

Ewaluacja wpływu RPO WSL 2014-2020 w obszarze wsparcia usług społecznych i zdrowotnych oraz systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim

RAPORT KOŃCOWY



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Spis treści

Spis treści	2
Wykaz skrótów	4
Streszczenie	6
Executive Summary	12
Wprowadzenie	18
Informacje wstępne	18
Cel badania	18
Problematyka badania.....	18
Opis zastosowanej metodologii oraz źródeł informacji wykorzystywanych w badaniu	21
Analiza danych zastanych (Desk research)	21
Wywiady IDI.....	21
Wywiady eksperckie	21
Badanie Mixed-mode	22
Wywiady CATI z uczestnikami	23
Studia przypadku	24
Analizy eksperckie.....	24
Wywiad grupowy (FGI)	25
Opis wyników badania	26
Ocena dotychczasowych efektów wsparcia zaplanowanego w ramach PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL.....	26
Skuteczność udzielonego wsparcia	32
Skuteczność projektów realizowanych w formule ZIT/RIT	83
Identyfikacja dodatkowych efektów udzielonego wsparcia.....	86
Efektywność udzielonego wsparcia	90
Trwałość udzielonego wsparcia.....	95
Niezbędność udzielonego wsparcia dla osiągnięcia celów i efektów uzyskanych w projektach	103
Ocena czynników oraz mechanizmów wdrażania mających wpływ na realizację interwencji w ramach PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a.....	114
Identyfikacja czynników zewnętrznych mających wpływ na realizację ewaluowanej interwencji	118
Identyfikacja czynników wewnętrznych mających wpływ na realizację ewaluowanej interwencji	124
Ocena funkcjonującego systemu wskaźników (produktu i rezultatu) w ramach ewaluowanej interwencji.....	131
Ocena różnorodnych formuł wyboru projektów w ramach ewaluowanej interwencji.....	133

Komplementarność ewaluowanej interwencji	138
Realizacja zasad horyzontalnych	144
Ocena możliwości osiągnięcia założonych w Programie celów przypisanych do wsparcia w ramach OP IX (PI 9i cel 1, 9iv, 9v) oraz OP X (PI 9a) RPO WSL.....	148
Wskazanie kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027	151
Aktualność dotychczasowych kierunków wsparcia	151
Identyfikacja różnorodnych obszarów / zakresów, które wymagają objęcia wsparciem Programu w perspektywie 2021+	156
Zagadnienia, które należy wziąć pod uwagę przy programowaniu systemu monitorowania przedmiotowego wsparcia w perspektywie finansowej 2021-2027.....	166
Wewnętrzne różnicowanie terytorialne zrealizowanej interwencji oraz obecnej sytuacji i występujących potrzeb oraz kierunków wsparcia	168
Dobre praktyki w zakresie wdrażania projektów	192
Wnioski i rekomendacje	202
Spisy ilustracji	223
Spis wykresów	223
Spis tabel.....	225

Wykaz skrótów

Skrót	Rozwinięcie skrótu
AOS	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna
BAEL	Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności
BGK	Bank Gospodarstwa Krajowego
CATI	Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny (<i>Computer-Assisted Telephone Interview</i>)
CAWI	Wywiad wspomagany komputerowo (<i>Computer-Assisted Web Interview</i>)
CIS	Centrum Integracji Społecznej
COVID-19	Choroba koronawirusowa
CRM	Zarządzanie relacjami z klientami (<i>Customer Relationship Management</i>)
DDOM	Dzienny Dom Opieki Medycznej
DDP	Dzienny Dom Pomocy / Dzienny Dom Pobytu
DORŚ	Domowy Ośrodek Rehabilitacji Środowiskowej
DPS	Dom Pomocy Społecznej
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
ERDF	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (<i>European Regional Development Fund</i>)
ESF	Europejski Fundusz Społeczny (<i>European Social Fund</i>)
EU	Unia Europejska (<i>European Union</i>)
EUR	Euro
FE	Fundusze Europejskie
GUS	Główny Urząd Statystyczny
GUS-BDL	Główny Urząd Statystyczny-Baza Danych Lokalnych
IDI	Indywidualny wywiad pogłębiony (<i>Individual in-Depth Interview</i>)
IP	Instytucja Pośrednicząca
IP	Priorytet Inwestycyjny (<i>Investment Priority</i>)
IT	Technika informatyczna (<i>Information Technology</i>)
IZ	Instytucja Zarządzająca
JST	Jednostka Samorządu Terytorialnego
KIS	Klub Integracji Społecznej
KS	Klub Samopomocy
LGD	Lokalna Grupa Działania
LSR	Lokalna Strategia Rozwoju
MF	Ministerstwo Finansów
MOS	Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii

Skrót	Rozwinięcie skrótu
MOW	Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy
MPiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
MŚP	Sektor małych i średnich przedsiębiorstw
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	Organizacja pozarządowa (Non-Government Organization)
OP	Oś Priorytetowa
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
OSI	Obszar Strategicznej Interwencji
OWES	Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej
PA	Oś Priorytetowa (<i>Priority Axis</i>)
PCPR	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
PEFS	Podsystem Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego
PES	Podmiot Ekonomii Społecznej
PI	Priorytet Inwestycyjny
PLN	Polski złoty
PO	Program Operacyjny
POIŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
POPŻ	Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa
POWER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PS	Przedsiębiorstwo społeczne
PWN	Państwowe Wydawnictwo Naukowe
RDP	Rodzinny Dom Pomocy
ROP SV 2014-2020	Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 (<i>Regional Operational Programme for the 2014-2020 period</i>)
ROPS	Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej
RPO WSL 2014-2020	Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020
SARS-CoV-2	Choroba koronawirusowa
SL2014	Centralny system teleinformatyczny RPO
SzOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
ŚDS	Środowiskowy Dom Samopomocy
TBS	Towarzystwo Budownictwa Społecznego
WTZ	Warsztat Terapii Zajęciowej
ZAZ	Zakład Aktywizacji Zawodowej
ZIT/RIT	Zintegrowane Inwestycje Terytorialne / Regionalne Inwestycje Terytorialne
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Streszczenie

Informacje wstępne

Niniejszy raport został przygotowany w ramach realizacji badania ewaluacyjnego pt.: „Ewaluacja wpływu RPO WSL 2014-2020 (Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020) w obszarze wsparcia usług społecznych i zdrowotnych oraz systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim” zrealizowanego przez Pracownię Badań i Doradztwa „Re-Source” Korczyński Sarapata sp.j. na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego. Badanie było realizowane w okresie kwiecień – wrzesień 2021.

Cel i metodologia badania

W ewaluacji uwzględniono następujące cele badawcze:

- Ocena dotychczasowych efektów wsparcia zaplanowanego w ramach PI (Priorytet Inwestycyjny) 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL
- Ocena czynników oraz mechanizmów wdrażania mających wpływ na realizację interwencji w ramach PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL
- Ocena możliwości osiągnięcia założonych w programie celów przypisanych do wsparcia w ramach OP (Oś Priorytetowa) IX (PI 9i cel 1, 9iv, 9v) oraz OP X (PI 9a) RPO WSL
- Wskazanie kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027.

Na potrzeby realizacji powyższych celów zastosowano następujące instrumentarium metodologiczne:

- **Analiza danych zastanych (Desk research)** – analiza dobranych celowo i zróżnicowanych kategorii źródeł informacji i danych obejmujących przede wszystkim: dokumenty programowe, dokumenty strategiczne, dokumentacja projektowa, dane statystyczne, opracowania tematyczne, raporty badawcze.
- **Wywiady IDI** – 11 wywiadów jakościowych z przedstawicielami IZ RPO WSL 2014-2020 oraz ROPS.
- **Wywiady eksperckie** – 14 wywiadów jakościowych z: przedstawicielami organizacji zrzeszających podmioty działających w obszarze wsparcia społecznego i ochrony zdrowia; pracownikami instytucji administracji publicznej realizujących działania w zakresie organizacji wsparcia społecznego i ochrony zdrowia; pracownikami naukowymi.
- **Badanie Mixed-mode** – 331 wywiadów z beneficjentami dobranymi w ramach doboru quasi-zupełnego oraz 397 wywiadów z instytucjami objętymi wsparciem dobranymi w ramach doboru losowo-warstwowego.
- **Wywiady CATI z uczestnikami** – 383 wywiady z uczestnikami projektów dobranymi w ramach doboru losowo-warstwowego.
- **Studia przypadku** – 6 studiów przypadku dotyczących dobrych praktyk w realizacji projektów (z uwzględnieniem dobrych praktyk w zakresie wdrażania zasad horyzontalnych).
- **Analizy eksperckie** - analizy dotyczące finansowego i rzeczowego postępu wdrażania pochodzące z wniosków o płatność przeprowadzone w celu oszacowania poziomu realizacji wskaźników według stanu na 31.12.2023 r.

- **Wywiad grupowy (FGI)** – wywiad podsumowujący z przedstawicielami IZ RPO WSL 2014-2020 mający na celu przedyskutowanie wniosków i rekomendacji z przeprowadzonego badania.

Ocena dotychczasowych efektów oraz możliwości osiągnięcia założonych celów przypisanych do wsparcia zaplanowanego w ramach PI (Priorytet Inwestycyjny) 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL

Ocena efektów ewaluowanego wsparcia została poprzedzona analizą logiki interwencji. Przeprowadzona analiza uprawnia do sformułowania wniosku, że w kontekście sformułowanych na potrzeby RPO WSL 2014-2020 diagnoz, zaprojektowana interwencja stanowi adekwatne narzędzie realizacji celów określonych w Programie i odnoszących się do poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych, które z kolei przypisano do Działań / Poddziałań stanowiących przedmiot ewaluacji.

Ocena zmian zachodzących w woj. śląskim w obszarach oddziaływania ewaluowanej interwencji wykazała, że m.in.: nastąpiła generalna poprawa sytuacji materialnej mieszkańców; zmalała skala korzystania ze świadczeń pomocy społecznej; pomimo poprawiającej się ogólnej sytuacji na rynku pracy – narasta problem bezrobocia długotrwałego; sytuacja pod względem dostępności usług opiekuńczych, społecznych i zdrowotnych jest zróżnicowana zarówno ze względu na rodzaje tych usług, jak i czynniki geograficzne; rozwija się sektor ekonomii społecznej, choć nadal liczebność podmiotów ekonomii społecznej w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest relatywnie niewielka. Te (oraz inne – opisywane w zasadniczej części raportu) parametry traktować należy nie tylko jako symptom zmian zachodzących w regionie w obszarze usług społecznych i zdrowotnych, ale także jako istotny kontekst dla projektowania wsparcia w przyszłym okresie finansowania.

Ocena dotychczasowych efektów wsparcia bazująca na danych wskaźnikowych wskazuje, że mamy do czynienia z dużą skutecznością ewaluowanej interwencji – dominuje sytuacja osiągnięcia lub przekroczenia wartości docelowych wskaźników (bądź w wariancie faktycznego ich osiągnięcia, bądź też szacowania w oparciu o projekty, które otrzymały dofinansowanie, ale które jeszcze nie wykazały realizacji założonej wartości docelowej wskaźników). Potwierdzeniem dużej skuteczności są także wyniki analiz eksperckich odnoszących się do 2023 roku, gdzie jedynym wskaźnikiem, w przypadku którego wartość docelowa w 2023 roku najprawdopodobniej nie zostanie osiągnięta jest wskaźnik dotyczący liczby nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach.

W ramach ewaluowanej interwencji mamy do czynienia z dużą różnorodnością możliwych do realizowania działań pomocowych (dotyczy to szczególnie wsparcia w obszarze Europejskiego Funduszu Społecznego). Analiza skuteczności prowadzona z uwzględnieniem poszczególnych form wsparcia / typów projektów potwierdziła ich generalnie wysoką skuteczność. W przypadku EFS ta różnorodność typów pomocy przekłada się także na różnorodność kategorii grup docelowych, do których kierowano wsparcie. Największą skutecznością wsparcia rozumianą jako dotarcie z pomocą do określonych grup docelowych mamy do czynienia w przypadku osób z niepełnosprawnością – wśród trzech najczęściej wskazywanych grup, do których skierowane zostało wsparcie / działania realizowane w projektach, aż dwie to grupy osób z określonym rodzajem niepełnosprawności. Trzecią z najliczniej reprezentowanych w projektach grup docelowych są natomiast osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej.

Na poziomie ogólnym oraz w ramach poszczególnych Działań dominującym wariantem efektów osiągniętych przez uczestników projektów są efekty „miękkie”, takie jak: większa wiara we własne siły, większe zadowolenie / poczucie satysfakcji, czy większy spokój.

Spośród efektów o charakterze skonkretyzowanym największa częstość występowania dotyczy zdobycia nowej wiedzy lub umiejętności, przy czym szczególnie często występowanie tego efektu deklarowali uczestnicy projektów w ramach Działań: 9.1 i 9.3 (dotyczących, odpowiednio: aktywnej integracji i rozwoju ekonomii społecznej). Zresztą należy zauważyć, że w przypadku większości efektów o relatywnie najczęstszej skali występowania to właśnie te dwa Działania cechuje największy udział uczestników potwierdzających fakt uzyskania danego efektu. Oznaczałoby to, że to właśnie te dwa Działania cechuje najbardziej kompleksowe i wielowymiarowe oddziaływanie na sytuację odbiorców wsparcia.

W przypadku wszystkich obszarów interwencji mamy do czynienia z relatywnie wysokim poziomem efektywności kosztowej realizowanych działań projektowych. Zarówno jeśli chodzi o postęp faktyczny, jak i szacunkowy, udaje się osiągać założone efekty w projektach w stopniu wyższym niż poziom wykorzystanej alokacji. Z najwyższą różnicą pomiędzy postępem rzeczowym i finansowym (na korzyść tego pierwszego) mamy do czynienia w przypadku Działań: 9.1, 9.2 i 10.2. Z relatywnie mniejszym w przypadku Działania 9.3 i 10.1, choć i w przypadku tych Działań mówić możemy o relatywnie wysokim poziomie efektywności.

Jeśli chodzi o kwestię trwałości wsparcia, to wśród głównych kategorii interesariuszy (beneficjenci, instytucje objęte wsparciem, uczestnicy projektów) mamy do czynienia z przekonaniem o dominacji efektów długoterminowych (wieloletnich) nad efektami krótkoterminowymi (w momencie realizacji projektu). Niemniej jednak, biorąc pod uwagę czynniki oddziałujące na trwałość efektów projektów, sformułowano zalecenia dotyczące zwiększenia rzeczowej trwałości. Dotyczą one doprecyzowania kwestii trwałości rezultatów projektów w ramach wsparcia współfinansowanego ze środków EFS oraz rozważenia wprowadzenia w projektach w ramach EFS rozwiązań zwiększających znaczenie w procesie aplikacyjnym kwestii doświadczenia podmiotu aplikującego w pracy z daną grupą docelową.

Ewaluowane wsparcie cechuje się wysokim stopniem niezbędności dla realizacji zaplanowanych działań. Tylko w przypadku projektów współfinansowanych ze środków EFRR brak pomocy z RPO WSL 2014-2020 dla większości projektodawców nie wstrzymałby całkowicie podjęcia zaplanowanych działań projektowych. Taki stan rzeczy potwierdza celowość zrealizowanej interwencji i to nawet jeśli część beneficjentów, instytucji objętych wsparciem oraz uczestników projektów dostrzega możliwości uzyskania analogicznej pomocy z alternatywnych źródeł.

Ocena czynników oraz mechanizmów wdrażania mających wpływ na realizację interwencji w ramach PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL

Jeśli chodzi o czynniki, które są w największym stopniu postrzegane przez beneficjentów jako oddziałujące pozytywnie na skalę efektów osiąganych w projektach, to są to przede wszystkim: ilość osób zaangażowana w realizację projektu (przy czym w większym stopniu jest to czynnik oddziałujący pozytywnie na realizację projektów w ramach EFS); ilość posiadanych środków na wkład własny, posiadana zdolność kredytowa; płynność finansowa organizacji (w nieco większym stopniu jako czynnik pozytywny postrzegają ten element beneficjenci w ramach EFRR); poziom kwalifikacji personelu projektu; poziom zapotrzebowania na pomoc wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; przebieg współpracy z opiekunem projektu i innymi pracownikami Urzędu (IZ / IP); przebieg współpracy z partnerami; przebieg współpracy z wykonawcami; sytuacja życiowa uczestników projektu; szybkość dokonywania płatności ze strony instytucji finansującej projekt; wielkość grupy potencjalnych odbiorców wsparcia.

Z kolei jeśli chodzi o czynniki, które w największym stopniu cechuje negatywne oddziaływanie na skalę efektów osiąganych w projektach, to najczęściej wskazywano na: częstość zmian interpretacji / wytycznych dotyczących projektów finansowanych z funduszy unijnych; problemy z okresowym rozliczaniem projektu; pandemia COVID-19; skala biurokracji w trakcie realizacji projektu; moment czasowy podpisywania umowy projektu; zmiany w przepisach prawa.

W analizie jakościowej i eksperckiej częściowo potwierdzono znaczenie powyższych czynników. Wśród czynników oddziałujących pozytywnie wskazywano na takie kwestie jak: pozytywne oddziaływanie systemu oceny i wyboru projektów; niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia (co zwiększa potencjał absorpcyjny w tym obszarze); występowanie możliwości korekty o 5% wskaźnika bez konieczności konsultacji z IZ i bez skutków finansowych dla beneficjenta (przy jednoczesnym zastrzeżeniu, że dopuszczalny zakres korekty mógłby być większy). Częściej wskazywano na czynniki o charakterze negatywnym i były to: pandemia COVID-19; czynniki prawne; ograniczenie elastyczności w projektowaniu interwencji na poziomie regionalnym; trudności w pozyskaniu wykonawców zadań projektowych; ograniczenia kadrowe w podmiotach realizujących projekty; bariery informacyjne związane z korzystaniem ze wsparcia; dostępność krajowych instrumentów pomocowych w zakresie transferów socjalnych dla ostatecznych odbiorców; bariery mentalne związane z korzystaniem ze wsparcia; występowanie różnicowań terytorialnych w dostępie do usług zdrowotnych; pośrednie oddziaływanie uwarunkowań zewnętrznych na czynniki wewnętrzne wpływające na skalę efektów w projektach; brak wyodrębnienia typów projektów w ramach wsparcia dotyczącego infrastruktury ochrony zdrowia; występowanie uniwersalnych problemów dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków wspólnotowych; duże znaczenie działań informacyjnych w obszarze wsparcia współfinansowanego ze środków EFS; problemy ze stosowaniem kryteriów wyboru projektów.

