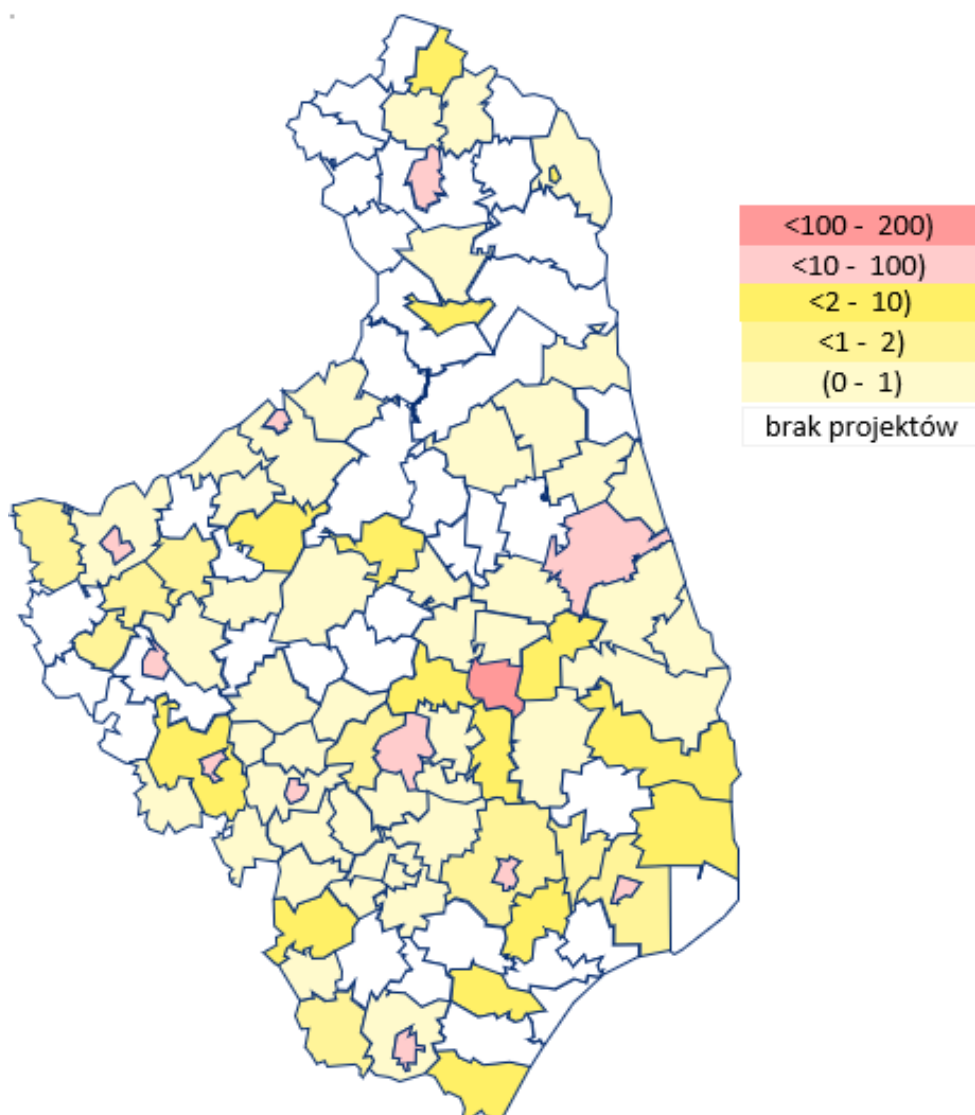
Wartość projektów realizowanych na terenie poszczególnych powiatów także jest silnie zróżnicowana przestrzennie – dobrze to obrazuje kolejna mapa. Największe wartości wspartych przedsięwzięć odnotowuje się w miastach na prawach powiatu oraz w powiatach w centralnej i wschodniej części regionu (białostocki, sokółski i hajnowski). Wartości najniższe (to znaczy nie przekraczające w powiecie kwoty 20 mln zł) w części północnej i północno-zachodniej województwa. Czynnikiem decydującym o obserwowanych dysproporcjach było ukierunkowanie wsparcia w Poddziałaniu 8.4.1 do wybranych typów specjalistycznych placówek leczniczych, które są zlokalizowane tylko w nielicznych powiatach, mimo że przyjmują pacjentów z terenu także powiatów sąsiednich, a czasami z obszaru całego województwa podlaskiego (np. Białostockie Centrum Onkologii, które jest jedyną w województwie podlaskim wielospecjalistyczną placówką, zajmującą się rozpoznawaniem i leczeniem chorób nowotworowych). Te projekty, mimo, że relatywnie nieliczne (w porównaniu z innymi analizowanymi działaniami) były bardzo znaczne wartościowo (łącznie 401,9 mln zł, blisko 79% wartości wszystkich analizowanych w niniejszym badaniu przedsięwzięć).

Mapa 6. Wartość projektów realizowanych na terenie powiatów (dane w mln zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Jak przedstawia to kolejna mapa, w większości gmin (w 80 spośród wszystkich 118 w województwie podlaskim) były realizowane projekty społeczne. Jednocześnie w 38 gminach takie przedsięwzięcia nie były realizowane. Tego typu gmin najwięcej było w północnej części województwa, m.in. na terenie powiatu suwalskiego (w sześciu gminach: Bakalarzewo, Filipów, Przerośl, Raczki, Suwałki - gmina wiejska, Wiżajny), ale i innych, na ogół peryferyjnych częściach województwa, m.in. na terenie powiatu łomżyńskiego (w sześciu gminach: Łomża - gmina wiejska, Miastkowo, Przytuły, Śniadowo, Wizna, Zbójna) oraz powiatu hajnowskiego (w pięciu gminach: Białowieża, Czeremcha, Dubicze Cerkiewne, Kleszczele, Narew).

Mapa 7. Wartość projektów realizowanych na terenie gmin (dane w mln zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Blisko połowa projektów (149 spośród 321) była realizowana na terenie małych obszarów wiejskich, tzn. w gminach o ludności powyżej 5 000 mieszkańców i średniej gęstości zaludnienia. Pozostałe projekty w równej części (tzn. po 86) rozłożyły się (w swej liczbie) pomiędzy duże obszary miejskie (gminy o ludności powyżej 50 000 i dużej gęstości zaludnienia) oraz obszary wiejskie (gminy o małej gęstości zaludnienia). Pod względem wartości projektów, to dominującym miejscem realizacji są obszary miejskie (duże obszary miejskie o łącznej wartości projektów równej 258 mln zł i małe obszary miejskie – 219 mln zł), zaś na terenach wiejskich realizowano projekty o wartości jedynie 43 mln zł. Taki rozkład projektów należy uznać za optymalny z punktu widzenia dostępności i skuteczności wsparcia, gdyż w większych ośrodkach miejskich najprawdopodobniej występuje większa liczba beneficjentów, zdolnych do realizacji przedsięwzięć o większej wartości i większym zakresie, zaś większa liczba mieszkańców skłania do przeznaczania na zaspokojenie ich potrzeb większych środków. Z drugiej strony, wsparcie na terenach wiejskich także jest potrzebne,

a biorąc pod uwagę fakt, że są one zazwyczaj zamieszkałe przez mniejszą liczbę mieszkańców niż tereny miejskie, to przedsięwzięcia nawet o relatywnie mniejszej wartości mogą mieć silne, pozytywne oddziaływanie na społeczność.

Tabela 10. Liczba i wartość umów o dofinansowanie w analizowanych działaniach według typu obszaru realizacji*

Powiat	Duże obszary miejskie	Małe obszary miejskie	Obszary wiejskie	Suma
liczba projektów				
augustowski	2	6	2	10
białostocki	39	34	8	81
m. Białystok	20	4	-	24
bielski	1	9	9	19
grajewski	1	7	4	12
hajnowski	1	9	8	18
kolneński	-	10	10	20
m. Łomża	7	1	-	8
łomżyński	-	2	6	8
moniecki	-	8	1	9
sejneński	2	2	-	4
siemiatycki	-	14	7	21
sokólski	1	20	4	25
suwalski	2	1	10	13
m. Suwałki	8	2	-	10
wysokomazowiecki	-	14	13	27
zambrowski	1	5	4	10
cały region	1	1		2
suma	86	149	86	321
wartość projektów (mln zł)				
augustowski	2,9	6,8	0,4	10,1
białostocki	4,8	30,0	4,1	38,9
m. Białystok	154,9	10,2	-	165,1
bielski	4,1	16,3	3,5	23,9
grajewski	6,5	9,1	3,1	18,7
hajnowski	2,4	25,6	5,4	33,3
kolneński	-	16,2	2,5	18,7

Powiat	Duże obszary miejskie	Małe obszary miejskie	Obszary wiejskie	Suma
Łomża	37,1	0,1		37,2
Łomżyński	-	0,3	3,4	3,7
moniecki	-	5,2	0,2	5,4
sejneński	3,8	1,8		5,6
siemiatycki	-	17,9	5,0	22,8
sokólski	0,2	26,9	8,5	35,6
suwalski	10,4	0,1	4,2	14,7
m. Suwałki	25,6	8,5	-	34,1
wysokomazowiecki	-	18,4	2,3	20,7
zambrowski	0,8	21,5	0,7	23,0
cały region	4,5	4,4	-	8,9
suma	258,0	219,2	43,2	520,4

* Typy obszaru realizacji: duże obszary miejskie (o ludności >50 000 i dużej gęstości zaludnienia), małe obszary miejskie (o ludności >5 000 i średniej gęstości zaludnienia), obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Przedstawione powyżej zestawienie odnosi się do liczby (i wartości) projektów realizowanych na terenie powiatów województwa podlaskiego. Część projektów była realizowana na terenie więcej niż jednego powiatu, dlatego w przypadku liczby projektów uzyskano sumę 321, mimo że ogólna liczba analizowanych przedsięwzięć wyniosła 218 (jeden projekt mógł być przypisany do więcej niż jednego powiatu). Wartości projektów realizowane na terenie każdego z powiatów sumują się do łącznej wartości realizowanych przedsięwzięć (520,4 mln zł), gdyż nawet w przypadku realizacji projektu w kilku powiatach, możliwe było przypisanie wartości części projektu do poszczególnych obszarów.

6.2.2 UCZESTNICZY PROJEKTÓW ORAZ REALIZOWANE USŁUGI

Uczestnicy projektów dotyczących wsparcia usług społecznych, jako osoby indywidualne, występują w Działaniu 7.2 i Działaniu 9.1. Takich osób (niepowtarzających się, które można identyfikować numerami PESEL) było najwięcej w Poddziałaniu 7.2.1 (2 675) oraz 2 098 w Poddziałaniu 7.2.2 i 2 024 w Działaniu 9.1. Suma uczestników wsparcia w tych trzech działaniach wynosi 6 797, natomiast, ponieważ niewielka część tych osób brała udział w kilku projektach finansowanych z więcej niż jednego działania/poddziałania, to liczba niepowtarzających się uczestników jest minimalnie niższa i wynosi 6 743. Największa liczba uczestników projektów pochodziła z najbardziej ludnych powiatów, to jest z miasta Białystok i z powiatu białostockiego. Blisko 600 uczestników to mieszkańcy powiatu sokólskiego, zaś po blisko 500 uczestników pochodziło z terenu trzech kolejnych powiatów: bielskiego, siemiatyckiego i wysokomazowieckiego.

Tabela 11. Liczba uczestników projektów (dla każdego z działań/poddziałań prezentowane są dane o uczestnikach unikatowych, dane w kolumnie „Suma” dotyczą uczestników powtarzających się)

Powiat	7.2.1	7.2.2	9.1	Suma
augustowski	57	-	50	107
białostocki	26	640	252	918
m. Białystok	-	1 456	-	1 456
bielski	395	1	86	482
grajewski	59	-	230	289
hajnowski	136	-	109	245
kolneński	106	-	181	287
m. Łomża	114	-	-	114
łomżyński	67	-	15	82
moniecki	164	-	167	331
sejneński	76	-	24	100
siemiatycki	278	-	220	498
sokólski	491	-	108	599
suwalski	82	-	169	251
m. Suwałki	266	-	-	266
wysokomazowiecki	162	-	332	494
zambrowski	196	-	81	277
inny (poza terenem województwa)	-	1	-	1
Suma	2 675	2 098	2 024	6 797

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Osoby wsparte to w $\frac{2}{3}$ przypadków kobiety, niezależnie od działania czy poddziałania, z którego pochodziło wsparcie.

Tabela 12. Liczba uczestników projektów według płci i działania/poddziałania

Płeć	7.2.1	7.2.2	9.1	Suma
kobieta	1 806	1 327	1 393	4 526
mężczyzna	869	771	631	2 271
Suma	2 675	2 098	2 024	6 797

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Znaczna część osób wspartych (41%) to osoby niepełnoletnie, zaś 16% (około 1100 osób) nie miało w chwili przystąpienia do projektu nawet skończonych 10 lat. Kolejne 31% uczestników projektów to osoby w wieku 60 lat lub starsze. 6% osób (431 uczestników) uzyskało wsparcie w wieku co najmniej 80 lat.

Tabela 13. Liczba uczestników projektów według wieku i działania/poddziałania

Wiek (lata)	7.2.1	7.2.2	9.1	Suma	Suma (struktura %)
do 9	306	444	354	1 104	16%
10-17	828	595	307	1 730	25%
18-29	109	173	37	319	5%
30-49	406	693	137	1 236	18%
50-59	111	123	42	276	4%
60-69	332	39	544	915	13%
70-79	329	22	435	786	12%
pow. 80	254	9	168	431	6%
Suma	2 675	2 098	2 024	6 797	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Wsparcie było adresowane przede wszystkim do osób z niskim poziomem wykształcenia. Nieco ponad połowa uczestników (56%) charakteryzuje się wykształceniem co najwyżej podstawowym, zaś tylko 20% policealnym lub wyższym. Największy odsetek uczestników o wykształceniu co najwyżej podstawowym wsparto w Poddziałaniu 7.2.1 i Działaniu 9.1 (w obu przypadkach – 58%), a nieco niższy w Poddziałaniu 7.2.1 (52%). Analogicznie, to w Poddziałaniu 7.2.2 odsetek uczestników z wykształceniem wyższym wyniósł aż 21%, podczas gdy w Poddziałaniu 7.2.1 – 9%, zaś w Działaniu 9.1 – 7%.

Tabela 14. Liczba uczestników projektów według poziomu wykształcenia i działania/poddziałania

Poziom wykształcenia	7.2.1	7.2.2	9.1	Suma	Suma (struktura %)
niższe niż podstawowe (ISCED 0)	927	441	523	1 891	28%
podstawowe (ISCED 1)	618	650	659	1 927	28%
gimnazjalne (ISCED 2)	117	129	40	286	4%
ponadgimnazjalne (ISCED 3)	574	297	494	1 365	20%
policealne (ISCED 4)	190	176	172	538	8%
wyższe (ISCED 5-8)	249	405	136	790	12%
Suma	2 675	2 098	2 024	6 797	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Zdecydowaną większość uczestników (76%) to osoby bierne zawodowo, zaś 9% to osoby bezrobotne (tylko w około połowie przypadków zarejestrowane w stosownej ewidencji urzędu pracy). Osoby bezrobotne stanowią największą część uczestników wspartych w Poddziałaniu 7.2.2 (14%), zaś znacznie mniejszą w Poddziałaniu 7.2.1 (8%) oraz Działaniu 9.1 (3%).

Tabela 15. Liczba uczestników projektów według statusu osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu i instrumentu wsparcia

Status uczestnika na rynku pracy	7.2.1	7.2.2	9.1	Suma	Suma (struktura %)
osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	122	160	35	317	5%
osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	92	129	33	254	4%
osoba bierna zawodowo	2 130	1 197	1 860	5 187	76%
osoba pracująca	331	612	96	1 039	15%
Suma	2 675	2 098	2 024	6 797	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Blisko co piąty uczestnik projektu (18%) to osoba z niepełnosprawnością. Odsetek ten jest bardzo zbliżony w każdym z analizowanych działań/poddziałań (najniższy – 17% – charakteryzuje uczestników w Poddziałaniu 7.2.2).

Tabela 16. Liczba uczestników projektów według posiadania niepełnosprawności i działania/poddziałania

Osoba z niepełnosprawnością	7.2.1	7.2.2	9.1	Suma	Suma (struktura %)
nie	2 178	1 725	1 635	5 538	81%
odmowa podania informacji	7	23	20	50	1%
tak	490	350	369	1 209	18%
Suma	2 675	2 098	2 024	6 797	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Większość uczestników projektów (60%) to mieszkańcy obszarów wiejskich. Szczególnie znaczną część stanowią oni w projektach w Działaniu 9.1 (aż 86%) oraz w Poddziałaniu 7.2.1 (65%).

Tabela 17. Liczba uczestników projektów według stopnia urbanizacji miejsca zamieszkania i działania/poddziałania

Typy obszaru	7.2.1	7.2.2	9.1	Suma	Suma (struktura %)
duże obszary miejskie	380	1 456	-	1 836	27%
małe obszary miejskie	550	36	283	869	13%
obszary wiejskie	1 745	606	1 741	4 092	60%
Suma	2 675	2 098	2 024	6 797	100%

* Typy obszaru realizacji: duże obszary miejskie (o ludności >50 000 i dużej gęstości zaludnienia), Małe obszary miejskie (o ludności >5 000 i średniej gęstości zaludnienia), obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Uczestnikom projektów (osobom indywidualnym) w Działaniu 7.2 i Działaniu 9.1 udzielono łącznie około 38 tys. usług społecznych. W tej liczbie największy udział mają:

- usługa opiekuńcza lub specjalistyczna opiekuńcza – blisko 15 tysięcy przypadków udzielenia (39% ogółu usług);
- usługa wsparcia rodziny – 25% spośród wszystkich udzielonych usług;
- usługa systemu pieczy zastępczej – 5,9%;
- szkolenie/ kurs – 2,2%;
- doradztwo psychologiczne – 1,9%;
- usługa aktywnej integracji – 1,5%.

Szczegółowe zestawienie liczby udzielonych usług przedstawia Tabela 18.

Tabela 18. Liczba udzielonych usług według działania/poddziałania

Usługa	7.2.1	7.2.2	9.1	Suma	Suma (struktura %)
usługa w mieszkaniu chronionym lub innej formie mieszkania wspieranego	37	64	12	113	0,3%
usługa asystencka	272	157	101	530	1,4%
usługa aktywnej integracji	305	97	165	567	1,5%
szkolenie / kurs	292	506	63	861	2,2%
usługa o charakterze społecznym	261	65	119	445	1,2%
usługa o charakterze zdrowotnym	19	32	-	51	0,1%
usługa opiekuńcza lub specjalistyczna opiekuńcza	7 902	37	6967	14 906	38,7%
usługa systemu pieczy zastępczej	2011	172	77	2260	5,9%
doskonalenie zawodowe	21	56	-	77	0,2%
usługa wsparcia rodziny	6 222	1 161	2 412	9 795	25,4%
doradztwo psychologiczne	-	596	132	728	1,9%
usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym	-	307	-	307	0,8%
doradztwo /poradnictwo zawodowe	-	2	-	2	0,0%
doradztwo edukacyjno-zawodowe	-	86	-	86	0,2%
usługa o charakterze zawodowym	-	-	18	18	0,0%
doradztwo / pomoc prawna	-	198	107	305	0,8%
inne	163	-	7 288	7 451	19,4%
Suma	17 505	3 536	17 461	38 502	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Większość usług (aż 70%) zostało udzielonych kobietom. Wskaźnik ten więc w przybliżeniu odpowiada odsetkowi kobiet wśród uczestników projektów (66%).

Tabela 19. Liczba udzielonych usług według płci odbiorcy wsparcia

Usługa	kobieta	mężczyzna	Suma	Suma (struktura %)
usługa w mieszkaniu chronionym lub innej formie mieszkania wspieranego	50	63	113	0,3%
usługa asystencka	331	199	530	1,4%
usługa aktywnej integracji	389	178	567	1,5%
szkolenie/ kurs	773	88	861	2,2%
usługa o charakterze społecznym	307	138	445	1,2%
usługa o charakterze zdrowotnym	24	27	51	0,1%
usługa opiekuńcza lub specjalistyczna opiekuńcza	11 694	3 212	14 906	38,7%
usługa systemu pieczy zastępczej	1 481	779	2 260	5,9%
doskonalenie zawodowe	72	5	77	0,2%
usługa wsparcia rodziny	6 053	3 742	9 795	25,4%
doradztwo psychologiczne	475	253	728	1,9%
usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym	175	132	307	0,8%
doradztwo/poradnictwo zawodowe	0	2	2	0,0%
doradztwo edukacyjno-zawodowe	78	8	86	0,2%
usługa o charakterze zawodowym	18	0	18	0,0%
doradztwo/ pomoc prawna	250	55	305	0,8%
inne	4 919	2 532	7 451	19,4%
Suma	27 089	11 413	38 502	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Wsparcie trafiło do mieszkańców każdego powiatu województwa podlaskiego. Dobrze to świadczy o nakierowaniu na zaspokajanie potrzeb społecznych mieszkańców całego regionu. Liczba udzielonych usług waha się od mniej niż 500 w trzech powiatach (sejneński, łomżyński, miasto Łomża) do ponad 3000 w czterech powiatach (bielski, grajewski, siemiatycki, sokólski).

Tabela 20. Miejsce zamieszkania odbiorców usług (według powiatów)

Usługa	augustowski	białostocki	m. Białystok	bielski	grajewski	hajnowski	kolneński	łomżyński	moniecki	sejneński	siemiatycki	sokólski	suwalski	wysokomazowiecki	zambrowski	m. Suwałki	m. Łomża	Suma
usługa w mieszkaniu chronionym lub innej formie mieszkania wspieranego	-	10	54	6	-	7	-	-	-	6	1	-	21	-	-	8	-	113
usługa asystencka	-	142	130	4	-	-	-	-	-	53	12	-	-	87	-	-	102	530
usługa aktywnej integracji	-	21	79	-	101	28	43	-	-	-	-	263	-	22	6	-	4	567
szkolenie/kurs	-	121	385	187	37	6	2	6	14	-	-	60	-	-	-	6	37	861
usługa o charakterze społecznym	-	14	51	-	71	28	18	-	-	-	-	263	-	-	-	-	-	445
usługa o charakterze zdrowotnym	-	4	28	-	2	-	7	-	-	-	-	-	-	-	6	-	4	51
usługa opiekuńcza lub specjalistyczna opiekuńcza	368	30	37	2182	2240	717	184	-	586	138	5914	545	137	859	813	-	156	14 906
usługa systemu pieczy zastępczej	29	29	143	750	1	46	29	17	240	-	55	835	9	16	16	28	17	2 260
doskonale-nie zawodowe	-	28	27	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	18	77
usługa wsparcia rodziny	293	1 024	642	999	218	288	377	201	773	30	292	1053	910	800	283	1596	16	9 795
doradztwo psychologiczne	-	548	48	-	63	18	-	-	51	-	-	-	-	-	-	-	-	728
usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym	-	32	275	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	307
doradztwo/poradnictwo zawodowe	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
doradztwo edukacyjne/zawodowe	-	14	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86
usługa o charakterze zawodowym	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
doradztwo/ pomoc prawna	-	171	27	-	84	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	305
inne	105	380	-	363	300	-	1445	162	312	4	2735	762	548	334	1	-	-	7 451
Suma	795	2 570	1 998	4 491	3 117	1 138	2 123	389	1 999	231	9 009	3 781	1 625	2 118	1 125	1 638	354	38 502

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Wśród uczestników projektów można wyróżnić podmioty objęte wsparciem w Poddziałaniu 7.2.1 w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19: przede wszystkim występujące najczęściej domy pomocy społecznej, ale także noclegownie i inne miejsca świadczenia usług społecznych. Wsparcie zostało udzielone 40 uczestnikom instytucjonalnym w ramach dwóch projektów, których beneficjentem było województwo podlaskie (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku).