Biorąc pod uwagę powyższe czynniki sformułowano rekomendacje dotyczące: położenia dużego nacisku na wsparcie środowiskowe i pracę z najbliższym otoczeniem rodzinnym i społecznym ostatecznych odbiorców pomocy; poszerzenia dostępności wsparcia współfinansowanego ze środków EFS dla podmiotów sektora pozarządowego; wprowadzenia w obszarze usług zdrowotnych podziału na typy projektów wyodrębnione ze względu na charakter prowadzonej działalności; rozważenia zwiększenia możliwości korekt wskaźników bez konieczności konsultacji z IZ i bez skutków finansowych dla beneficjenta.

W ramach oceny mechanizmów wdrażania interwencji poddano analizie poszczególne formuły wyboru projektów, tj.: tryb konkursowy, tryb pozakonkursowy, tryb nadzwyczajny, instrumenty terytorialne. Opinie beneficjentów oraz wyniki analizy czasochłonności procesów dotyczących oceny i rozliczania projektów, wskazują na brak jednoznaczności w ocenie poszczególnych formuł. Pewien wyjątek stanowi tutaj tryb nadzwyczajny, którego zastosowanie wpłynęło wyraźnie na skrócenie czasu trwania analizowanych procesów. W rezultacie przeprowadzonej analizy sformułowano zalecenia odnoszące się do kwestii wykorzystania określonych formuł wyboru projektów ze względu na specyfikę realizowanych przedsięwzięć.

Analiza rozwiązań stosowanych w zakresie komplementarności ewaluowanej interwencji potwierdziła, że w przyszłym okresie finansowania celowe jest utrzymanie obecnego podejścia do zapewnienia komplementarności międzyfunduszowej (tj. stosowanie wymogu realizacji przedsięwzięć zgodnych z celami danego funduszu, bez konieczności współfinansowania tych przedsięwzięć z tego funduszu).

Przeprowadzono także analizę realizacji w projektach objętych badaniem zasad horyzontalnych. Co istotne, w badaniu tym zidentyfikowano przede wszystkim dużą różnorodność działań projektowych zorientowanych na realizację poszczególnych zasad horyzontalnych, ze szczególnym uwzględnieniem zasad równościowych, które siłą rzeczy mają kluczowe znaczenie w przedsięwzięciach z obszaru włączenia społecznego. Ta różnorodność niekoniecznie przekładać się musi na działania bardzo nowatorskie i niestandardowe – przy dużym zróżnicowaniu i wysokim stopniu zindywidualizowania potrzeb w zakresie zasad horyzontalnych priorytetem staje się uwzględnienie szerokiego katalogu tych potrzeb w podejmowanych działaniach projektowych.

Niemniej jednak, na potrzeby niniejszej analizy dokonano przeglądu zgromadzonego materiału empirycznego odnoszącego się do kwestii realizacji zasad horyzontalnych. W ramach podejmowanych przez beneficjentów działań w tym zakresie wystąpiła bardzo duża różnorodność aktywności odnoszących się do poszczególnych polityk horyzontalnych. Należy przy tym zwrócić uwagę na specyficzny charakter ewaluowanej interwencji w kontekście problematyki zasad horyzontalnych, w szczególności zasad równościowych (tj. zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn). Mamy tutaj bowiem do czynienia z celami interwencji, które częściowo pozostają niemalże tożsame z celami zasad horyzontalnych. Te ogólne założenia mają także swoje późniejsze odzwierciedlenie w szczegółowych celach interwencji oraz typów projektów przewidzianych do możliwości uzyskania dofinansowania. Tym samym, prawidłowa i zgodna z przyjętymi założeniami realizacja wspieranych projektów pozwala na realizację zasad równościowych nawet bez konieczności podejmowania dodatkowych i ponadstandardowych działań w tym obszarze.

Wskazanie kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027

W ramach wskazania kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027 skoncentrowano się na dwóch aspektach. Po pierwsze, wskazano aktualność wybranych dotychczasowych obszarów / zakresów pomocy, takich jak: wsparcie współfinansowane ze środków EFS i zorientowane na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych; wsparcie zorientowane na wspomaganie profilaktyki zdrowotnej (w oparciu o finansowanie ze środków EFS lub w ramach *cross-financingu* stosowanego w projektach współfinansowanych ze środków EFRR), przy jednoczesnym zwiększeniu znaczenia działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży (ze szczególnym uwzględnieniem działań integrujących środowisko szkolne i rodzinne poprzez równoległe działania dla uczniów, rodziców i nauczycieli); wsparcie w ramach dotychczas priorytetowych obszarów interwencji o profilu zdrowotnym, które dotyczą chorób nowotworowych, chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób cywilizacyjnych; wsparcie w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych; utrzymanie wsparcia w zakresie aktywnej integracji, przy jednoczesnym zwiększeniu wsparcia środowiskowego i indywidualnie profilowanego, ew. odzwierciedlającego specyficzne potrzeby węższych grup osób dotkniętych różnymi aspektami wykluczenia społecznego; wsparcie w dotychczasowym zakresie w odniesieniu do sektora ekonomii społecznej; wsparcie w zakresie mieszkalnictwa chronionego.

Po drugie, wskazano różnorodne obszary interwencji dotyczące zdrowia i obszaru społecznego, pośród których wskazać należy na: wsparcie w zakresie leczenia psychiatrycznego, ze szczególnym uwzględnieniem usług wspierających zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży oraz wsparcia

długoterminowego i środowiskowego; wsparcie dla obywateli państw trzecich, w tym: migrantów; poprawa dostępu dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji do systemu ochrony zdrowia; wspomaganie rozwoju podejścia środowiskowego w opiece hospicyjnej; wsparcie dla placówek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie prowadzonych działań profilaktycznych (ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki chorób metabolicznych i kardiologicznych oraz nadwagi i otyłości); wsparcie kadr realizujących usługi społeczne i zdrowotne, w tym: wsparcie szkoleniowe; wsparcie działań zorientowanych na zmniejszenie skali deficytu kadr medycznych, w szczególności poprzez rozwijanie kształcenia w zawodach pomocniczych; wsparcie działań zorientowanych na zmniejszenie skali deficytu osób pełniących rolę asystencką / opiekuńczą wobec osób niesamodzielnych; wsparcie tworzenia środowiskowej formuły pomocy bazującej na tzw. „kręgach wsparcia” i pomocy sąsiedzkiej; wsparcie w zakresie rehabilitacji, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji domowej; wsparcie działań w zakresie rozwijania zdalnego zarządzania świadczeniem usług opiekuńczych i zdrowotnych; wsparcie działań zorientowanych na włączanie mieszkańców w aktywność społeczno-obywatelską; wsparcie działań zorientowanych na zniwelowanie problemu „podwójnego starzenia się”, tj. opieki osób w wieku senioralnym nad swoimi rodzicami; wsparcie na rzecz zindywidualizowanych działań w zakresie aktywnej integracji (bazujących na podejściu mentoringowym i coachingowym); wsparcie na rzecz osób długotrwale bezrobotnych i osób starszych poprzez ich włączanie w przedsięwzięcia w zakresie ekonomii społecznej; wsparcie na rzecz działań o profilu międzypokoleniowym (wolontariat międzypokoleniowy) lub wewnątrzpokoleniowym (wolontariat dla osób w wieku senioralnym w ramach wsparcia dla innych osób w zbliżonym wieku); wsparcie działań integrujących wsparcie z obszaru usług społecznych i zdrowotnych; wsparcie na rzecz działań profilaktycznych w zakresie ergonomii pracy i edukacji zdalnej; wsparcie w zakresie turystyki społecznej realizowane z wykorzystaniem instrumentów terytorialnych na obszarach wiejskich; wsparcie oddolnych inicjatyw mieszkańców w zakresie działań społecznych i zdrowotnych w środowisku lokalnym na rzecz dobra wspólnego.

Po trzecie, zidentyfikowano dobre praktyki w realizacji projektów, które mogą być traktowane jako swego rodzaju wskazówka dla przyszłych realizatorów projektów o zbliżonym charakterze. Dobre praktyki obejmują w tym przypadku takie działania jak np.: zindywidualizowane wsparcie dla osób starszych; dostosowanie placówki opieki zdrowotnej do potrzeb osób z niepełnosprawnościami; kompleksowe wsparcie i zarządzanie projektem wsparcia na rynku pracy; wypracowanie z pomocą otoczenia postaw wymaganych na rynku pracy; kompleksowe wsparcie uzyskane dzięki powiązaniu działań infrastrukturalnych ze wsparciem społeczno-edukacyjnym; kompleksowe rozpoznanie potrzeb i wsparcie osób starszych i niesamodzielnych.

Podsumowując, ewaluowaną interwencję należy ocenić generalnie pozytywnie pod kątem skuteczności. W ramach oferowanego wsparcia zapewniono dużą różnorodność form pomocy, co korzystnie wpłynęło na możliwość dostosowania konkretnych projektów do potrzeb odbiorców indywidualnych i instytucjonalnych. Pozytywna ocena odnosi się także do przyjętych mechanizmów wdrażania interwencji. W przyszłym okresie finansowania za szczególnie istotne uznać należy utrzymanie dostępności różnorodnych instrumentów pomocowych, które odzwierciedlać będą zróżnicowane potrzeby w obszarze społecznym i dotyczącym ochrony zdrowia.

Executive Summary

Preliminary information

This report was prepared as part of the implementation of the evaluation study entitled: *"Evaluation of the impact of the ROP SV 2014-2020 (Regional Operational Programme for the 2014-2020 period for the Silesian Voivodeship) in the area of support for social and health services and the health care system in the Silesian Voivodeship"* carried out by Pracownia Badań i Doradztwa "Re-Source" Korczyński Sarapata sp.j. on behalf of the Marshal's Office of the Silesian Voivodeship. The study was conducted from April to September 2021.

Objective and methodology of the study

The following research objectives were taken into account in the evaluation:

- Evaluation of the hitherto effects of the support planned within the framework of IP (Investment Priority) 9i objective 1, 9iv, 9v and 9a of the ROP SV
- Evaluation of factors and implementation mechanisms influencing the implementation of interventions within the framework of IP 9i objective 1, 9iv, 9v and 9a of the ROP SV
- Evaluation of the possibility of achieving the objectives set out in the programme and assigned for support within PA (Priority Axis) IX (PI 9i objective 1, 9iv, 9v) and PA X (PI 9a) of the ROP SV
- Indication of the directions of support in the studied intervention area in the perspective of 2021-2027.

For the purposes of achieving the foregoing objectives the following methodological tools were used:

- **Analysis of existing data (Desk research)** - analysis of purposefully selected and varied categories of sources of information and data including primarily: programme documents, strategic documents, project documentation, statistical data, thematic studies, research reports.
- **IDI interviews** - 11 qualitative interviews with representatives of ROP SV 2014-2020 Managing Authority and Regional Social Policy Centre.
- **Expert interviews** - 14 qualitative interviews with: representatives of organisations associating entities operating in the field of social support and health care; employees of public administration institutions implementing activities in the field of organisation of social support and health care; academics.
- **Mixed-mode survey** - 331 interviews with beneficiaries selected by quasi-complete sampling and 397 interviews with institutions covered by the support selected by stratified random sampling.
- **CATI interviews with participants** - 383 interviews with project participants selected within the framework of stratified random sampling.
- **Case studies** - 6 case studies concerning good practices in project implementation (including good practices in implementation of horizontal principles).

- **Expert analyses** - analyses concerning the financial and material progress of the implementation derived from the applications for payment carried out in order to estimate the level of implementation of indicators as of 31.12.2023.
- **Group interview (FGI)** - a summary interview with representatives of the ROP SV 2014-2020 Managing Authority aimed at discussing conclusions and recommendations from the conducted study.

Evaluation of previous effects and the possibility of achieving assumed goals assigned to the support planned within the framework of IP (Investment Priority) 9i objective 1, 9iv, 9v and 9a of the ROP SV

Assessment of the effects of the evaluated support was preceded by an analysis of the intervention logic. The analysis conducted leads to the conclusion that in the context of the diagnoses formulated for the ROP SV 2014-2020, the designed intervention is an adequate tool for the implementation of the objectives set out in the Programme and related to individual Investment Priorities, which in turn were assigned to Measures / Sub-measures forming the subject of the evaluation.

The evaluation of changes taking place in the Silesian Voivodeship in the areas of impact of the evaluated intervention has shown, among others, that: there has been a general improvement in the material situation of the inhabitants; the scale of receiving social welfare benefits has decreased; despite an improving general situation on the labour market, the problem of long-term unemployment is growing; the situation in terms of access to care, social and health services is differentiated both by types of these services and by geographical factors; the social economy sector is developing, although the number of social economy entities per one inhabitant is still relatively small. These (and other - described in the main part of the report) parameters should be treated not only as a symptom of changes taking place in the region in the area of social and health services, but also as an important context for designing support in the future financing period.

The evaluation of the effects of support to date, based on the indicator data, indicates that the evaluated intervention is highly effective - the predominant situation is one of meeting or exceeding the target values of the indicators (either in the variant of actually meeting them, or estimating them on the basis of projects that have received funding but have not yet demonstrated the implementation of the target value of the indicators). The high effectiveness is also confirmed by expert analyses results related to 2023, where the only indicator for which the target value is unlikely to be achieved in 2023 is the number of newly built apartments in existing buildings.

Within the framework of the intervention under evaluation, there is a great diversity of support measures possible to implement; this particularly concerns support within the framework of the European Social Fund (ESF). The analysis of effectiveness conducted taking into account particular forms of support / types of projects confirmed their generally high effectiveness. In the case of the ESF, this diversity of types of support also translates into diversity of categories of target groups to which support was addressed. The greatest effectiveness of support understood as reaching specific target groups is noted in the case of people with disabilities - among the three most frequently indicated groups to which support was addressed / activities implemented in the projects, as many as two are groups of people with a specific type of disability. The third most represented target group in the projects are people or families enjoying social welfare benefits.

At the general level and within particular Measures, the dominant variant of effects achieved by project participants are "soft" effects, such as: stronger self-confidence, greater

satisfaction or greater peace of mind. Among effects of a specific nature, the highest frequency of occurrence concerns gaining new knowledge or skills, while particularly often occurrence of this effect was declared by participants of projects under Measures: 9.1 and 9.3 (related to active integration and social economy development, respectively). Besides, it should be noted that in the case of most effects with relatively most frequent occurrence, it is these two Measures that are characterised by the largest share of participants confirming the fact of obtaining a given effect. This would mean that these two Measures are characterised by the most comprehensive and multidimensional impact on the situation of support recipients.

In the case of all areas of intervention, we deal with a relatively high level of cost-effectiveness of implemented project activities. Both in terms of actual and estimated progress, projects manage to achieve the assumed effects to a degree higher than the level of the allocation used. The highest difference between the physical and financial progress (in favour of the former) is observed in the case of Measures: 9.1, 9.2 and 10.2, and relatively less in the case of Measures 9.3 and 10.1, although even in the case of these Measures we can speak of a relatively high level of effectiveness.

As far as the issue of sustainability is concerned, among the main categories of stakeholders (beneficiaries, supported institutions, project participants) there is a conviction that long-term effects (multiannual) dominate over short-term effects (at the moment of project implementation). Nevertheless, taking into account factors influencing the sustainability of project effects, recommendations were formulated for increasing such sustainability. They concern specifying the issue of sustainability of project results within the support co-financed from ESF funds and considering the introduction in ESF projects of solutions increasing the importance in the application process of the applicant's experience in working with a given target group.

The evaluated support is characterised by a high degree of indispensability for the implementation of the planned measures. Only in the case of projects co-financed from the ERDF (European Regional Development Fund) funds, the lack of support from the ROP SV 2014-2020 for the majority of project providers would not completely stop the planned project activities. This state of affairs confirms the purposefulness of the implemented intervention and even if some of the beneficiaries, institutions covered by the support and project participants perceive the possibility of obtaining analogous aid from alternative sources.

Evaluation of factors and implementation mechanisms affecting the implementation of interventions within the framework of IP 9i objective 1, 9iv, 9v and 9a of the ROP SV

When it comes to the factors that are to the greatest extent perceived by beneficiaries as having a positive impact on the scale of effects achieved in projects, these are first of all: the number of people involved in the project (with a higher degree of positive impact on the implementation of projects under the ESF); the amount of funds for own contribution, possessed credit capacity; the financial liquidity of the organization (to a slightly higher degree this element is perceived as a positive factor by beneficiaries under the ERDF); the level of qualifications of the project staff; level of demand for help among potential recipients of support; course of cooperation with the project supervisor and other employees of the Office (Managing Authority / Intermediate Body); course of cooperation with partners; course of cooperation with contractors; life situation of project participants; speed of making payments from the institution financing the project; size of the group of potential recipients of support.

On the other hand, as far as the factors with the greatest negative impact on the scale of effects achieved in the projects are concerned, the following were most frequently indicated: frequency of changes in interpretations/guidelines concerning projects financed from the EU (European Union) funds; problems with periodical project settlements; COVID-19 pandemic; scale of bureaucracy during project implementation; time of signing the project agreement; changes in legal regulations.

In the qualitative and expert analysis, the importance of the above factors was partially confirmed. Among factors with positive impact the following issues were mentioned: emphasizing above all such issues affecting the implementation of projects in the evaluated area of intervention as: positive influence of the system for evaluating and selecting projects; problem of underfunding of the healthcare system (which increases the absorption potential in this field); occurrence of possibility of correction by 5% of an indicator without the need for consultation with Managing Authority and without financial consequences for the beneficiary (with the reservation that the permissible range of the correction could be higher). The factors with negative impact were indicated more often and they were: COVID-19 pandemic; legal factors; limitation of flexibility in designing interventions at the regional level; difficulties in obtaining contractors for project tasks; staff constraints in entities implementing projects; information barriers related to the use of support; availability of national aid instruments in the area of social transfers for final recipients; mental barriers related to the use of support; existence of territorial disparities in access to healthcare services; indirect influence of external conditions on the internal factors influencing the scale of effects in projects; lack of separation of project types within the framework of support concerning healthcare infrastructure; occurrence of universal problems related to the implementation of projects co-financed from the Community funds; great importance of information activities in the area of support co-financed from ESF funds; problems with applying criteria for selecting projects.

Taking into account the above factors, following recommendations were formulated: putting strong emphasis on environmental support and work with the closest family and social environment of aid final recipients; extending the availability of support co-financed by the ESF for entities from the non-governmental sector; introducing a division into types of health services projects, distinguished due to the nature of the conducted activity; considering increasing the possibility of correction indicators without the need for consultation with Managing Authority and without financial consequences for the beneficiary.

As part of the evaluation of the intervention implementation mechanisms, particular project selection formulas were analyzed, i.e. : competitive procedure, non-competitive procedure, extraordinary procedure, territorial instruments. The opinions of beneficiaries and the results of the analysis of the time-consuming processes related to the evaluation and settlement of projects indicate the lack of unequivocality in the assessment of analyzed formulas. An exception is the extraordinary procedure, the use of which has reduced the duration of the analyzed processes in a significant way. As a result of the analysis, recommendations were formulated which relate to the use of specific project selection formulas due to the specificity of the implemented projects.

Analysis of solutions applied in terms of complementarity of the evaluated intervention confirmed that in the future financing period it is advisable to maintain the present approach to ensuring cross-fund complementarity (i.e. application of the requirement to implement projects compliant with the objectives of a given fund, without the necessity to co-finance these projects from that fund).

An analysis of the implementation of horizontal principles in the projects covered by the study was also carried out. What is important, the study identified first of all a great diversity of

project activities oriented at the implementation of individual horizontal principles, with particular emphasis on the equality principles, which are necessarily of key importance in undertakings in the area of social inclusion. This diversity does not necessarily translate into very innovative and non-standard measures - in the case of great diversity and high degree of individualization of needs in the field of horizontal principles, it becomes a priority to take into account a wide catalogue of these needs in the undertaken project activities.

Nevertheless, for the purposes of this analysis, the collected empirical material related to the issue of implementation of horizontal principles has been reviewed. Within the framework of activities undertaken by the beneficiaries in this respect, there was a great diversity of activities related to individual horizontal policies. At the same time, one should pay attention to the specific character of the evaluated intervention in the context of horizontal principles, in particular equality principles (i.e. the principle of equal opportunities and non-discrimination, including accessibility for persons with disabilities and the principle of equal opportunities of women and men). This is because we are dealing here with intervention objectives that partly remain almost identical with the objectives of horizontal principles. These general assumptions are also later reflected in detailed intervention objectives and types of projects foreseen for possibility of obtaining co-financing. Thus, correct implementation of supported projects, compliant with adopted assumptions, allows for the implementation of equality principles even without the necessity of undertaking additional and supra-standard measures in this area.

Indication of the directions of support in terms of the studied area of intervention in the perspective 2021-2027

Within the framework of indicating the directions of support in terms of the studied area of intervention in the 2021-2027 perspective, the focus was placed on two aspects.

Firstly, the validity of selected previous areas / scopes of support was indicated, such as: support co-financed by the ESF and oriented towards increasing the availability of health services; support oriented towards assisting preventive health care (based on ESF funding or as part of cross-financing used in projects co-funded by the ERDF), while increasing the importance of preventive actions addressed to children and young people (with particular emphasis laid on actions integrating the school and family environment through parallel activities for pupils, parents and teachers); support under hitherto priority intervention areas with health profile, which concern cancer, circulatory system diseases, respiratory system diseases, civilization diseases; support in the scope of deinstitutionalization of social and health services; maintaining support in the scope of active integration, with simultaneous increase of environmental support and individually profiled support, possibly reflecting specific needs of narrower groups of persons affected by various aspects of social exclusion; support in the scope of social economy sector; support in the field of sheltered housing.

Secondly, various areas of intervention in the health and social area were identified, among which the following should be pointed out: support for psychiatric treatment, with particular emphasis placed on services supporting mental health of children and adolescents, psychiatric treatment for children and adolescents and long-term and community support; support for third-country citizens, including: migrants; improvement of access of disadvantaged children and groups to the health care system; support for the development of community-based approach in hospice care; support for primary health care institutions in the scope of preventive actions carried out (with particular emphasis put on prevention of metabolic and cardiovascular diseases and overweight and obesity); support for personnel implementing social and health services, including: training support; support for measures

oriented at decreasing the scale of medical staff shortages, in particular through the development of education in auxiliary professions; support for measures oriented at decreasing the scale of shortages of persons fulfilling the role of assistants / carers with regard to dependent persons; support for the creation of a community formula of assistance based on the so-called "support circles" and neighbourhood assistance; support for rehabilitation, with particular emphasis laid on home rehabilitation; support for measures to develop remote management of care and health services; support for measures aimed at involving residents in social and civic activity; support for measures aimed at mitigating the problem of "double ageing", i.e. care of elderly people over their parents; support for individualised active integration measures (based on a mentoring and coaching approach); support for the long-term unemployed and elderly people through their involvement in social economy projects; support for activities with inter-generational (inter-generational voluntary work) or intra-generational (voluntary work for senior citizens as part of support for other people at similar age) profiles; support for activities integrating support from the field of social and health services; support for preventive measures in the field of ergonomics of work and remote education; support in the field of social tourism implemented with the use of territorial instruments in rural areas; support for bottom-up initiatives of inhabitants in the field of social and health activities in the local environment for the common good.

Thirdly, good practices in project implementation were identified, which may be treated as a kind of guideline for future implementers of projects of a similar nature. Good practices in this case include e.g.: individualised support for the elderly; adaptation of a healthcare institution to the needs of people with disabilities; comprehensive support and labour market support project management; development of attitudes required on the labour market with the help of the community; comprehensive support achieved by linking infrastructural measures with socio-educational support; comprehensive identification of the needs and support for the elderly and dependent persons.

Summarizing, the evaluated intervention should be assessed generally positively in terms of effectiveness. A wide range of support forms of assistance was ensured, which had a positive impact on the possibility of adapting specific projects to the needs of individual and institutional recipients. A positive assessment also applies to the adopted intervention implementation mechanisms. In the future financing period, it is particularly important to maintain the availability of various support instruments, which will reflect the various needs in the social and health protection field.

Wprowadzenie

Informacje wstępne

Niniejszy raport został przygotowany w ramach realizacji badania ewaluacyjnego pt.: „Ewaluacja wpływu RPO WSL 2014-2020 (Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020) w obszarze wsparcia usług społecznych i zdrowotnych oraz systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim” zrealizowanego przez Pracownię Badań i Doradztwa „Re-Source” Korczyński Sarapata sp.j. na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego.

Struktura raportu jest następująca. Raport otwiera streszczenie wyników badania przygotowane w wersji polsko- i anglojęzycznej. W kolejnym rozdziale zawarto opis zastosowanej metodologii badania oraz źródeł informacji wykorzystanych na potrzeby ewaluacji. Część kolejna to zasadniczy komponent merytoryczny raportu, w którym zawarto opis wyników badania. Podsumowaniem części merytorycznej raportu jest rozdział „Wnioski i rekomendacje” zawierający tabelę wniosków i rekomendacji. Raport zamykają spisy ilustracji.

Do raportu załączono aneksy zawierające: zestawienia tabelaryczne, schematy obrazujące logikę interwencji, szczegółowy wykaz dokumentów poddanych analizie oraz materiały informacyjne (broшуra informacyjna oraz infografika).

Cel badania

- A. Ocena dotychczasowych efektów wsparcia zaplanowanego w ramach PI (Priorytet Inwestycyjny) 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL.
- B. Ocena czynników oraz mechanizmów wdrażania mających wpływ na realizację interwencji w ramach PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL.
- C. Ocena możliwości osiągnięcia założonych w programie celów przypisanych do wsparcia w ramach OP (Oś Priorytetowa) IX (PI 9i cel 1, 9iv, 9v) oraz OP X (PI 9a) RPO WSL.
- D. Wskazanie kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027

Problematyka badania

Problematyka badania obejmowała następujące pytania / problemy badawcze:

1. Czy udzielone wsparcie było skuteczne, tzn. czy i w jakim stopniu przyczyniło się do osiągnięcia celów szczegółowych (ocena stopnia osiągnięcia celów powinna zostać przeprowadzona zarówno w aspekcie ilościowym, wyrażonym osiągnięciem założonych w Programie wartości wskaźników, jak i jakościowym, odwołującym się do właściwości poszczególnych celów Programu i do zasięgu osiągniętego efektu)?
2. Czy projekty realizowane w formule ZIT/RIT (Zintegrowane Inwestycje Terytorialne/Regionalne Inwestycje Terytorialne) w analizowanym obszarze charakteryzowały się skutecznością w rozumieniu realizacji założonych wartości wskaźników przypisanych do poszczególnych ZIT/RIT?
3. Jakie są pozostałe efekty udzielonego wsparcia w ramach analizowanych obszarów?

4. Jak należy ocenić efektywność wsparcia w ramach analizowanych Działań? Czy i jakie działania należy podjąć, aby zwiększyć efektywność wdrażanej interwencji?
5. Jak ocenia się przewidywaną trwałość oferowanego w ramach wskazanych priorytetów wsparcia? Jakie czynniki mogą wpłynąć na trwałość wsparcia? Czy któreś z nich są zagrożeniem dla realizacji celów Programu? Czy istnieją działania, które mogą wpłynąć pozytywnie na trwałość projektu lub przeciwdziałać negatywnym zjawiskom? Jeśli tak, to jakie?
6. Czy ewaluowana interwencja była niezbędna dla osiągnięcia celów i efektów uzyskanych w projektach (zarówno na poziomie realizatorów projektów, jak i odbiorców wsparcia), a jeśli nie, to w jaki sposób (tj. z wykorzystaniem jakich innych instrumentów pomocowych / źródeł finansowania) i w jakim zakresie te cele i efekty mogłyby zostać osiągnięte?
7. Jakie czynniki zewnętrzne w istotny sposób przyczyniły się do realizacji założonych celów interwencji, a jakie utrudniły ich realizację (np. otoczenie prawne, dostępność pakietów socjalnych, charakter wspieranej grupy odbiorców, zmiany społeczno-gospodarcze, sytuacja epidemiczna związana z pandemią COVID-19 (Choroba koronawirusowa)?
8. Jakie czynniki wewnętrzne w istotny sposób przyczyniły się do realizacji założonych celów interwencji, a jakie utrudniły ich realizację (tj. poszczególne elementy systemu zarządzania i wdrażania RPO WSL 2014-2020, w tym rozwiązania dotyczące wdrażania projektów przyjęte na poziomie Programu, dostępna alokacja i jej podział, typy projektów, zakres realizowanych projektów, kryteria oceny projektów, dedykowane konkursy)? Czy wystąpiły zmiany w stosowanych rozwiązaniach? Jakie były powody ewentualnych zmian?
9. Czy funkcjonujący system wskaźników (produktu i rezultatu) w sposób adekwatny odzwierciedla badane obszary, a tym samym umożliwia spójny, trafny i rzetelny opis oraz analizę efektów wsparcia w ramach analizowanych obszarów osi IX oraz X? (...)
10. Jak należy ocenić stosowane w ramach obszarów PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a objętych badaniem różnorodne formuły wyboru projektów (instrumenty terytorialne ZIT, RIT, OSI (Obszar Strategicznej Interwencji), powiązanie z LSR (Lokalna Grupa Działania) (opracowaną na potrzeby PROW 2014-2020), tryb pozakonkursowy, konkursowy, nadzwyczajny)? Czy wyodrębnienie różnych ścieżek wyboru projektów skutkowało bardziej sprawnym i skuteczniejszym wdrażaniem wsparcia niż w przypadku projektów konkursowych? Jakie trudności wystąpiły w poszczególnych formułach?
11. Jak należy ocenić komplementarność realizowanych działań w ramach Programu i jakie przyniosła ona efekty? Czy wymagany mechanizm komplementarności obligatoryjnej projektów współfinansowanych z EFRR (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego) w ramach działania 10.2 z projektami współfinansowanymi z EFS (Europejski Fundusz Społeczny) lub zgodnymi z celami EFS w zakresie dostępności do usług społecznych dla osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem skutecznie wpływa na realizację projektów kompleksowych odpowiadających na zidentyfikowane problemy i rzeczywiście zwiększa realizację celów interwencji? Jakie były główne trudności w przygotowaniu i realizacji projektów komplementarnych? Jaka jest skala osiągniętej komplementarności udzielonego wsparcia z PO (Program Operacyjny) Pomoc Żywnościowa?
12. Czy i jakie można wskazać pozytywne, ponadstandardowe przykłady realizacji przez projekty/typy projektów zasad horyzontalnych (wraz z uzasadnieniem wyboru)?

13. Jaka jest możliwość osiągnięcia założonych celów szczegółowych, wyrażonych przypisanymi wskaźnikami? Jakie są powody nieosiągnięcia lub przekroczenia wartości docelowych wskaźników?
14. Czy sformułowane w Programie cele są nadal aktualne w obecnej sytuacji społeczno-gospodarczej? Które z interwencji wdrażanych w RPO WSL w zakresie OP IX i X oraz w jakim kształcie (tryb wyboru, typy projektów, sposób finansowania, mechanizmy/instrumenty terytorialne, preferencje i warunki realizacji projektów) należy kontynuować w nowej perspektywie finansowej 2021-2027, z uwzględnieniem zmieniającego się kontekstu warunków zewnętrznych (w tym zmieniających się uwarunkowań prawnych, społecznych, ekonomicznych), ze szczególnym odniesieniem się do obecnej sytuacji epidemicznej w kraju? Które kierunki wsparcia należy rekomendować by zmniejszyć skutki obecnej epidemii i minimalizować ryzyko epidemii w przyszłości?
15. Jakie zagadnienia (biorąc pod uwagę definicje wskaźników, sposób pomiaru, trafność wskaźników) należy wziąć pod uwagę przy programowaniu systemu monitorowania przedmiotowego wsparcia w perspektywie finansowej 2021-2027?
16. Czy istnieją nowe obszary/zakresy, które wymagają objęcia wsparciem Programu w perspektywie 2021+ i jak należałoby je ewentualnie ukierunkować (preferencje, typy projektów, tryb wyboru, sposób finansowania, warunki realizacji, instrumenty terytorialne, inne instrumenty zgodnie z projektami Rozporządzeń na lata 2021-2027)?
17. Jakie dobre praktyki w zakresie wdrażania projektów można wyróżnić w celu zastosowania ich rozwiązań w ramach RPO WSL 2021-2027?
18. Jak kształtuje się wewnętrzne zróżnicowanie terytorialne (tj. odnoszące się do poziomu gminnego i/lub powiatowego, a więc niższego niż poziom województwa oraz subregionów): (a) zrealizowanej interwencji stanowiącej przedmiot ewaluacji, (b) obecnej sytuacji i występujących potrzeb oraz kierunków wsparcia w zakresie poprawy dostępności usług społecznych i usług społecznych i zdrowotnych oraz systemu ochrony zdrowia?

Opis zastosowanej metodologii oraz źródeł informacji wykorzystywanych w badaniu

Poniżej przedstawiono szczegółowy opis zastosowanej metodologii oraz źródeł informacji wykorzystywanych w badaniu.

Analiza danych zastanych (Desk research)

W ramach analizy danych zastanych zastosowany został dobór celowy, polegający na włączeniu w zakres analiz wszystkich danych, które okazały się przydatne z perspektywy celu badania. W toku analizy desk research zastosowany został także dobór metodą „kuli śniegowej” (*snowball sampling*). W zależności od charakteru, wykorzystane dane zostały poddane analizie jakościowej lub analizie statystycznej. Szczegółowy wykaz materiałów poddanych analizie został zamieszczony w aneksie „Wykaz dokumentów, które podlegały analizie”.

Wywiady IDI

W ramach wywiadów jakościowych z przedstawicielami IZ (Instytucja Zarządzająca) i IP (Instytucja Pośrednicząca) RPO WSL oraz ROPS (Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej) w Katowicach zastosowany został dobór celowy.

W przypadku IZ przeprowadzonych zostało 9 wywiadów IDI (Indywidualny wywiad pogłębiony) (w ramach: Departamentu Rozwoju Regionalnego, Departamentu Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz Departamentu Europejskiego Funduszu Społecznego), natomiast po 1 wywiadzie przeprowadzono w IP RPO WSL i ROPS w Katowicach.

Łącznie przeprowadzono 11 wywiadów IDI.

Wywiady eksperckie

W ramach techniki wywiadów eksperckich zastosowany został dobór celowy, którego założonym efektem była realizacja wywiadów z osobami posiadającymi szeroką wiedzę i doświadczenie związane z przedmiotem badania. Wywiady przeprowadzono w ramach trzech grup:

1. Przedstawiciele organizacji zrzeszających podmioty działających w obszarze wsparcia społecznego i ochrony zdrowia (Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej, Wojewódzka Społeczna Rada do spraw Osób Niepełnosprawnych, Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Województwa Śląskiego "Porozumienie Zielonogórskie", Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej),
2. Pracownicy instytucji administracji publicznej realizujących działania w zakresie organizacji wsparcia społecznego i ochrony zdrowia (Urząd Marszałkowski Woj. Śląskiego, Śląski Urząd Wojewódzki),
3. Pracownicy naukowcy (Uniwersytet Śląski, Śląski Uniwersytet Medyczny).

Łącznie przeprowadzono 14 wywiadów eksperckich.

Badanie Mixed-mode

Badanie w schemacie Mixed-mode zostało zastosowane w stosunku do beneficjentów oraz instytucji objętych wsparciem. Poniżej przedstawiono szczegóły związane z doбором próby i realizacją obu komponentów badania mixed-mode.

Beneficjenci

Badaniem zostali objęci unikalni beneficjenci projektów rozliczonych oraz beneficjenci, których umowy zostały rozwiązane. Populacja beneficjentów niepowtarzających się na poziomie Poddziałania wynosiła 331 podmiotów. Zastosowany został dobór zupełny, przy czym w praktyce miał on charakter quasi-zupełny.

Wykonawca zagwarantował realizację badania wśród co najmniej 60% beneficjentów należących do populacji, w przypadku których dysponował poprawnymi danymi kontaktowymi. Dla populacji 331 podmiotów minimalna wielkość próby wynosiła 199 podmiotów. Ostatecznie uzyskano 252 wypełnione ankiety.

Tabela 1. Struktura próby w badaniu beneficjentów

Poddziałanie / Działanie	Liczba ankiet
Poddziałanie 9.1.3	1
Poddziałanie 9.1.5	44
Poddziałanie 9.1.6	29
Poddziałanie 9.2.1	17
Poddziałanie 9.2.2	14
Poddziałanie 9.2.3	2
Poddziałanie 9.2.4	8
Poddziałanie 9.2.5	28
Poddziałanie 9.2.6	29
Poddziałanie 9.2.7	1
Poddziałanie 9.3.1	6
Poddziałanie 9.3.2	1
Działanie 10.1	32
Poddziałanie 10.2.1	19
Poddziałanie 10.2.2	16
Poddziałanie 10.2.3	2
Poddziałanie 10.2.4	3
RAZEM	252

Źródło: opracowanie własne

Instytucje objęte wsparciem

W ramach badania instytucji objętych wsparciem zastosowany został dobór losowo-warstwowy nieproporcjonalny, którego warstwy tworzyły Działania, w ramach których otrzymano wsparcie. Dobór miał charakter nieproporcjonalny w stosunku do struktury populacji pod względem przynależności do Działania, co miało na celu zwiększenie możliwości wnioskowania o sytuacji w mniej licznych Działaniach. Założona wielkość próby wynosiła 327 ankiet, co pozwoliło na wnioskowanie obarczone niskim błędem szacunku na poziomie 5% (przy wielkości populacji 2454 instytucji¹ (niepowtarzających się na poziomie Poddziałań), poziomie ufności 0,95 oraz wielkości frakcji 0,5). Ostateczna wielkość próby wyniosła 397 ankiet, co jednak nie wpłynęło na wielkość błędu szacunku.