Tabela 21. Liczba instytucjonalnych uczestników projektów (według powiatu i typu obszaru realizacji) w Poddziałaniu 7.2.1*

Powiat	Duże obszary miejskie	Małe obszary miejskie	Obszary wiejskie	Suma
augustowski	-	2	1	3
białostocki	-	3	8	11
m. Białystok	8	-	-	8
bielski	-	-	5	5
grajewski	-	1	-	1
hajnowski	-	-	2	2
m. Łomża	2	-	-	2
łomżyński	-	-	2	2
moniecki	-	-	2	2
siemiatycki	-	1	-	1
sokólski	-	-	1	1
m. Suwałki	1	-	-	1
wysokomazowiecki	-	-	1	1
Suma	11	7	22	40

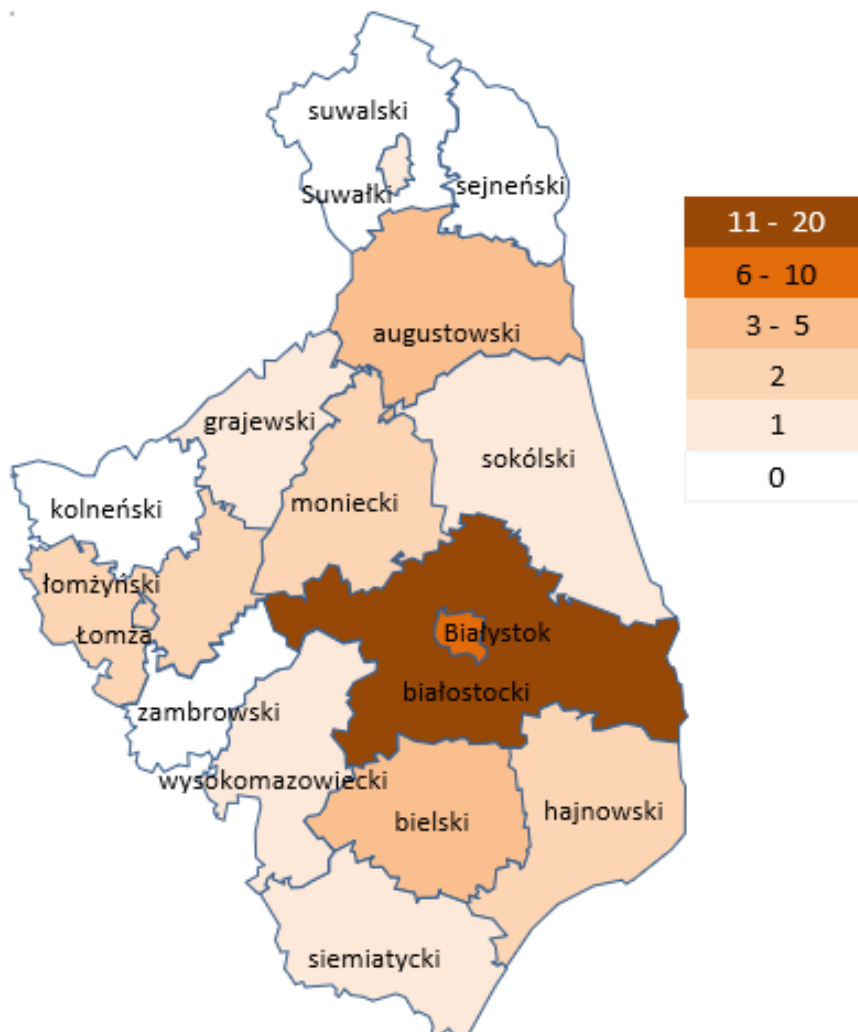
* Typy obszaru realizacji: duże obszary miejskie (o ludności >50 000 i dużej gęstości zaludnienia), małe obszary miejskie (o ludności >5 000 i średniej gęstości zaludnienia), obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Łącznie wsparto 40 instytucji⁴⁴ zlokalizowanych w 13 powiatach (podmiotem wsparcia nie byli pracownicy tych instytucji). Ponad połowa (22) projektów dotyczyła terenów wiejskich, około co czwarty – dużych obszarów miejskich i najmniej (tylko 7) – małych obszarów miejskich. Aż 11 wspartych ośrodków pochodziła z powiatu białostockiego, zaś 8 z miasta Białystok. Wśród pozostałych powiatów dość znaczna liczba wspartych podmiotów była zlokalizowana w powiecie bielskim (5), na ogół jednak (w 9 przypadkach) na terenie jednego powiatu była wsparta tylko jedna, bądź dwie placówki.

⁴⁴ Liczba podpisanych umów wyniosła 38. W ramach tych umów wsparcie otrzymało 40 instytucji.

Mapa 8. Liczba projektów realizowanych na terenie powiatów (instytucjonalni uczestnicy projektów w Poddziałaniu 7.2.1)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

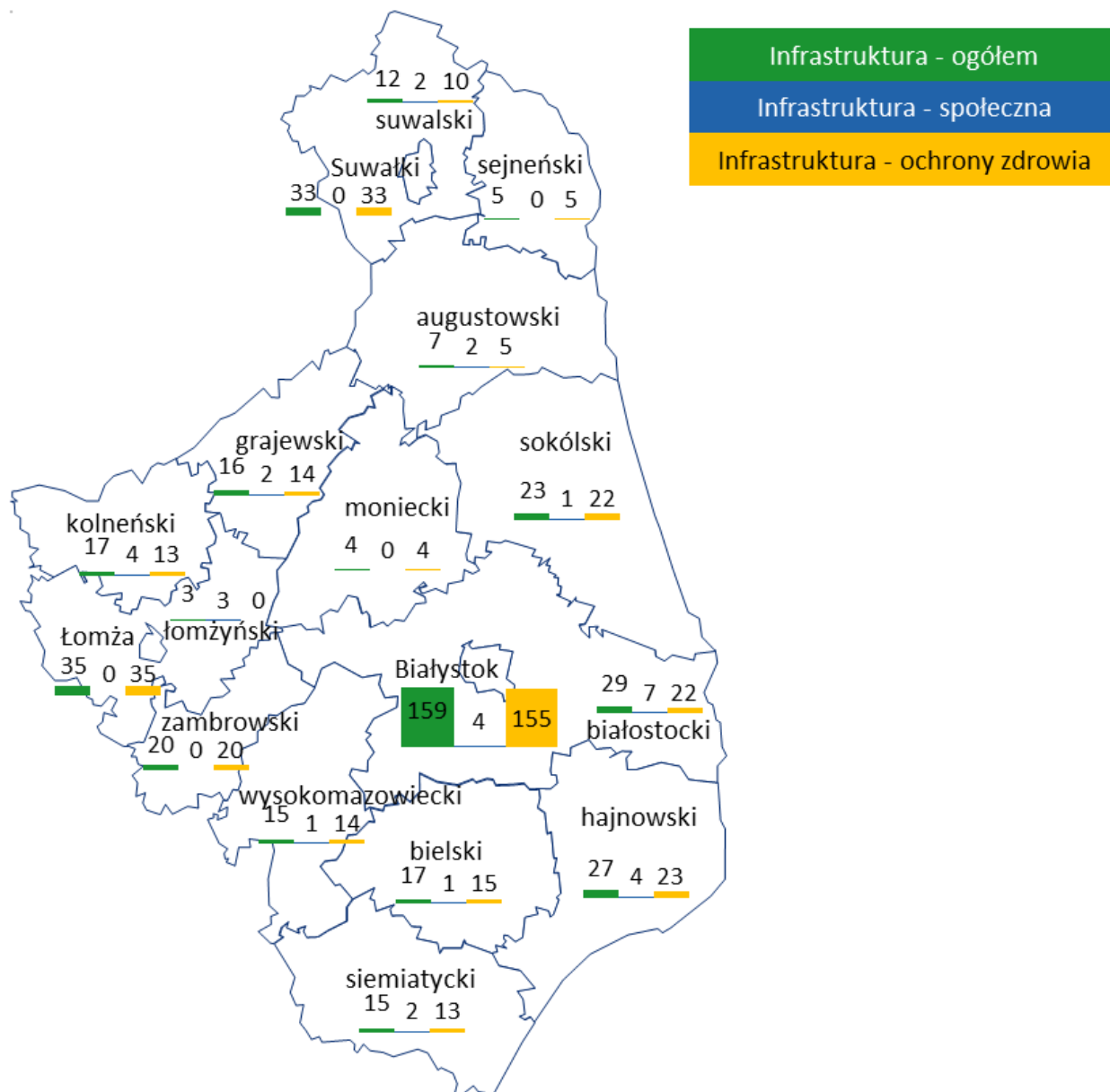
6.2.3 CHARAKTERYSTYKA WSPARTEJ INFRASTRUKTURY

Wśród działań, a w ramach nich typów projektów, objętych niniejszą ewaluacją wsparcie infrastruktury było realizowane w ramach następujących działań i poddziałań RPOWP:

- infrastruktura społeczna – w Poddziałaniu 8.4.2 Infrastruktura usług socjalnych w obszarze BOF (4 projekty o łącznej wartości 7,8 mln zł, średnia wartość jednego projektu to 1,95 mln zł) oraz w Działaniu 8.6 Infrastruktura społeczna (40 projektów o wartości 25,5 mln zł, średnia wartość jednego projektu to 640 tys. zł); łączna wartość projektów wspierających infrastrukturę społeczną to 33,3 mln zł;
- infrastruktura ochrony zdrowia – w Poddziałaniu 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia (wsparto 55 projektów o łącznej wartości 401,9 mln zł, średnia wartość jednego projektu to 7,3 mln zł).

Projekty infrastrukturalne były realizowane na terenie wszystkich powiatów województwa podlaskiego, co jest czynnikiem sprzyjającym skutecznemu wsparciu mieszkańców w zakresie usług społecznych i zdrowotnych oraz decentralizacji tych usług.

Mapa 9. Wartość projektów realizowanych na terenie powiatów – projekty dotyczące infrastruktury społecznej, infrastruktury ochrony zdrowia oraz obu tych typów infrastruktury (dane w milionach złotych)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego.

Pod względem wartościowym widoczna jest dominacja wsparcia infrastruktury zdrowotnej (wartość projektów – 401,9 mln zł – to aż 92% ogółu analizowanych wydatków infrastrukturalnych). Zatem, także i rozkład przestrzenny ogólnej wartości wsparcia infrastruktury (ochrony zdrowia oraz społecznej) jest zdeterminowany rozkładem projektów

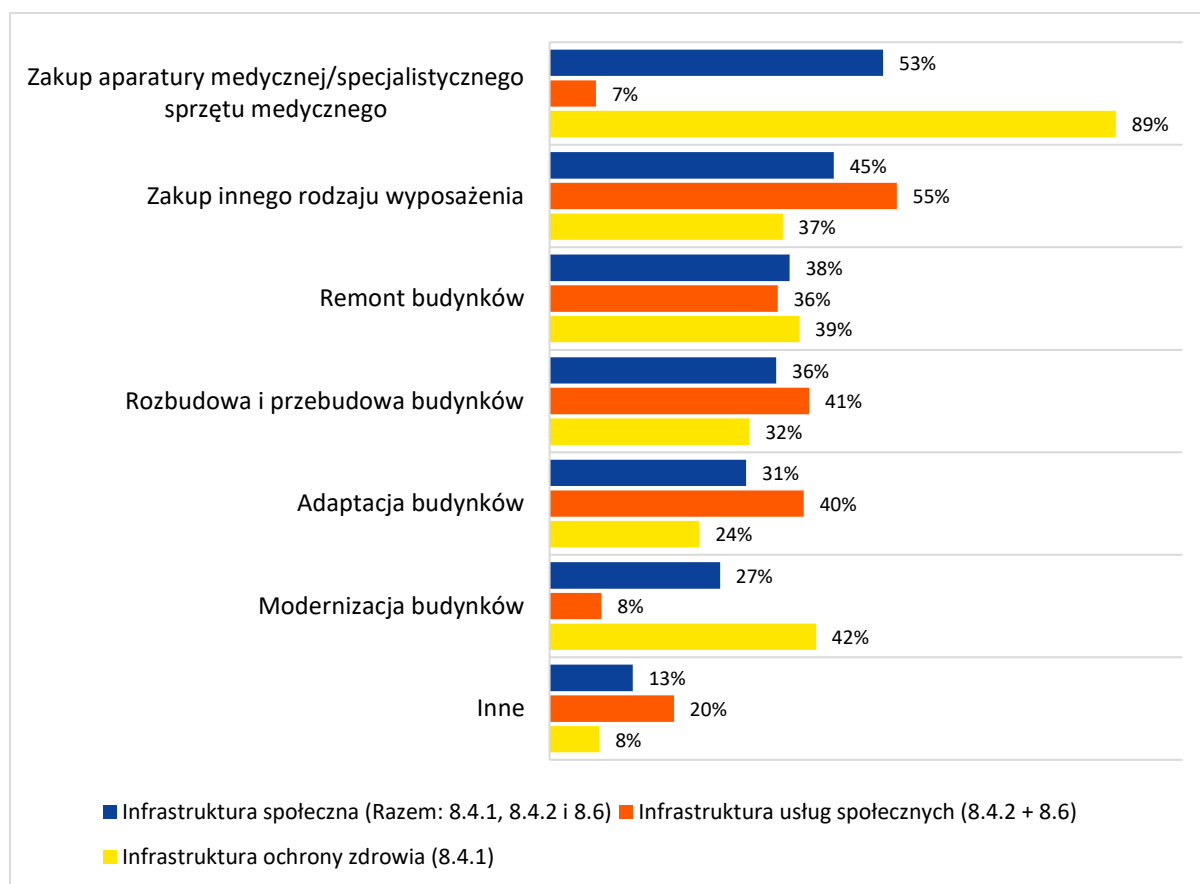
dotyczących infrastruktury zdrowotnej, które mogły być realizowane tylko w wybranych placówkach, głównie w szpitalach specjalistycznych⁴⁵.

Projekty dotyczące infrastruktury ochrony zdrowia o łącznie największej wartości były realizowane na terenie Białegostoku (blisko 155 mln zł) oraz pozostałych miast na prawach powiatu (Łomża, Suwałki). Tylko na terenie powiatu łomżyńskiego nie realizowano tego typu przedsięwzięć. Z kolei największa wartość projektów dotyczących infrastruktury społecznej przypada na powiat białostocki (6,7 mln zł). Żadnych przedsięwzięć w ramach infrastruktury społecznej nie sfinansowano w pięciu powiatach (Łomża, Suwałki, moniecki, sejneński, zambrowski).

Jak wynika z rozłożenia przestrzennego realizowanych przedsięwzięć, wsparcie infrastruktury opieki zdrowotnej było kierowane głównie do największych aglomeracji regionu, zaś w zakresie infrastruktury społecznej wsparcie w znacznym stopniu trafiło do mniejszych lokalizacji. Generalnie projekty miały znaczny wpływ na likwidowanie nierówności w dostępie do infrastruktury obydwu kategorii, z utrzymującą się dominującą pozycją Białegostoku jako podstawowego w województwie podlaskim miejsca realizacji najwyższej jakości specjalistycznych usług zdrowotnych.

Wsparcie z RPOWP w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia w blisko 90% przypadków wiązało się z zakupem specjalistycznego sprzętu medycznego, a bardzo często także z modernizacją, remontem lub rozbudową budynków (modernizacja – w 42% projektów, remont – w 37%, rozbudowa/przebudowa – w 32%). Z kolei około połowa projektów w zakresie infrastruktury usług społecznych obejmowała zakup różnego rodzaju wyposażenia, a częstym elementem wspieranych przedsięwzięć były różnego rodzaju inwestycje dotyczące obiektów, m.in. ich rozbudowa i przebudowa (w 41% projektów), adaptacja (w 40% projektów), remont (w 36%).

⁴⁵ Wsparcie mogło być realizowane głównie przez placówki udzielające świadczeń zdrowotnych, dedykowanych w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, tj. w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego, chorób psychicznych (zgodnie z dokumentem [Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020](#)).

Wykres 31. Typy działań realizowanych w ramach projektów dotyczącego wsparcia infrastruktury

Źródło: Badanie ankietowe (CATI) beneficjentów projektów (infrastruktura ochrony zdrowia N=35, Infrastruktura usług społecznych N=29, Ogółem N=64). Opracowanie własne.

Przyjrzyjmy się bliżej inwestycjom infrastrukturalnym – temu co i gdzie zostało zrealizowane w ramach prowadzonych projektów. Zaczniemy od infrastruktury usług społecznych, które finansowane były w ramach Poddziałania 8.4.2 Infrastruktura usług socjalnych w obszarze BOF oraz 8.6 Inwestycje na rzecz rozwoju lokalnego.

W przypadku Poddziałania 8.4.2 zrealizowano 4 projekty o łącznej wartości 7,8 mln zł, w ramach których :

- podejmowano działania związane z walką oraz przeciwdziałaniem zagrożeniom powodowanym przez koronawirusa SARS-CoV-2 – 1 projekt realizowany przez Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku o wartości 3,5 mln zł;
- finansowano infrastrukturę związaną z utworzeniem mieszkań wspomaganych wraz z niezbędną infrastrukturą i wyposażeniem dla osób z niepełnosprawnościami - projekt Stowarzyszenia "My Dla Innych" z Białegostoku o wartości 227,7 tys. zł (utworzono 4 mieszkania wspomagane) oraz projekt realizowany przez Caritas Archidiecezji Białostockiej, w ramach którego sfinansowano 8 mieszkań wspomaganych za 3,6 mln zł;

- sfinansowano infrastrukturę związaną z usługami wsparcia rodziny i pieczy zastępczej – Fundacja Dialog w ramach projektu stworzyła Centrum Reintegracji Rodziny, które dedykowane jest rodzinom przeżywającym trudności opiekuńczo-wychowawcze oraz rodzinom zastępczym z gmin BOF, a także pracownikom i wolontariuszom instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej, przedsięwzięcie o wartości 431,8 tys. zł.

W ramach działania 8.6 zrealizowano 40 projektów⁴⁶, o łącznej wartości 25,5 mln zł. Dofinansowanie uzyskały przede wszystkim przedsięwzięcia inwestycyjne związane z integracją społeczną oraz aktywizacją zawodową tj. polegające na przebudowie, remoncie, modernizacji i adaptacji istniejących już obiektów (a także zakupu wyposażenia), z przeznaczeniem na:

- świetlice środowiskowe dla dzieci i młodzieży ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym (5 projektów);
- centra aktywności lokalnej (18 projektów);
- centra i kluby integracji społecznej (6 projektów);
- poradnie psychologiczno-pedagogicznej (2 projekty).

W ramach infrastruktury przyczyniającej się do deinstytucjonalizacji usług społecznych w ramach opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu sfinansowane 6 projektów z przeznaczeniem na utworzenie, modernizację, przebudowę Domów Diennej Pomocy dla osób starszych.

Pozostałe 3 projekty dotyczyły infrastruktury służącej wsparciu osób z niepełnosprawnościami – jedno z przedsięwzięć dotyczyło adaptacji budynku na potrzeby powstania Domu Pomocy Społecznej we wsi Mścichy, kolejne 2 realizowane przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Suwałkach dotyczyły rozbudowy i przebudowy obiektu Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w Brodzie Nowym.

Jako, że gros inwestycji przeznaczono na te związane z integracją społeczną oraz aktywizacją zawodową, także wartość projektów w tym obszarze jest najwyższa i wynosi 17,1 mln zł⁴⁷.

Na infrastrukturę przyczyniającą się do deinstytucjonalizacji usług społecznych przeznaczono 4,6 mln zł, z kolei na infrastrukturę służącą osobom z niepełnosprawnościami wydatkowano środki w wysokości 3,8 mln zł.

Jeśli chodzi o miejsca realizacji projektów realizowanych w ramach działania 8.6 z uwagi na jego zakres, obrazują to dane w tabeli poniżej.

⁴⁶ W zakresie typu projektu nr 8, pozostały typy projektów nie są objęte analizą w ramach niniejszej ewaluacji.

⁴⁷ Wartość umów o dofinansowanie (ogółem).

Tabela 22. Liczba projektów realizowanych w ramach Działania 8.6 (według powiatów oraz rodzaju wspartej infrastruktury)

Powiat	Infrastruktura związana z integracją społeczną i zawodową aktywizacją	Infrastruktura związana z deinstytucjonalizacją usług społecznych	Infrastruktury służąca wsparciu osób z niepełnosprawnościami	Wartość projektów ⁴⁸	Suma
augustowski	2			2,1	2
białostocki	5			3,1	5
bielski	1	1		1,5	2
grajewski	1		1	2,3	2
hajnowski	1	4		3,7	5
kolneński	8			4,2	8
łomżyński	4	1		2,7	5
siemiatycki	3			2,0	3
sokólski	4			1,4	4
suwalski	1		2	1,9	3
wysokomazowiecki	1			0,7	1
Suma	31	6	3	25,5	40

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z zestawienia, projekty w obszarze infrastruktury usług społecznych najczęściej realizowano w powiecie kolneńskim, białostockim, łomżyńskim i hajnowskim. Podobnie układa się ranking powiatów, jeśli chodzi o wartość umów o dofinansowanie.

W ramach obszaru ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 8.4.1 wsparto 55 projektów infrastrukturalnych, realizowanych przez 26 beneficjentów. Realizatorami przedsięwzięć wspartych w ramach poddziałania były w głównej mierze samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Projekty realizowane były także przez wojewódzkie samorządowe jednostki organizacyjne, stowarzyszenia, uczelnie, wspólnoty samorządowe, spółki z o.o. oraz inne państwowe lub samorządowe osoby prawne⁴⁹ – zgodnie z poniższym zestawieniem.

Tabela 23. Forma prawna beneficjentów

Forma prawna beneficjentów	Liczba beneficjentów	Liczba umów
samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	19	44
stowarzyszenia	1	1

⁴⁸ j.w

⁴⁹ W rozumieniu art. 9 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.3).

Forma prawna beneficjentów	Liczba beneficjentów	Liczba umów
uczelnie	1	1
wojewódzkie samorządowe jednostki organizacyjne	2	4
wspólnoty samorządowe	1	1
inne państwowe lub samorządowe osoby prawne	1	3
spółki z ograniczoną odpowiedzialnością - małe przedsiębiorstwo	1	1
Razem	26	55

Źródło: opracowanie własne

Wśród 55 projektów realizowanych w obszarze ochrony zdrowia 10 dotyczyło inwestycji w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, 8 to inwestycje w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, 6 przedsięwzięć polegało na inwestycjach w infrastrukturę mającą na celu poprawę jakości oraz dostępności do opieki psychiatrycznej.

Część projektów dotyczyła inwestycji w infrastrukturę poprawiającą dostępność i jakość diagnostyki onkologicznej (6), kolejne miały na celu poprawę dostępności do usług medycznych w obszarze chorób układu kostno-mięśniowo-stawowego, układu krążenia, układu oddechowego czy układu neurologicznego (21). Trzy projekty związane były z inwestycjami w infrastrukturę służącą poprawie jakości i dostępności usług realizowanych w POZ (podstawowa opieka zdrowotna). Natomiast jeden (o najwyższej wartości – 66,7 mln zł) dotyczył inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia i opieki społecznej, w związku z koniecznością podjęcia działań przeciwdziałającym zagrożeniom powodowanym przez koronawirusa SARS-CoV-2 (projekt realizowany przez Województwo podlaskie w partnerstwie z 15 podmiotami). W ramach projektu dokonano zakupu testów diagnostycznych, odczynników oraz materiałów medycznych, urządzeń i środków do dezynfekcji oraz środków ochrony osobistej, sprzętu i specjalistycznych środków transportu, aparatury medycznej i diagnostycznej (w ramach projektu dokonano także niezbędnych prac remontowo budowlanych infrastruktury technicznej).

Kolejne, największe co do wartości, projekty zrealizowano w Białymstoku, jeden z nich dotyczył inwestycji w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową, drugi natomiast służył poprawie jakości oraz dostępności do opieki psychiatrycznej:

- Budowa Centrum Psychiatrii Dzieci i Młodzieży przy Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku; wartość projektu: 20 mln zł, realizator projektu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;
- Poprawa jakości i dostępności do zabiegów radioterapii i rehabilitacji onkologicznej poprzez modernizację i przebudowę budynku nr 5 wraz z otoczeniem oraz zakup tomografu komputerowego w Białostockim Centrum Onkologii; wartość projektu:

20,8 mln zł; realizator projektu: Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku.

W ramach Poddziałania 8.4.1 najwięcej środków przeznaczono na inwestycje w zakresie leczenia chorób cywilizacyjnych oraz przyczyniających się do dezaktywizacji zawodowej, na infrastrukturę ochrony zdrowia służącej walce z pandemią COVID-19 oraz na infrastrukturę w obszarze związanym opieką psychiatryczną.

Tabela 24. Wartość ogółem umów o dofinansowanie wg rodzaju wspartej infrastruktury w ramach Poddziałania 8.4.1

Infrastruktura ochrony zdrowia	Wartość ogółem umów o dofinansowanie (mln zł)
Inwestycje w zakresie leczenia chorób (w tym chorób nowotworowych) przyczyniających się do dezaktywizacji zawodowej	210,8
Inwestycje w infrastrukturę placówek opieki społecznej i ochrony zdrowia na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2	66,7
Inwestycje mające na celu poprawę jakości oraz dostępności do opieki psychiatrycznej	63,08
Inwestycje w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii	39,9
Inwestycje w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej	17,8
Inwestycje w infrastrukturę służącą poprawie jakości i dostępności usług realizowanych w POZ	7,6
Suma	401,9

Źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o rozkład terytorialny projektów infrastrukturalnych w obszarze ochrony zdrowia to dane na ten temat przedstawia kolejna tabela.

Tabela 25. Liczba projektów (według powiatów oraz rodzaju wspartej infrastruktury) realizowanych w ramach Poddziałania 8.4.1

Powiat	Inwestycje mające na celu poprawę jakości oraz dostępności do opieki psychiatrycznej	Inwestycje w infrastrukturę placówek opieki społecznej i ochrony zdrowia na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2	Inwestycje w zakresie opieki długoterminowej, paliatywnej, hospicyjnej	Inwestycje w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii	Inwestycje w zakresie leczenia chorób cywilizacyjnych oraz przyczyniających się do dezaktywizacji zawodowej	Inwestycje w infrastrukturę służącą poprawie jakości i dostępności usług realizowanych w POZ	Suma
augustowski			1		0		1
białostocki	2				2	1	5
m. Białystok	1	1 ⁵⁰	1	1	7		11
bielski			1	1	1		3
grajewski				1	1		2
hajnowski	1		1		2		4
kolneński	1		1		1		3
m. Łomża			2	1	1	1	5
moniecki				1	1		2
sejneński					1		1
siemiatycki				1	2		3
sokólski				1	2		3
m. Suwałki	1		1	1	3		6
wysokomazowiecki				1	2		3
zambrowski				1	1	1	3
Suma	6	1	8	10	27	3	55

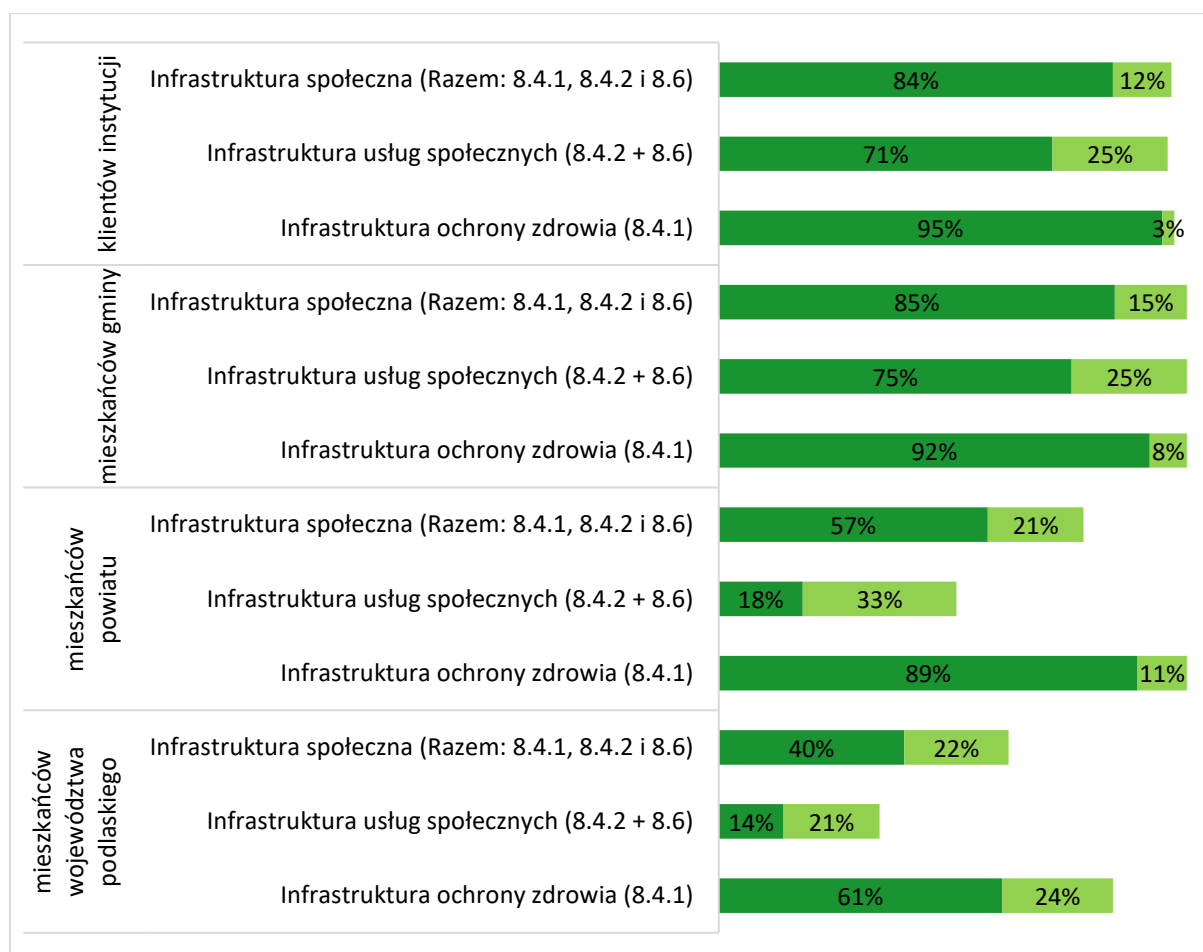
Źródło: opracowanie własne

⁵⁰ Wg miejsca realizacji projektu przez głównego beneficjenta, w przypadku projektu partnerskiego związanego z przeciwdziałaniem skutkom pandemii, realizowany był on również w powiatach: Suwałki, augustowski, bielski, grajewski, hajnowski, sejneński, Łomża.

Projekty realizowane w ramach poddziałania obejmowały swym zakresem rozbudowę, przebudowę, adaptację i remont budynków, modernizację budynków, zakup aparatury medycznej, zakup specjalistycznego sprzętu medycznego oraz innego rodzaju wyposażenia dla placówek ochrony zdrowia.

Choć wsparcie infrastruktury społecznej nie miało miejsca we wszystkich powiatach, to oddziaływanie projektów, zwłaszcza dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia na ogół znacznie przekraczało jego obszar. Potwierdzają to także opinie beneficjentów biorących udział w badaniu. Zdaniem 85% beneficjentów projektów z obszaru infrastruktury zdrowotnej realizowane przez nich przedsięwzięcie ma duże znaczenie dla mieszkańców całego regionu. Z kolei tylko w jednej trzeciej przypadków (35%) można dostrzec znaczenie projektów dotyczących infrastruktury usług społecznych przekraczające obszar powiatu.

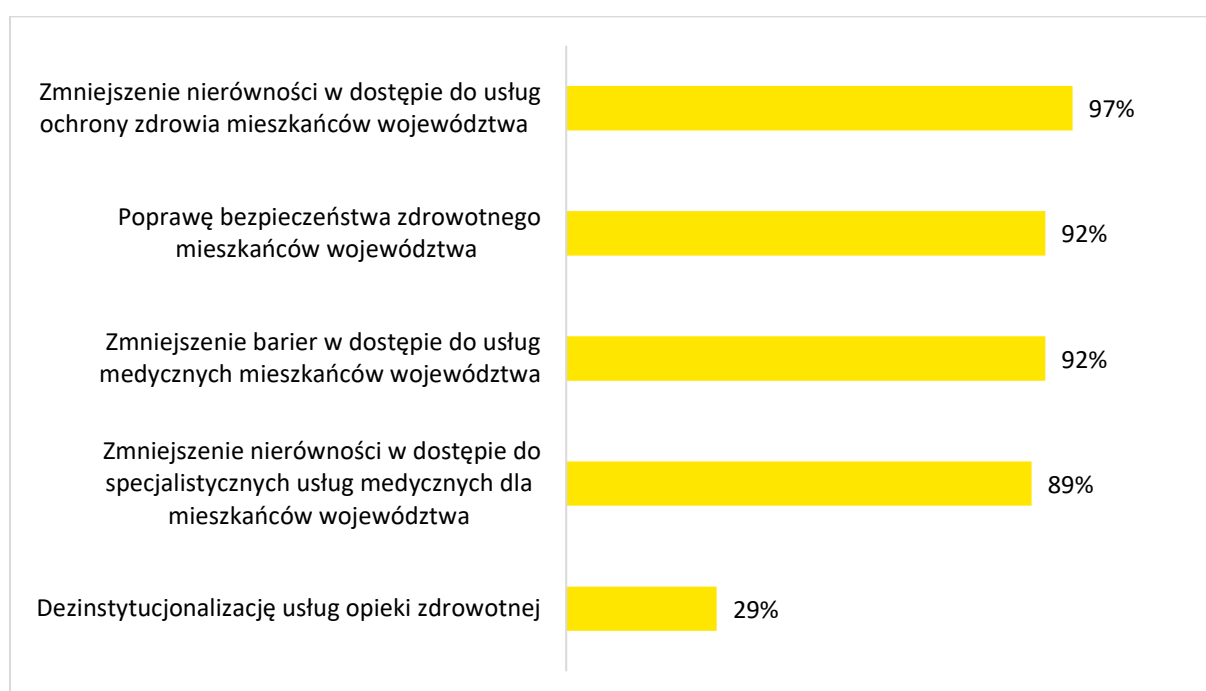
Wykres 32. Znaczenie działań prowadzonych w ramach projektu dla poszczególnych grup odbiorców (klientów danej instytucji oraz mieszkańców gminy / powiatu, województwa) z punktu widzenia beneficjentów projektów dotyczących wsparcia infrastruktury społecznej



Źródło: Badanie ankietowe (CAWI) beneficjentów projektów (infrastruktura ochrony zdrowia N=35, Infrastruktura usług społecznych N=29, Ogółem N=64). Opracowanie własne.

Ponadlokalne znaczenie projektów dotyczących wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia przejawia się także tym, że bardzo wysoki odsetek beneficjentów (około 90% lub więcej) dostrzega wpływ wsparcia dla mieszkańców województwa w zakresie: zmniejszenia nierówności w dostępie do usług ochrony zdrowia, poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego, zmniejszenia barier w dostępie do usług medycznych oraz zmniejszenia nierówności w dostępie do specjalistycznych usług medycznych. Jednocześnie 29% beneficjentów dostrzega wpływ zrealizowanego projektu na deinstytucjonalizację usług opieki zdrowotnej. Jest to wynik stosunkowo wysoki, zważywszy, że jedynie część inwestycji w obszarze opieki zdrowotnej była wprost ukierunkowana na deinstytucjonalizację usług zdrowotnych.

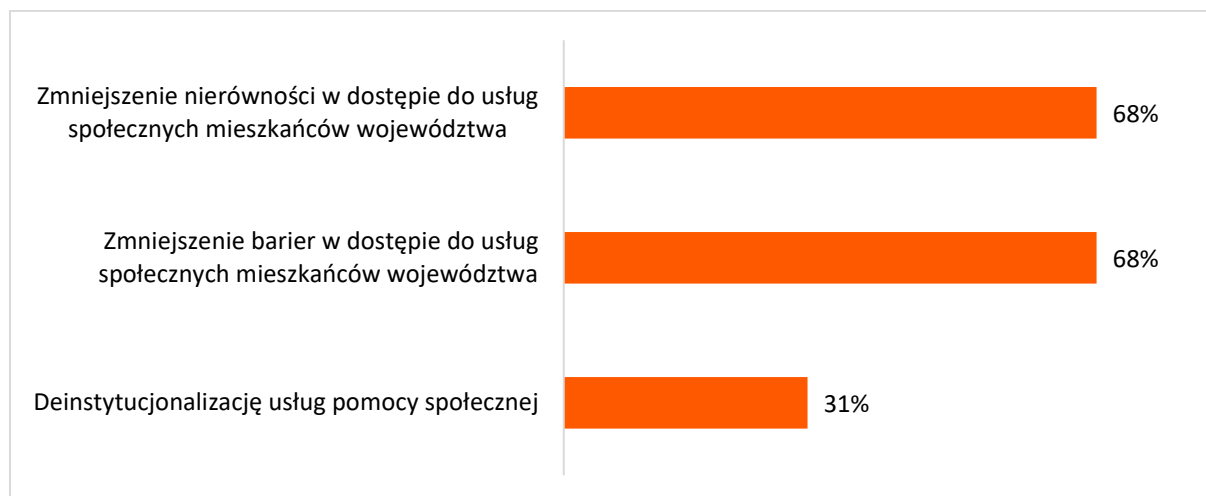
Wykres 33. Oddziaływanie projektów dotyczących wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia (opinie beneficjentów tego typu projektów)



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) beneficjentów projektów (infrastruktura ochrony zdrowia N=35). Opracowanie własne.

Około 2/3 (68%) beneficjentów projektów dotyczących wsparcia infrastruktury usług społecznych dostrzega wpływ zrealizowanych przedsięwzięć na zmniejszenie nierówności w dostępie do usług społecznych mieszkańców województwa oraz na zmniejszenie barier w dostępie do usług społecznych mieszkańców województwa. Na oddziaływanie w postaci deinstytucjonalizacji usług pomocy społecznej wskazało 31% badanych.

Wykres 34. Oddziaływanie projektów dotyczących wsparcia infrastruktury usług społecznych (opinie beneficjentów tego typu projektów)



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) beneficjentów projektów (Infrastruktura usług społecznych N=29). Opracowanie własne.

Zatem wsparcie infrastruktury społecznej miało bardzo znaczny wymiar i pozwoliło rozwiązać dużą część niedoborów inwestycyjnych w zakresie budynków i wyposażenia, aczkolwiek nie wszystkie potrzeby beneficjentów zostały zaspokojone. Inwestycje, zwłaszcza w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, mają znaczenie ponadlokalne i będą wykorzystywane także przez mieszkańców terenów (gmin i powiatów), na których tego typu inwestycji nie realizowano lub też miały one miejsce w niewielkiej skali. Badanie beneficjentów potwierdza, że wsparcie w znacznym stopniu sprzyjało zmniejszeniu nierówności w dostępie do usług społecznych oraz ograniczaniu barier w dostępie do tych usług. Znaczny, choć mniej wyraźny, jest także wpływ na deinstytucjonalizację usług społecznych.

Na przykładzie projektów zintegrowanych (obejmujących zarówno część infrastrukturalną, jak i część miękką), których realizacja doszła w ramach RPOWP do skutku widać wyraźnie, że zarówno beneficjenci jak i uczestnicy są bardzo zadowoleni z realizacji projektów tego typu oraz z efektów jakie udało się osiągnąć.

Opinie uczestników części miękkiej projektów zintegrowanych na temat otrzymanego wsparcia są nieco wyższe, niż średnie oceny uzyskane na poszczególnych wymiarach dla całej próby uczestników. Przedstawiciele beneficjentów projektów realizowanych w ramach Działania 7.2.2 wyrażali się na temat projektu w samych superlatywach. Podkreślali, że mają niepowtarzalną szansę dopasować obydwie części projektów, co maksymalizuje skuteczność obydwu części realizowanego przedsięwzięcia.

Jak wynika z prowadzonych badań tego typu projekty napotykały jednak na wiele trudności: formalnych, harmonogramowych i stosunkowo rzadko dochodziły do skutku.

6.2.4 WYTYCZONE CELE A ZREALIZOWANE DZIAŁANIA

Przedstawione w niniejszym podrozdziale informacje obrazują, w jakim stopniu zostały zrealizowane założone cele poszczególnych, analizowanych działań RPOWP, dają więc istotną informację na temat skuteczności interwencji. Analiza została oparta o dane pochodzące z monitorowania poziomu realizacji wybranych wskaźników produktu i rezultatu⁵¹. Przy tej okazji przypomniane zostały cele RPOWP 2014-2020 dla planowanej interwencji w zakresie rozwoju usług i infrastruktury społecznej⁵².

1) Działanie 7.2 Rozwój usług społecznych:

a) Cele Poddziałania 7.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym:

- Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług społecznych, w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;
- Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych.

b) Cel Poddziałania 7.2.2 Rozwój usług społecznych w ramach BOF:

- Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług społecznych, w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym na obszarze BOF.

Widać więc, że cele Działania 7.2 oscylują wokół poprawy dostępności do różnych kategorii usług społecznych. Wśród wskaźników dla tego działania można wyróżnić takie, których realizacja bezpośrednio wiązała się ze świadczeniem usług opieki społecznej i zdrowotnej, co wprost sprzyjało poprawie dostępności do tych usług.

Tabela 26. Wybrane wskaźniki w Działaniu 7.2 RPOWP

Nazwa wskaźnika	Jednostka miary	Realizacja wskaźnika – wartość aktualna*	Wartość docelowa (dla 2023 r.)	Poziom realizacji wartości docelowej - według wartości aktualnej
liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie	osoby	9 094	8 000	113,68%
liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	osoby	1 976	2 147	92,04%
liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi	osoby	3 554	2 692	132,02%

⁵¹ Pełną listę wskaźników zawiera załącznik numer 1 do niniejszego raportu.

⁵² Na podstawie Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego (op. cit.).

Nazwa wskaźnika	Jednostka miary	Realizacja wskaźnika – wartość aktualna*	Wartość docelowa (dla 2023 r.)	Poziom realizacji wartości docelowej - według wartości aktualnej
świadczonymi w interesie ogólnym w programie				
liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie	osoby	2 631	2 500	105,24%

*Wartość aktualna - na podstawie ostatniego wniosku o płatność lub formularzy dotyczących uczestników projektów (w odniesieniu do wskaźników wspólnych EFS).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego (dane na koniec II kwartału 2022).

W okresie do połowy 2022 r. odnotowano wysokie poziomy realizacji wskaźników wiążących się z poprawą dostępności do usług społecznych:

- wsparto 9 094 osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (wartość docelową przekroczone o blisko 14%;
- objęto usługami zdrowotnymi 1976 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (wartość docelowa nie została w pełni osiągnięta, natomiast zapewne nastąpi to do końca 2023 roku);
- wsparto 3554 osób (zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym) usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym (przekroczone zakładaną wartość docelową);
- wsparto 2631 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (przekroczone wartości założone dla roku 2023).

2) Działanie 8.4 Infrastruktura społeczna:

a) Cel Poddziałania 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia:

- Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia.

b) Cel Poddziałania 8.4.2 Infrastruktura usług socjalnych w obszarze BOF:

- Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze usług socjalnych i ochrony zdrowia

3) Działanie 8.6 Inwestycje na rzecz rozwoju lokalnego (tylko w zakresie typu projektu 8):

- Niwelowanie różnic w dostępie do usług społecznych i zatrudnienia na obszarach objętych Lokalną Strategią Działania.

Także celem analizowanych działań w 8. Osi Priorytetowej była poprawa dostępności do usług społecznych – w obszarze ochrony zdrowia oraz usług socjalnych i ochrony zdrowia. Wśród wskaźników dla Działania 8.4 i 8.6 znaleźć można zarówno wskaźniki odnoszące się do liczby zrealizowanych usług społecznych, jak i do wydatków na zakup aparatury medycznej

oraz liczby doinwestowanych obiektów, w których usługi społeczne są świadczone. Wszystkie one w sposób bezpośredni lub pośredni sprzyjają dostępności do tych usług.

Tabela 27. Wybrane wskaźniki w Działaniu 8.4 i 8.6 RPOWP

Nazwa wskaźnika	Jednostka miary	Realizacja wskaźnika – wartość szacowana*	Realizacja wskaźnika – wartość aktualna*	Wartość docelowa (dla 2023 r.)	% realizacji wartości docelowej - według wartości szacowane	% realizacji wartości docelowej - według wartości aktualnej
liczba wspartych podmiotów leczniczych	szt.	69	48	47	146,81%	102,13%
nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	zł	121 064 069	94 726 198	102 500 000	118,11%	92,42%
ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36)	osoby	428 567,00	373 527,50	357 480	119,89%	104,49%
liczba zakupionego sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory	szt.	22	21	22	100,00%	95,45%
liczba wybudowanych / przebudowanych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej	szt.	33	22	54	61,11%	40,74%

*Wartość szacowana - na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie/wydzianych decyzji (nie dotyczy wskaźników realizowanych w ramach EFS), Wartość aktualna - na podstawie ostatniego wniosku o płatność lub formularzy dotyczących uczestników projektów (w odniesieniu do wskaźników wspólnych EFS).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego (dane na koniec II kwartału 2022).

Poziom realizacji prezentowanych wskaźników już w połowie 2022 r. był bardzo wysoki, a do końca 2023 r. z pewnością jeszcze wzrośnie. Najniższy jest poziom realizacji wskaźnika, dotyczącego liczby wybudowanych/przebudowanych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej, jednak i w tym przypadku zakontraktowano wsparcie dla 33 obiektów, co będzie miało bardzo pozytywny wpływ na możliwość świadczenia usług społecznych (związanych z aktywizacją społeczno-zawodową). Inwestycje te były realizowane na terenie niemal wszystkich powiatów województwa podlaskiego (temat ten był szerzej opisany w podrozdziale 6.2.3 niniejszego raportu), co wskazuje na

pozytywny wpływ projektów na realizację celu Działania 8.6 (niwelowanie różnic w dostępie do usług społecznych i zatrudnienia na obszarach objętych Lokalną Strategią Działania).

4) Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego

- Cel Działania 9.1: Wzrost partycypacji społecznej w realizacji lokalnych strategii rozwoju.

Zostały osiągnięte następujące wartości wskaźników bezpośrednio wpływających na realizację celu działania (wartości aktualne – określone na podstawie ostatniego wniosku o płatność lub formularzy dotyczących uczestników projektów):

- liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie – 1 938;
- liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami asystenckimi i opiekuńczymi świadczonymi w społeczności lokalnej w programie – 1120;
- liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami wspierania rodziny i pieczy zastępczej w programie - 603⁵³.

Objęcie wsparciem tak znacznej liczby mieszkańców regionu (w tym usługami asystenckimi i opiekuńczymi) oznacza realny wpływ na poprawę jakości życia różnych grup społecznych (seniorów, osób niepełnosprawnych, dzieci oraz ich opiekunów), zatem wyraźnie sprzyja wzrostowi partycypacji społecznej.

Przytoczone wskaźniki wskazują na znaczną (istotną) skalę wsparcia w zakresie świadczenia usług społecznych: asystenckich i opiekuńczych, wspierania rodziny i pieczy zastępczej oraz tzw. świadczonych w interesie ogólnym.

Podsumowując, znaczny zakres udzielonego wsparcia ma bezpośrednie powiązanie z realizacją wskaźników przypisanych do poszczególnych analizowanych instrumentów wsparcia. Liczba udzielonych usług społecznych, w tym związanych z poprawą partycypacji społecznej oraz liczne dofinansowane placówki opieki społecznej i zdrowotnej wpływają z kolei na możliwość osiągnięcia wszystkich celów Działania 7.2, Działania 8.4, Działania 8.6 i Działania 9.1.

Przytoczone wartości już osiągniętych wskaźników świadczą o znacznym wpływie projektów na zwiększenie dostępności do usług społecznych. Zrealizowane wskaźniki dotyczące udzielonych usług i wspartych osób wskazują na już zwiększoną dostępność do usług społecznych. Doinwestowane obiekty, w których usługi społeczne są świadczone, oraz zakupiony sprzęt medyczny, będą na wzrost dostępności do tych usług wpływać długookresowo – w okresie trwałości projektów, a zapewne także po jego zakończeniu⁵⁴. Zatem wysoki poziom realizacji wskaźników (w powiązaniu z faktem, że projekty były

⁵³ Dla tych wskaźników nie zostały określone wartości docelowe.

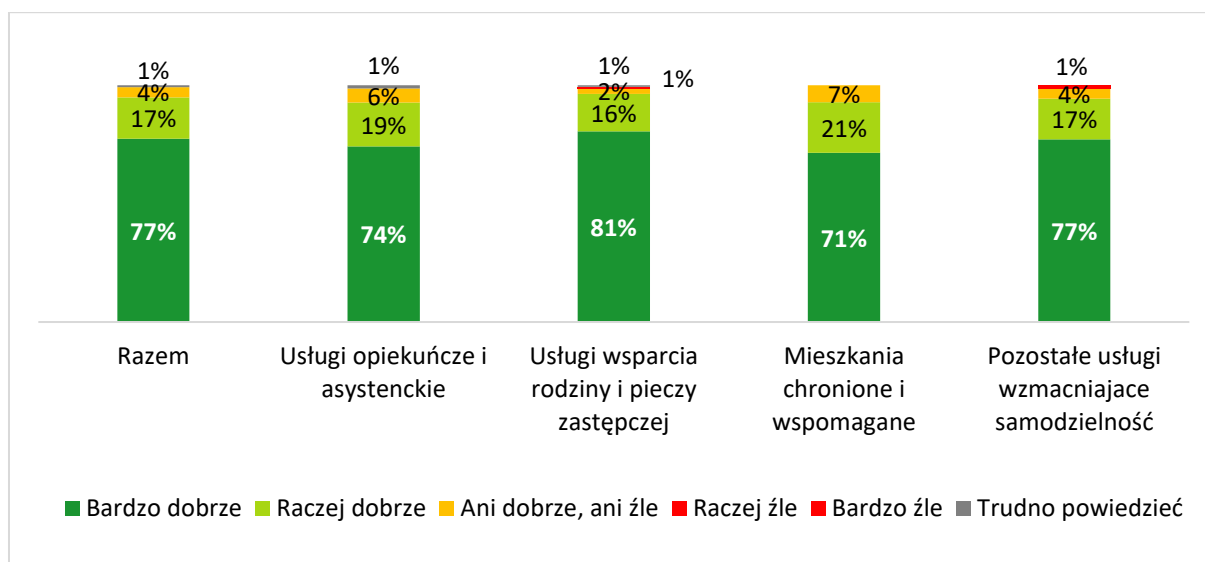
⁵⁴ Obowiązek zachowania trwałości dotyczy projektów infrastrukturalnych oraz inwestycyjnych, w których dokonywane są zakupy sprzętu lub wyposażenia. Okres trwałości wynosi standardowo 5 lat. Odstępstwem od tej zasady objęte są mikro, małe i średnie przedsiębiorstwa, dla których okres trwałości to 3 lata.

realizowane na terenie wszystkich powiatów regionu, co sprzyja niwelowaniu różnic w dostępie do usług społecznych) oznacza realizację wszystkich celów postawionych przed analizowanymi działaniami. Pozwala to uznać interwencję za skuteczną.

6.3 OCENA SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI – POZIOM MIKRO

Wymieniane przez uczestników projektów liczne przykłady poprawy ich sytuacji życiowej, analizowane w rozdziale dotyczącym użyteczności wsparcia, mają z pewnością wpływ na wysoką ogólną ocenę otrzymanego wsparcia. Praktycznie brak jest ocen negatywnych (stanowią mniej niż 1%), zaś wyraźnie dominują oceny bardzo dobre (77%) i dobre (17%). Szczególnie często oceny najwyższe przyznawali korzystający z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (aż 81%), aczkolwiek niewiele rzadziej także korzystający z usług opiekuńczych i asystenckich (74%) oraz z usług „mieszkania chronione i wspomagane” (71% bardzo dobrze ocenia wsparcie).

Wykres 35. Ogólna ocena otrzymanego wsparcia dokonywana przez odbiorców poszczególnych usług



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=374), odpowiedź na pytanie: „Jak, biorąc wszystko pod uwagę, ocenia Pan/Pani otrzymane wsparcie?”. Opracowanie własne.