W poniższej tabeli przedstawiono strukturę zrealizowanej próby.

Tabela 2. Struktura próby w badaniu instytucji objętych wsparciem

Poddziałanie	Liczba ankiet
Poddziałanie 9.1.3	2
Poddziałanie 9.2.1	16
Poddziałanie 9.2.2	7
Poddziałanie 9.2.3	0
Poddziałanie 9.2.4	1
Poddziałanie 9.2.5	1
Poddziałanie 9.2.6	19
Poddziałanie 9.2.7	27
Poddziałanie 9.2.8	21
Poddziałanie 9.3.1	237
Poddziałanie 9.3.2	66
RAZEM	397

Źródło: opracowanie własne

Wywiady CATI z uczestnikami

W ramach badania uczestników zastosowany został dobór losowo-warstwowy nieproporcjonalny, którego warstwy tworzyły Działania/Poddziałania, w ramach których otrzymano wsparcie. Dobór miał charakter nieproporcjonalny w stosunku do struktury populacji pod względem przynależności do Działania/Poddziałania, co miało na celu zwiększenie możliwości wnioskowania o sytuacji w mniej licznych Działaniach/Poddziałaniach. Wielkość próby wyniosła 383 ankiety, co pozwoliło na wnioskowanie obarczone niskim błędem szacunku na poziomie 5% (przy wielkości populacji

¹ Na podstawie danych PEFS (Podsystem Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego) przekazanych przez Zamawiającego; stan na 27.04.2021.

70 290 uczestników², poziomie ufności 0,95 oraz wielkości frakcji 0,5). W poniższej tabeli przedstawiono strukturę zrealizowanej próby.

Tabela 3. Struktura próby w badaniu uczestników projektów

Działanie	Liczba ankiet
Działanie 9.1	120
Działanie 9.2	163
Działanie 9.3	100
RAZEM	383

Źródło: opracowanie własne

Studia przypadku

Opracowanych zostało 6 studiów przypadku, zarówno z obszaru usług społecznych, jak i obszaru zdrowia, z jednoczesnym uwzględnieniem zróżnicowanych form wsparcia (Działań). Studia przypadku dotyczyły przykładów projektów szczególnie interesujących ze względu na wysoki poziom skuteczności, ciekawe rozwiązania zastosowane w projekcie oraz podejście do realizacji zasad horyzontalnych.

Studia przypadku opracowano na podstawie wyników badania ilościowego, danych zastanych oraz przeprowadzonych na potrzeby studiów przypadku jakościowych wywiadów uzupełniających.

Analizy eksperckie

Analizy eksperckie objęły swoim zakresem dane dotyczące finansowego i rzeczowego postępu wdrażania pochodzące z wniosków o płatność. Celem analizy było oszacowanie poziomu realizacji wskaźników według stanu na 31.12.2023 r.

W ramach analiz eksperckich i analiz wrażliwości służących predykcji poziomu realizacji wskaźników wykorzystana została **metoda jednorównaniowego modelu ekonometrycznego³ z estymacją parametrów za pomocą Metody Najmniejszych Kwadratów**. Prognozowana na koniec 2023 wartość wskaźnika stanowiła w każdym przypadku sumę trzech składowych:

- Wartości osiągniętych na dzień przekazania danych z wniosków o płatność (stan na 26.04.2021)
- Przewidywanych do osiągnięcia wartości w projektach niezakończonych
- Wartości prognozowanych na podstawie pozostałej wielkości alokacji

Wartości wskaźników, które osiągnięte zostaną w projektach będących w trakcie realizacji (projekty, w których podpisano umowy, ale nie zatwierdzono wniosku o płatność końcową) przewidywano na podstawie pozostałych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników z

² Liczba unikalnych, pełnoletnich uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie z poprawnym numerem telefonu. Na podstawie danych PEFS przekazanych przez Zamawiającego; stan na 27.04.2021.

³ D. Błaszczuk (2006) *Wstęp do prognozowania i symulacji*, Wydawnictwo PWN, Warszawa s. 21.

uwzględnieniem ryzyka braku realizacji wartości docelowych w 100%. Wartość przewidywana obliczana była na podstawie następującego wzoru:

$$W_p = W_{nc} + (W_d - W_c - W_{nc}) \times m_s$$

gdzie:

- w_p - przewidywana wartość wskaźnika
- w_{nc} - wartość wskaźnika sprawozdana w złożonych wnioskach o płatność, które są w toku certyfikacji
- w_d - wartość docelowa wskaźnika zadeklarowana w najbardziej aktualnej umowie o dofinansowanie projektu
- w_c - wartość wskaźnika sprawozdana w certyfikowanych / zatwierdzonych wnioskach o płatność końcową
- m_s - mnożnik skuteczności obliczany na podstawie danych z projektów zakończonych w danym Działaniu jako stosunek sumy wartości osiągniętych wskaźnika do sumy wartości docelowych wskaźnika zadeklarowanych pierwotnie uwzględniając wartości zadeklarowane w umowach rozwiązanych.

Możliwa do osiągnięcia wartość wskaźnika obliczana była na podstawie pozostałej do wykorzystania alokacji, poziomu dofinansowania, prognozowanego kursu euro, prognozowanego wzrostu cen oraz współczynnika β stanowiącego informację ile jednostek wskaźnika można zrealizować za 1 zł wartości projektu. Współczynnik ten obliczany był przy wykorzystaniu **Metody jednorównaniowego modelu ekonometrycznego** na podstawie danych z projektów już zakończonych. W konsekwencji obliczenie wartości prognozowanych poszczególnych wskaźników przebiegało z wykorzystaniem następującego wzoru:

$$W_{prog.} = a \times m_d \times k_{PLN/EUR} \times \beta$$

gdzie:

- $w_{prog.}$ - prognozowana wartość wskaźnika
- a - wielkość alokacji pozostała do wykorzystania wg stanu na dzień przekazania danych (uwzględniając alokację niewykorzystaną z tytułu niepodpisanych umów w naborach rozpoczętych i rozstrzygniętych)
- m_d - mnożnik poziomu dofinansowania (stosunek całkowitej wartości wydatków kwalifikowalnych do wartości dofinansowania w projektach danego typu realizujących dany wskaźnik).
- $k_{PLN/EUR}$ - średnia ważona prognozowanego* kursu PLN (Polski złoty) / EUR (Euro) dla lat w których przewidywane jest przeprowadzenie naborów dla typów projektów realizujących dany wskaźnik, w której wagą jest rozkład alokacji na lata.
- β - współczynnik wydajności alokacji - zmienna wynikająca z analizy ekonometrycznej opartej o informacje z projektów zakończonych.

* prognozowane kursy Euro oraz wartości indeksów cen na podstawie wytycznych MF (Ministerstwo Finansów)

Wywiad grupowy (FGI)

W ramach niniejszej ewaluacji przeprowadzony został wywiad grupowy podsumowujący wyniki badań i prezentujący rekomendacje. Jego uczestnikami byli przedstawiciele IZ i IP RPO WSL. Zastosowany został dobór celowy polegający na zapraszaniu do udziału w warsztacie / wywiadzie osób posiadających szeroką wiedzę i doświadczenie w zakresie wsparcia w dziedzinie usług społecznych i zdrowotnych.

Opis wyników badania

W niniejszej – zasadniczej – części raportu zostały przedstawione wyniki analiz przeprowadzonych w odniesieniu do poszczególnych obszarów badawczych.

Ocena dotychczasowych efektów wsparcia zaplanowanego w ramach PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL

W poniższym podrozdziale została przeprowadzona ocena dotychczasowych efektów wsparcia zaplanowanego w ramach następujących obszarów interwencji: PI 9i Cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL. Rzeczona ocena została dokonana z uwzględnieniem takich aspektów jak: skuteczność udzielonego wsparcia, skuteczność projektów realizowanych w formule ZIT/RIT, identyfikacja dodatkowych efektów udzielonego wsparcia, efektywność udzielonego wsparcia, jego trwałość oraz niezbędność udzielonego wsparcia dla osiągnięcia celów i efektów uzyskanych w projektach. Uzupełnieniem poniższego opisu są schematy obrazujące logikę ewaluowanej interwencji – zostały one zamieszczone w aneksie do raportu.

Nim przejdziemy do analizy skuteczności ewaluowanego wsparcia w ramach ww. obszarów problemowych, istotne (także dla kolejnych części raportu i obszarów problemowych całości prowadzonych w ewaluacji analiz) jest scharakteryzowanie interwencji będącej przedmiotem badania. W tym celu, na podstawie dokumentów programowych dokonano odtworzenia logiki interwencji w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych, które znalazły swoje odzwierciedlenie w Działaniach / Poddziałaniach wyodrębnionych w RPO WSL 2014-2020.

Odtworzenia logiki interwencji dokonano wg algorytmu analitycznego, który opisano w kolejnych zdaniach. Wychodząc od ogólnego celu interwencji Regionalnych Programów Operacyjnych oraz celu RPO WSL 2014-2020 zidentyfikowano cele poszczególnych Osi Priorytetowych, a w ich ramach – Priorytetów Inwestycyjnych, które stanowią przedmiot prowadzonej ewaluacji. Kolejnym krokiem było powiązanie poszczególnych elementów logicznych interwencji zaprojektowanej w ramach analizowanych Działań / Poddziałań, tj. odnoszących się do nich: wyzwań, celu, grup docelowych, typów projektów oraz wskaźników stanowiących narzędzie pomiaru realizacji przez wyodrębnione typy projektów celów, które odzwierciedlają zdiagnozowane wyzwania oraz problemy / deficyty grup docelowych.

W pierwszej kolejności przedstawiono szczegółową logikę interwencji dotyczącą następujących Poddziałań, które w ramach OP IX realizują cele i założenia PI 9i:

- Poddziałanie 9.1.3 - Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – OSI,
- Poddziałanie 9.1.5 - Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – konkurs,
- Poddziałanie 9.1.6 - Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – projekty OPS (Ośrodek Pomocy Społecznej) i PCPR (Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie).

Diagnozy prowadzone na potrzeby RPO WSL 2014-2020 wykazywały, że województwo śląskie niewystarczająco wykorzystywało zasoby regionalnego rynku pracy i jednocześnie posiadało niski wskaźnik zatrudnienia grup defaworyzowanych. Obserwowany był ogólny wzrost wskaźnika stopy bezrobocia oraz relatywnie częste zjawisko długotrwałego

bezrobocia, zwłaszcza wśród kobiet. Diagnoza RPO WSL 2014-2020 identyfikowała systematyczny wzrost o 1,9% wskaźnika stopy bezrobocia od roku 2009 do roku 2013 – jednocześnie na dzień 31.12.2013 r. 53% zarejestrowanych bezrobotnych stanowiły kobiety. Niewykorzystany potencjał był identyfikowany wśród osób z niepełnosprawnością – współczynnik ich aktywności zawodowej był stosunkowo niski (w roku 2013 wynosił 18,8% dla osób w wieku 16-64. Oceniało się, że niewystarczający jest poziom adaptacyjności przedsiębiorstw, w tym zwłaszcza sektora MŚP (Sektor małych i średnich przedsiębiorstw). Z przeprowadzonych diagnoz wynikało, że istniały problemy poszczególnych grup na rynku pracy, ale z drugiej strony istniał również niewykorzystany w województwie potencjał zatrudnieniowy. Obszar wsparcia osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem również wymagał działań naprawczych. Wśród wyzwań pojawiały się problemy występowania niedoborów w zakresie liczebności poszczególnych typów ośrodków wsparcia (takich jak mieszkania chronione, DPS (Dom Pomocy Społecznej), KIS (Klub Integracji Społecznej) czy ŚDS (Środowiskowy Dom Samopomocy)), wzrastający popyt na usługi opiekuńcze związane ze starzeniem się społeczeństwa oraz wysokie wskaźniki skrajnego ubóstwa w miastach.

W odpowiedzi na scharakteryzowane powyżej problemy i wyzwania cel projektów wybieranych w ramach Poddziałania 9.1.3 (skierowanego do Obszarów Strategicznej Interwencji), 9.1.5 (prowadzonego w trybie konkursowym) oraz 9.1.6 (skierowanego do wsparcia Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie i Ośrodków Pomocy Społecznej) zdefiniowano przede wszystkim jako zwiększenie zdolności do zatrudnienia osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz wzmocnienie aktywności społecznej i zawodowej społeczności lokalnych zamieszkujących obszary zdegradowane i peryferyjne.

Sposób realizacji celów Poddziałania 9.1.3, 9.1.5 oraz 9.1.6 został zoperacjonalizowany poprzez określenie grup docelowych i typów projektów, które mogą otrzymać wsparcie w ramach RPO WSL 2014-2020. Jeśli chodzi o grupy docelowe, to projekty wybierane w Poddziałaniach 9.1.3, 9.1.5 i 9.1.6 w założeniu wspierają zarówno osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz otoczenie tych osób, jak i społeczności lokalne zamieszkujące obszary zdegradowane i peryferyjne, w tym w szczególności osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz otoczenie tych osób.

W odniesieniu do typów projektów przewidziano, że w ramach tych Poddziałania istnieje możliwość dofinansowania przedsięwzięć zakładających kompleksowe działania na rzecz integracji osób, rodzin, grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym, zapewniających wsparcie społeczno-zawodowe poprzez wykorzystanie potencjału podmiotów reintegracyjnych, zapewniających wsparcie dla tworzenia nowych podmiotów w ramach, których prowadzona będzie aktywizacja społeczno-zawodowa, integracja społeczno-zawodowa osób z niepełnosprawnościami oraz aktywizacja skierowana do osób już usamodzielnianych.

Spodziewane efekty projektów realizowanych w ramach Poddziałania 9.1.3, 9.1.5 oraz 9.1.6 zostały ujęte we wskaźnikach rezultatu oraz produktu. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego odnoszą się przede wszystkim do kwestii wsparcia osób wykluczonych oraz aktywizacji zawodowej: uzyskania kwalifikacji lub nabywania kompetencji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poprzez ich uczestnictwo w kształceniu i szkoleniach oraz wsparcie w poszukiwaniu i znajdowaniu przez niezatrudnienia. Natomiast, wskaźniki produktu odnoszą się do kwestii wsparcia osób wykluczonych: zwiększania liczby objętych wsparciem w programie osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz osób niepełnosprawnych i zwiększania liczby środowisk objętych programami aktywności lokalnej.

Biorąc pod uwagę, że celem omawianych Poddziałania było wsparcie osób doświadczających trudności w poruszaniu się na rynku pracy oraz wsparcie osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, można stwierdzić występowanie adekwatności środków do zamierzonych celów. Mimo, że istnieje stosunkowo dużo poszczególnych grup wymagających wsparcia w obu powyższych obszarach (grupami tymi są np. osoby z niepełnosprawnością, zamieszkujący obszary zdegradowane i peryferyjne czy osoby ubogie), to stosowane w Poddziałaniach typy projektów czy wskaźniki odnoszą się do wszystkich tych grup. Wszystkie trzy omawiane Poddziałania stanowią adekwatną odpowiedź na wyzwania określone w Priorytecie Inwestycyjnym 9i

Poniżej przedstawiono szczegółową logikę interwencji dotyczącą Działania 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, które w ramach OP IX realizuje cele i założenia PI 9iv.

Konstrukcja Działania 9.2 wynikała z wielu potrzeb zawartych w diagnozach RPO, głównie tych związanych z niedoborami usług społecznych i zdrowotnych. Dostrzeżone zostały wysokie wartości wskaźników ubóstwa w miastach, niski udział podmiotów niepublicznych w świadczeniu usług społecznych oraz ogólne niedobory w zakresie liczby jednostek wsparcia osób wykluczonych (np. KIS czy mieszkania chronione), rosnące zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze (zwłaszcza te związane ze wzrostem liczby osób w podeszłym wieku). W diagnozach zidentyfikowano też duże zapotrzebowanie na aktywizację osób z niepełnosprawnościami.

W zakresie zdrowia, problemy wydawały się jeszcze bardziej złożone, bowiem każda grupa wiekowa województwa była według szacunków pod niedostateczną opieką w zakresie ochrony zdrowia, co sprawia, że – ogólnie rzecz ujmując – świadczy o tym, że region zmagają się z niewystarczającym dostępem do usług medycznych. Zidentyfikowana została stosunkowo wysoka zapadalność na choroby zawodowe (co piąta osoba pracowała w warunkach zagrożenia życia), postępujące starzenie się społeczeństwa regionu, czy gorszy na tle kraju stan zdrowia dzieci i młodzieży, w tym wysoki odsetek umieralności noworodków. Dzieci i młodzież stosunkowo często cierpiały na zniekształcenie kręgosłupa, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka, alergie, czy otyłość. Mieszkańcy województwa śląskiego, na tle reszty kraju zmagali się często z chorobami układu krążenia, układu trawiennego czy z gruźlicą. Pomimo, że infrastruktura w zakresie specjalistycznych usług medycznych rozwijała się, wciąż występowały dysproporcje subregionalne w tym zakresie. Placówki medyczne posiadały przestarzały sprzęt, a działania promujące zdrowy tryb życia były zbyt mało zauważalne.

W związku z tymi licznymi wyzwaniami, dla Działania 9.2 sformułowano określone cele – projekty tego Działania miały doprowadzić do wzrostu dostępności i jakości usług społecznych zapobiegających ubóstwu i wykluczeniu społecznemu oraz do wzrostu dostępu do usług zdrowotnych. Liczne grupy docelowe dobrane jako beneficjenci ostateczni Działania 9.2, zawierają w sobie przede wszystkim takie kategorie jak: osoby wykluczone lub zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenie, rodziny zastępcze oraz kandydaci na rodziny zastępcze, podmioty realizujące usługi społeczne lub zdrowotne i osoby wspierane w zakresie ochrony zdrowia, czyli: kobiety w ciąży, dzieci oraz młodzież. Zaznaczono w Działaniu również istotność wspierania osób dotkniętych lub zagrożonych skutkami epidemii wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2 (choroba koronawirusowa).

Aby udało się zrealizować powyższe cele oraz wesprzeć powyższe grupy docelowe, dobrane zostały odpowiednie typy projektów, na które wnioskodawcy mogli otrzymać dofinansowanie. Wśród nich znalazły się projekty mające prowadzić działania w zakresie podniesienia jakości i dostępności usług wsparcia rodziny oraz pieczy zastępczej, wspierające proces

deinstytucjonalizacji, działania na rzecz rozwoju usług opiekuńczych, działania w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, na rzecz rozwoju środowiskowych form usług społecznych, działania na rzecz rozwoju usług mieszkalnictwa wspomaganego czy działania na rzecz rozwoju środowiskowych form usług społecznych świadczonych w ośrodkach wsparcia. W zakresie zdrowia docelowo przewidziano również selekcję projektów wdrażających regionalne programy zdrowotne, czy mające na celu ograniczanie negatywnego wpływu wystąpienia COVID-19.