Wysokie oceny wiążą się z licznymi mocnymi stronami i zaletami otrzymanego wsparcia, które spontanicznie wymieniali uczestnicy projektów:

- pojawienie się wymiernych, korzystnych efektów - wymieniano m.in. uzyskaną wiedzę, umiejętności, kompetencje, rozwój społeczny, poprawę funkcjonowania i sprawności psychicznej oraz fizycznej, spadek zachowań agresywnych. Tego rodzaju mocne strony wskazało 54% uczestników;
- integracja – uzyskanie potrzebnego kontaktu z ludźmi, wzrost uspołecznienia i integracji, wymiana doświadczeń, ciekawe spędzenie czasu. Obszar ten wskazało 32% uczestników;

- uzyskanie wsparcia i pomocy (wskazane przez 22%) – adekwatnego do potrzeb i wysokiej jakości;
- kompetentny personel świadczący usługi (aspekt ten jako mocną stronę projektu wskazało 8% uczestników);
- Inne mocne strony wsparcia to m.in.: dobra organizacja w projekcie, dostępność w miejscu zamieszkania uczestnika, bezpłatność, szybkość otrzymania wsparcia, długofalowy charakter.

Zwraca uwagę, że zaledwie 2% ankietowanych nie wymieniło żadnej mocnej strony lub zalety wsparcia.

Analogicznie, uczestnicy wskazywali na słabe strony otrzymanego wsparcia (odpowiedzi były wskazywane spontanicznie), które mogły obniżać skuteczność interwencji. Przede wszystkim należy podkreślić, że aż 66% ankietowanych nie dostrzegło żadnych słabych stron. Wskaźnik ten był podobnie wysoki w przypadku korzystających z usług opiekuńczych i asystenckich (66%) oraz z usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (65%), zaś wyraźnie niższy wśród korzystających z usług „mieszkania chronione i wspomagane” (50%). Podstawowe słabe strony uzyskanego wsparcia to:

- niewystarczający wymiar wsparcia (wskazany przez 12% uczestników) - projekt zbyt krótki lub bez pożądanej kontynuacji, z niewystarczającą liczbą godzin i zbyt małym wsparciem;
- problemy organizacyjne i formalne (dostrzeżone przez 10% uczestników) – trudność z zakwalifikowaniem się do wsparcia (zbyt dużo chętnych w stosunku do wolnych miejsc i znaczne ograniczenia uczestnictwa), zbyt mała frekwencja i rotacja uczestników, zbyt mało informacji o projekcie, biurokracja, niejednorodne grono uczestników;
- niedostatki merytoryczne (wskazane przez 3%), takie jak niewystarczające dostosowanie projektu do potrzeb, zbyt mała indywidualizacja zakresu i ograniczona skuteczność;
- zastrzeżenia do personelu (niedostatek kompetencji, życzliwości), zgłoszone przez 3% uczestników.

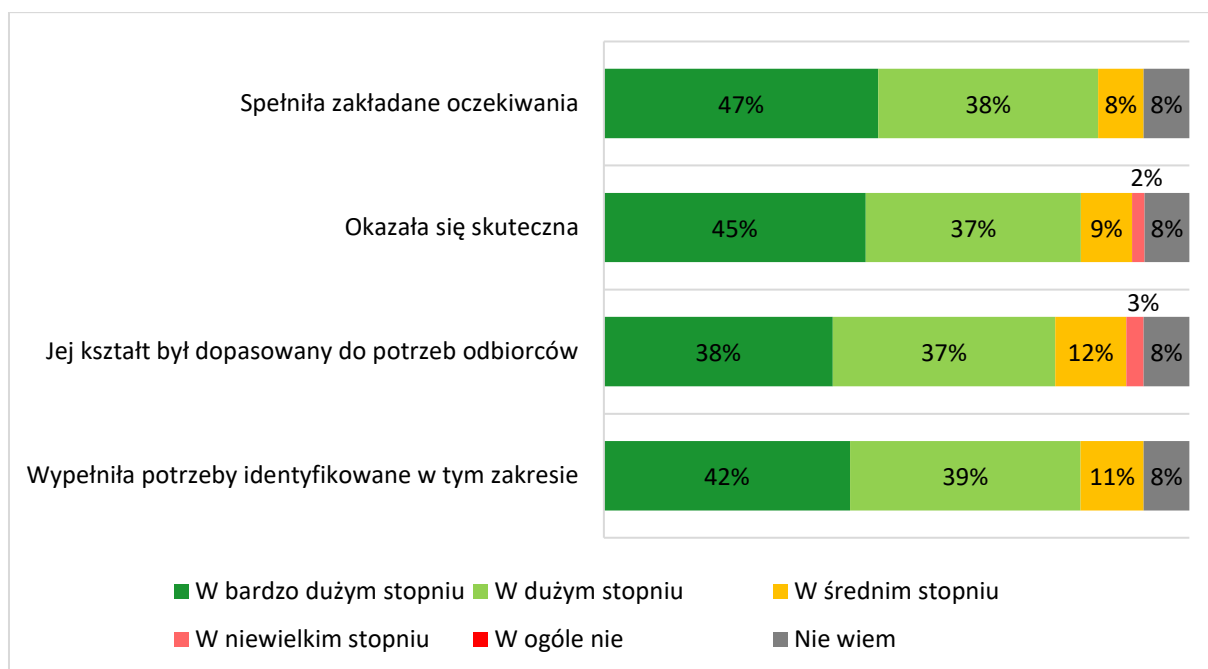
Przyjrzyjmy się bardziej szczegółowo, uwzględniając zarówno perspektywę beneficjentów, jak i uczestników projektów poszczególnym usługom oferowanym w ramach realizowanych w ramach RPOWP projektów.

6.3.1 WSPARCIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU ORAZ USŁUG ASYSTENCKICH DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Ocena beneficjentów

Zdecydowana większość beneficjentów oceniła usługi opiekuńcze i asystenckie oferowane w ramach realizowanych projektów bardzo wysoko we wszystkich ocenianych wymiarach (ponad 80% realizujących tę usługę uznało ją za w bardzo dużym lub dużym stopniu skuteczną (82%) oraz spełniającą zakładane oczekiwania (85%). Jedynie nieco mniej entuzjastyczne, ale nadal bardzo korzystne oceny wyrażane były w stosunku do dopasowania usługi do potrzeb odbiorców (75% ocen pozytywnych, 15% ocen negatywnych). Zdaniem 81% badanych, realizowane w ramach projektu wsparcie opiekuńcze i asystenckie wypełniło potrzeby identyfikowane przez ich instytucje w tym zakresie.

Wykres 36. Ocena usługi z perspektywy beneficjenta – wsparcie usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami



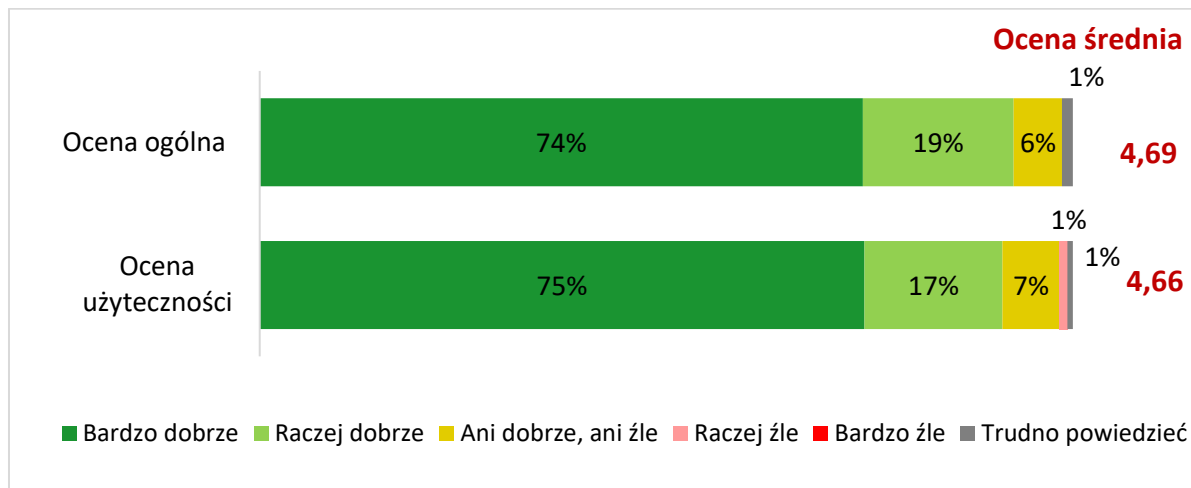
Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „W stosunku do każdej formy wsparcia realizowanej w ramach projektu proszę ocenić na ile.....?” (N=46, beneficjenci, którzy w ramach projektów oferowali tę formę wsparcia). Opracowanie własne.

Ocena uczestników

Ocena odbiorców tych usług (N=151) była również bardzo wysoka. 74% oceniło otrzymane wsparcie bardzo dobrze, kolejne 19% raczej dobrze. Średnia ogólna ocena otrzymanego wsparcia na skali 1-5, gdzie 1 – „ocenił bardzo źle”, zaś 5 – „ocenił bardzo dobrze” wyniosła 4.69. Bardzo podobne oceny uzyskiwała użyteczność wsparcia (średnia ocena również 4.66).

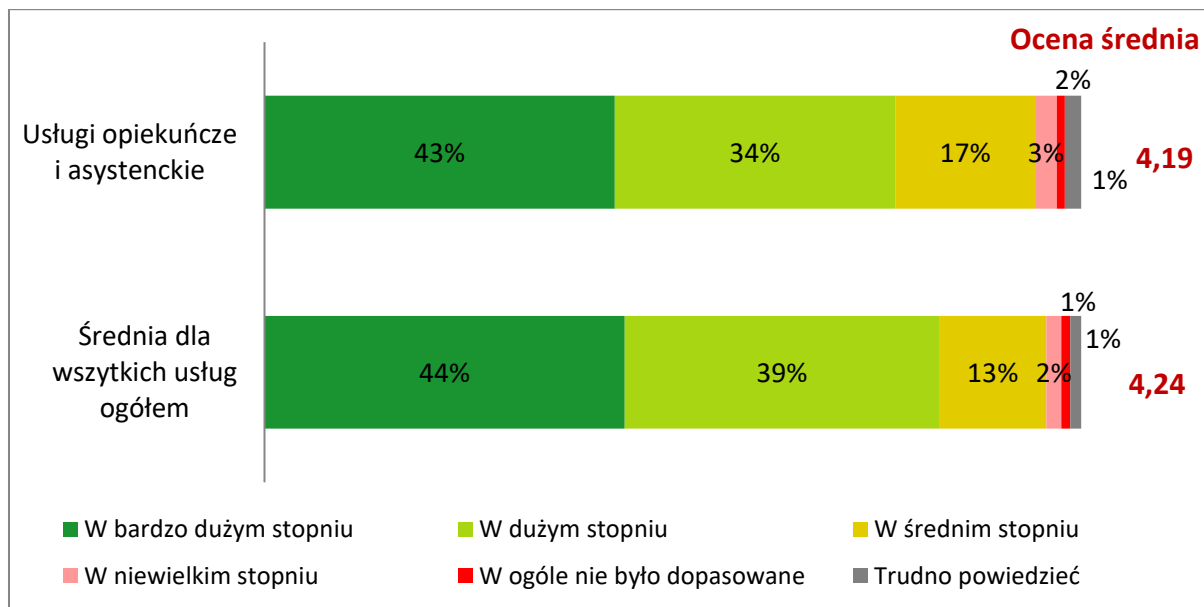
Wsparcie zostało także bardzo wysoko ocenione (nie odbiega od wysokiej średniej ogólnej) w aspekcie dopasowania do potrzeb odbiorcy.

Wykres 37. Ocena ogólna i ocena użyteczności usługi z perspektywy uczestnika – wsparcie usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=151, odbiorcy usług asystenckich i opiekuńczych), odpowiedzi na pytania: „Jak, biorąc wszystko pod uwagę, ocenia Pan/Pani otrzymane wsparcie?, Jak ocenia Pan(i) użyteczność otrzymanego wsparcia?”, opracowanie własne.

Wykres 38. Ocena dopasowania usługi do potrzeb w stosunku do średniej oceny usług – wsparcie usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=151, odbiorcy usług asystenckich i opiekuńczych, N=374 – wszyscy badani), odpowiedzi na pytanie: Na ile otrzymane wsparcie było dopasowane do Pana(i) potrzeb/do potrzeb Pana(i) podopiecznego/rodziny? Opracowanie własne.

Uczestnicy projektów w wywiadach indywidualnych podkreślali wpływ otrzymanych usług opiekuńczych i asystenckich na poprawę jakości ich życia: dowartościowanie, wzmocnienie psychiczne związane z wejściem w relację z drugim człowiekiem, ograniczenie cierpienia wynikającego z samotności, większą mobilność (w przypadku osób z niepełnosprawnością), zmniejszenie dolegliwości fizycznych dzięki ćwiczeniom i zabiegom rehabilitacyjnym. Zatrudnienie uzyskane przy okazji realizacji tych projektów (w charakterze opiekuna, asystenta) miało wpływ na trwałą aktywizację zawodową tych osób i nawet osoby uprzednio długo pozostające bez zatrudnienia po zakończeniu projektu finansowane z RPOWP szybko znajdowały kolejną pracę.

Spontaniczne uwagi w stosunku do usług asystenckich zgłosiło 25% odbiorców tej usługi. Były to jednak uwagi bardzo rozdrobnione, świadczące o indywidualnych uwarunkowaniach ocen, a nie o systemowej niedoskonałości usług.

Wśród pojedynczych uwag, w stosunku do usług asystenckich i opiekuńczych, wskazywano głównie zbyt mały wymiar wsparcia (13%) - brak kontynuacji projektu/zbyt krótki projekt, zbyt mała liczba godzin, zbyt rzadko udzielane wsparcie, zbyt małe wsparcie.

Dodatkowo pojawiły się następujące, zgłaszane przez nielicznych respondentów (odbiorców usług), uwagi:

- uwagi związane z rekrutacją do projektu (5%): trudno się dostać/zbyt dużo chętnych, zbyt mało informacji o projekcie, zbyt dużo ograniczeń uczestnictwa, zbyt duża biurokracja;
- uwagi związane z organizacją wsparcia (5%): zbyt daleki dojazd uczestników do miejsca udzielania wsparcia, niedostosowane godziny wsparcia do potrzeb, problemy związane z pandemią;
- uwagi w stosunku do personelu (3%): mało kompetentna kadra, niemiły/nieżyczliwy asystent, asystent nie chce wykonywać tego co jest potrzebne, nie wywiązuje się z obowiązków.

Proponowane przez przedstawicieli beneficjentów zmiany w sposobie realizacji usługi w przyszłości

Propozycje zmian do uwzględnienia w podobnych projektach realizowanych w przyszłości oferujących wsparcie opiekuńcze i asystenckie zgłosiło 33% projektodawców, którzy oferowali w ramach projektów tę usługę. Proponowane zmiany obejmowały następujące kwestie:

- usługi asystenckie i opiekuńcze powinny być zapewniona w ramach wsparcia systemowego, bez względu na dochody rodziny;
- powinny być poszerzone kryteria dostępu do projektu. Kryterium koniecznym i zarazem wystarczającym powinna być potrzeba, aby nie eliminować osób potrzebujących nie spełniających kryteriów projektu;

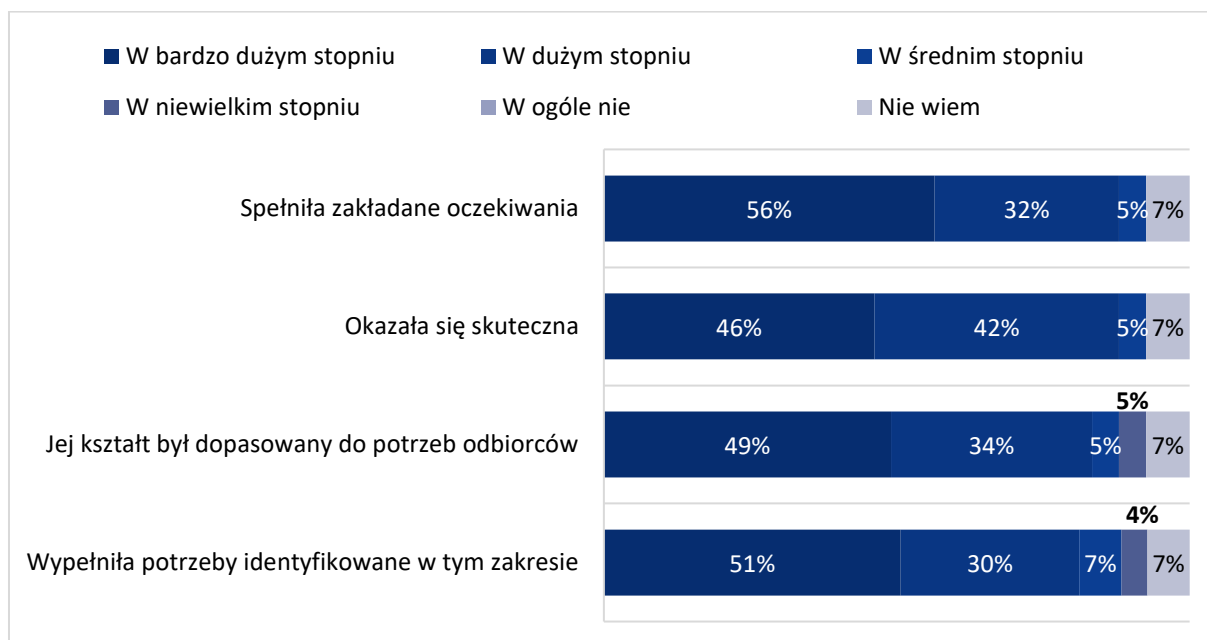
- powinny być zwiększone środki finansowe na dojazd asystentów, szczególnie w ramach terenów wiejskich oraz przeznaczone większe środki na wynagrodzenie dla asystentów;
- oferta powinna być poszerzona i zindywidualizowana, powinna obejmować także wsparcie psychologiczne i rehabilitacyjne;
- większy nacisk powinien zostać położony na szkolenia opiekunów;
- na usługi asystenckie i opiekuńcze powinny być przeznaczone większe środki, więcej konkursów, większa liczba uczestników.

6.3.2 USŁUGI SKIEROWANE DO RODZIN, W TYM RODZIN PRZEŻYWAJĄCYCH TRUDNOŚCI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE.

Ocena beneficjentów

Zdecydowana większość beneficjentów oceniła usługi skierowane do rodzin, oferowane w ramach realizowanych projektów bardzo wysoko, we wszystkich ocenianych wymiarach – niemal 90% realizujących tę usługę uznało ją za w bardzo dużym lub dużym stopniu skuteczną (88%), spełniającą zakładane oczekiwania (88%). Tutaj, podobnie jak w przypadku usług opiekuńczych i asystenckich, nieco mniej entuzjastyczne (aczkolwiek nadal bardzo wysokie) oceny były wyrażane w stosunku do dopasowania usługi do potrzeb odbiorców (83% ocen pozytywnych). 81% badanych uznało, że realizowane w ramach projektu usługi wsparcia rodzin wypełniły potrzeby identyfikowane przez instytucję w tym zakresie.

Wykres 39. Ocena usługi z perspektywy beneficjenta - usługi skierowane do rodzin, w tym rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze



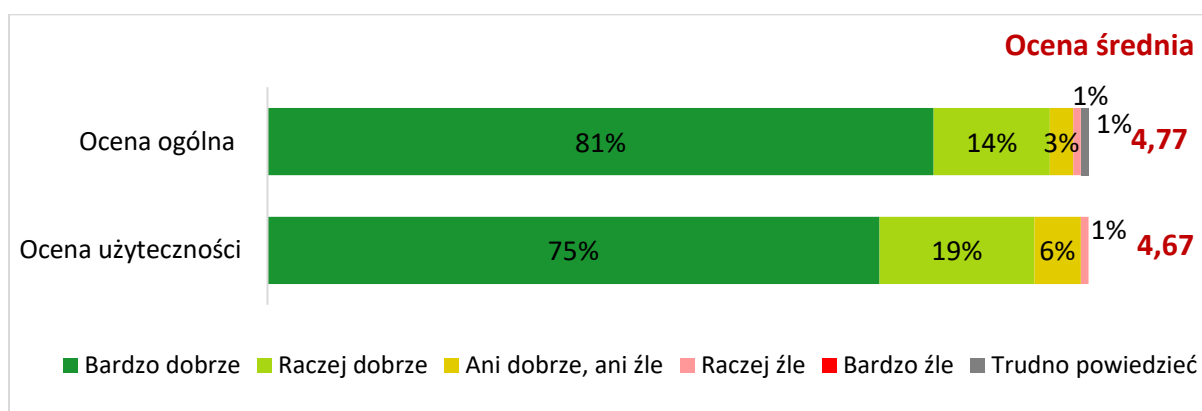
Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „W stosunku do każdej formy wsparcia realizowanej w ramach projektu proszę ocenić na ile ...?” (N=31, beneficjenci, którzy w ramach projektów oferowali tę formę wsparcia). Opracowanie własne.

Ocena uczestników

Ocena odbiorców tych usług (N=106) była również bardzo wysoka. 81% oceniło otrzymane wsparcie bardzo dobrze, kolejne 14% raczej dobrze. Średnia ogólna ocena otrzymanego wsparcia na skali 1-5, gdzie 1 – „ocenił bardzo źle”, zaś 5 – „ocenił bardzo dobrze” wyniosła 4,77. Bardzo podobne, choć nieznacznie niższe, oceny uzyskała użyteczność wsparcia (średnia ocena wyniosła w tym przypadku 4,67).

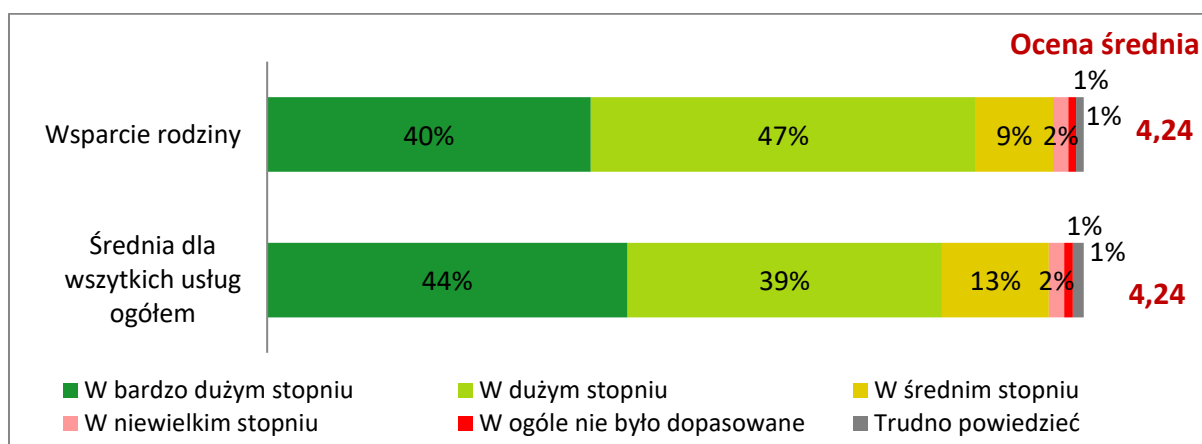
Wsparcie zostało także bardzo wysoko ocenione (nie odbiega od wysokiej średniej) w aspekcie dopasowania do potrzeb odbiorcy.

Wykres 40. Ocena ogólna i ocena użyteczności usługi z perspektywy uczestnika - usługi skierowane do rodzin, w tym rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=106, odbiorcy usług wsparcia rodziny, odpowiedzi na pytania: „Jak, biorąc wszystko pod uwagę, ocenia Pan/Pani otrzymane wsparcie?, Jak ocenia Pan(i) użyteczność otrzymanego wsparcia?”. Opracowanie własne.

Wykres 41. Ocena dopasowania usługi do potrzeb w stosunku do średniej oceny usług - usługi skierowane do rodzin, w tym rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=106, odbiorcy usług wsparcia rodziny, N=374 – wszyscy badani), odpowiedzi na pytanie: „Na ile otrzymane wsparcie było dopasowane do Pana(i) potrzeb/do potrzeb Pana(i) podopiecznego/rodziny?”. Opracowanie własne.

Uczestnicy projektów w wywiadach indywidualnych podkreślali znaczenie otrzymanych usług wsparcia rodziny dla radzenia sobie z problemami psychologicznymi własnymi i członków rodziny. Czynnikiem wpływającym na wysoką skuteczność tego typu wsparcia była jego znaczna dostępność, bez długiego okresu oczekiwania na poradę, wizytę u specjalisty. Uczestnicy badań podkreślali, że nie byłoby ich stać na tego typu wsparcie prywatnie, a dostępność specjalistów w ramach świadczeń gwarantowanych jest niewielka, co skutkuje bardzo długimi okresami oczekiwania.

Spontaniczne uwagi w stosunku do usług wsparcia rodziny zgłosiło 26% odbiorców tej usługi. Były to jednak uwagi bardzo rozdrobnione. Wśród pojedynczych uwag w stosunku do usług wsparcia rodziny wskazywano głównie zbyt mały wymiar wsparcia (12%) - brak kontynuacji projektu/zbyt krótki projekt, zbyt małą liczbę godzin, zbyt rzadko udzielane wsparcie.

Dodatkowo pojawiły się następujące uwagi:

- Uwagi związane z rekrutacją do projektu (5%): trudno się dostać/zbyt dużo chętnych, zbyt mało informacji o projekcie, zbyt mała frekwencja, duża rotacja uczestników, uczestnicy na różnym poziomie funkcjonowania;
- Uwagi związane z organizacją wsparcia (5%): zbyt daleki dojazd do miejsca spotkań, niedostosowane godziny wsparcia do potrzeb;
- Wymiar merytoryczny otrzymanego wsparcia (3%): brak dostosowania do indywidualnych potrzeb/ zbyt mała indywidualizacja, mało skuteczne, mało przydatne wsparcie;
- Uwagi w stosunku do personelu (2%): mało kompetentna, niemiła i niezyczliwa kadra

Proponowane przez przedstawicieli beneficjentów zmiany w realizacji usługi w przyszłości

Propozycje pożądaných zmian w realizacji podobnych usług w przyszłości zgłosiło 29% projektodawców, którzy oferowali w ramach projektów tę usługę (N=31). Wśród proponowanych zmian pojawiły się następujące uwagi:

- Oferta wsparcia powinna zawierać więcej działań wyjazdowych dla rodzin, działań integrujących rodziny;
- W ramach wsparcia powinna być zapewniona większa liczba porad psychologicznych;
- Usługa wsparcia rodziny powinna być zapewniona w ramach wsparcia systemowego. Bez względu na dochody rodziny, powinna być zapewniona stałość działań, kontynuacja wsparcia;
- Oferta wsparcia powinna zawierać więcej działań skierowanych bezpośrednio do dzieci;
- Możliwość dużej indywidualizacji wsparcia stosownie do potrzeb rodziny: różne formy, większa liczba godzin specjalistów, pomoc w nauce, większa liczba godzin pracy indywidualnej z rodziną oraz jej poszczególnymi członkami.

6.3.3 USŁUGI WSPARCIA RODZINNYCH FORM SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ

Prezentację opinii beneficjentów oraz uczestników projektów, odnośnie usług wsparcia rodzinnych form pieczy zastępczej, rozpoczniemy od zaprezentowania na przykładzie tego obszaru stopnia deinstytucjonalizacji. Przeprowadzone analizy pokazują, że obszar ten, choć na przestrzeni lat 2013-2020 zaszły w jego ramach pozytywne zmiany, jest nadal obszarem, który wymaga bardzo dużo pracy i nakładów w kierunku deinstytucjonalizacji.

Deinstytucjonalizacja na przykładzie systemu pieczy zastępczej

W ramach przeprowadzanych analiz na poziomie makro dla obszaru pieczy zastępczej został policzony wskaźnik deinstytucjonalizacji. Analiza danych z poniższej tabeli pokazuje, że przeciętnie w Polsce w 2020 r. 78% dzieci znajdowało się w pieczy rodzinnej i nie zaszły pod tym względem duże zmiany na przestrzeni lat 2013-2020 (w całej Polsce wzrost o 3,7%).

Jeśli chodzi o problematykę deinstytucjonalizacji w województwie podlaskim (w jego powiatach), to oprócz powiatu bielskiego i białostockiego zaszły wyłącznie pozytywne zmiany. **O potrzebach w tym zakresie może mówić mała wartość wskaźnika deinstytucjonalizacji z roku 2020**, jak np. w powiecie zambrowskim, gdzie w pieczy rodzinnej przebywa zaledwie 35% wszystkich dzieci umieszczonych w placówkach (rodziny i instytucjonalnych) i jest to wartość znacząco odbiegająca od średniej krajowej (78%).

Tabela 28. Wartości wskaźnika deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej (udział dzieci w rodzinnej pieczy zastępczej w ogóle dzieci w rodzinnych i instytucjonalnych pieczach)

Kraj / powiat	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Zmiana 2020-2013
POLSKA	0,75	0,75	0,75	0,77	0,77	0,77	0,77	0,78	3,7%
augustowski	0,95	0,94	0,95	0,94	0,95	0,98	0,98	0,97	2,2%
białostocki	0,69	0,62	0,60	0,60	0,65	0,60	0,63	0,63	-9,3%
bielski	0,92	0,89	0,91	0,90	0,92	0,87	0,88	0,89	-3,5%
grajewski	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,0%
hajnowski	0,71	0,72	0,73	0,77	0,82	0,83	0,83	0,73	2,5%
kolneński	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,0%
łomżyński	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,0%
moniecki	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,0%
sejneński	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,0%
siemiatycki	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,0%
sokólski	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,0%
suwalski	0,75	0,78	0,81	0,86	0,86	0,85	0,80	0,78	4,2%

Kraj / powiat	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Zmiana 2020-2013
wysokomazowiecki	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,0%
zambrowski	0,30	0,35	0,33	0,37	0,31	0,29	0,31	0,35	19,6%
m. Białystok	0,64	0,67	0,63	0,67	0,66	0,65	0,71	0,72	13,4%
m. Łomża	0,78	0,73	0,76	0,76	0,72	0,75	0,80	0,78	-0,4%
m. Suwałki	0,84	0,86	0,87	0,89	0,87	0,87	0,85	0,86	2,1%

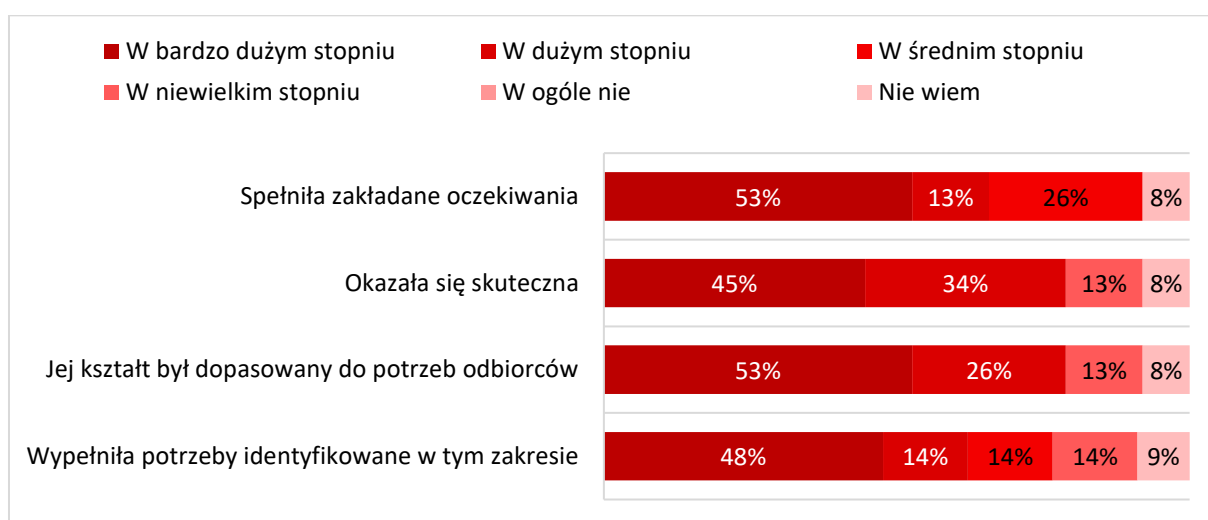
Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z GUS BDL.

Usługi wsparcia rodzinnych form systemu pieczy zastępczej – ocena beneficjentów

W próbie znalazło się 10 projektów oferujących usługi wsparcia rodzinnych form systemu pieczy zastępczej.

Realizujący usługi wsparcia dla rodzinnych form pieczy zastępczej nie byli tak entuzjastyczni w ocenach jak realizujący usługi asystenckie, czy usługi wsparcia rodziny. W stosunku do każdego z omawianych wymiarów pojawiły się opinie krytyczne, świadczące o rozczarowaniu beneficjentów. Działania skierowane do tej grupy napotykały czasami na trudności – niechęć ze strony potencjalnych uczestników do udziału w projekcie, a już po rekrutacji także nieregularne uczestnictwo – i tak 63% oferujących tę usługę, uznało, że spełniła zakładane oczekiwania w dużym lub bardzo dużym stopniu, jednak zdaniem 34% spełniła oczekiwania w średnim lub niewielkim stopniu. Podobnie oceniona została kwestia wypełnienia zapotrzebowania przez usługi realizowane w ramach projektu – 28% oceniających było zdania, że wypełniła zapotrzebowanie w średnim bądź niewielkim stopniu.

Wykres 42. Ocena usługi z perspektywy beneficjenta - usługi wsparcia rodzinnych form systemu pieczy zastępczej



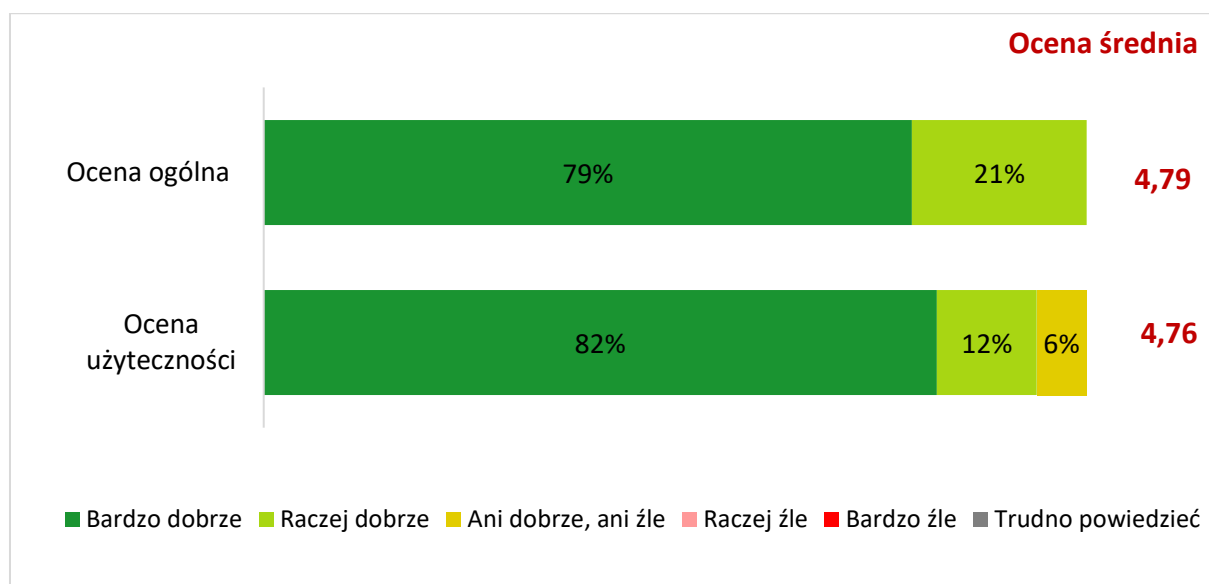
Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „W stosunku do każdej formy wsparcia realizowanej w ramach projektu proszę ocenić na ile...?” (N=10, beneficjenci, którzy w ramach projektów oferowali tę formę wsparcia). Opracowanie własne.

Ocena uczestników

Ocena odbiorców tych usług (N=33), pomimo większej ostrożności w ocenach beneficjentów, okazała się jednak bardzo wysoka – na poziomie pozostałych usług. 79% oceniło otrzymane wsparcie bardzo dobrze, kolejne 21% raczej dobrze. Nie odnotowano w ogóle ocen negatywnych. Średnia ogólna ocena otrzymanego wsparcia na skali 1-5, gdzie 1 – „oceniam bardzo źle”, zaś 5 – „oceniam bardzo dobrze” wyniosła 4,79. Bardzo podobne, choć nieznacznie niższe oceny uzyskała użyteczność wsparcia (średnia ocena wyniosła w tym przypadku 4,76). W ocenie użyteczności pojawiły się opinie unikające bezpośredniej oceny – „ani dobrze, ani źle”.

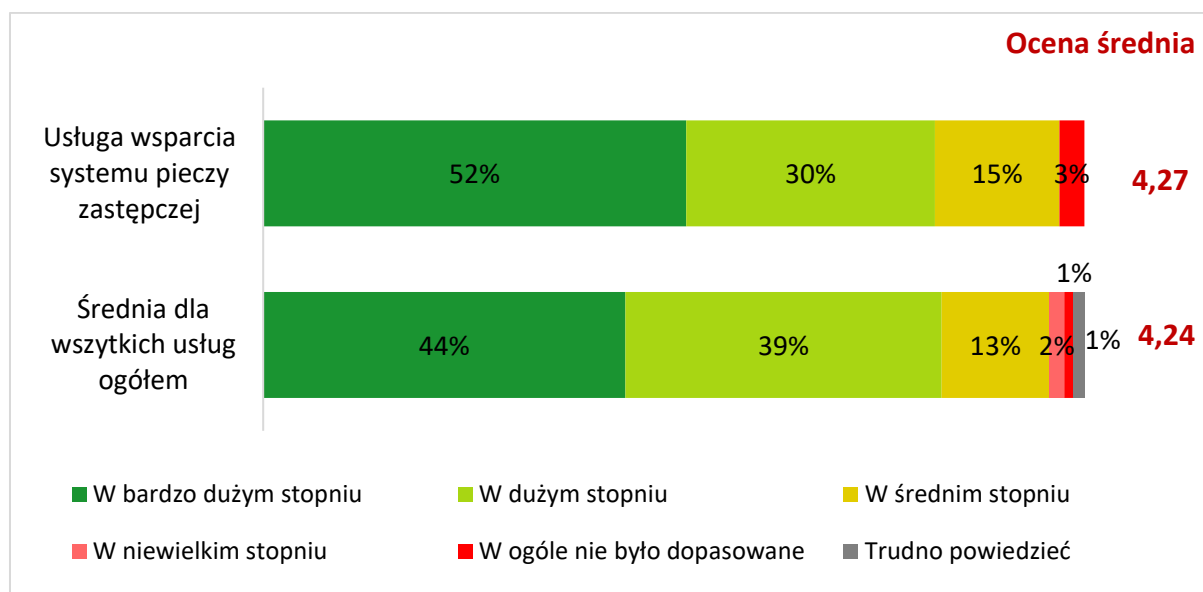
Wsparcie zostało także bardzo wysoko ocenione (nie odbiega od wysokiej średniej) w aspekcie dopasowania do potrzeb odbiorcy.

Wykres 43. Ocena ogólna i ocena użyteczności usługi z perspektywy uczestnika - usługi wsparcia rodzinnych form systemu pieczy zastępczej



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=33, odbiorcy usług wsparcia rodzinnych form systemu pieczy zastępczej, odpowiedzi na pytania: „Jak, biorąc wszystko pod uwagę, ocenia Pan/Pani otrzymane wsparcie?, Jak ocenia Pan(i) użyteczność otrzymanego wsparcia?”. Opracowanie własne.

Wykres 44. Ocena dopasowania usługi do potrzeb w stosunku do średniej oceny usług – usługi wsparcia rodzinnych form systemu pieczy zastępczej



Źródło: Badanie ankietowe (CATI) uczestników projektów (N=33, odbiorcy usług wsparcia rodzinnych form systemu pieczy zastępczej, N=374 – wszyscy badani), odpowiedzi na pytanie: „Na ile otrzymane wsparcie było dopasowane do Pana(i) potrzeb/do potrzeb Pana(i) podopiecznego/rodziny?”

Opracowanie własne.

Uczestnicy projektów (rodzice zastępczy, będący także rodzicami biologicznymi) w wywiadach indywidualnych podkreślali wpływ otrzymanych usług na rozwiązywanie napotykaných problemów wychowawczych. Dzięki temu, że wsparcie w projekcie było długotrwałe (około roku), miało realny wpływ na funkcjonowanie rodziny. Szczególnie cenna była dostępność konsultacji psychologicznych oraz warsztatów grupowych („szkoły rodziców”), w których rodzice zastępczy prowadzeni przez profesjonalistę ćwiczyli rozwiązywanie typowych problemów.

Spontaniczne uwagi w stosunku do usług wsparcia rodzinnych form pieczy zastępczej zgłosiło 33% odbiorców tej usługi. Były to jednak, podobnie jak w przypadku pozostałych usług uwagi bardzo rozdrobnione.

Pojawiły się następujące uwagi:

- wymiar wsparcia (15%) - brak kontynuacji projektu/zbyt krótki projekt, zbyt mała liczba godzin, zbyt małe wsparcie;
- uwagi związane z rekrutacją do projektu (6%): zbyt mała frekwencja/rotacja uczestników, zbyt dużo ograniczeń uczestnictwa;
- ograniczenia związane z pandemią (6%);
- brak dostosowania do potrzeb/ zbyt mała indywidualizacja (3%);
- mało kompetentna kadra (3%).

Proponowane przez przedstawicieli beneficjentów zmiany w realizacji usługi w przyszłości

Propozycje zmian zgłosiła ponad połowa beneficjentów oferujących tę usługę. Wśród proponowanych zmian pojawiły się następujące uwagi:

- zwiększenie liczby usług zindywidualizowanych;
- umieszczenie w grupie docelowej rodzinnych domów dziecka, tak aby w projekcie mogli uczestniczyć rodzice, przedstawiciele rodzinnych domów dziecka;
- uwzględnienie w projekcie i we wskaźnikach trudności w rekrutacji tej grupy - niechęć grupy docelowej do uczestnictwa w projekcie.

6.3.4 USŁUGA MIESZKALNICTWA CHRONIONEGO I WSPOMAGANEGO

Ocena beneficjentów

W badaniu wzięli udział przedstawiciele czterech projektów, oferujących usługę mieszkalnictwa chronionego i wspomaganego. Troje z nich oceniło oferowane przez siebie usługi bardzo wysoko, jedna uchyliła się od odpowiedzi.

W zasadzie beneficjenci nie wskazali żadnych konkretnych zmian, jakie należałoby wprowadzić w tego typu projektach w przyszłości. Została jedynie zwrócona uwaga na fakt, że tego typu wsparcie, jakie oferowane było w ramach projektu, powinno być wsparciem systemowym, przysługującym kwalifikującym się osobom niezależnie od dochodu rodziny.

Ocena uczestników

Wśród odbiorców usług uczestniczących w badaniu CATI znalazło się 14 mieszkańców mieszkań chronionych i wspomaganym, w których pobyt oferowany był w ramach projektu.

Wszystkie te osoby bardzo wysoko oceniły ogólnie oferowane wsparcie, jak również jego użyteczność i dopasowanie do potrzeb. Nikt nie wyraził ocen negatywnych.

W badaniach jakościowych podkreślano wpływ otrzymanego wsparcia w formie mieszkania wspomaganego (wraz ze szkoleniem, usługą asystencką, zajęciami integracyjnymi) na możliwość usamodzielnienia się. Z kolei opiekunowie osoby z niepełnosprawnością, korzystającej co jakiś czas z kilkudniowego pobytu w mieszkaniu chronionym, dostrzegli bardzo pozytywne oddziaływanie tej formy zarówno na życie osoby bezpośrednio objętej wsparciem (uzyskanie profesjonalnej opieki, rozrywki, oderwania od codziennej rutyny), jak i własne (rodzina osoby zależnej, z niepełnosprawnością mózgowym sama zmagająca się z problemami zdrowotnymi i socjalnymi).

Wśród pojedynczych uwag pod adresem wsparcia zgłaszanych przez uczestników pojawiły się:

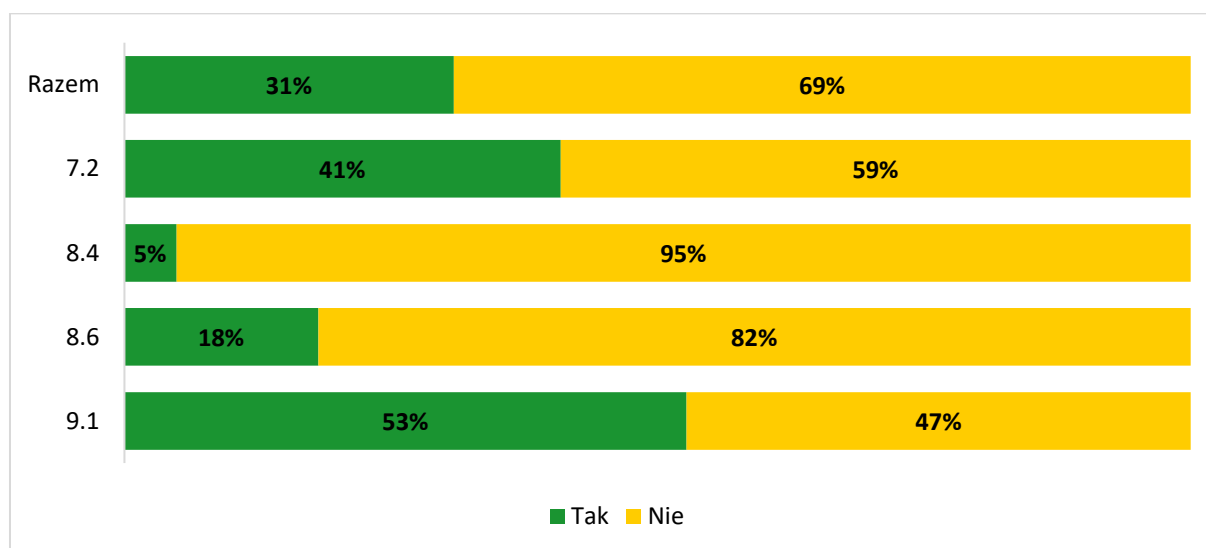
- brak kontynuacji projektu/zbyt krótki projekt;
- zbyt duża liczba uczestników, chętnych;
- przeciągało się przygotowywanie mieszkania;
- brak dostosowania do potrzeb/ zbyt mała indywidualizacja;
- niemiły/nieżyczliwy asystent.

6.4 SKUTECZNOŚĆ A ROLA ZASADY PARTNERSTWA

Przeprowadzone badania pokazały, że partnerstwo w realizacji projektów zdecydowanie działa na korzyść projektu i jego efektów, zdecydowanie podnosi skuteczność prowadzonych działań.

Oddajmy zatem głos beneficjentom odnośnie realizacji projektu w partnerstwie. Współpracę w ramach partnerstwa zadeklarowała 31% beneficjentów uczestniczących w badaniu. Zdecydowanie wyższy odsetek odnotowano wśród przedstawicieli projektów w ramach Działań 8.4 (95%) oraz 8.6 (82%). Patrząc na te wyniki należy pamiętać, że nie możemy wykluczyć, że deklaracje te dotyczą także projektów realizowanych w partnerstwach nieformalnych, a takich jak pokazały wyniki badań jakościowych było sporo.

Wykres 45. Deklaracja realizacji projektu w partnerstwie



Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Czy ten projekt realizowaliście Państwo w partnerstwie? (N=141). Opracowanie własne.

Większość uczestników partnerstw ogólnie bardzo dobrze oceniło realizację projektu w partnerstwie – 55% wyraziło opinię bardzo pozytywną, zaś 24% raczej pozytywną. Opinie negatywne były udziałem 3% pytanych.

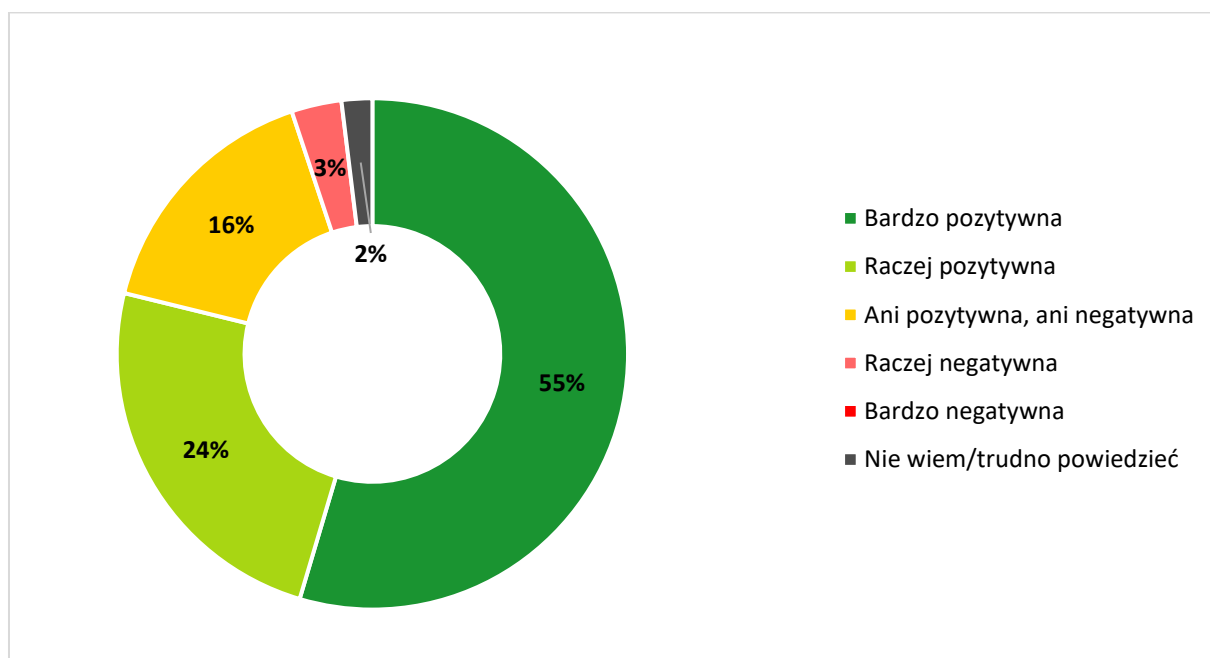
Wśród zalet partnerstw przy realizacji projektów wskazywano głównie na odpowiednie wykorzystanie potencjału partnerów (51%), a także po prostu na podział obowiązków pomiędzy dwóch partnerów, co czyni realizację mniej uciążliwą (25%). Podkreślano także dzielenie się odpowiedzialnością (15%), a także możliwą wymianę doświadczeń i zasobów pomiędzy partnerami. Jeden z uczestników projektu w wywiadzie indywidualnym jako zaletę partnerstwa wskazywał sytuację, gdy uczestnikiem partnerstwa jest podmiot dysponujący kadrą znającą daną społeczność lokalną. Pozytywnie wpływa to na możliwość dotarcia do osób najbardziej potrzebujących pomocy oraz zwiększa efektywność wsparcia, gdyż personel świadczący usługi społeczne często zna osoby z trudnościami społecznymi (grupy zmarginalizowane, przypadki patologii) i cieszy się ich zaufaniem. Tego typu korzyści

wynikające z realizacji projektów w konsorcjach są najwyraźniejsze, gdy partnerzy dotąd działali w różnym terenie lub też specjalizują się w realizacji różnego typu usług społecznych (efekt synergii).