Efekty końcowe wybranych projektów w Działaniu 9.2, są odzwierciedlone we wskaźnikach rezultatu bezpośredniego oraz produktu. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego skupiały się na liczbach wspartych miejsc świadczenia usług społecznych i zdrowotnych, liczbach osób wymagających wsparcia (zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym), osobach które ze wsparcia skorzystały czy liczbach powstałych nowych placówek świadczenia usług społecznych, opiekuńczych i zdrowotnych. Poza tym wskaźniki produktu odnosiły się do liczebności osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi, opiekuńczymi i zdrowotnymi, liczebności powstałych i wspartych podmiotów zajmujących się świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych czy objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19.

Zarówno cele, jak i sposób ich realizacji, mają w Działaniu 9.2 charakter złożony i wieloaspektowy. Sama w sobie tematyka, czyli wsparcie usług społecznych i zdrowotnych należy do obszernych zagadnień oddziaływania interwencji publicznych i zwykle wymagających usprawnień w celu wyeliminowania istniejących deficytów lub poprawy jakości świadczonych usług. Mimo tak przedstawionego zapotrzebowania na wsparcie, poszczególne narzędzia w postaci wskaźników, typów projektów czy grup docelowych tych projektów zostały przygotowane poprawnie i adekwatnie. Oczywiście, pamiętać należy, że interwencja współfinansowana w ramach RPO WSL 2014-2020 nie może w sposób całościowy rozwiązać problemów dotyczących usług społecznych i zdrowotnych, co wynika nie tylko z ograniczonej puli środków finansowych w ramach Programu, ale także stanowi odzwierciedlenie stanu prawnego, który nie pozwala na finansowanie w ramach tej interwencji całości działań związanych ze świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych. Jednocześnie, nie należy oczekiwać, by ewaluowana interwencja mogła stanowić jedno narzędzie rozwiązania takich problemów jak: starzenie się społeczeństwa, postęp chorób cywilizacyjnych, czy występowanie problemu ubóstwa. Niemniej jednak, sposób zaprojektowania Działania 9.2 pozwala stwierdzić, iż stanowi ono adekwatne narzędzie realizacji celu jakim jest zapewnienie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych odpowiedniej jakości.

Poniżej przedstawiono szczegółową logikę interwencji dotyczącą Działania 9.3 Rozwój ekonomii społecznej w regionie, które w ramach OP IX realizuje cele i założenia PI 9v.

Wspieranie idei ekonomii społecznej jest jedną z odpowiedzi na zidentyfikowane w województwie śląskim problemy, takie jak bezrobocie, ubóstwo czy brak partycypacji społecznej i zawodowej osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem. Zauważono, że wzrasta zapotrzebowanie na nowe podmioty ekonomii społecznej oraz rozwój działalności już istniejących (poprzez poszerzanie kadr czy podnoszenie ich kwalifikacji). W niwelowaniu problemów takich jak ubóstwo i wykluczenie w danym regionie, często relatywnie dużą pomocą okazują się być podmioty takie jak organizacje pozarządowe, czy inne podmioty pożytku publicznego. Cel Działania 9.3, które jest odpowiedzią na te potrzeby, został określony dość zwięźle jako: wzrost liczby i stabilności miejsc pracy w sektorze ekonomii społecznej w regionie. Mimo tego lista potencjalnych grup docelowych projektów Działania jest szeroka i obejmuje ona osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,

podmioty ekonomii społecznej, ich pracowników i partnerów gospodarczych, podmioty pożytku publicznego, wolontariuszy, instytucje pomocy i integracji społecznej, czy jednostki samorządu terytorialnego.

Aby powyższe cele mogły być zrealizowane, a poszczególne grupy objęte wsparciem, w Działaniu określone zostały typy projektów oraz wskaźniki konsekwentnie zapewniające odpowiednie wyniki ich pracy. W Działaniu 9.3 wnioskodawcy mogli składać projekty, w których świadczone były usługi wspierające podmioty ekonomii społecznej (doradcze, edukacyjne i biznesowe), czy podnoszące kwalifikacje ich pracowników. Poza pomocą dla istniejących podmiotów ekonomii społecznej, zaplanowano także dofinansowania projektów wspierających powstawanie nowych przedsiębiorstw społecznych i wsparcie funkcjonujących przedsiębiorstw w tworzeniu dodatkowych miejsc pracy. Na poziomie lokalnym miały być wspierane organizacje obywatelskie i partycypacji społecznej oraz usług inkubacyjnych czy wszelkie inicjatywy rozwijające przedsiębiorczość społeczną. Należy dodać, że w ramach Poddziałania 9.3.2 typy projektów (koordynacja rozwoju ekonomii społecznej) były dedykowane pozakonkursowym projektom ROPS.

Wskaźniki przygotowane dla Działania 9.3 wymagały od projektów utworzenia określonych ilości miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych, osób pracujących po skorzystaniu ze wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, czy danej liczby pakietów rekomendacji dotyczących obszaru ekonomii społecznej, które zostały wdrożone na poziomie minimum 60% (wskaźnik dotyczący Poddziałania 9.3.2, dedykowanego projektom ROPS). Ponadto jako efekty końcowe Działania 9.3 miały być zauważalne odpowiednie liczby: osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem, wspartych podmiotów ekonomii społecznej, opracowanych pakietów rekomendacji dotyczących obszaru ekonomii społecznej czy nowych inicjatyw ekonomii społecznej. Wśród wskaźników produktu pojawiały się również wskaźniki dotyczące przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19.

Podsumowując założenia Działania 9.3 należy stwierdzić, że powiązanie między potrzebami w obszarze ekonomii społecznej w województwie śląskim, a typami projektów, wybranymi grupami docelowymi i wskaźnikami jest logiczne i spójne. Wsparcie mocno skupione jest na pomocy istniejących podmiotów ekonomii społecznej oraz na tworzeniu impulsu do powstawania nowych tego typu podmiotów – podmioty te z kolei identyfikowane są jako narzędzie w niwelowaniu problemów takich jak ubóstwo, czy wykluczenie społeczne.

W dalszej części przedstawiono logikę interwencji Priorytetu Inwestycyjnego 9a, w ramach Osi Priorytetowej X RPO WSL 2014-2020, odnosząc się do logiki interwencji dotyczącej Działania 10.1 Infrastruktura ochrony zdrowia oraz Działania 10.2 Infrastruktura Rozwój mieszkalnictwa socjalnego, wspomaganego i chronionego oraz infrastruktury usług społecznych, które w ramach OP X realizują cele i założenia PI 9A.

Działanie 10.1 w całości skupia się na poprawie infrastruktury ochrony zdrowia. Jest to Działanie finansowane ze środków EFRR, które w założeniu ma odnosić się do wyzwań obszaru ochrony zdrowia województwa śląskiego, takich jak dostępność do świadczeń medycznych dla osób wykluczonych, walka ze skutkami pandemii COVID-19 czy przestarzała lub w ogóle brak odpowiedniej infrastruktury medycznej. Ten ostatni punkt jest relatywnie szeroki i m.in. składają się na niego potrzeby w postaci wymiany przestarzałego sprzętu, zmiany i/lub rozbudowy warunków lokalowych czy wprowadzania rozwiązań teleinformatycznych.

Na podstawie tych potrzeb określono cele, które otwiera cel ogólnego zwiększenia dostępności i jakości świadczeń medycznych. Z tego celu wywodzą się cele pozostałe, bardziej szczegółowe, takie jak walka z pandemią COVID-19, budowa, rozbudowa oraz remont infrastruktury medycznej, wymiana i zakup nowego sprzętu medycznego czy wprowadzanie nowoczesnych technologii teleinformatycznych. Jako docelowi beneficjenci tych działań dobrane zostały przede wszystkim osoby z grupami chorób, które zostały zidentyfikowane jako istotne przyczyny dezaktywizacji, osoby szczególnie narażone na problemy zdrowotne, a więc osoby starsze, matki z dziećmi, osoby narażone na skutki pandemii COVID-19 czy osoby wykluczone.

Do realizacji wyznaczonych celów Działania 10.1, wskazano do realizacji typy projektów inwestycyjnych ukierunkowane na poprawę jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia, zakładające przebudowę infrastruktury medycznej oraz wprowadzające do użytku nowe technologie i sprzęt medyczny oraz wspierający pomoc osobom potrzebującym opieki medycznej (np. teleporady, technologie e-zdrowia). Wskaźniki produktu w ramach niniejszego Działania skupiają się głównie na liczebnościach zakupionego sprzętu, wspartych podmiotów leczniczych, ludności objętej ulepszonymi usługami zdrowotnymi, wydatkach na aparaty medyczne oraz walką z pandemią COVID-19.

Zarówno cele, jak i ich realizacja w Działaniu 10.1 są jasno sformułowane. Wybierane projekty mają przede wszystkim odnawiać istniejącą i budować nową infrastrukturę opieki zdrowotnej w województwie śląskim, umożliwiać wymianę sprzętu medycznego na nowoczesny oraz wprowadzać nowe technologie teleinformatyczne. Biorąc pod uwagę obszar wsparcia tego Działania stosunkowo często pojawiają się kwestie pandemii COVID-19 i tego jak wybierane projekty mają jej przeciwdziałać oraz zwalczać jej skutki.

Jak wynika z przeprowadzonych diagnoz, w województwie śląskim występuje zapotrzebowanie na różne środki wspierania osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem, wśród których znajdują się inicjatywy takie jak mieszkalnictwo socjalne, wspomagane i chronione. Ponadto istnieje stała potrzeba ogólnego rozwoju infrastruktury usług społecznych. Działanie 10.2, które stanowi odpowiedź na te potrzeby ma na celu tak rozdysponować istniejące zasoby wsparcia żeby przede wszystkim zwiększyć dostęp do usług społecznych dla osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem oraz polepszyć stan istniejących mieszkań socjalnych (o najmie socjalnym), chronionych i wspomaganych i zwiększyć ich liczebność.

Do grup docelowych, do których ma trafiać wsparcie przewidziane w Działaniu można zaliczyć po pierwsze samych beneficjentów ostatecznych (m.in. osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które potrzebują opieki społecznej), a po drugie podmioty, które tym wsparciem zajmują się na co dzień (m.in. NGO (Organizacja pozarządowa), JST (Jednostka Samorządu Terytorialnego), spółdzielnie mieszkaniowe).

W Działaniu wybierane są zatem projekty inwestycyjne tworzące nowe miejsca wsparcia oraz polepszające stan tych już istniejących. Wskaźniki dotyczące niniejszego Działania jednoznacznie operacjonalizują oczekiwane efekty interwencji odnosząc się do: zwiększenia liczby osób korzystających ze wspartej infrastruktury oraz zwiększenia liczby nowo utworzonych mieszkań i przebudowanych/wybudowanych obiektów (za wyjątkiem budowy nowych obiektów), w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej .

Przygotowana i wdrażana logika Działania 10.2 jest stosunkowo prosta i spójna. W województwie śląskim występuje zapotrzebowanie na usługi aktywizacji społeczno-zawodowej oraz mieszkania socjalne (o najmie socjalnym), chronione i wspomagane.

Zarówno typy projektów, grupy docelowe i wskaźniki tego Działania kierunkują wsparcie na poprawę sytuacji osób, których dotyczy wspomniane zapotrzebowanie.

Podsumowując powyższą charakterystykę ewaluowanego wsparcia, stwierdzić należy, że w kontekście sformułowanych na potrzeby RPO WSL 2014-2020 diagnoz, zaprojektowana interwencja stanowi adekwatne narzędzie realizacji celów określonych w Programie i odnoszących się do poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych, które przypisano do Działań / Poddziałań stanowiących przedmiot ewaluacji. W dalszej części niniejszego rozdziału interwencja ta zostanie oceniona w ramach wyodrębnionych wymiarów, w tym przede wszystkim skuteczności, efektywności i trwałości.

Skuteczność udzielonego wsparcia

Zgodnie z przyjętymi założeniami ocena skuteczności udzielonego wsparcia została przeprowadzona w trzech wymiarach. Pierwszy dotyczy analizy sytuacji woj. śląskiego w ramach poszczególnych obszarów interwencji wyróżnionych poprzez Priorytety Inwestycyjne poddane analizie w ramach niniejszej ewaluacji. Wymiar drugi dotyczy oceny stopnia realizacji wskaźników przypisanych do analizowanych Działań RPO WSL 2014-2020. Z kolei trzeci wymiar dotyczy efektów wsparcia identyfikowanych przez poszczególne kategorie interesariuszy.

Poniżej przedstawiono najważniejsze wnioski z analizy sytuacji woj. śląskiego, która została przeprowadzona z wykorzystaniem dobranych celowo wskaźników z zasobów Polskiej Statystyki Publicznej⁴. Analiza została przeprowadzona w odniesieniu do poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych i każdorazowo jej podsumowaniem jest ogólna ocena sytuacji w woj. śląskim, w odniesieniu do obszaru problemowego wyznaczonego przez zakres tematyczny danego Priorytetu Inwestycyjnego. W podsumowaniu analiz bazujących na wskaźnikach dot. zakresu merytorycznego każdego PI uwzględniono także wnioski zawarte w raportach / analizach zbieżnych z zakresem tematycznym danego PI, co pozwoliło poszerzyć analizę skuteczności realizacji celów interwencji. Wykorzystano w tym przypadku następujące opracowania: *GUS - Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej*, *GUS - Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną*, *ROPS w Katowicach - Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie śląskim*, *Analiza sytuacji społeczno-ekonomicznej województwa śląskiego w obszarach oddziaływania Europejskiego Funduszu Społecznego w latach 2007-2015 oraz w latach 2015-2018*, *Dzienne domy opieki medycznej w województwie śląskim*, *Mapa potrzeb zdrowotnych*, *Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej - Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach*, *Charakterystyka województwa śląskiego w ujęciu demograficznym - Regionalne Centrum Analiz i Planowania Strategicznego*, *Raport o stanie województwa za 2020 rok - Regionalne Centrum Analiz i Planowania Strategicznego*, *Raport o stanie ekonomii społecznej w województwie śląskim w 2019 roku*.

⁴ Szczegółowe zestawienie analizowanych danych zostało zawarte w aneksie tabelarycznym stanowiącym załącznik do niniejszego raportu. Źródła danych (jak w aneksie tabelarycznym): GUS (Główny Urząd Statystyczny); GUS-BDL (Główny Urząd Statystyczny-Bank Danych Lokalnych); Raport MPiPS-03 (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej); Raport MPiPS-05; Raport Statystyczny ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych); Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych; ROPS; NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia); Strateg

Priorytet Inwestycyjny 9i

1. Struktura populacji rodzin, którym na podstawie decyzji przyznano pomoc wg przyczyn

Zarówno w Polsce jako całości jak i w województwie śląskim w latach 2014-2019 co roku malała liczba rodzin, którym na podstawie decyzji przyznawana była pomoc. Między rokiem 2014, a 2015 liczba takich rodzin spadła w województwie o 1/3 (33,8%), a w Polsce ogółem o nieco mniej niż 1/3 (31,5%). Ze względu na określone powody przyznawania pomocy w województwie śląskim⁵ zwykle tendencja liczby rodzin wspieranych była spadkowa. Wyjątkiem były kategorie „potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi”, która między rokiem 2014, a 2018 obejmowała jedynie parę rodzin, a w roku 2019 obejmowała już 42 rodziny oraz „sytuacja kryzysowa”, która w analizowanym okresie wzrosła o 1,3%. Największy spadek ilości rodzin, którym na podstawie decyzji przyznano pomoc udało się osiągnąć wśród rodzin, które otrzymywały pomoc z powodu „bezrobocia” – spadek ten wyniósł ponad połowę (58,9%) między 2014, a 2019 rokiem⁶.

Struktura populacji rodzin, którym na podstawie decyzji przyznano pomoc zarówno w województwie śląskim jak i w Polsce zauważalnie maleje i to w przypadku zdecydowanej większości sytuacji problemowych.

2. Osoby, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej na 10 tys. ludności

We wszystkich województwach w latach 2014-2019 liczba osób, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej spadała i to stosunkowo dynamicznie. Pośród pozostałych regionów Polski śląskie w 2019 roku było regionem, w którym proporcjonalnie na 10 tys. ludności przyznawano świadczenia pomocy społecznej najmniejszej liczbie (222) osób. Dla kontrastu można podać województwo warmińsko-mazurskie, w którym świadczenia te w rzeczonym roku były przyznane ponad dwa razy większej liczbie (543) osób. W śląskim między rokiem 2014, a 2019 liczba osób, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej zmniejszyła się o 2/5 (39,5%).

Jak wynika z analizowanych danych obserwowane jest stosunkowo silne umniejszenie ilości przyznawanych świadczeń pomocy społecznej nie tylko w województwie śląskim, ale i w całym kraju.

3. Przeciętny dochód rozporządzalny w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym

W porównaniu do pozostałych województw, przeciętny dochód rozporządzalny w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym w województwie śląskim już w roku 2014 był stosunkowo wysoki (1382 zł). Przez sześć kolejnych lat wzrósł o ponad 1/3 (37,3%) i uplasował województwo na 3 miejscu (z wynikiem 1897 zł). Wyższy wynik tego wskaźnika wykazywały tylko województwa dolnośląskie (1955 zł) oraz mazowieckie (2108 zł).

⁵ Wszystkie powody przyznania pomocy obejmowały: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, potrzebę ochrony macierzyństwa, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwałą lub ciężką chorobę, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, przemoc w rodzinie, potrzebę ochrony ofiar handlu ludźmi, alkoholizm, narkomanię, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, trudności w integracji osób które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, zdarzenie losowe, sytuację kryzysową, klęskę żywiołową lub ekologiczną.

⁶ W 2020 i 2021 roku istnieje ryzyko zatrzymania się tej tendencji w efekcie pandemii COVID-19, ale nawet jeśli takie oddziaływanie by wystąpiło, to należy domniemywać, że będzie ono mieć charakter okresowy, a nie stały.

Z dostępnych danych wynika, że pod względem dochodów w gospodarstwach domowych śląskie zwykle znajdowało się na wysokiej pozycji, a tendencja wzrostowa pozostaje dla tego wskaźnika znacząca.