Na wady realizacji projektów w partnerstwie wskazało 34% projektodawców, mających doświadczenia w tej materii.

Wśród wad wskazywano na możliwe problemy z komunikacją, konieczność wzajemnego dopasowywania harmonogramów działań, brak angażowania się jednego z partnerów w projekt, brak odpowiedzialności za działania w ramach projektu, brak doświadczenia, czy też po prostu różnice interesów pomiędzy partnerami.

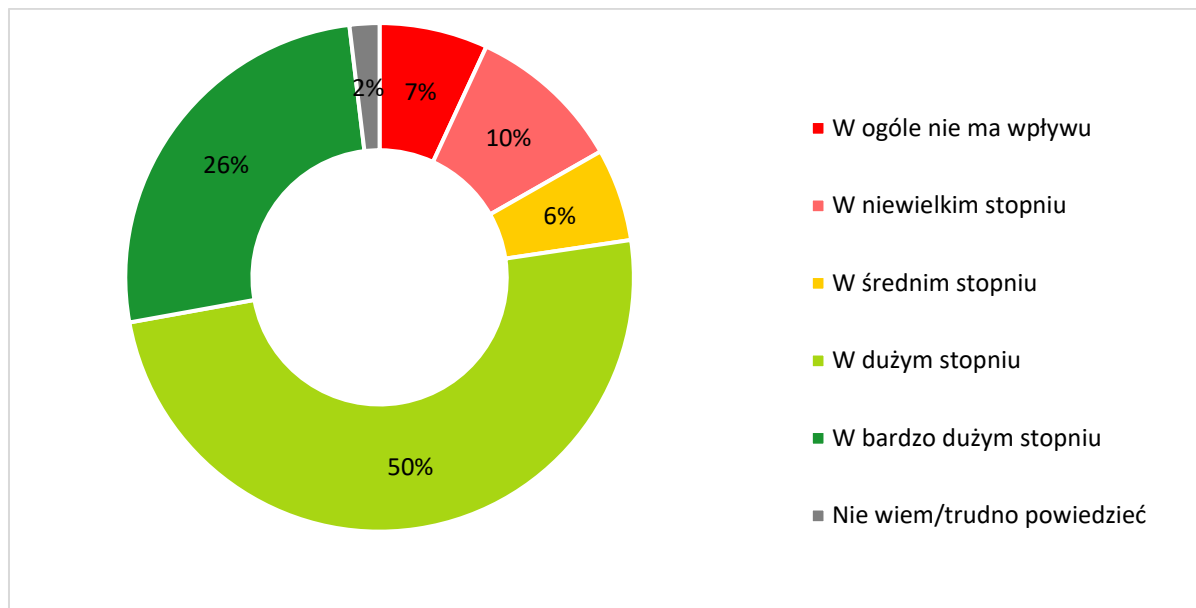
Wykres 46. Opinia ogólna realizacji projektu w partnerstwie



Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Na podstawie własnych doświadczeń w realizacji tego projektu, jaka jest Pana(i) ogólna opinia na temat realizacji projektu w partnerstwie?” (N=43). Opracowanie własne.

Ponad $\frac{3}{4}$ beneficjentów mających doświadczenia w realizacji projektów w partnerstwie uważa, że współdziałanie ma duży bądź bardzo duży pozytywny wpływ na skuteczność prowadzonych działań. Opinię przeciwną, że partnerstwo nie ma wpływu na skuteczność prowadzonych działań wyrażają jedynie nieliczni pytani.

Wykres 47. Wpływ realizacji projektu w partnerstwie na efektywność prowadzonych działań



Źródło: Badanie CAWI beneficjentów Programu, odpowiedzi na pytanie: „Na ile realizacja projektu w partnerstwie wpływa Pan(a/i) zdaniem pozytywnie na efektywność prowadzonych działań?” (N=43). Opracowanie własne.

Przeprowadzone badania pokazały, że oprócz partnerstw sformalizowanych częstą praktyką jest zawiązywania partnerstw nieformalnych, w żaden sposób nie wpisanych w projekt i nie ujętych w jego dokumentacji. Fakt ten nie znaczy oczywiście, że nie są to partnerstwa stabilne i trwałe. Czasami jest to nawet współpraca kilkuletnia, która łączy podmioty niezależnie od projektu, współpraca opierająca się na wspólnocie celów, układach interpersonalnych itd.

Problem zaczyna się wówczas, gdy zgodnie z wymaganiami projektów, partnerstwo należy sformalizować. Wówczas uwidacznia się duża niechęć do formalizacji. Szczególnie silnie niechęć ta widoczna jest po stronie jednostek samorządu terytorialnego. Formalizacja niesie ze sobą zobowiązanie do wydatkowania zasobów ludzkich i ich czasu, niesie ze sobą dodatkowe obowiązki bez dodatkowego wynagrodzenia.

W początkowej fazie realizacji RPOWP 2014-2020 było widać bardzo duży opór jednostek samorządu terytorialnego do angażowania się w partnerstwa w realizacji projektów. Na obecnym etapie widać, że sytuacja stopniowo się zmienia. Urzędy zaczęły dostrzegać korzyści ze wspólnego startu w konkursie, widzą udane przykłady partnerstw i ich efekty.

Duże nadzieje wiązane są z powstaniem Centrów Usług Społecznych, które ułatwią być może kwestię zawiązywania bardziej sformalizowanej współpracy między JST, a organizacjami pozarządowymi. Współpraca będzie zawiązywana przez wyspecjalizowaną jednostkę wywodząca się z urzędu, ale dedykowaną obszarowi usług społecznych.

Wydaje się, że w kontekście podniesienia skuteczności realizowanych projektów warto zastanowić się nad mechanizmami wspierającymi współpracę między jednostkami samorządu terytorialnego, a NGO. Organizacje pozarządowe dysponują najczęściej wiedzą i doświadczeniem, wiedzą jak poruszać się w obszarach, których ma dotyczyć wsparcie, mają orientację w zakresie potrzeb potencjalnych klientów, ale też ich uwarunkowań. Natomiast JST dysponują niezbędnym zapleczem infrastrukturalnym i finansowym. Taka współpraca, powinna przełożyć się na skuteczność i użyteczność realizowanych przedsięwzięć. Można zaryzykować stwierdzenie, że dobra współpraca między NGO a JST jest warunkiem rozwoju usług społecznych.

6.5 PODSUMOWANIE

Prezentowane w niniejszym rozdziale analizy miały na celu udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Pytanie badawcze nr 1: Jak oceniana jest skuteczność wsparcia RPOWP w zakresie dostępności i jakości usług opiekuńczych i asystenckich, usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz mieszkań chronionych i mieszkań wspomaganych, w kontekście założonych celów badanej interwencji?
- Pytanie badawcze nr 3: W jakim stopniu interwencja RPOWP przyczyniła się do rozwijania usług społecznych i zdrowotnych (rozwój oceniany przez pryzmat wszystkich i poszczególnych rodzajów usług)? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?
- Pytanie badawcze nr 4: Czy partnerstwo przy realizacji działań w zakresie usług społecznych i zdrowotnych odgrywa istotną rolę? Czy identyfikuje się wyższą skuteczność interwencji poprzez realizację projektu w partnerstwie?
- Pytanie badawcze nr 5: Czy i jaka jest skuteczność wsparcia RPOWP w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych? W jakim stopniu nastąpiła poprawa sytuacji w regionie pod kątem przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej i jakie są dalsze potrzeby w tym zakresie?
- Pytanie badawcze nr 7: Jak oceniana jest skuteczność wsparcia RPOWP w zakresie dostępności i jakości infrastruktury ochrony zdrowia i infrastruktury usług społecznych, w kontekście założonych celów badanej interwencji?
- Pytanie badawcze nr 8: Czy w rezultacie interwencji RPOWP nastąpiło ograniczenie istniejących nierówności w zakresie dostępu do infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych, jak również podwyższenie standardu świadczonych usług i zwiększenie zakresu (liczby osób korzystających) ich świadczenia? Jakie potrzeby identyfikuje się w tym obszarze?
- Pytanie badawcze nr 10: Czy działania w projektach zintegrowanych ukierunkowane m.in. na poprawę dostępności do infrastruktury społecznej i zdrowotnej okazały się zgodne z potrzebami odbiorców tych działań? Czy identyfikowane są inne potrzeby w tym obszarze?

Przeprowadzone w ramach projektu analizy na poziomie mikro – poziomie projektów i konkretnych działań – wykazały wysoką skuteczność realizowanych w ramach RPOWP działań.

O wysokiej skuteczności wsparcia RPOWP 2014-2020 w zakresie rozwoju usług i infrastruktury społecznej. świadczy wysoki stopień realizacji wskaźników w analizowanych Działaniach, pozwalający stwierdzić, że cele każdego z nich zostały zrealizowane. Duża część celów dotyczyła wzrostu dostępności usług społecznych, przy czym znalazły się wśród nich także usługi związane z poprawą partycypacji społecznej oraz niwelowaniem różnic w dostępie do usług społecznych i zatrudnienia.

Zrealizowane wskaźniki, dotyczące liczby udzielonych usług i wspartych osób, wskazują na już zwiększoną dostępność usług społecznych. Z kolei wskaźniki dotyczące liczby wspartych obiektów (wyremontowanych, rozbudowanych i doinwestowanych), w których usługi społeczne są świadczone oraz liczby zakupionego sprzętu medycznego, nie tylko już obecnie zapewniają zwiększenie dostępności usług społecznych, ale będą pozytywnie wpływać na ten wzrost długookresowo.

Jednym z celów w analizowanych działaniach było także niwelowanie różnic w dostępie do usług społecznych. Choć wartość wsparcia w różnych częściach regionu była zróżnicowana (co wynikało z przyjętych założeń), to pozytywnie należy ocenić fakt, że projekty były realizowane na terenie wszystkich powiatów regionu (i tym samym wsparcie dotyczyło mieszkańców wszystkich powiatów). Z kolei jeszcze inny cel, dotyczący poprawy partycypacji społecznej, był realizowany poprzez udzielanie licznych usług społecznych (m.in. asystenckich i opiekuńczych), sprzyjających poprawie jakości życia różnych grup społecznych (seniorów, osób z niepełnosprawnościami, dzieci oraz ich opiekunów).

Zatem udzielone wsparcie pozytywnie wpływa na osiągnięcie wszystkich celów wyznaczonych dla analizowanych działań, a w znacznej mierze potwierdza to wysoki poziom realizacji założonych wskaźników produktu i rezultatu. Pozwala to uznać interwencję za skuteczną.

W kontekście wysokiej skuteczności w likwidowaniu nierówności w dostępie do usług społecznych przemawia dodatkowo fakt, że blisko połowa projektów (149 spośród 321) była realizowana na terenie małych obszarów wiejskich, tzn. w gminach o ludności powyżej 5 000 mieszkańców i średniej gęstości zaludnienia. Pozostałe projekty w równej części (tzn. po 86) rozłożyły się (w swej liczbie) pomiędzy duże obszary miejskie (gminy o ludności powyżej 50 000 i dużej gęstości zaludnienia) oraz obszary wiejskie (gminy o małej gęstości zaludnienia).

Wsparcie infrastruktury społecznej miało bardzo znaczny wymiar i pozwoliło rozwiązać dużą część niedoborów inwestycyjnych w zakresie budynków i wyposażenia placówek. Inwestycje, zwłaszcza w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, mają znaczenie ponadlokalne i będą wykorzystywane także przez mieszkańców terenów (gmin i powiatów), na których tego typu inwestycji nie realizowano lub też miały one miejsce w niewielkiej skali.

Wsparcie w postaci usług społecznych trafiło do mieszkańców każdego powiatu województwa podlaskiego. Dobrze to świadczy o nakierowaniu na zaspokajanie potrzeb społecznych mieszkańców całego regionu.

Wymieniane przez uczestników projektów liczne przykłady poprawy ich sytuacji życiowej, analizowane w rozdziale dotyczącym użyteczności wsparcia, mają z pewnością wpływ na wysoką ogólną ocenę otrzymanego wsparcia.

Przeprowadzone badania pokazały, że partnerstwo w realizacji projektów zdecydowanie działa na korzyść projektu i jego efektów, zdecydowanie podnosi skuteczność prowadzonych działań. Wśród zalet partnerstw przy realizacji projektów wskazywano głównie na odpowiednie wykorzystanie potencjału partnerów, a także po prostu na podział obowiązków pomiędzy dwóch partnerów, co czyni realizację mniej uciążliwą. Podkreślano także dzielenie się odpowiedzialnością (15%), a także możliwą wymianę doświadczeń i zasobów pomiędzy partnerami.

Część III. PODSUMOWANIE

7 WPŁYW INTERWENCJI NA REALIZACJĘ CELÓW STRATEGII EUROPA 2020

Niniejszy rozdział zawiera odpowiedź na pytanie badawcze nr 6: W jakim stopniu interwencja przyczyniła się do realizacji celów strategii Europa 2020 w obszarze ubóstwa i wykluczenia społecznego?

Strategia Europa 2020⁵⁵ koncentruje się na 7 tzw. projektach przewodnich (*flagship initiatives*), które mają służyć realizacji kluczowych priorytetów, czyli rozwoju inteligentnego, zrównoważonego i sprzyjającego włączeniu społecznemu.

Z punktu widzenia obszaru, który analizujemy w niniejszym raporcie, kluczowe znaczenia ma projekt „Europejski program walki z ubóstwem” – projekt na rzecz zapewnienia spójności społecznej i terytorialnej, tak aby korzyści płynące ze wzrostu gospodarczego i zatrudnienia były szeroko dostępne, a osoby ubogie i wykluczone społecznie mogły żyć godnie i aktywnie uczestniczyć w życiu społeczeństwa.

Dodatkowo, wybrane elementy Strategii są nieco uszczegółowione w wytycznych, które są wskazówką dla państw członkowskich, jakiego typu działania należy prowadzić w celu realizacji celów Strategii. Z punktu widzenia celów niniejszego badania istotna jest II grupa wytycznych⁵⁶, w szczególności Wytyczna 8: Działania na rzecz włączenia społecznego, zwalczania ubóstwa i promowania równych szans.

W ramach samej Strategii zwraca się przede wszystkim uwagę na intensyfikację działań w sferze wyłączenia społecznego i ochrony socjalnej, służących współpracy różnego typu podmiotów oraz wzajemnej ocenie i wymiany dobrych praktyk. Podkreśla się również rolę propagowania innowacji społecznych na rzecz osób w trudnej sytuacji społecznej, walki z dyskryminacją (np. osób niepełnosprawnych) oraz prowadzenia działań na rzecz integracji migrantów i umożliwienia im pełnego wykorzystania własnego potencjału, a także poprawy dostępu do systemów opieki zdrowotnej. Strategia wskazuje, że państwa członkowskie powinny propagować wspólne i indywidualne poczucie odpowiedzialności za walkę z ubóstwem i wyłączeniem społecznym, a także opracować i prowadzić działania mające na celu rozwiązanie problemów grup szczególnie zagrożonych (np. rodziców samotnie wychowujących dzieci, starszych kobiet, mniejszości, Romów, osób niepełnosprawnych i bezdomnych).

Z kolei w ramach ww. wytycznych kładzie się nacisk na dbanie o włączenie społeczne, promując równość szans, w tym dla kobiet i mężczyzn oraz podejmowanie działań niwelujących nierówności. W wytycznych kładzie się nacisk na znaczenie dostępnych,

⁵⁵ Komunikat Komisji „Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, Bruksela, 3 marca 2010, KOM(2010) 2020, wersja ostateczna.

⁵⁶ Decyzja Rady (UE) 2015/1848 z dnia 5 października 2015 r. w sprawie wytycznych dotyczących polityk zatrudnienia państw członkowskich na rok 2015. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej. L268, Tom 58, 15 października 2015, „Wytyczne dotyczące polityki zatrudnienia państw członkowskich. Część II zintegrowanych wytycznych, dotyczących wdrożenia strategii „Europa 2020”.

wysokiej jakości i przystępnych cenowo, usług, takich jak opieka nad dziećmi, opieka pozaszkolna, kształcenie, szkolenia, mieszkalnictwo, usługi zdrowotne i opieka długoterminowa.

Poniżej prezentujemy ocenę wpływu analizowanej interwencji na sferę ubóstwa i wykluczenia społecznego.

Miary ubóstwa i wykluczenia społecznego były obecne w Syntetycznym Wskaźniku Usług Społecznych (wskaźniki 1-4). Dla potrzeb oceny ubóstwa i wykluczenia społecznego, wydzielono te wskaźniki i oszacowano pod wskaźnik ubóstwa (Syntetyczny Wskaźnik Ubóstwa – SMU), na który składały się odsetki beneficjentów opieki społecznej w różnym wieku oraz stopa bezrobocia długotrwałego.

Wartości SMU pokazuje poniższa tabela, z której można odczytać, że we wszystkich powiatach województwa nastąpiła duża, pozytywna zmiana tego wskaźnika. Natomiast powiązanie tej zmiany z interwencją RPOWP w zakresie usług społecznych pokazuje dodatni, lecz bardzo niewielki związek ($r=0,09$) – niestety nieistotny statystycznie. Oznacza to, że brak jest istotnych statystycznych dowodów, że pozytywna zmiana pod względem ubóstwa nastąpiła pod wpływem interwencji, choć niewątpliwie jej wpływ na ograniczenie ubóstwa był pozytywny.

Tabela 29. Wartość Syntetycznego Wskaźnika Ubóstwa (SMU) i jego zmiana na przestrzeni lat 2013-2020⁵⁷

Powiat	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Zmiana 2020-2013
augustowski	0,32	0,39	0,44	0,53	0,63	0,66	0,67	0,68	110,1%
białostocki	0,41	0,45	0,51	0,56	0,65	0,71	0,75	0,76	85,3%
bielski	0,48	0,51	0,50	0,54	0,53	0,54	0,58	0,64	32,5%
grajewski	0,14	0,16	0,21	0,20	0,29	0,36	0,45	0,52	274,0%
hajnowski	0,41	0,43	0,48	0,50	0,53	0,57	0,61	0,66	62,5%
kolneński	0,21	0,25	0,33	0,35	0,41	0,45	0,54	0,54	152,6%
łomżyński	0,52	0,53	0,56	0,58	0,62	0,67	0,72	0,80	55,1%
moniecki	0,30	0,36	0,38	0,45	0,53	0,57	0,60	0,62	110,1%
sejneński	0,21	0,26	0,26	0,33	0,34	0,41	0,48	0,54	164,0%
siemiatycki	0,53	0,52	0,54	0,55	0,56	0,60	0,63	0,67	25,5%
sokólski	0,14	0,20	0,25	0,32	0,39	0,44	0,46	0,51	256,8%

⁵⁷ Wartości wskaźnika w tabelce są podawane z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku, dla zwiększenia czytelności prezentacji, przedstawione w ostatniej kolumnie zmiany były natomiast wyliczane na podstawie pełnych wartości, stąd też przedstawione w niej wartości mogą się nieco różnić od wyliczonych na podstawie wartości przedstawionych w poszczególnych komórkach tabeli.

Powiat	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Zmiana 2020-2013
suwalski	0,36	0,45	0,56	0,61	0,65	0,67	0,70	0,75	108,2%
wysokomazowiecki	0,71	0,74	0,75	0,74	0,80	0,82	0,84	0,87	22,3%
zambrowski	0,61	0,69	0,70	0,73	0,78	0,81	0,88	0,90	46,8%
m. Białystok	0,70	0,72	0,76	0,80	0,85	0,89	0,92	0,94	33,7%
m. Łomża	0,68	0,68	0,73	0,75	0,79	0,84	0,88	0,90	33,4%
m. Suwałki	0,40	0,45	0,58	0,63	0,71	0,75	0,76	0,79	96,9%
Średnia ważona	0,36	0,39	0,42	0,46	0,50	0,53	0,56	0,59	67,0%

Źródło: opracowanie własne

Zmiany, które nastąpiły w okresie 2013-2020 są wyłącznie pozytywne (podobnie jak w całej Polsce). Największa poprawa sytuacji nastąpiła w powiecie grajewskim (wzrost SMUS o 98,8%), co jednak nie pozwoliło powiatowi na znaczące poprawienie swojej pozycji w rankingu ze względu na bardzo niskie wartości wskaźnika), następnie w kolejności wysokości zmiany były to: powiat sokólski (wzrost o 84,6%) i kolneński (wzrost o 68,5%).

W żadnym powiecie województwa nie odnotowano negatywnej zmiany SMUS (tzn. nie odnotowano pogorszenia się sytuacji pod względem usług społecznych).

Można zatem przyjąć, że tendencja zmian jest bezwzględnie pozytywna, zmiany następują jednak stopniowo, stąd też nie można z całkowitą pewnością (ze względu na nieistotność statystyczną odpowiedniej pozytywnej korelacji) przypisać ich interwencji w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego 2014-2020.

Z drugiej jednak strony interwencja ma z całą pewnością bardzo pozytywne skutki (co opisywaliśmy we wcześniejszych rozdziałach raportu), trudno jest je jednak wychwycić na poziomie całego regionu, za pomocą stosowanego aparatu analitycznego. Zarówno beneficjenci, jak i – co najważniejsze – ostateczni odbiorcy bardzo pozytywnie oceniają realizowane projekty i otrzymane wsparcie. Bardzo ważne jest też to, że wsparcie trafiało do mieszkańców wszystkich powiatów województwa podlaskiego.

8 WERYFIKACJA TEORII INTERWENCJI W ZAKRESIE POPRAWY DOSTĘPNOŚCI DO WYSOKIEJ JAKOŚCI USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH ORAZ POPRAWY POZIOMU JAKOŚCIOWEGO I DOSTĘPNOŚCI INFRASTRUKTURY SPOŁECZNEJ / ZDROWOTNEJ

Ewaluacja oparta na teorii interwencji i teorii zmiany jest bardzo wymagająca. W literaturze określa się kilka przypadków, gdy taka ewaluacja ma uzasadnienie⁵⁸. Pierwszy z nich ma miejsce wtedy, gdy oczekuje się, że program będzie miał duży wpływ na określony obszar funkcjonowania społeczeństwa, jak np. wojewódzki program powszechnych szczepień przeciwko grypie lub programy przesiewowych badań diabetologicznych. Drugi jest wtedy, gdy istnieje duże ryzyko lub niepewność, co do wpływu programu i jego niezamierzonych skutków ubocznych, jak na przykład nowe i innowacyjne programy zapobiegania nadużywaniu substancji psychoaktywnych wśród młodzieży. Trzeci przypadek uzasadniający tego typu podejście ma miejsce, gdy duża suma funduszy została przeznaczona na program wymagający solidnych mechanizmów odpowiedzialności, jak np. program teleopieki obejmujący całe województwo.

W ewaluacji programów w rodzaju RPOWP, polegających na finansowaniu określonego typu projektów, wskazywano następujące zalety ewaluacji opartej na teorii interwencji⁵⁹:

- ograniczone możliwości beneficjentów do zbierania danych i ewaluacji własnych projektów;
- kontekst operacyjny lub ograniczenia beneficjentów, które uniemożliwiają stosowanie eksperymentalnych lub quasi-eksperymentalnych schematów ewaluacyjnych;
- swego rodzaju stronniczość ocen uczestników projektów, którzy w większości oceniają pozytywnie wsparcie otrzymane od beneficjentów.

Niniejszej ewaluacji podlegają zbiorowo projekty wspierające usługi społeczne i zdrowotne, realizowane w wyniku przyznania środków w ramach kilku wybranych działań RPOWP w latach 2014-2020. Projekty te nie były jednorodne przede wszystkim, gdy chodzi o typy wspieranych usługodawców, ale też o rodzaj wsparcia, gdyż część z nich miała charakter różnych inwestycji w infrastrukturę i technologię wykorzystywaną do świadczenia usług.

Gdyby była prowadzona ewaluacja poszczególnych projektów, wówczas można by na podstawie jej wyników wyciągać wnioski, co do skuteczności i użyteczności każdego z nich z osobna, a następnie całego zbioru projektów w wybranych działaniach. Każdemu z kilkuset projektów wspierających usługi społeczne i zdrowotne można by przypisać jego własną teorię interwencji i teorię zmiany, którą miał spowodować (teoria interwencji mikro).

⁵⁸ F.L. Leeuw, Reconstructing program theories: Methods available and problems to be solved. American Journal of Evaluation, 24(1), 2003.

⁵⁹ Theory-Based Approaches to Evaluation: Concepts and Practices, <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/audit-evaluation/evaluation-government-canada/theory-based-approaches-evaluation-concepts-practices.html>

Ze względu na niejednorodność usług i typów ich wsparcia teorie te musiałyby się różnić między sobą i trudno jest dokonać ich syntezy. Zaproponowaliśmy jednak takie ujęcie syntetyczne na schemacie 6. Odpowiada ona logice interwencji w postaci programu zwiększającego finansowanie usługodawców z sektora społecznego i zdrowotnego, poprzez projekty wspierające kilka rodzajów usług społecznych i zdrowotnych w różnych lokalizacjach na obszarze całego województwa.

Schemat 6 przedstawia nie tylko kolejne elementy łańcucha, prowadzącego do wzrostu podaży i jakości usług społecznych i zdrowotnych oraz ich wyników na poziomie mikro i makro, ale również czynniki kontekstowe. Należy je uwzględnić, gdyż ich zmiany w czasie realizacji RPOWP miały duży wpływ na wyniki społeczne i zdrowotne mieszkańców województwa podlaskiego. W kontekście działań wybranych do ewaluacji, kluczowymi grupami były rodziny z dziećmi i dzieci w pieczy zastępczej, osoby starsze, wymagające wsparcia w codziennych czynnościach, a także pozostałe osoby z niepełnosprawnościami w podobnej sytuacji. Skupimy się poniżej na kontekstowych czynnikach, które oddziaływały zarówno na poziomie mikro, jak i makro.