4. Kwota świadczeń pomocy społecznej przyznanych decyzją na 10 tys. ludności

Podobnie jak wskaźnik liczby osób, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej kwota świadczeń pomocy społecznej przyznanych decyzją również spada zarówno w skali krajowej oraz w województwie śląskim. Należy dodać iż spadek ten między rokiem 2014, a 2019 jest najsilniej zauważalny właśnie w analizowanym województwie – był on na poziomie 9,8%, podczas gdy średnio w kraju wynosił cztery razy mniej (2,3%). Niektóre regiony w analizowanym okresie odznaczają się wręcz wzrostem kwoty świadczeń. Województwo śląskie znajdowało się w roku 2019 również na ostatnim miejscu województw pod względem wysokości kwoty świadczeń pomocy społecznej przyznanych decyzją (w przeliczeniu na 10 tys. ludności) z wynikiem 668 zł.

Biorąc pod uwagę, że są w Polsce regiony gdzie świadczenia pomocy społecznej wzrastają oraz fakt skrajnej pozycji śląskiego pod względem omawianych wskaźników świadczy o tym, że kierunek zmian w obszarze pomocy społecznej jest zauważalnie silny.

5. Udział osób objętych kontraktami socjalnymi wśród osób, którym przyznano decyzją świadczenia pomocy społecznej

W roku 2019 w województwie śląskim wśród osób, którym decyzją przyznano świadczenia pomocy społecznej prawie co dziesiąta osoba (9,5%) była objęta kontraktem socjalnym. Jest to minimalny wzrost (o 0,8%) w porównaniu z rokiem 2014, ale jednocześnie wskaźnik ten cechuje się z roku na rok raz wzrostem, a raz spadkiem. W porównaniu do pozostałych województw śląskie cechowało się w roku 2019 najwyższym udziałem osób objętych kontraktami socjalnymi wśród osób, którym przyznano decyzją świadczenia pomocy społecznej, przy średniej dla Polski na poziomie 4,9%.

Należy pamiętać, że kontrakt socjalny jest umową, która zawiera konkretny opis problemu i sytuacji życiowej danej osoby/rodziny wraz z opisem działań koniecznych do poradzenia sobie z tym problemem. Nie są wyodrębnione ogólnie konkretne sytuacje, w których powinien zostać zawarty kontrakt socjalny – podjęcie odpowiedniej decyzji o podpisaniu takiego kontraktu wymaga odpowiednich kompetencji i przeanalizowania konkretnej sytuacji przez pracownika socjalnego. Województwo śląskie niezmiennie odznacza się na skalę krajową stosunkowo wysoką wartością powyższego wskaźnika świadczeń pomocy społecznej. Może wynikać to z dużego zapotrzebowania, ale również zainteresowania wsparciem zmierzającym do bardziej skonkretyzowanego wsparcia w przewyższaniu określonych problemów pojawiających się, jednocześnie, np. bezrobocia czy alkoholizmu.

6. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wg minimum egzystencji

Stosunkowo szybko spada w województwie śląskim wskaźnik zagrożenia ubóstwem liczony według minimum egzystencji. W roku 2014 osiągał on poziom 4,7%, a w roku 2019 było to już 2,3%. Wskaźnik ten należy do najniższych w kraju – tylko województwo pomorskie (1,4%) i opolskie (1,3%) zarejestrowały mniejszą skalę wskaźnika w roku 2019. Mimo tych stosunkowo pozytywnych informacji należy dodać, że wskaźnik zagrożenia ubóstwem według minimum egzystencji w omawianym województwie był jeszcze niższy (1,8%) w roku 2017, po czym nastąpił jego nieznaczny wzrost.

W porównaniu do średniej krajowej (4,2%) ostatnie dane dotyczące powyższego wskaźnika ukazują pozytywny obraz województwa śląskiego jako regionu w którym relatywnie szybko zmniejsza się ilość osób zagrożonych ubóstwem.

7. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem wg ustawowej granicy ubóstwa

Wskaźnik zagrożenia ubóstwem liczony według ustawowej granicy ubóstwa podobnie jak w przypadku poprzedniego wskaźnika zagrożenia ubóstwem (liczonego według minimum egzystencji), cechował się w województwie śląskim w latach 2014-2019 tendencją spadkową. W roku 2014 osiągał poziom 8,9%, a w roku 2019 już 5,7%, możliwe, że mamy zatem do czynienia ze spadkiem zagrożonych ubóstwem o ponad 1/3 (36%). Podobnie również jak w przypadku poprzedniego wskaźnika ten należy do najniższych w kraju - znów tylko województwo pomorskie (4,2%) i opolskie (4,3%) zarejestrowały jego mniejszą skalę w roku 2019.

Średnia krajowa dla wskaźnika zagrożenia ubóstwem liczonego według ustawowej granicy ubóstwa wyniosła w roku 2019 9%, a zatem była znacząco wyższa niż w województwie śląskim. Dane dotyczące obu powyższych wskaźników świadczą o zmniejszającej się ilości osób zagrożonych ubóstwem i to stosunkowo mocno w porównaniu do innych województw.

8. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po uwzględnieniu w dochodach transferów społecznych

W roku 2019 województwo śląskie znajdowało się w czołówce województw z najniższym (10,7%) wskaźnikiem zagrożenia ubóstwem po uwzględnieniu w dochodach transferów społecznych. Wskaźnik ten dla Polski ogółem wyniósł 15,4%.

9. Odsetek długotrwale bezrobotnych (13 miesięcy i dłużej) wg BAEL (Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności)

Niekorzystnie prezentuje się w województwie śląskim skala zmian odsetka długotrwale bezrobotnych. Między rokiem 2014, a 2019 odsetek ten wzrósł od 6,6% do 25,3% co oznacza ponad trzykrotny wzrost odsetka. Nie tylko województwo śląskie doświadczało postępowania przyrostu omawianego wskaźnika, ale i wszystkie analizowane województwa. Skala bezrobocia długotrwałego jest zatem niekorzystna, ale woj. śląskie nie jest odosobnionym przypadkiem. Ten dynamiczny wzrost można traktować jako przesłankę do potrzeby aktywizacji trudniejszych w rekrutacji grup docelowych wsparcia przeciwdziałania bezrobociu.

10. Liczba mieszkań chronionych przypadająca na 100 tys. mieszkańców

W całym kraju od co najmniej roku 2014 aż do roku 2020 rejestrowany był wzrost (z 1,8 w 2014 roku na 3,5 w 2020 roku) wciąż jednak stosunkowo niskiego wskaźnika liczby mieszkań chronionych przypadających na 100 tys. mieszkańców. Województwo śląskie znajduje się powyżej średniej dla Polski pod tym względem – w roku 2020 wskaźnik ten dla województwa wyniósł 4,7 co uplasowało je na piątym miejscu (najlepszy wynik: województwo świętokrzyskie z 12,8 mieszkańiami).

11. Liczba lokali socjalnych przypadająca na 100 tys. mieszkańców

Pozycja województwa śląskiego w kraju pod względem liczby lokali socjalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców jest podobna do wcześniej opisanej pozycji pod względem liczebności mieszkań chronionych. Śląskie również znajdowało się (tym razem w roku 2019) na piątej pozycji wśród województw z wynikiem 324,6 lokali na 100 tys. mieszkańców – był to wyższy wynik niż średnia krajowa (264,4). Podobnie jak w przypadku mieszkań chronionych rejestrowany jest wzrost niniejszego wskaźnika między rokiem 2014 (śląskie: 303,2, Polska: 224,4), a 2019. Różnice między liczebnościami mieszkań chronionych, a lokali socjalnych jest w całym kraju bardzo duża – w 2019 roku w województwie śląskim było prawie 100 razy (96,5) więcej lokali socjalnych.

Uwzględniając całość powyższych danych dotyczących zmian zachodzących w woj. śląskim w obszarze problemowym zbieżnym z zakresem tematycznym PI 9i, stwierdzić należy, że w województwie śląskim stosunkowo szybko rośnie przeciętny rozporządzalny dochód w gospodarstwach domowych. Jednocześnie maleje kwota przyznawanych świadczeń pomocy społecznej oraz populacja rodzin, którym na podstawie decyzji przyznaje się pomoc jak i zmniejsza się liczebność osób, którym przyznawane są świadczenia pomocy społecznej. Jednocześnie jednak w znaczącym tempie rośnie w województwie odsetek osób długotrwale bezrobotnych. Działania mające na celu zwalczanie wykluczenia w ujęciu szerokim, społecznym mogą być zatem skuteczniejsze niż te skupiające się na zwalczaniu wykluczenia zawodowego. Z powyższych danych wskaźnikowych wynika, że pomoc finansowa oraz liczba osób odbierających świadczenia maleje co może sugerować ich wychodzenie z grup ryzyka. Może to oznaczać, że osoby wychodzące z tych grup znajdują zatrudnienie co jest głównym powodem poprawy sytuacji finansowej. Jednocześnie jednak pogłębia się skala problemu osób które na stałe nie posiadają zatrudnienia, co często nie jest powiązane jedynie z bezrobociem, ale również innymi problemami.

Może być to również związane z faktem iż w województwie śląskim z roku na rok maleje kwota przyznawanych świadczeń pomocy społecznej. Przeciwdziałanie zagrożeniom takim jak ubóstwo z jednej strony zdaje się być stosunkowo skuteczne co wynika z obniżenia wskaźników zagrożenia ubóstwem oraz stopniowego zwiększania udziału osób objętych kontraktami socjalnymi wśród osób, którym przyznano decyzją świadczenia pomocy społecznej. Z drugiej strony jednocześnie w znaczącym tempie rośnie w województwie odsetek osób długotrwale bezrobotnych. Działania mające na celu zwalczanie wykluczenia w ujęciu szerokim, społecznym mogą być zatem skuteczniejsze niż te skupiające się na zwalczaniu wykluczenia zawodowego. Z powyższych danych wskaźnikowych wynika, że pomoc finansowa oraz liczba osób odbierających świadczenia maleje co może sugerować ich wychodzenie z grup ryzyka - jednocześnie pogłębia się skala problemu osób które na stałe nie posiadają zatrudnienia, co często nie jest powiązane jedynie z bezrobociem, ale również innymi problemami⁷.

W analizowanych opracowaniach tematycznych również podkreślono, że w obszarze dot. PI 9i, w odniesieniu do większości problemów, na które odpowiedź miała stanowić ewaluowana interwencja, mamy do czynienia z postępującą poprawą sytuacji woj. śląskiego. W *Raporcie o stanie województwa za 2020 rok* zwrócono uwagę przede wszystkim na: relatywnie lepszą sytuację woj. śląskiego w stosunku do reszty kraju, jeśli chodzi o skalę występującego ubóstwa (oraz ciągłą poprawę w tym zakresie w ostatnich latach), zarówno jeśli chodzi o odsetek gospodarstw domowych funkcjonujących poniżej granicy ubóstwa relatywnego, jak i skrajnego. Dodatkowym – sygnalizowanym w przywołanym opracowaniu – potwierdzeniem występującej poprawy w tym zakresie w ostatnich latach jest także wzrost wielkości dochodu rozporządzalnego w śląskich gospodarstwach domowych (który należy do najwyższych kraju) oraz postępujący spadek odsetka ludności korzystającej z pomocy społecznej.

Wyraźną poprawę sytuacji w obszarze merytorycznie zbieżnym z zakresem PI 9i potwierdzono również w analizie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej pt. *Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie śląskim*. Jednocześnie jednak, we wspomnianym opracowaniu odniesiono się także bezpośrednio do sytuacji na rynku pracy, co jest o tyle istotne, że w przypadku PI 9i mamy do czynienia z działaniami zorientowanymi na zwiększenie zdolności do zatrudnienia osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem

⁷ Cała lista „problemów” wymieniona jest w pierwszym wskaźniku 1. Struktura populacji rodzin, którym na podstawie decyzji przyznano pomoc wg przyczyn

społecznym. Sytuację na regionalnym rynku pracy w woj. śląskim ocenić należy jako dobrą w relacji do sytuacji ogólnopolskiej, natomiast w kontekście celu PI 9i za szczególnie wskazane uznać należy takie działania, które dotyczą problemu bezrobocia długotrwałego – w tym aspekcie dotychczasowa zmiana sytuacji (jak to wskazano również we wcześniejszej analizie) jest niewystarczająca, a wręcz możemy mówić o narastaniu problemu, jakim jest długi okres pozostawania bez pracy wśród osób bezrobotnych.

Ostatni aspekt analizowany w odniesieniu do niniejszego zakresu interwencji mieszkalnictwa chronionego. W opracowaniu *Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie śląskim w 2019 r.* wskazano, że mieszkania chronione były tą kategorią jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, które cechował wzrost liczby (zakres czasowy analizy sięgał w tym przypadku 2018 roku). W rezultacie mamy do czynienia z relatywnie dobrą (na tle kraju) sytuacją woj. śląskiego, zarówno pod względem liczby tego typu podmiotów, jak i dostępnych w nich miejsc. Nie oznacza to jednak, że cel interwencji w odniesieniu do tego elementu się zdezaktualizował – przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej przewidywali wzrost liczby korzystających z mieszkań chronionych, ale jednocześnie także liczby osób oczekujących na miejsce w takim podmiocie (w tym drugim przypadku prognozowany wzrost był nawet większy, co świadczy o tym, że istniejąca oferta w tym zakresie cały czas jest niewystarczająca pod kątem istniejących potrzeb).

Priorytet Inwestycyjny 9iv oraz 9a

12. Liczba osób korzystających z usług w placówkach całodobowej opieki i wsparcia na 10 tys. mieszkańców

W województwie śląskim między rokiem 2014, a 2019 ponad trzykrotnie (z 2,4 na 8,4) wzrósł wskaźnik liczby osób korzystających z usług w placówkach całodobowej opieki i wsparcia w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, podczas gdy w Polsce w tym okresie wzrósł on ponad dwukrotnie (z 2,2 na 5,3).

Są to poważne tendencje wzrostowe, które mogą oznaczać z jednej strony zwiększenie zapotrzebowania na tego typu usługi, ale z drugiej strony samo ich rozszerzenie, które już wcześniej mogło być potrzebne. W roku 2019 śląskie znajdowało się na drugim miejscu wśród województw pod względem tak liczonych osób korzystających z rzeczonych usług, a w większości województw w analizowanym okresie identyfikowany był wzrost.

13. Liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych na 10 tys. ludności

W tym samym okresie 2014-2019 w całej Polsce rosła liczba osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych (również liczona na 10 tys. osób) – w województwie śląskim nastąpił wzrost o niemal połowę (o 46%). W województwie mamy do czynienia ze stosunkowo regularnym, corocznym przyrostem tego wskaźnika.

Podobnie jak w przypadku korzystających z usług w placówkach całodobowej opieki i wsparcia, zwiększenie liczebności osób objętych pomocą w formie usług opiekuńczych może wynikać przede wszystkim z potrzeb, ale również rozszerzania oferty na tego typu usługi.

14. Liczba osób oczekujących na miejsce w DPS na 10 tys. mieszkańców

Województwo śląskie znajduje się na niekorzystnej pozycji w kraju pod względem liczebności osób oczekujących na miejsce w DPS – w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w roku 2019 były to 4,1 osoby co było najwyższą wartością w Polsce. Jednocześnie z danych ogólnokrajowych wynika, że średnio wskaźnik ten był dwa razy mniejszy (2 osoby).

Może nie być to sytuacja, która będzie utrzymywać się długo biorąc pod uwagę, że w niektórych wcześniejszych latach niniejszy wskaźnik był zdecydowanie niższy (rok 2015 – 3,4 osoby). Na daną chwilę jednak miejsc w DPS w województwie jest stosunkowo mało, biorąc pod uwagę, że w śląskim w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców jest najwięcej osób oczekujących na miejsce w DPS w Polsce.

15. Liczba osób oczekujących na miejsce w ŚDS na 100 tys. mieszkańców

Między rokiem 2014 a 2019 następowały w województwie śląskim mocne różnicowania pod względem liczby osób oczekujących na miejsce w ŚDS (liczone na 100 tys. mieszkańców), ale ostatecznie zarówno w pierwszym jak i ostatnim analizowanym roczniku wskaźnik ten wyniósł 2,7 osób. Jest to wynik niższy niż w przypadku danych dla Polski ogółem (3,2 osoby) jednak warto dodać, że w całym kraju z roku na rok następowały spore zmiany.

W samym województwie pozytywna jest obserwacja z której wynika, że w latach 2018 (4,7 osób) i 2019 (2,7 osób) nastąpiło silne odbicie i możliwe, iż oczekujących na miejsce w ŚDS będzie jakiś czas tyle samo lub nawet mniej.

16. Liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych na 100 tys. ludności⁸

W analizowanym okresie zwiększyła się za to silnie liczba placówek opiekuńczo-wychowawczych liczonych na 100 tys. ludności. Województwo śląskie w okresie 2014-2019 zarejestrowało znacznie większy, ponad dwukrotny (z 1,3 na 2,9 placówek) wzrost tego typu podmiotów niż obserwowany w Polsce ogółem (z 1,7 na 1,9 placówek).

Zwiększenie tej liczebności co prawda zatrzymało się w roku 2018, ale i tak stanowi to adekwatną odpowiedź na potrzeby województwa zwłaszcza jeśli ten trend będzie kontynuowany w kolejnych latach.

17. Liczba rodzinnych domów pomocy, dziennych domów pomocy / pobytu, środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy na 10 tys. mieszkańców

Województwo śląskie w latach 2014-2019 z jednej strony doświadczyło zmniejszenia się o 1/3 liczby rodzinnych domów pomocy w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Z drugiej strony również w latach 2016-2019 w śląskim w przeliczeniu nieznacznie zwiększyła się liczba dziennych domów pomocy oraz środowiskowych domów samopomocy, a z kolei liczba klubów samopomocy na 10 tys. mieszkańców zwiększyła się ponad dwukrotnie.

W celu nadania dostępnym danym odpowiedniego kontekstu należy dodać, że w 2019 roku w powyższych przeliczeniach zarówno liczebności RDP (Rodzinny Dom Pomocy), DDP (Dzienny Dom Pomocy), ŚDS (Środowiskowy Dom Samopomocy), jak i KS (Klub Samopomocy) nie przekroczyły 1 obiektu na 10 tys. mieszkańców. Ta prawidłowość może być przypisana nie tylko województwu śląskiemu, ale i Polsce jako całości.

18. Liczba lekarzy na 10 tys. ludności

Jeśli chodzi o liczbę lekarzy dostępnych dla pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności to w województwie śląskim w analizowanym okresie (2014-2019) zwiększyła się ona o 1/5 (19,5%). W roku 2019 wskaźnik ten wynosił 68 lekarzy co jest stosunkowo wysokim wynikiem – tylko województwo małopolskie (69 lekarzy) i mazowieckie (90 lekarzy) zarejestrowało lepszy wynik tego wskaźnika.

Liczba dostępnych lekarzy w województwie śląskim ma od roku 2014 tendencję wzrostową i mimo, że jest zauważalna w niemal każdym województwie to nie zmienia faktu, że jest to

⁸ Do placówek opiekuńczo-wychowawczych zaliczane są placówki socjalizacyjne, rodzinne, interwencyjne, specjalistyczno-terapeutyczne oraz placówki łączące zadania.

pozytywny kierunek. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na ciągle niedobory lekarzy w całej Polsce (a zatem i w województwie śląskim) zwłaszcza w porównaniu ze średnią UE – w roku 2017 liczba praktykujących lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców, wg. danych OECD w Polsce wyniosła 2,4, podczas gdy w UE ogółem było to 3,6.⁹

19. Liczba ludności przypadająca na łóżko w szpitalach ogólnych

W województwie śląskim zwiększa się nie tylko proporcjonalnie liczba lekarzy, ale niestety również liczba ludności przypadająca na łóżko w szpitalach ogólnych. Trend wzrostowy tego wskaźnika jest obserwowany w całym kraju – w województwie śląskim w roku 2014 było to 178 osób, a w roku 2019 już 194 osoby.

Mimo tej niekorzystnej tendencji w ostatnim analizowanym roku 2019 województwo śląskie posiadało w swoich szpitalach ogólnych największą liczbę łóżek dla swoich mieszkańców. Jednocześnie nadal występuje w regionie wspomniany niekorzystny trend, który nabiera rozpędu – w roku 2018 w województwie było 184 osoby na jedno łóżko, a w 2019 już 194.

20. Liczba osób oczekujących na świadczenia medyczne na 1000 ludności

W regionie śląskim na 1000 osób w roku 2021 (dane podane za maj 2021) na świadczenia medyczne w oczekiwaniu było 15 „przypadków pilnych” oraz 132 „przypadków stabilnych”. Niestety zarówno w pierwszym jak i drugim przypadku śląskie znajduje się na wysokiej, a w przypadku oczekiwania „przypadków stabilnych” na najwyższej pozycji. Średnio w Polsce na 1000 osób wśród osób oczekujących na świadczenia medyczne 11 stanowi „przypadki pilne”, a 98 „przypadki stabilne”.

21. Liczba skierowań na leczenie lub rehabilitację uzdrowiskową na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej

W latach 2016-2019 nieznacznie (o 1,7%) zwiększyła się w województwie śląskim liczba skierowań na leczenie lub rehabilitację uzdrowiskową w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to dokładnie odwrotna sytuacja do danych ogólnokrajowych (spadek wskaźnika o 1,7%).

22. Liczba świadczeń w zakresie pomocy doraźnej i transportu sanitarnego na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej

Jednocześnie w analizowanym okresie (2016-2019) zmniejszeniu w województwie uległa liczba świadczeń w zakresie pomocy doraźnej i transportu sanitarnego na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. W roku 2019 w śląskim wskaźnik ten był najwyższy (3,1 świadczeń) w Polsce.

23. Liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia (w przeliczeniu na 100 tys. ludność)

W województwie śląskim w przeliczeniu na 100 tys. ludności zmniejsza się, choć powoli liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia. Między rokiem 2014, a 2019 mimo występowania lat zarówno mniejszych jak i większych liczebności zgonów z tych przyczyn ostatecznie zanotowano ich spadek o 2,3%.

Jest to niewielka zmiana, ale należy dodać, że w Polsce ogółem również nie była ona w tym okresie znacząca (4,6%) – tendencje tego wskaźnika jednak są pozytywne. Niestety województwo śląskie znajduje się w czołówce (2019 rok: 479 zgonów/100 tys. ludności) pod względem zgonów z tych powodów – wyższy poziom wskaźnika w roku 2019 jest identyfikowany w województwie opolskim (485 zgonów) i świętokrzyskim (566 zgonów).

⁹ *State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2019*; OECD 2019; źródło: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_poland_polish.pdf

24. Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych (w przeliczeniu na 100 tys. ludności)

Niestety bardziej niekorzystna sytuacja identyfikowana jest w przypadku zgonów z powodu chorób nowotworowych. W roku 2019 w województwie śląskim w przeliczeniu na 100 tys. ludności nawet 313 osób zmarło z powodu tych chorób co było najwyższą wartością w kraju. Jednocześnie jest to wzrost zgonów od roku 2014 kiedy zidentyfikowano ich 290.

Z powyższych danych wynika, że co prawda umieralność na choroby układu krążenia jest poważniejszym problemem w województwie śląskim, ale to przypadki umieralności na choroby nowotworowe cechują się zauważalnym wzrostem.

25. Liczebność pielęgniarek na 10 tys. ludności

W przeliczeniu na 10 tys. ludności w całym kraju zwiększa się liczebność pielęgniarek (rok 2019, Polska ogółem: 78 pielęgniarek). W województwie śląskim zaczynając od roku 2014 i 82 pielęgniarek/10 tys. ludności niemal co roku ich liczba zwiększała się o jedną pielęgniarkę (rok 2019: 86), co jest pożądanym kierunkiem zmian. Należy jednak też zauważyć stosunkowe niedobory pielęgniarek w całej Polsce (a zatem i w województwie śląskim) szczególnie w porównaniu ze średnią UE – w roku 2017 liczba praktykujących pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców, wg. danych OECD w Polsce wyniosła 5,1, podczas gdy w UE ogółem było to 8,5.¹⁰

26. Odsetek osób biernych zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności

W województwie śląskim z roku na rok stosunkowo mocno zmniejsza się odsetek osób, które są bierne zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności. Między rokiem 2014, a 2019 odsetek ten zmniejszył się nawet o ¼ (26,2%). Województwo śląskie w ostatnim analizowanym roku 2019 znalazło się wręcz w czołówce regionów z najmniejszym poziomem tego wskaźnika z wynikiem 9,4%. Jeśli chodzi o analizowany odsetek osób biernych zawodowo to był on niższy tylko w mazowieckim (9,3%) i opolskim (9,4%).

Zarówno tendencja spadkowa odsetka jak i pozycja województwa w kraju są wyznacznikami pozytywnego kierunku w obszarze aktywności zawodowej osób chorych lub z niepełnosprawnościami.

27. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w dniach (absencja chorobowa z tytułu choroby własnej)

Niniejszy wskaźnik opisuje przeciętną długość zaświadczenia lekarskiego w dniach – absencję chorobową z tytułu choroby własnej. W województwie śląskim owa przeciętna wartość nie uległa praktycznie żadnej zmianie jeśli porównywać ze sobą rok 2014 i 2019. W obu tych rocznikach wynosiła ona w przybliżeniu 11,4 dni. W porównaniu do danych dla Polski ogółem (rok 2019: 12,3 dni) jest to mniejsza wartość i jednocześnie śląskie cechuje się najmniejszą wartością tego wskaźnika wśród wszystkich województw.

Choć absencja chorobowa z tytułu choroby własnej nie uległa zmniejszeniu w ciągu ostatnich kilku lat to jednocześnie nie uległa ona zwiększeniu, a dodatkowo była najmniejsza w kraju zatem można uznać obecną sytuację za stosunkowo pozytywną.

28. Udział % dni absencji chorobowej z powodu chorób nowotworowych w ogólnej liczbie dni absencji

W roku 2019 w województwie śląskim nawet 3,6% dni absencji chorobowej wynikało z powodu chorób nowotworowych. To udział bardzo podobny do danych ogólnokrajowych

¹⁰ *State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2019*; OECD 2019; źródło: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_poland_polish.pdf

(3,7%). Jednocześnie w latach 2015-2019 w województwie nie zarejestrowano praktycznie żadnej zauważalnej zmiany jeśli chodzi o udział dni absencji z powodu tych chorób.

29. Udział % dni absencji chorobowej z powodu chorób układu krążenia w ogólnej liczbie dni absencji

Niewielkie zmiany są natomiast rejestrowane w województwie śląskim w przypadku udziału % dni absencji chorobowej z powodu chorób układu krążenia w ogólnej liczbie dni absencji. Między rokiem 2015 (5,5% udziału), a 2019 (5,4% udziału) występuje właśnie wspomniana niewielka różnica. Dane wskaźnika dla śląskiego są dla ostatniego analizowanego rocznika 2019 niewiele wyższe niż dla Polski ogółem (5%).

W przypadku udziału nieobecności w pracy z powodu chorób nowotworowych oraz układu krążenia w analizowanym okresie w województwie śląskim mamy do czynienia ze stagnacją.

30. Zgony niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych

Województwo śląskie znajduje się niestety na wysokiej pozycji w kraju pod względem zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych. W 2019 roku na tysiąc urodzeń żywych zmarło 4,6 niemowląt i tylko w województwie kujawsko-pomorskim wskaźnik ten był wyższy (4,9 zgonów).

Warto za to dodać, że mimo tego liczba tych zgonów w porównaniu z rokiem 2014 (4,9 zgonów) w województwie śląskim uległa nieznacznemu zmniejszeniu.

Pod względem stanu usług opiekuńczych/wsparcia, opieki zdrowotnej oraz ogólnie kondycji zdrowotnej mieszkańców w województwie śląskim obraz jest nierówny. Stosunkowo niekorzystne trendy identyfikowane są choćby w przypadku oczekiwaniu na miejsce w DPS, liczebności placówek takich jak RDP/DDP/ŚDS/KS, liczbie osób oczekujących na świadczenia medyczne czy zgonów z powodu chorób nowotworowych i wśród niemowląt. Jednocześnie zdają się rozwijać placówki opiekuńczo-wychowawcze, zwiększa się liczba lekarzy i pielęgniarek (przynajmniej w przeliczeniu na mieszkańców) i zmniejsza odsetek osób biernych zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności oraz przeciętna długość absencji chorobowej z tytułu choroby własnej. Mimo istnienia zarówno obszarów usług społecznych i zdrowotnych, których stan na skalę krajową ulega poprawie lub stagnacji to nawet w nich wciąż potrzebne są dalsze działania. Żaden obszar wsparcia czy to społecznego czy zdrowotnego w analizowanym obszarze nie uległ znaczącej dezaktualizacji i straty na znaczeniu.

Zróznicowanie sytuacji woj. śląskiego w obszarze merytorycznym wyznaczonym przez zakres 9iv oraz 9a, a więc dotyczącym szeroko rozumianych usług społecznych i zdrowotnych, znajduje swoje potwierdzenie w analizowanych opracowaniach tematycznych, co utrudnia jednoznaczną identyfikację realizacji celów ewaluowanej interwencji w tej jej części. Przykładowo, jak wskazano w publikacji GUS *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.* woj. śląskie znajduje się w czołówce regionów pod względem liczby poszczególnych typów podmiotów reintegracji zawodowej. Jeśli jednak przyjrzymy się sytuacji w poszczególnych podregionach, to okaże się, że w analizowanym okresie czasu (zmiana w 2019 roku w stosunku do 2018), w niektórych nich widać był wzrost liczby ww. kategorii podmiotów, w innych jednak liczba ta uległa zmniejszeniu. W innej publikacji GUS: *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2019 r.* przeprowadzono z kolei analizę dotyczącą m.in. funkcjonowania stacjonarnych zakładów opieki społecznej. Choć w woj. śląskim liczba tego typu placówek należy do największych w kraju (większa jest jedynie w woj. mazowieckim), to jeśli chodzi o liczbę miejsc na 10 tys. mieszkańców, sytuacja woj. śląskiego jest już zbliżona

do sytuacji ogólnokrajowej. Zresztą, jak wskazano w opracowaniu *Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie śląskim* ogólny wskaźnik liczby miejsc na 10 tys. mieszkańców w różnych typach jednostek organizacyjnych pomocy społecznej był w 2018 r. w woj. śląskim niższy od średniej ogólnokrajowej. Odnosząc się do konkretnych typów tych jednostek, najbardziej niekorzystna sytuacja woj. śląskiego względem średniej ogólnopolskiej dotyczyła w 2018 r. takich placówek jak: kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, kluby samopomocy inne niż dla osób z zaburzeniami psychicznymi, rodzinne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy, inne ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, domy pomocy społecznej oraz jadłodajnie. W odniesieniu do tych typów podmiotów możemy więc mówić o tym, że nie możemy mówić o pełnej realizacji celów interwencji rozumianej jako zapewnienie dostępności określonego rodzaju placówek na poziomie przynajmniej tożsamym z poziomem ogólnopolskim (tak, by woj. śląskiego nie cechował w tym zakresie dystans negatywny względem reszty kraju). Co więcej, przedstawiciele poszczególnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w ramach prognozy na kolejny rok przewidywali zarówno wzrost liczby miejsc w poszczególnych typach placówek, jak i wzrost liczby oczekujących na miejsce w danej placówce. Występuje więc tutaj nadal aktualność problemu dostępności, co zresztą w sposób bezpośredni zaakcentowano w omawianym opracowaniu wskazując, że: „w 2019 roku nadal występują utrudnienia w korzystaniu ze wsparcia wielu rodzajów jednostek organizacyjnych pomocy społecznej”.

Istotny aspekt interwencji w ramach PI 9iv oraz 9a dotyczy obszaru zdrowia. W analizowanych opracowaniach tematycznych zwracano uwagę na zróżnicowaną sytuację woj. śląskiego w tym obszarze merytorycznym. W *Raporcie o stanie województwa za 2020 rok* wskazano stosunkowo dobrą sytuację woj. śląskiego, jeśli chodzi o liczebność różnych typów placówek ochrony zdrowia (w relacji do liczby mieszkańców) oraz odniesiono się do jednego z głównych problemów systemu ochrony zdrowia (który jednocześnie jest istotnym wyznacznikiem dostępności usług zdrowotnych), a mianowicie liczebności kadr medycznych. Dane zawarte w niniejszym opracowaniu potwierdzają wcześniejszy wniosek o relatywnie dobrej (i poprawiającej się) sytuacji woj. śląskiego na tle kraju. Podobnych danych o dostępności poszczególnych elementów systemu ochrony zdrowia dostarcza *Mapa potrzeb zdrowotnych* – z analizy dostępnych zasobów kadrowych wynika, że w poszczególnych powiatach woj. śląskiego mamy do czynienia z relatywnie dobrą sytuacją pod względem liczebności kadr medycznych na 100 tys. ludności (dotyczy to wszystkich wyodrębnionych w *Mapie potrzeb zdrowotnych* kategorii, tj.: lekarzy, pediatrów, pielęgniarek, położnych). Natomiast pamiętać należy, że sytuacja ogólnopolska jest tutaj relatywnie gorsza niż średnia dla krajów UE, co z kolei oznacza, że również i w woj. śląskim za aktualne uznać należy cele interwencji odnoszące się do dostępności usług zdrowotnych. Potwierdzeniem tego jest fakt, że w *Priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej* za nadal aktualny uznaje się priorytet, jakim jest „*Wspieranie działań mających na celu zwiększenie zasobów kadrowych ochrony zdrowia na Śląsku*” (przyjmując jednocześnie, że jest to cel długoterminowy interwencji w obszarze ochrony zdrowia).

Poza ogólną analizą sytuacji w zakresie dostępności usług zdrowotnych zawartą w *Mapie potrzeb zdrowotnych* odnaleźć możemy w niniejszym dokumencie także dane dla poszczególnych rodzajów tych usług. Dane te mają charakter bardzo szczegółowy i w ograniczonym stopniu poddają się syntezie (trudno bowiem agregować dane dla zupełnie różnych rodzajów usług zdrowotnych / świadczeń medycznych). Można natomiast wskazać określone tendencje dla usług o charakterze specyficznym (a więc nie dotyczącym leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czy podstawowej opieki

zdrowotnej). Przykładowo, specyficzna sytuacja woj. śląskiego ujawnia się w odniesieniu do opieki paliatywno-hospicyjnej. Woj. śląskie cechuje ponadprzeciętnie korzystna (na tle reszty kraju) sytuacja, jeśli chodzi o bazę łóżkową na potrzeby tego rodzaju opieki, ale jednocześnie wyraźnie niekorzystna (mniejsza dostępność dotyczy tylko dwóch innych województw), jeśli chodzi o liczbę ośrodków domowych prowadzących opiekę paliatywno-hospicyjną. Tym samym, mówić możemy o niepełnej realizacji celu związanego z dostępnością tego rodzaju usług zdrowotnych, przynajmniej jeśli chodzi o ich wariant środowiskowy.

Priorytet Inwestycyjny 9v

31. Liczba PES na 100 tys. ludności

W roku 2018 na terenie województwa śląskiego działało najmniej (172) podmiotów ekonomii społecznej w kraju, w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Biorąc pod uwagę, że ich liczebność jest zdecydowanie mniejsza niż choćby kolejnych trzech województw w rankingu – następujących po śląskim, województw podlaskiego/kujawsko-pomorskiego/zachodniopomorskiego (212 dla każdego z ich) to ogólny obraz ekonomii społecznej w regionie trudno uznać za pozytywny.

32. Liczba PS (Przedsiębiorstw społecznych) na 100 tys. ludności

Województwo śląskie ma z kolei stosunkowo dużą liczebność przedsiębiorstw społecznych w swoim regionie. W roku 2021 liczba tych podmiotów w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 5,8 co uplasowało województwo na piątym miejscu (najlepszy wynik: województwo podkarpackie z 11 PS na 100 tys. ludności). Świadczy to stosunkowo dobrej kondycji przedsiębiorczości społecznej w województwie, tym bardziej biorąc pod uwagę, że wynik 5,8 PS jest wyższy niż średnia krajowa tego wskaźnika (4,3).

33. Liczba funkcjonujących KIS/CIS (Centrum Integracji Społecznej)/WTZ (Warsztat Terapii Zajęciowej)/ZAZ (Zakład Aktywizacji Zawodowej) na 100 tysięcy mieszkańców

Województwo śląskie zdaje się lepiej prezentować na skalę ogólnokrajową pod względem innych jednostek reintegracji społeczno-zawodowej choć to też jest zależne od przypadku. W analizowanym okresie 2014-2019 (lub 2015-2019 w przypadku KIS) zwiększyła się liczona na 100 tys. mieszkańców liczba funkcjonujących centrów integracji społecznej (dwukrotnie z 0,3 na 0,6), zakładów aktywności zawodowej (o połowę z 0,2 na 0,3), warsztatów terapii zajęciowej (nieznacznie z 1,2 na 1,3) oraz klubów integracji społecznej (nieznacznie z 0,8 na 0,9).

Porównując te dane do ogólnokrajowych z jednej strony niestety należy zaznaczyć, że w roku 2019 w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w województwie śląskim działało najmniej warsztatów terapii zajęciowej w kraju. Z drugiej strony w przypadku centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej wartości wskaźników w ostatnim analizowanym roczniku (2019) były wyższe niż wartości ogólnokrajowe.