Problemy opiekuńczo-wychowawcze w rodzinie z dziećmi

Każda ze wspieranych z RPOWP usług ma swoją złożoną specyfikę teoretyczną, empiryczną i praktyczną oraz kontekst, np. problemy opiekuńczo-wychowawcze w rodzinach i w instytucjach, które je zastępują, czy problemy z samodzielnym funkcjonowaniem w życiu codziennym w środowisku zamieszkania lub w instytucjach. Od dawna toczy się dyskusja, w jaki sposób najlepiej pomagać rodzinom i osobom z tego rodzaju problemami, stąd też na przykład wskazuje się proces deinstytucjonalizacji jako kierunek reformatorski, stawiający na rozwój usług rodzinnych i środowiskowych⁶⁰.

Lata 2016-2020, w których realizowano projekty usługowe dla rodzin i dzieci, były szczególnie ze względu na rozwój demograficzny społeczeństwa podlaskiego i rozwój instytucjonalny krajowej polityki rodzinnej. W województwie podlaskim do 2017 r. wzrastała liczba urodzeń żywych, a od 2018 systematycznie zmniejszała się do poziomu niższego niż w 2015 r. Liczba dzieci ma wpływ na skalę potrzeb w zakresie problemów opiekuńczo-wychowawczych. Czynniki ten nie działał jednolicie w omawianym okresie, najpierw zwiększał potencjalne potrzeby, a następnie je zmniejszał.

W przypadku polityki rodzinnej państwa od 2016 r. wdrażano nowe i relatywnie hojne świadczenie wychowawcze, mające na celu wsparcie dochodowe dla rodzin z dziećmi. Świadczenie to początkowo było oferowane z dość wysokim kryterium dochodowym na jedyne lub pierwsze dziecko. Kryterium usunięto w 2019 r., co uczyniło świadczenie

⁶⁰ Środowiska społeczne zaangażowane w tworzenie strategii deinstytucjonalizacji:

<https://www.deinstytucjonalizacja.info/>. Uchwała rządu „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” <https://www.gov.pl/web/premier/uchwala-w-sprawie-przyjecia-polityki-publicznej-pod-nazwa-strategia-rozwoju-uslug-spoecznych-polityka-publiczna-do-roku-2030-z-perspektywa-do-2035-r>

powszechnym. Świadczenie można łączyć bez ograniczeń z zasiłkami rodzinnymi i z pomocą społeczną. W związku z tym, sytuacja dochodowa rodzin z dziećmi znacznie się poprawiła w omawianym okresie, w porównaniu do okresu 2007-2013, w szczególności dotyczy to rodzin uboższych. Wymaga to założenia, że dochody rodzin z innych źródeł nie spadły w podobnym zakresie co wzrosły te ze świadczeń. Taką możliwość potwierdzały badania ogólnopolskie, gdyż stwierdzono, że część matek wycofywała się z rynku pracy. Z drugiej strony zasięg ubóstwa w rodzinach z dziećmi zmniejszał się w tym czasie. Teoretycznie więc czynnik ten powinien zmniejszać potrzeby rodzin w zakresie opieki i wychowania. Z modelu stresu rodziny wynika, że zmniejszające się problemy materialne rodzin zmniejszają poziom stresu i konfliktu w małżeństwie, a także poprawiają jakość relacji rodziców z dziećmi. To zaś wpływa na lepsze wyniki zdrowotne i edukacyjne dzieci⁶¹.

Od 2016 r. w polityce rodzinnej państwa szczególnie podkreślano rolę rodziny biologicznej oraz wprowadzono formalny zakaz rozdzielania dzieci od rodzin wyłącznie na podstawie ubóstwa i trudności materialnych. Ten czynnik mógł powodować, że część dzieci, które wcześniej byłyby umieszczone w pieczy zastępczej, w omawianym okresie nadal pozostawały w rodzinie. Potencjalnie zwiększało to potrzebę wsparcia rodzin, w których występują problemy opiekuńczo-wychowawcze oraz samych dzieci w takich rodzinach. Z drugiej strony zmniejszało to potrzeby na miejsca w pieczy zastępczej. Te z kolei podlegały ograniczeniom w przypadku pieczy instytucjonalnej, gdyż od 2012 r. wprowadzano tu ograniczenia, dotyczące liczby miejsc na placówkę oraz wieku dzieci umieszczanych w placówkach.

Okres 2021-2027 już się rozpoczął i zapewne część trendów będzie kontynuowana. Spadek liczby urodzeń żywych będzie zmniejszał liczbę dzieci wśród ludności województwa podlaskiego. Tym samym, potencjalne problemy opiekuńczo-wychowawcze będą się również zmniejszały. Jeżeli nie dojdzie do waloryzacji świadczenia wychowawczego i zasiłków rodzinnych, ich wartość realna będzie spadać tym szybciej, im szybciej będzie rosła inflacja. Ubóstwo może więc wzrosnąć od 2023 lub 2024 r., a z nim zwiększą się stresy rodzin na tle materialnym z ich negatywnymi skutkami dla trwałości małżeństwa i rozwoju dzieci.

Krajowe kierunki reform w obszarze wsparcia rodziny pozostaną takie, jakimi były od 2012 r., czyli nacisk na wsparcie rodziny biologicznej poprzez asystentów rodziny, reintegrację dzieci z rodzinami biologicznymi oraz zwiększanie udziału form rodzinnych w pieczy zastępczej. Kierunek ten powinien być nadal wspierany z funduszy UE w ramach polityki rozwoju środowiskowych usług społecznych i deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej.

Problemy samodzielnego funkcjonowania w społeczności lokalnej

Drugim dużym obszarem usług społecznych, wspieranych z funduszy UE w okresie 2014-2020, były usługi opiekuńcze dla osób starszych i asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami. Proces starzenia się ludności w województwie podlaskim,

⁶¹ R. Szarfenberg, Family, poverty and social policy interventions, w: K. Suwada I in. (red.), Handbook of the European Sociology of Families in Europe, Palgrave 2021.

podobnie jak w Polsce, postępował. O ile procesy demograficzne zmniejszają presję ilościową problemów opiekuńczo-wychowawczych, to w przypadku osób starszych i problemów samodzielnego funkcjonowania, presję tę zwiększają.

Grupa emerytów i osób starszych ma duże znaczenie w polityce państwa, ze względu na swoją rosnącą liczebność, zwiększone potrzeby społeczne i zdrowotne oraz wizerunek tej grupy jako zasługującej na wsparcie. Reforma emerytalna z 1999 r. wraz z odwróceniem reformy zrównującej i wydłużającej wiek w 2016 r. prowadzi do obaw o wzrost ubóstwa wśród osób starszych. W omawianym okresie zaczęto dostrzegać ten problem przynajmniej na podstawie niektórych wskaźników (zasięg ubóstwa relatywnego). Rząd systematycznie waloryzował najniższą emeryturę i od 2019 r. wprowadzał instrumenty wspierające poziom życia emerytów w postaci dodatkowych świadczeń. Wprowadzano też programy rządowe mające na celu wspieranie usług opiekuńczych (Program Opieka 75+ od 2018 r.).

Problemy ograniczonej samodzielności nie dotyczą tylko osób starszych, ale też osób w wieku produkcyjnym, głównie ze względu na niepełnosprawność wrodzoną lub nabytą. Sytuacja tych osób różni się od sytuacji osób starszych, gdyż większość z nich może pracować w zwykłych warunkach lub w dostosowanych do ich potrzeb i niepełnosprawności. Mogą więc wymagać wsparcia w samodzielnym funkcjonowaniu w życiu codziennym, co nie uniemożliwia jednak pracy. Dlatego – inaczej niż w przypadku osób w wieku emerytalnym – dla tej grupy bardzo ważne są usługi aktywizacji zawodowej, np. w zakładach aktywności zawodowej czy spółdzielniach socjalnych.

Procesy demograficzne w grupie osób w wieku produkcyjnym były w okresie 2014-2020 takie, że kohorty wyżu demograficznego z lat 80. starzały się, pozostając jednak wciąż w wieku produkcyjnym. Można więc przypuszczać, że presja ilościowa problemów samodzielności w życiu codziennym, z powodu niepełnosprawności w wieku produkcyjnym, nie zmieniała się znacząco.

O ile sytuacja emerytów pod względem ubóstwa skrajnego ma mniejszą skalę niż kilku innych grup, w tym pracowników, to w przypadku rencistów w wieku produkcyjnym sytuacja jest gorsza. Rodziny z osobami z niepełnosprawnościami są bardziej narażone na ubóstwo i problemy materialne.

Część polityki rządów po 2015 r. dotycząca emerytur wpływała też na poziom rent z tytułu niezdolności do pracy, np. podnoszenie najniższej emerytury i renty, a od 2018 r. zwiększono także renty socjalne do poziomu najniższej emerytury. Wprowadzono też dodatkowe świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji od 2018 r. Ponadto od 2014 r. znacznie podwyższono świadczenie pielęgnacyjne dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami rezygnujących z pracy, co dotyczy też dzieci, które stają się osobami dorosłymi. Wpływa to zasadniczo na dezaktywację zawodową przede wszystkim kobiet w takich rodzinach. W obszarze usług wprowadzono natomiast program rządowy „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” od 2019 r.

Kierunki polityki usługowej dla grupy omawianej w poprzednim punkcie oraz obu tych grup osób z ograniczoną samodzielnością są rozbieżne. O ile kierunek deinstytucjonalizacji nie jest kwestionowany w przypadku pieczy zastępczej i osób z niepełnosprawnościami czy chorujących psychicznie, to gdy chodzi o osoby starsze mamy do czynienia z kontrowersją w tym zakresie⁶². Po pierwsze, instytucjonalizacja osób w tym wieku jest w Polsce w porównaniu z krajami zachodnimi niska. Ciężar opieki nad osobami starszymi spada głównie na rodzinę, a przede wszystkim na kobiety. Po drugie, zmniejszanie czy hamowanie podaży miejsc w instytucjach długoterminowego pobytu zderza się z rosnącym popytem ze strony samych osób starszych i ich rodzin. Po trzecie, rosnące ubóstwo wśród starszych osób może zwiększać ich preferencję dla przejścia do opieki w instytucjach.

W dekadzie 2021-2030 województwo podlaskie będzie podlegało szybkiemu procesowi starzenia się, przede wszystkim w starszych grupach wiekowych 75+. Zapotrzebowanie na usługi społeczne i zdrowotne dla osób starszych będzie więc rosło. Silny nacisk w programach UE na deinstytucjonalizację będzie zapewne sprawiał, że inwestycje w instytucje opieki długoterminowej, w rodzaju domów pomocy społecznej czy zakładów opiekuńczo-leczniczych, będą ograniczone lub niemożliwe. Oznacza to, że te potrzeby inwestycyjne powinny być finansowane z innych źródeł. **Natomiast z funduszy UE należy rozwijać usługi wspierające rodzinę i osoby z ograniczoną samodzielnością poprzez usługi wytchnieniowe, asystenckie i opiekuńcze w domu i/lub w placówkach dziennego pobytu. Celem jest wydłużenie bezpiecznego funkcjonowania we własnym środowisku mieszkaniowym i w społeczności lokalnej oraz zapobieganie przedwczesnej i wymuszonej instytucjonalizacji.**

Weryfikacja teorii interwencji w świetle badania ekonometrycznego

W powyższych punktach pokazano złożoność czynników kontekstowych, które oddziaływały w okresie 2014-2020 na sytuację społeczną w województwie podlaskim⁶³. Przejdźmy teraz do dyskusji o wynikach badań ekonometrycznych w kontekście teorii interwencji.

Najpierw trzeba zauważyć, że teoria interwencji nie obejmuje procesów i mechanizmów, które są pomiędzy przyznanymi województwu podlaskiemu funduszami UE a setkami projektów rozproszonych na terenie województwa. Mamy tu do czynienia ze złożonym procesem upowszechniania informacji o możliwości otrzymania środków, organizowania naborów na projekty, wyboru jednych projektów i odrzucania innych, a następnie monitoringu realizacji projektów, którym przyznano środki.

W teorii, na schemacie 2 kryterium użyteczności dotyczy stosunku między problemami społecznymi i zdrowotnymi ludności województwa podlaskiego a interwencją w postaci projektów, wspierających usługi społeczne i zdrowotne sfinansowanych przez RPOWP w latach 2014-2020. Z kolei kryterium skuteczności dotyczy łączników prowadzących od

⁶² A. Abramowska-Kmon, I.E. Kotowska, I. Wóycicka i in. W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce, Fundacja Batorego, Warszawa 2022.

⁶³ Na sytuację zdrowotną wpłynęła przede wszystkim pandemia COVID-19, o której mowa dalej.

użytkowników produktów (uczestników) tych projektów, przez uzyskane przez nich korzyści społeczne i zdrowotne, do wyników całej ludności w tym zakresie. Wpływ interwencji realizuje się przede wszystkim poprzez uczestników, którzy bezpośrednio korzystają z produktów projektów w postaci nowych usług i usług już istniejących o poprawionej jakości.

Rozważmy najpierw wynik przedstawiający zmianę dobrobytu społecznego i zdrowotnego ludności w województwie podlaskim między latami 2013 i 2020 r. Dobrobyt społeczny zwiększył się, a dobrobyt zdrowotny zmniejszył się. Jak wyjaśnić tę rozbieżność? W 2020 r. wybuchła pandemia COVID-19, która silnie negatywnie oddziaływała na dobrobyt zdrowotny. W badaniu ekonometrycznym do pomiaru tego wymiaru wykorzystano wskaźniki zgonów na nowotwory, ale wiadomo, że zgony te również wzrosły ze względu na skutki zdrowotne pandemii. Gdyby jej wpływ był równie negatywny na sytuację społeczną, to musielibyśmy obserwować silne wzrosty jej negatywnych wskaźników. W badaniu przyjęto, że są nimi korzystanie ze środowiskowej pomocy społecznej i bezrobocie długotrwałe. Można było oczekiwać, że w wyniku polityki przeciwepidemicznej i zmiany zachowań ludności nastąpi skokowy wzrost tych wskaźników, ale do tego nie doszło. Wskaźniki te były w tym samym trendzie co do roku 2019, czyli nadal spadały w 2020 r. lub nie wzrastały.

Tę uwagę trzeba jednak opatrzyć zastrzeżeniem, że udział korzystających długoterminowo ze świadczeń pomocy społecznej znacząco wzrósł w 2020 r. z 54% do 66% i pozostał na tym wysokim poziomie w 2021 r.⁶⁴Niekorzystanie ze świadczeń pomocy społecznej w postaci pracy socjalnej, porad specjalistycznych, usług opiekuńczych może mieć negatywne konsekwencje w pogłębiających się problemach społecznych, takich jak, na przykład, rosnące niespłacone zadłużenia. Część świadczeniobiorców są to osoby starsze i niepełnosprawne stale korzystające ze świadczeń pieniężnych i usługowych.

Wskaźniki umieralności na nowotwory są oczywiście trudniejsze do zmniejszenia w porównaniu z korzystaniem ze środowiskowej pomocy społecznej czy ograniczaniem bezrobocia długoterminowego, nawet gdyby nie było pandemii COVID-19 i spowodowanych nią nadwyżkowych zgonów. Ponadto charakter umieralności jako zjawiska jest inny, niż korzystanie z określonych usług społecznych.

Warto też podkreślić, że badana tu interwencja nie była bezpośrednio skierowana na ograniczanie umieralności na nowotwory (wspierana była infrastruktura, w której realizowane są usługi medyczne w zakresie profilaktyki i leczenia onkologicznego), czy korzystania ze środowiskowej pomocy społecznej i bezrobocia długotrwałego. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z wyspecjalizowanymi programami onkologicznymi, a w drugim z wyspecjalizowanymi programami dla długotrwałe bezrobotnych czy nieaktywnych zawodowo, korzystających z pomocy społecznej (aktywna integracja). Projekty finansowane z działań RPOWP wybranych do ewaluacji były skierowane

⁶⁴ Raport pn. „Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w województwie podlaskim w roku 2021”, ROPS w Białymstoku, Białystok 2022.

głównie na wsparcie usług dla rodziny i dzieci oraz dla osób starszych i niepełnosprawnych z ograniczoną samodzielnością.

Można oczywiście znaleźć wśród dofinansowanych takie projekty, które miały bliższy związek z zapobieganiem nowotworom, np. badania przesiewowe, wczesne wykrywanie chorób, gdy osoby korzystają z innych usług. Można też widzieć relację między projektami wspierającymi rodzinę w funkcji opiekuńczo-wychowawczej a potrzebą korzystania ze środowiskowej pomocy społecznej. Nie mają one jednak charakteru bezpośredniego, ale pośredni.

Weryfikacja teorii interwencji w badaniach beneficjentów i uczestników projektów

Badanie opinii beneficjentów i uczestników pozwala na testowanie łączników między finansowaniem z RPOWP a produktami dofinansowanych projektów (badanie opinii beneficjentów) oraz między korzystaniem z produktów projektów przez ich uczestników a ich wynikami na poziomie mikro (badanie opinii uczestników i beneficjentów).

Badanie pozwoliło stwierdzić, że w większości przypadków uczestnicy oceniali pozytywnie wsparcie: ogólnie oraz jego wpływ na swoje życie, a także pod względem użyteczności, potrzeby i dostosowania do potrzeb oraz chęci skorzystania w przyszłości z podobnych usług. Beneficjentom zadawano bardziej szczegółowe pytania dotyczące między innymi tego, jaki wpływ miały projekty przez nich realizowane na różne aspekty funkcjonowania uczestników. Mieli oni ocenić na ile dostarczane przez nich usługi spełniły zakładane oczekiwania, okazały się skuteczne, były dopasowane do potrzeb uczestników, spełniły potrzeby, były ważne dla klientów i mieszkańców. Pytania dotyczyły też wielu różnych korzyści, które miały zostać wyniesione z uczestnictwa w ich projektach. **Tu również został potwierdzony łącznik między produktami projektów a opiniami i zmianami w życiu uczestników⁶⁵.**

Wynika stąd wniosek, że łącznik między dostępnością i jakością usług społecznych i zdrowotnych a zmianami w życiu uczestników projektów został potwierdzony.

Wynik ten powinien być oczywiście traktowany z pewną ostrożnością, gdyż opiera się na subiektywnych opiniach beneficjentów i uczestników. Wpływ na te opinie ma wiele innych czynników poza byciem usługodawcą i uczestnictwem w projekcie. W przypadku uczestników mamy do czynienia z następującymi czynnikami.

- 1) Niezrozumienie przez respondentów niektórych pytań, co skłania do wyboru odpowiedzi niejako domyślnej – pozytywnej, przy unikaniu odpowiedzi „trudno powiedzieć”.
- 2) Odpowiedzi wspieranych opiekunów i rodziców w imieniu podopiecznych i dzieci, więc niejako usługodawcą był sam odpowiadający i oceniał sam własną usługę raczej pozytywnie, aby zachować pozytywny autowizerunek.

⁶⁵ Theory-Based Approaches to Evaluation: Concepts and Practices, <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/audit-evaluation/evaluation-government-canada/theory-based-approaches-evaluation-concepts-practices.html>.

- 3) Wsparcie otrzymywane w projektach jest bezpłatne, więc respondenci mogą traktować je jako dar, który jako taki jest czymś ocenianym pozytywnie, niezależnie od jego jakości.
- 4) Jeżeli uczestnicy byli rekrutowani do projektów, a była duża konkurencja, to sam fakt bycia wybranym może wpływać na pozytywną ocenę uczestnictwa.
- 5) Respondenci mogą się obawiać, że ich negatywna ocena zaszkodzi projektodawcom, którzy w kolejnym okresie nie otrzymają środków i tym samym nie udzielą im dodatkowego wsparcia.
- 6) Inne czynniki, które wpływają na zwiększenie ocen pozytywnych w stosunku do pozostałych, np. skojarzenie otrzymanego wsparcia z rządem, który ma poparcie wśród ludności.

Część powyższych czynników jest zbliżonych w przypadku beneficjentów. Oni z kolei mają jeszcze mniej bodźców do wybierania innych odpowiedzi niż pozytywne. Jest tak z podobnych powodów jak w przypadku punktów 2 i 5 z powyższej listy. Uczestnictwo w naborze i uzyskanie dofinansowania może być oceniane pozytywnie, niezależnie od tego, jakie są później wyniki udzielanych usług. Ponadto, włożony wysiłek w zdobycie i realizację projektu sprawiać może, że już z tego względu występować może tendencja do przeceniania korzyści, jakie przyniósł on uczestnikom. Kadra zarządzająca projektami, która jest odpowiedzialna za ich realizację i osiąganie celów, oraz rozliczana z tego przez różnych interesariuszy, może też mieć bodźce do tego, aby wybierać raczej pozytywne oceny niż negatywne czy neutralne.

Rekomendacje wynikające z weryfikacji teorii interwencji

Ewaluacja oparta na teorii interwencji i zmiany jest wymagająca pod względem czasu, danych i technik analizy. Wymaganie jej w sytuacji, gdy nie ma na to odpowiednich zasobów może powodować problemy zarówno z opracowaniem teorii, jak i jej weryfikacją.

Zgodnie z zaleceniami zagranicznych ewaluacji, opartych na teorii, możliwe, że powinny powstać dwie teorie interwencji. Pierwsza, dla Instytucji Zarządzającej, obejmowałaby założenia i przekonania, dlaczego przy dodatkowych funduszach, beneficjent będzie w stanie udostępnić i poprawić jakość usługi dla mieszkańców województwa podlaskiego. Druga będzie teorią zmiany dla beneficjenta, w odniesieniu do mechanizmów stojących za dostarczaniem usług do zamierzonych uczestników, tj. dlaczego beneficjent wierzy, że poprzez dostarczanie dodatkowych i/lub lepszych usług, uczestnicy projektów będą lepiej funkcjonowali. Ta druga teoria może stanowić zachętę dla beneficjenta do gromadzenia dowodów na to, że uzyskał oczekiwane wyniki, np. zbieranie historii „najbardziej znaczących zmian” od swoich klientów, aby potwierdzić teorię zmian i zidentyfikować kluczowe czynniki kontekstowe i mechanizmy zmian, które pomogą świadczyć lepsze usługi.

Ewaluacja usług społecznych i zdrowotnych, ale w szczególności tych pierwszych, jest dużo bardziej złożona niż ewaluacja typowych projektów z zakresu aktywnej integracji. Jest tak ze względu na trudność w pomiarze ostatecznych wyników. W przypadku usług dla rodzin

z dziećmi pomiar jakości opieki i wychowania w rodzinie w stosunku do dzieci wymaga stosowania zaawansowanych narzędzi diagnostycznych, a i tak wiele spraw drażliwych nie zostaje zidentyfikowana, np. przemoc w związkach intymnych jest trudna do wykrycia, ze względu na mechanizmy psychologiczne z nią związane. Style wychowawcze rodziców są zróżnicowane i diagnozowanie ich wpływu na wyniki dzieci jest również złożone. Problemy małych dzieci a problemy nastolatków są odmienne. Zdając sobie sprawę ze złożoności obszaru opieki i wychowania w rodzinie oraz problemów nastoletniej młodzieży należy szczególną uwagę zwrócić na miary dobrostanu życia rodzinnego i osób młodych. Wskaźniki dotyczące instytucjonalizacji nie będą wystarczające, np. to, że mniej dzieci zostaje umieszczona w pieczy zastępczej nie znaczy, że jakość życia rodzinnego się poprawiła i relacje rodzinne i rówieśnicze nie wymagają interwencji.

Dla ewaluacji kontrfaktycznych ważne jest zbieranie danych nie tylko od tych beneficjentów i uczestników, którzy otrzymali finansowanie i produkty z projektów, ale również tych, którzy ich nie otrzymali ze względu na ograniczone środki i zasoby. Porównanie obu tych kategorii może dać cenne dane dotyczące tego, jaki wpływ miało dofinansowanie projektów usługowych.

TABELA REKOMENDACJI

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny	Program operacyjny	Instytucja zlecająca badanie	Status rekomendacji (bazowy)	Uzasadnienie odrzucenia rekomendacji	Status rekomendacji (bieżący)
[1]	Największe odsetki beneficjentów wskazały, że w środowisku, w jakim funkcjonują jest zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i asystencje (74% wskazań) oraz wsparcie rodzin, w tym rodzin przeżywających kryzysy i trudności (56%)". (strona 86).	Należy kontynuować wsparcie obszaru: problemy opiekuńczo-wychowawcze w rodzinie z dziećmi	IZ FEdP	Zaprojektowanie odpowiedniego schematu wsparcia w ramach FEdP na etapie dokumentacji programowej	III kwartał 2023	Programowa strategiczna	Włączenie społeczne	FEdP 2021-2027	IZ RPOWP 2014-2020			
[2]	Największe odsetki beneficjentów wskazały, że w środowisku, w jakim funkcjonują jest zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i asystenckie (74% wskazań) oraz wsparcie rodzin, w tym rodzin przeżywających kryzysy i trudności (56%)" (strona 86)	Należy kontynuować wsparcie obszaru: problemy samodzielnego funkcjonowania w społeczności lokalnej – usługi opiekuńcze i asystenckie	IZ FEdP	Zaprojektowanie odpowiedniego schematu wsparcia w ramach FEdP na etapie dokumentacji programowej	III kwartał 2023	Programowa strategiczna	Włączenie społeczne	FEdP 2021-2027	IZ RPOWP 2014-2020			
[3]	Współpraca przy realizacji projektów pomiędzy JST, a NGO podnosi skuteczność działań, realizowanych w ramach projektów. Badania pokazały, że współpraca ta	Należy kontynuować działania mające na celu pobudzenie współpracy pomiędzy NGO i JST	IZ FEdP	Zaprojektowanie odpowiednich mechanizmów, premiujących projekty realizowane w partnerstwie JST i NGO w	I kwartał 2024	Pozasystemowa	Włączenie społeczne	FEdP 2021-2027	IZ RPOWP 2014-2020			

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny	Program operacyjny	Instytucja zlecająca badanie	Status rekomendacji (bazowy)	Uzasadnienie odrzucenia rekomendacji	Status rekomendacji (bieżący)
	napotykała na trudności, głównie ze strony JST. (strona 151)			konkursach na etapie kryteriów wyboru projektów, zaprojektowanie mechanizmów pobudzających współpracę JST i NGO								
[4]	Realizacja projektów zintegrowanych napotykała na trudności (formalne, harmonogramowe), a tego typu projekty podnoszą skuteczność i użyteczność prowadzonych działań. (str. 131).	Promocja i wsparcie projektów zintegrowanych (komponent infrastrukturalny plus komponent miękkie)	IZ FEdP	Zaprojektowanie mechanizmów informacyjnych i promocyjnych dotyczących projektów zintegrowanych, zaprojektowanie bardziej przyjaznego sposobu oceny projektów zintegrowanych – prostsze, mniej czasochłonne procedury	II kwartał 2023	Programowa operacyjna	Informacja i promocja, włączenie społeczne.	FEdP 2021-20270	IZ RPOWP 2014-2020			
[5]	Badania wskazują, że w przypadku wszystkich usług w dalszym ciągu istnieje duże zapotrzebowanie na wsparcie kompleksowe i zindywidualizowane. (Str. 140, 143, 148)	Potrzeba kontynuowania wsparcia zindywidualizowanego i kompleksowego, zgodnie z potrzebami grupy docelowej	IZ FEdP	Kontynuowanie odpowiedniego schematu wsparcia w ramach FEdP na etapie dokumentacji programowej	III kwartał 2023	Programowa operacyjna	Włączenie społeczne	FEdP 2021-2027	IZ RPOWP 2014-2020			

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny	Program operacyjny	Instytucja zlecająca badanie	Status rekomendacji (bazowy)	Uzasadnienie odrzucenia rekomendacji	Status rekomendacji (bieżący)
[6]	Średnie roczne zapotrzebowanie na daną usługę, wśród klientów instytucji, w przypadku wszystkich usług, mieści się w przedziale 28-57. Taka wielkość wsparcia w sposób naturalny będzie zaspokajać potrzeby w tym zakresie i nie będzie powodować kłopotów z rekrutacją, a co za tym idzie nie będzie generować zagrożenia obniżenia trafności wsparcia poprzez rekrutację osób, które nie potrzebują danego typu usług.(Str. 87)	Wzmocnienie projektów stosunkowo niewielkich – 30-40 uczestników jako najbardziej efektywnych w zaspokajaniu potrzeb lokalnych.	IZ FEdP	Zaprojektowanie odpowiedniego schematu wsparcia w ramach FEdP na etapie dokumentacji programowej Zaprojektowanie odpowiednich mechanizmów, premiujących projekty o odpowiedniej wielkości na etapie kryteriów wyboru projektów.	III kwartał 2023	Programowa operacyjna	Włączenie społeczne	FEdP 2021-2027	IZ RPOWP 2014-2020			

Źródło: opracowanie własne

BIBLIOGRAFIA

Abramowska-Kmon A., Kotowska I.E., Wóycicka I. i in., *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*, Fundacja Batorego, Warszawa 2022.

Bembnowska M., Jaśko-Ochojska J., *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, Hygeia Public Health, vol. 50, nr 3, 2015.

Burdziej S., Branicka Z., Hofman D., *Wymiar sprawiedliwości wobec przemocy domowej. Raport z badań empirycznych*, Fundacja Court Watch, Toruń 2022.

Chłoń-Domińczak A., Sowa-Kofta A., Szarfenberg R., *ESPN Thematic Report on National monitoring frameworks for public social spending. Poland*, European Social Policy Network, Brussels 2022.

Kozieł A. i in., *Opieka koordynowana, definicja, międzynarodowe doświadczenia jako inspiracja dla Polski*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom 15 nr 3, 2017.

Kukuła K., *Metoda unitaryzacji zerowanej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

Kusideł E., *Convergence of Regional Human Development Indexes in Poland*, *Comparative Economic Research. Central and Eastern Europe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013.

Kusideł E., *Konwergencja gospodarcza regionów Polski i jej znaczenie w osiągnięciu celów polityki spójności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013.

Kusideł E., *Konwergencja wojewódzkich wskaźników ładu społecznego*, *Acta Universitas Lodziensis. Folia Oeconomica*, Łódź 2013,

Leeuw F.L., *Reconstructing program theories: Methods available and problems to be solved*, *American Journal of Evaluation*, 24(1), 2003.

Rowan M.S. et al., *A theory-based evaluation framework for primary care: Setting the stage to evaluate the "comparison of models of primary health care in Ontario" project*, *Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 23, nr 1, 2009.

Szarfenberg R., *Interwencja rodzinna i piecza zastępcza – pomiędzy mediami, polityką i dowodami*, w: D. Trawkowska (red.), *Pomoc społeczna wobec rodzin. Interdyscyplinarne rozważania o publicznej trosce o dziecko i rodzinę*, Wydawnictwo Akapit, Toruń 2011.

Szarfenberg R., *Prawo do odpowiednich warunków życia i ochrony socjalnej: art. 28 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Raport tematyczny, Ekspertyza dla projektu „Wdrażanie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych – wspólna sprawa”*, Warszawa 2017.

Szarfenberg R., *Polityka społeczna i usługi społeczne*, w: M. Grewiński, B. Więckowska (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, WSP TWP, Warszawa 2011.

Szarfenberg R., Jakość usług pomocy społecznej. Problemy Polityki Społecznej, tom 13, 2010.

Szarfenberg R., Family, poverty and social policy interventions, w: K. Suwada I in. (red.), Handbook of the European Sociology of Families in Europe, Palgrave 2021.

Szatur-Jaworska B., Grewiński M., Dylematy definicyjne w kontekście wypracowania definicji prawnej usług społecznych na potrzeby powołania centrów usług społecznych w Polsce, w: M. Rymsza (red.) Centrum usług społecznych: od koncepcji do wdrożenia przepisów ustawy, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2021.

Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii, Warszawa 2022.

Ocena Zasobów Pomocy Społecznej w województwie podlaskim w roku 2021, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, Białystok 2022.

Strategia Polityki Społecznej Województwa Podlaskiego do roku 2020, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, Białystok 2014.

Strategia Polityki Społecznej Województwa Podlaskiego do roku 2030, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku, Białystok 2021.

Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego zaktualizowany uchwałą nr 259/4715/2022 z dnia 30 marca 2022 r.

Theory-Based Approaches to Evaluation: Concepts and Practices,
<https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/audit-evaluation/evaluation-government-canada/theory-based-approaches-evaluation-concepts-practices.html>

Uchwała rządu „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” <https://www.gov.pl/web/premier/uchwala-w-sprawie-przyjecia-polityki-publicznej-pod-nazwa-strategia-rozwoju-uslug-spoecznych-polityka-publiczna-do-roku-2030-z-perspektywa-do-2035-r>

SPIS TABEL, WYKRESÓW, SCHEMATÓW I MAP**Spis tabel**

TABELA 1.	ZESTAWIENIE ZASTOSOWANYCH TECHNIK BADAWCZYCH	26
TABELA 2.	PYTANIA BADAWCZE	27
TABELA 3.	DWA TYPY BŁĘDÓW DIAGNOZY POTRZEB	35
TABELA 4.	ŁAŃCUCH PRZYCZYNOWO SKUTKOWY OD WZROSTU WYDATKÓW PUBLICZNYCH NA USŁUGĘ DO POPRAWY JAKOŚCI ŻYCIA	37
TABELA 5.	SYNTETYCZNY MIERNIK USŁUG SPOŁECZNYCH W LATACH 2013-2020	55
TABELA 6.	SYNTETYCZNY MIERNIK ZDROWIA W LATACH 2013-2020	59
TABELA 7.	WARTOŚĆ PROJEKTÓW (OGÓŁEM I W PRZELICZENIU NA MIESZKAŃCA) W PODZIALE NA OBSZAR ZDROWIA I USŁUG SPOŁECZNYCH	73
TABELA 8.	UMOWY O DOFINANSOWANIE ZAWARTE W ANALIZOWANYCH DZIAŁANIACH	105
TABELA 9.	LICZBA I WARTOŚĆ UMÓW O DOFINANSOWANIE W ANALIZOWANYCH DZIAŁANIACH WEDŁUG MIEJSCA REALIZACJI (POWIATY)	105
TABELA 10.	LICZBA I WARTOŚĆ UMÓW O DOFINANSOWANIE W ANALIZOWANYCH DZIAŁANIACH WEDŁUG TYPU OBSZARU REALIZACJI*	111
TABELA 11.	LICZBA UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW (DLA KAŻDEGO Z DZIAŁAŃ/PODDZIAŁAŃ PREZENTOWANE SĄ DANE O UCZESTNIKACH UNIKATOWYCH, DANE W KOLUMNIE „SUMA” DOTYCZĄ UCZESTNIKÓW POWTARZAJĄCYCH SIĘ)	113
TABELA 12.	LICZBA UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW WEDŁUG PŁCI I DZIAŁANIA/PODDZIAŁANIA	113
TABELA 13.	LICZBA UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW WEDŁUG WIEKU I DZIAŁANIA/PODDZIAŁANIA	114
TABELA 14.	LICZBA UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW WEDŁUG POZIOMU WYKSZTAŁCENIA I DZIAŁANIA/PODDZIAŁANIA	114
TABELA 15.	LICZBA UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW WEDŁUG STATUSU OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU I INSTRUMENTU WSPARCIA	115
TABELA 16.	LICZBA UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW WEDŁUG POSIADANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I DZIAŁANIA/PODDZIAŁANIA	115
TABELA 17.	LICZBA UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW WEDŁUG STOPNIA URBANIZACJI MIEJSCA ZAMIESZKANIA I DZIAŁANIA/PODDZIAŁANIA	115
TABELA 18.	LICZBA UDZIELONYCH USŁUG WEDŁUG DZIAŁANIA/PODDZIAŁANIA	116
TABELA 19.	LICZBA UDZIELONYCH USŁUG WEDŁUG PŁCI ODBIORCY WSPARCIA	117
TABELA 20.	MIEJSCA ZAMIESZKANIA ODBIORCÓW USŁUG (WEDŁUG POWIATÓW)	118
TABELA 21.	LICZBA INSTYTUCJONALNYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW (WEDŁUG POWIATU I TYPU OBSZARU REALIZACJI) W PODDZIAŁANIU 7.2.1*	119
TABELA 22.	LICZBA PROJEKTÓW REALIZOWANYCH W RAMACH DZIAŁANIA 8.6 (WEDŁUG POWIATÓW ORAZ RODZAJU WSPARTEJ INFRASTRUKTURY)	125
TABELA 23.	FORMA PRAWNA BENEFICJENTÓW	125
TABELA 24.	WARTOŚĆ OGÓŁEM UMÓW O DOFINANSOWANIE WG RODZAJU WSPARTEJ INFRASTRUKTURY W RAMACH PODDZIAŁANIA 8.4.1	127
TABELA 25.	LICZBA PROJEKTÓW (WEDŁUG POWIATÓW ORAZ RODZAJU WSPARTEJ INFRASTRUKTURY) REALIZOWANYCH W RAMACH PODDZIAŁANIA 8.4.1	128
TABELA 26.	WYBRANE WSKAŹNIKI W DZIAŁANIU 7.2 RPOWP	132
TABELA 27.	WYBRANE WSKAŹNIKI W DZIAŁANIU 8.4 I 8.6 RPOWP	134
TABELA 28.	WARTOŚCI WSKAŹNIKA DEINSTYTUCJONALIZACJI PIECZY ZASTĘPCZEJ (UDZIAŁ DZIECI W RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ W OGÓLE DZIECI W RODZINNYCH I INSTYTUCJONALNYCH PIECZACH)	144
TABELA 29.	WARTOŚĆ SYNTETYCZNEGO WSKAŹNIKA UBÓSTWA (SMU) I JEGO ZMIANA NA PRZESTRZENI LAT 2013-2020	156

Spis wykresów

WYKRES 1.	IDENTYFIKOWANIE WPŁYWU PROJEKTU NA FUNKCJONOWANIE INSTYTUCJI BENEFICJENTA – WSKAZANIA SPONTANICZNE	63
WYKRES 2.	CHARAKTERYSTYKA WPŁYWU PROJEKTU NA FUNKCJONOWANIE INSTYTUCJI BENEFICJENTA	64
WYKRES 3.	ODSETEK DEKLARUJĄCYCH, ŻE DANY EFEKT WYSTĄPIŁ JUŻ DZIĘKI PROJEKTOWI W ROZBICIU NA DZIAŁANIA RPOWP	65
WYKRES 4.	OPINIE NA TEMAT WZROSTU LICZBY KLIENTÓW INSTYTUCJI, W KONSEKWENCJI REALIZACJI PROJEKTU	66
WYKRES 5.	OCENA WPŁYWU PROJEKTU NA RÓŻNE ASPEKTY RZECZYWISTOŚCI SPOŁECZNEJ	68
WYKRES 6.	OCENA WAGI DZIAŁAŃ PROWADZONYCH W RAMACH PROJEKTU – KRĄG ODBIORCÓW	69
WYKRES 7.	PRZEZNACZENIE ŚRODKÓW POCHODZĄCYCH Z GRANTÓW	70
WYKRES 8.	EFEKTY PODJĘTYCH DZIAŁAŃ ZABEZPIEZAJĄCYCH PRZED SKUTKAMI KORONAWIRUSA	71
WYKRES 9.	ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY POTRZEBAMI POWIATÓW W ZAKRESIE ZDROWIA (OŚ POZIOMA) A WARTOŚCIĄ ZREALIZOWANEJ W NICH INTERWENCJI (OŚ PIONOWA)	74
WYKRES 10.	ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY POTRZEBAMI POWIATÓW W ZAKRESIE USŁUG SPOŁECZNYCH (OŚ POZIOMA) A WARTOŚCIĄ ZREALIZOWANEJ W NICH INTERWENCJI (OŚ PIONOWA)	75
WYKRES 11.	SPOSÓB PRZYGOTOWYWANIA DIAGNOZY POTRZEB – ZE WZGLĘDU NA DZIAŁANIE	77
WYKRES 12.	SPOSÓB PRZEPROWADZENIA PRZEZ BENEFICJENTÓW DIAGNOZY POTRZEB	78
WYKRES 13.	PROBLEMY W TRAKCIE REKRUTACJI UCZESTNIKÓW – OGÓŁEM I ZE WZGLĘDU NA DZIAŁANIE	79
WYKRES 14.	POTRZEBA OTRZYMANIA OKREŚLONEGO RODZAJU WSPARCIA WŚRÓD UCZESTNIKÓW PROJEKTU – OGÓŁEM I WŚRÓD ODBIORCÓW POSZCZEGÓLNYCH USŁUG	80
WYKRES 15.	OCENA DOPASOWANIA WSPARCIA DO POTRZEB	81
WYKRES 16.	ŁATWOŚĆ UZYSKANIA WSPARCIA – OPINIE UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW	83
WYKRES 17.	PODJĘCIE DZIAŁAŃ W SYTUACJI NIE OTRZYMANIA WSPARCIA	84
WYKRES 18.	OCENA WYSOKOŚCI OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW W STOSUNKU DO POTRZEB	85
WYKRES 19.	ZAINTERESOWANIE UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW W DZIAŁANIU 7.2 I DZIAŁANIU 9.1 UZYSKANIEM PODOBNEGO WSPARCIA W PRZYSZŁOŚCI	86
WYKRES 20.	ZAPOTRZEBOWANIE NA OKREŚLONE FORMY WSPARCIA WŚRÓD POTENCJALNYCH ODBIORCÓW	87
WYKRES 21.	ZAPOTRZEBOWANIE NA OKREŚLONE FORMY WSPARCIA WŚRÓD POTENCJALNYCH ODBIORCÓW – ŚREDNIA LICZBA POTENCJALNYCH KLIENTÓW W SKALI ROKU	88
WYKRES 22.	OCENA WYPEŁNIENIA POTRZEB BENEFICJENTÓW POPRZEZ REALIZACJĘ PROJEKTÓW DOTYCZĄCYCH WSPARCIA INFRASTRUKTURY	89
WYKRES 23.	NAJPILNIEJSZE POTRZEBY INWESTYCYJNE PLACÓWEK/INSTYTUCJI SPOŁECZNYCH ORAZ OCHRONY ZDROWIA	89
WYKRES 24.	ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY POTRZEBAMI W ZAKRESIE ZDROWIA W ROKU 2013 (OŚ POZIOMA) A ZMIANĄ W TYM OBSZARZE, KTÓRA DOKONAŁA SIĘ NA PRZESTRZENI LAT 2013-2020 (OŚ PIONOWA)	93
WYKRES 25.	ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY POTRZEBAMI W ZAKRESIE USŁUG SPOŁECZNYCH W ROKU 2013 (OŚ POZIOMA) A ZMIANĄ W TYM OBSZARZE, KTÓRA DOKONAŁA SIĘ NA PRZESTRZENI LAT 2013-2020 (OŚ PIONOWA)	94
WYKRES 26.	CHARAKTERYSTYKA WPŁYWU DZIAŁAŃ PROWADZONYCH W RAMACH PROJEKTÓW NA UCZESTNIKÓW – OPINIE BENEFICJENTÓW	96
WYKRES 27.	OCENA UŻYTECZNOŚCI OTRZYMANEGO WSPARCIA PRZEZ UCZESTNIKÓW PROJEKTU	97
WYKRES 28.	WPŁYW OTRZYMANEGO WSPARCIA NA POLEPSZENIE ODCZUWANEJ JAKOŚCI ŻYCIA	99
WYKRES 29.	ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WARTOŚCIĄ PROJEKTÓW REALIZOWANYCH W POWIATACH WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO, UKIERUNKOWANYCH NA OBSZAR ZDROWIA (OŚ POZIOMA) A ZMIANĄ W ZAKRESIE ZDROWIA (OŚ PIONOWA)	103

WYKRES 30.	ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WARTOŚCIĄ PROJEKTÓW REALIZOWANYCH W POWIATACH WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO UKIERUNKOWANYCH NA POPRAWĘ W ZAKRESIE USŁUG SPOŁECZNYCH (OŚ POZIOMA) A ZMIANĄ W ZAKRESIE USŁUG SPOŁECZNYCH(OŚ PIONOWA)....	103
WYKRES 31.	TYPY DZIAŁAŃ REALIZOWANYCH W RAMACH PROJEKTÓW DOTYCZĄCEGO WSPARCIA INFRASTRUKTURY	123
WYKRES 32.	ZNACZENIE DZIAŁAŃ PROWADZONYCH W RAMACH PROJEKTU DLA POSZCZEGÓLNYCH GRUP ODBIORCÓW (KLIENTÓW DANEJ INSTYTUCJI ORAZ MIESZKAŃCÓW GMINY / POWIATU, WOJEWÓDZTWA) Z PUNKTU WIDZENIA BENEFICJENTÓW PROJEKTÓW DOTYCZĄCYCH WSPARCIA INFRASTRUKTURY SPOŁECZNEJ	129
WYKRES 33.	ODDZIAŁYWANIE PROJEKTÓW DOTYCZĄCYCH WSPARCIA INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA (OPINIE BENEFICJENTÓW TEGO TYPU PROJEKTÓW).....	130
WYKRES 34.	ODDZIAŁYWANIE PROJEKTÓW DOTYCZĄCYCH WSPARCIA INFRASTRUKTURY USŁUG SPOŁECZNYCH (OPINIE BENEFICJENTÓW TEGO TYPU PROJEKTÓW).....	131
WYKRES 35.	OGÓLNA OCENA OTRZYMANEGO WSPARCIA DOKONYWANA PRZEZ ODBIORCÓW POSZCZEGÓLNYCH USŁUG.....	136
WYKRES 36.	OCENA USŁUGI Z PERSPEKTYWY BENEFICJENTA – WSPARCIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU ORAZ USŁUG ASYSTENCKICH DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI.....	138
WYKRES 37.	OCENA OGÓLNA I OCENA UŻYTECZNOŚCI USŁUGI Z PERSPEKTYWY UCZESTNIKA – WSPARCIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU ORAZ USŁUG ASYSTENCKICH DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI.....	139
WYKRES 38.	OCENA DOPASOWANIA USŁUGI DO POTRZEB W STOSUNKU DO ŚREDNIEJ OCENY USŁUG – WSPARCIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU ORAZ USŁUG ASYSTENCKICH DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI.....	139
WYKRES 39.	OCENA USŁUGI Z PERSPEKTYWY BENEFICJENTA - USŁUGI SKIEROWANE DO RODZIN, W TYM RODZIN PRZEŻYWAJĄCYCH TRUDNOŚCI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE	141
WYKRES 40.	OCENA OGÓLNA I OCENA UŻYTECZNOŚCI USŁUGI Z PERSPEKTYWY UCZESTNIKA - USŁUGI SKIEROWANE DO RODZIN, W TYM RODZIN PRZEŻYWAJĄCYCH TRUDNOŚCI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE	142
WYKRES 41.	OCENA DOPASOWANIA USŁUGI DO POTRZEB W STOSUNKU DO ŚREDNIEJ OCENY USŁUG - USŁUGI SKIEROWANE DO RODZIN, W TYM RODZIN PRZEŻYWAJĄCYCH TRUDNOŚCI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE	142
WYKRES 42.	OCENA USŁUGI Z PERSPEKTYWY BENEFICJENTA - USŁUGI WSPARCIA RODZINNYCH FORM SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ.....	145
WYKRES 43.	OCENA OGÓLNA I OCENA UŻYTECZNOŚCI USŁUGI Z PERSPEKTYWY UCZESTNIKA - USŁUGI WSPARCIA RODZINNYCH FORM SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ	146
WYKRES 44.	OCENA DOPASOWANIA USŁUGI DO POTRZEB W STOSUNKU DO ŚREDNIEJ OCENY USŁUG – USŁUGI WSPARCIA RODZINNYCH FORM SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ	147
WYKRES 45.	DEKLARACJA REALIZACJI PROJEKTU W PARTNERSTWIE	149
WYKRES 46.	OPINIA OGÓLNA REALIZACJI PROJEKTU W PARTNERSTWIE.....	150
WYKRES 47.	WPŁYW REALIZACJI PROJEKTU W PARTNERSTWIE NA EFEKTYWNOŚĆ PROWADZONYCH DZIAŁAŃ	151

Spis schematów

SCHEMAT 1. CELE BADANIA	24
SCHEMAT 2. GŁÓWNE ASPEKTY OCENY REZULTATÓW ANALIZOWANYCH INSTRUMENTÓW WSPARCIA	24
SCHEMAT 3. GŁÓWNE PERSPEKTYWY OGLĄDU TEMATYKI BADANIA.....	25
SCHEMAT 4. LOGIKA REALIZACJI BADANIA	30
SCHEMAT 5. LOGIKA ŚWIADCZENIA USŁUG ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH	41
SCHEMAT 6. TEORIA INTERWENCJI RPOWP W ZAKRESIE USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH	43

Spis map

MAPA 1. SYNTETYCZNY MIERNIK USŁUG SPOŁECZNYCH W POWIATACH WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO W 2020 R.	54
MAPA 2. SYNTETYCZNY MIERNIK USŁUG SPOŁECZNYCH W POWIATACH WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO – ZMIANA W %, LATA 2013-2020	54
MAPA 3. SYNTETYCZNY MIERNIK ZDROWIA W POWIATACH WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO W 2020 R. ..	58
MAPA 4. SYNTETYCZNY MIERNIK ZDROWIA W POWIATACH WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO – ZMIANA W %, LATA 2013-2020	58
MAPA 5. LICZBA PROJEKTÓW REALIZOWANYCH W DZIAŁANIACH NA TERENIE POWIATÓW (WYSOKOŚĆ SŁUPKA ODPOWIADA LICZBIE PROJEKTÓW WSPARTYCH W KAŻDYM Z 4 DZIAŁAŃ ORAZ ICH SUMIE)	108
MAPA 6. WARTOŚĆ PROJEKTÓW REALIZOWANYCH NA TERENIE POWIATÓW (DANE W MLN ZŁ)	109
MAPA 7. WARTOŚĆ PROJEKTÓW REALIZOWANYCH NA TERENIE GMIN (DANE W MLN ZŁ).....	110
MAPA 8. LICZBA PROJEKTÓW REALIZOWANYCH NA TERENIE POWIATÓW (INSTYTUCJONALNI UCZESTNICZY PROJEKTÓW W PODDZIAŁANIU 7.2.1)	120
MAPA 9. WARTOŚĆ PROJEKTÓW REALIZOWANYCH NA TERENIE POWIATÓW – PROJEKTY DOTYCZĄCE INFRASTRUKTURY SPOŁECZNEJ, INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA ORAZ OBU TYCH TYPÓW INFRASTRUKTURY (DANE W MILIONACH ZŁOTYCH)	121

Zamawiający/Wydawca:

Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego
Departament Rozwoju Regionalnego



ul. Poleska 89, 15-874 Białystok
e-mail: rot@wrotapodlasia.pl

ISBN: 978-83-964117-1-6

Białystok 2022

Badanie ewaluacyjne finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020