34. Udział organizacji pozarządowych prowadzących działalność gospodarczą w ogólnej liczbie organizacji

W regionie śląskim działa natomiast stosunkowo dużo przedsiębiorstw społecznych. Wskaźnik udziału organizacji pozarządowych prowadzących działalność gospodarczą w ogólnej liczbie organizacji był w roku 2019 dla omawianego województwa najwyższy (12%) w kraju. Jest to jednak jednocześnie lekki spadek w porównaniu z rokiem 2014 kiedy stanowiły

one 12,2% tych podmiotów. Nie jest to jednak tak silny spadek jaki był rejestrowany w Polsce ogółem w tym okresie (rok 2014: 11,8%; rok 2018: 8,2%). Przedsiębiorczość sektora NGO w województwie jak wynika z danych utrzymuje się zatem na stosunkowo stabilnym poziomie.

35. Liczba spółdzielni socjalnych na 100 tys. mieszkańców

Liczba spółdzielni socjalnych przeliczana na 100 tys. mieszkańców w województwie śląskim pozostawała bez zmian w latach 2017 i 2019. W tym ostatnim roczniku była jednak niższa (3,5/100 tys.) niż w Polsce ogółem (4,5) gdzie obserwowano stopniowy wzrost tego wskaźnika.

Biorąc pod uwagę istotność tego typu podmiotów zwłaszcza w przeciwdziałaniu bezrobociu wśród osób wykluczonych korzystna byłaby tendencja wzrostowa powstawania tego typu podmiotów.

36. Wysokość wsparcia finansowego z RPO dla spółdzielni socjalnych oraz liczba miejsc pracy w spółdzielniach socjalnych utworzonych w wyniku udzielonego wsparcia

Niniejszy wskaźnik cechuje się stosunkowo nierówną tendencją spadku i wzrostu. Z jednej strony między rokiem 2016, a 2019 zmalała zarówno wysokość wsparcia finansowego pochodzącego z RPO dla spółdzielni socjalnych jak i liczba miejsc pracy w spółdzielniach socjalnych utworzonych w wyniku udzielonego wsparcia. Pierwszy z tych wskaźników w ciągu 4 lat w 2019 roku spadł z 4,2 mln zł do 3,6 mln zł (spadek o 14,1%). Drugi natomiast spadł w tym okresie z 146 miejsc pracy do 109 miejsc pracy (spadek o 25,3%).

Z drugiej strony jednak tendencje te mogą wynikać z faktu, że w ramach RPO WSL 2014-2020 uruchomiono wsparcie finansowe dla spółdzielni socjalnych stosunkowo szybko dzięki czemu najmocniej efekty wsparcia były identyfikowane w roku 2017, kiedy wysokość tego wsparcia wynosiła 5,8 mld zł, a liczba powstałych na jego skutek miejsc pracy wynosiła 191.

37. Koszt wynikający ze środków wydanych w ramach RPO na utworzone miejsca pracy w stosunku do liczby utworzonych miejsc pracy w spółdzielniach socjalnych

Przy powyższych zmianach jednocześnie nieznacznie w latach 2016-2019 w województwie śląskim wzrósł koszt w spółdzielniach socjalnych wynikający ze środków wydanych w ramach RPO na utworzone miejsca pracy w stosunku do liczby utworzonych miejsc pracy. W czasie gdy w śląskim wskaźnik ten wzrósł z 21767 zł w 2014 roku do 22169 zł w 2019 roku, w Polsce ogółem panował spadek owych kosztów.

38. Liczba i wartość pożyczek udzielonych PES (Podmiot Ekonomii Społecznej), w tym: spółdzielniom socjalnym przez BGK (Bank Gospodarstwa Krajowego)

W roku 2017 w województwie śląskim liczba pożyczek udzielonych spółdzielniom socjalnym osiągała poziom 4 pożyczek – podobna sytuacja kreowała się w Polsce ogółem. W tym samym roku wysokość środków przekazanych spółdzielniom socjalnym w formie pożyczek osiągała poziom 560 tys. zł (średnia dla Polski: 362 tys. zł). Natomiast podmiotom ekonomii społecznej w województwie śląskim w 2019 udzielono 23 pożyczek (średnia dla Polski: 15), a wartość tych pożyczek była niższa (1,5 mln zł) niż średnia dla Polski (1,7 mln zł).

Z powyższych danych wynika iż w województwie śląskim spółdzielnie socjalne otrzymują przybliżoną liczbę pożyczek za większe kwoty niż średnia w Polsce, natomiast PES otrzymują zauważalnie mniejszą ilość pożyczek i ogółem mniejsze środki niż średnia dla Polski. Niezależnie od tego czy wynika to z braku zainteresowania lub kompetencji do starania się o wsparcie, prawdopodobnie korzystniejsza byłaby tendencja wzrostowa pożyczek dla tego typu podmiotów w ramach rozwijania ich działalności.

39. Średnie zatrudnienie w spółdzielniach socjalnych

Średnie zatrudnienie w spółdzielniach socjalnych zarówno w województwie śląskim jak i w Polsce ogółem w roku 2019 wynosiło 5 osób. Nie jest to niepokojąca wartość jednak biorąc pod uwagę, że tego typu podmioty często działają w obszarze pomocy osobom wykluczonym społecznie/zawodowo, których wsparcie wciąż stanowi jedno z wyzwań województwa to korzystna byłaby tendencja wzrostowa zatrudnienia w ich kadrach.

40. Liczba miejsc pracy powstałych w przedsiębiorstwach społecznych w wyniku udzielonych dofinansowań

Zwiększanie zatrudnienia w przedsiębiorstwach społecznych z kolei może być mocno powiązane z udzielaniem dofinansowań tym podmiotom. Między rokiem 2015, a 2019 w województwie śląskim ponad dwukrotnie (z 235 na 565) zwiększyła się liczba miejsc pracy powstałych w przedsiębiorstwach społecznych w wyniku udzielonych dofinansowań osiągając w ostatnim analizowanym roku (2019) poziom 565 miejsc pracy.

41. Udział przedsiębiorstw społecznych nagrodzonych Znakiem Jakości Ekonomii Społecznej i Solidarnej w ogólnej liczbie przedsiębiorstw społecznych

Niestety województwo śląskie znajduje się wśród regionów, których przedsiębiorstwa społeczne w latach 2018-2019 nie zostały ani razu nagrodzone Znakiem Jakości Ekonomii Społecznej i Solidarnej.

W województwie śląskim korzystny byłby trend zwiększenia zasięgu działalności podmiotów ekonomii społecznej, NGO czy innych placówek reintegracji społeczno-zawodowej. Z ostatnich dostępnych danych wynika iż w porównaniu z innymi regionami liczebność PES jest niewielka. Co prawda woj. śląskie ma jedną z największych liczebności tych podmiotów, ale przy porównaniu tej liczebności z innymi województwami, w przeliczeniu na 100 tys. ludności pozycja województwa w kraju pod tym względem znacznie spada. Dodatkowo, relatywnie niskie jest otrzymywane wsparcie dla spółdzielni socjalnych na działalność i powstawanie nowych miejsc pracy, a same PES otrzymują stosunkowo małą liczbę pożyczek. Znaczący jest tutaj fakt, że ani jedno przedsiębiorstwo społeczne województwa śląskiego nie zostało nagrodzone Znakiem Jakości Ekonomii Społecznej i Solidarnej. Na stosunkowo dobrym poziomie utrzymuje się udział organizacji pozarządowych prowadzących działalność gospodarczą oraz sama liczba spółdzielni socjalnych i jednostek reintegracji społeczno-zawodowej takich jak KIS/CIS/WTZ/ZAZ. Jednocześnie zauważalne jest pozytywne działanie wsparcia, które dociera do podmiotów udzielających usług społecznych, chociażby po liczbie miejsc pracy powstałych w przedsiębiorstwach społecznych. Biorąc pod uwagę choćby sam poziom wskaźnika bezrobocia długotrwałego w województwie czy postępującego starzenia się społeczeństwa to działanie pozarządowych i lokalnych podmiotów świadczących usługi społeczne i zatrudnienie jest i będzie coraz bardziej potrzebne w regionie.

Kwestia zmian sytuacji w woj. śląskim w obszarze odpowiadającym zakresowi merytorycznemu PI 9v była także przedmiotem analizy opracowań tematycznych. Kluczową rolę w diagnozie sytuacji sektora ekonomii społecznej odgrywa *Raport o stanie ekonomii społecznej w województwie śląskim w 2019 roku*. Zawarte w nim dane pozwalają zidentyfikować sytuację bezpośrednio odnoszącą się do PI 9v, a więc dotyczącą wzrostu liczby i stabilności miejsc pracy w sektorze ekonomii społecznej w regionie. Wynika to z faktu, że dokument ten stanowi element monitoringu realizacji celów *Regionalnego programu rozwoju ekonomii społecznej w województwie śląskim do roku 2020*, w którym jako jeden z celów szczegółowych wskazano: *Zwiększenie udziału podmiotów ekonomii społecznej w*

procesie integracji i reintegracji społecznej oraz zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Z kolei jednym z kierunków działania przypisanym do tego celu jest: *Wsparcie osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym poprzez rozwój przedsiębiorczości społecznej*, którego postęp mierzony jest za pomocą wskaźnika *Liczba miejsc pracy utworzonych w PS*. Analiza postępu realizacji tego wskaźnika potwierdza, że w okresie 2013-2019 nastąpił wyraźny wzrost liczby miejsc pracy utworzonych w sektorze ekonomii społecznej (utworzono 1618 miejsc pracy). Uzupełniająco należy tutaj także przywołać wskaźnik *Liczba miejsc pracy powstałych w PS w wyniku udzielonych dofinansowań*. Po pierwsze, jego wartość osiągnięta w latach 2013-2019 (1583) wskazuje, że wsparcie zewnętrzne jest absolutnie niezbędne dla rozwoju potencjału zatrudnieniowego przedsiębiorstw społecznych – tylko 35 miejsc pracy utworzono bez udzielonego jakiegokolwiek dofinansowania. Po drugie, zdecydowana większość miejsc pracy powstałych w przedsiębiorstwach społecznych (1385) bazowała na finansowaniu ze środków EFS, co unaocznia jak duże było w tym przypadku także znaczenie RPO WSL 2014-2020.

Zamykając powyższą analizę należy podkreślić, że uchwycone w ramach niej tendencje nie mogą być utożsamiane z wyłącznym oddziaływaniem ewaluowanej interwencji. Celem przeprowadzonej analizy było raczej zidentyfikowanie zmian (lub ich braku) sytuacji w analizowanych obszarach, tak by stwierdzić, czy mówić możemy o osiągnięciu efektu określonego celami interwencji (i to nawet jeśli efekt ten uzyskano także dzięki oddziaływaniu czynników innych niż odnoszące się do ewaluowanej interwencji). W kontekście ewaluacji wsparcia współfinansowanego ze środków RPO WSL 2014-2020 ma to również znaczenie dla określenia aktualności dotychczasowych wyzwań w obszarze społecznym i zdrowotnym w woj. śląskim¹¹.

Drugi wymiar analiz dotyczących skuteczności udzielonego wsparcia odnosi się do postępu realizacji wskaźników, które zostały sformułowane dla ewaluowanej w niniejszym badaniu interwencji. W poniższej tabeli przedstawiono dane obrazujące ów postęp, przy czym uwzględniono tutaj zarówno rzeczywisty stopień realizacji danego wskaźnika (na podstawie informacji zawartych we wnioskach o płatność końcową), jak stopień szacowany (na podstawie deklaracji zawartych przez beneficjentów w umowach o dofinansowanie).

Tabela 4. Postęp realizacji wskaźników

Działanie	Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa 2023	Szacowana realizacja (na podstawie umów) ogółem	Szacowana realizacja (na podstawie umów) w %	Realizacja (na podstawie wniosków o płatność końcową) ogółem	Realizacja (na podstawie wniosków o płatność końcową) w %
9.1	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie [ogółem]	30 065	38 069	127%	26 896	90%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie [kobiety]	18 039	20 993	116%	15 964	89%

¹¹ Kwestia ta będzie przedmiotem szczegółowych analiz w podrozdziale: „Aktualność dotychczasowych kierunków wsparcia”, który stanowi część rozdziału: „Wskazanie kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027”.

Działanie	Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa 2023	Szacowana realizacja (na podstawie umów) ogółem	Szacowana realizacja (na podstawie umów) w %	Realizacja (na podstawie wniosków o płatność końcową) ogółem	Realizacja (na podstawie wniosków o płatność końcową) w %
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie [mężczyźni]	12 026	14 748	123%	10 932	91%
	Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie [ogółem]	2 415	8 823	365%	10 101	418%
	Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie [kobiety]	1 449	4 655	321%	5 071	350%
	Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie [mężczyźni]	966	3 578	370%	5 030	521%
	Liczba środowisk objętych programami lokalnej aktywności (specyficzny)	399	623	156%	157	39%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy po opuszczeniu programu [ogółem]	1 819	7 026	386%	3 038	167%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy po opuszczeniu programu [kobiety]	1 091	3 492	320%	1 707	157%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy po opuszczeniu programu [mężczyźni]	728	2 518	346%	1 331	183%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [ogółem]	3 210	4 492	140%	2 771	86%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [kobiety]	1 926	2 221	115%	1 681	87%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [mężczyźni]	1 284	1 654	129%	1 090	85%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu [ogółem]	3 210	8 907	278%	5 316	166%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu [kobiety]	1 926	4 393	228%	2 736	142%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu [mężczyźni]	1 284	3 369	262%	2 580	201%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących 6 miesięcy po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [ogółem]	738	nd	nd	1 111	151%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących 6 miesięcy po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [kobiety]	443	nd	nd	653	147%

Działanie	Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa 2023	Szacowana realizacja (na podstawie umów) ogółem	Szacowana realizacja (na podstawie umów) w %	Realizacja (na podstawie wniosków o płatność końcową) ogółem	Realizacja (na podstawie wniosków o płatność końcową) w %
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących 6 miesięcy po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [mężczyźni]	295	nd	nd	458	155%
9.2	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie [ogółem]	9 908	24 713	249%	20 141	203%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie [kobiety]	5 945	14 500	244%	13 332	224%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie [mężczyźni]	3 963	8 960	226%	6 809	172%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie [ogółem]	11 231	22 706	202%	15 363	137%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie [kobiety]	6 739	13 809	205%	10 708	159%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie [mężczyźni]	4 492	7 978	178%	4 655	104%
	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu	178	3 370	1893%	1 260	708%
	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu	300	7 856	2619%	3 095	1032%
	Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych istniejących po zakończeniu projektu (obligatoryjny)	0	2 724	-	1 035	-
	Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług w mieszkaniach wspomaganych i chronionych istniejących po zakończeniu projektu (obligatoryjny)	0	129	-	18	-
	Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej istniejących po zakończeniu projektu (obligatoryjny)	0	952	-	283	-
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami asystenckimi i opiekuńczymi świadczonymi w społeczności lokalnej w programie ()	0	10 539	-	8 131	-
9.3	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie [ogółem]	5 894	8 274	140%	6 043	103%

Działanie	Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa 2023	Szacowana realizacja (na podstawie umów) ogółem	Szacowana realizacja (na podstawie umów) w %	Realizacja (na podstawie wniosków o płatność końcową) ogółem	Realizacja (na podstawie wniosków o płatność końcową) w %
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie [kobiety]	3 536	4 695	133%	3 463	98%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie [mężczyźni]	2 358	3 579	152%	2 580	109%
	Liczba podmiotów ekonomii społecznej objętych wsparciem	2 178	2 110	97%	2 281	105%
	Liczba miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych	2 007	2 277	114%	1 577	79%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [ogółem]	1 179	1 691	143%	585	50%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [kobiety]	707	853	121%	355	50%
	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) [mężczyźni]	472	656	139%	230	49%
	Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych	582	nd	nd	26	5%
	Liczba inicjatyw dotyczących rozwoju ekonomii społecznej sfinansowanych ze środków EFS	15	30	200%	23	153%
	Liczba pakietów rekomendacji dotyczących obszaru ekonomii społecznej, które zostały wdrożone na poziomie minimum 60%	5	5	100%	4	80%
10.1	Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi	736 400	1 060 669	144%	258 350	35%
	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	78	84	108%	31	40%
	Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (mln sztuk)	42,32	-	-	31,2 (2020 r.)	-33%
10.2	Liczba wspartych obiektów, w których realizowane są usług aktywizacji społeczno-zawodowej	80	245	306%	99	124%
	Liczba gospodarstw domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej (tys. sztuk)	147,99	-	-	69,1 (2019 r.)	-103%
	Liczba nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach	1 753	719	41%	345	20%

Źródło: opracowanie na podstawie danych RR–RRF (Referat zarządzania rzeczowo-finansowego, Departament Rozwoju Regionalnego) opartych o SL 2014

Generalnie, analizując postęp realizacji wskaźników ocenić należy, że mamy w ramach ewaluowanej interwencji do czynienia z relatywnie wysokim poziomem skuteczności rozumianym jako osiągnięcie założonej wartości docelowej przyjętych w Programie mierników. Świadczy o tym przede wszystkim fakt, że w odniesieniu do zdecydowanej

większości wskaźników występuje sytuacja nie tylko osiągnięcia, ale i przekroczenia rzeczony wartości. Dotyczy to przede wszystkim obszaru interwencji objętego współfinansowaniem ze środków EFS. W przypadku wsparcia w ramach EFRR (a mówiąc bardziej precyzyjnie – Działania 10.1; w przypadku Działania 10.2 założona wartość docelowa przyjętego wskaźnika już została osiągnięta) sytuacja jest nieco inna, jeśli przyjmiemy za punkt odniesienia rzeczywistą aktualną wartość wskaźników identyfikowaną na podstawie danych z projektów już zakończonych (a więc w oparciu o wnioski o płatność końcową) – za wyjątkiem jednego wskaźnika („Liczba wspartych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej”) mamy tutaj do czynienia z relatywnie niską wartością poszczególnych wskaźników. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę wartość szacowaną tych wskaźników (a więc na podstawie deklaracji z umów o dofinansowanie), to w przypadku żadnego ze wskaźników w ramach Działania 10.1 nie powinien występować problem ze skutecznością interwencji, tj. osiągnięciem założonych wartości docelowych wskaźników postępu rzeczowego. To tak wyraźne „rozejście się” w przypadku EFRR wartości szacowanych i osiągniętych wiązać należy przede wszystkim ze specyfiką projektów o charakterze inwestycyjnym, które oceniać należy w dłuższej perspektywie czasowej. Nie bez znaczenia jest również fakt wprowadzanych na bieżąco modyfikacji do katalogu wskaźników i sposobu ich pomiaru. Przykładowo, w badaniu jakościowym przedstawiciele IZ zwracano uwagę, że w przypadku wskaźnika: „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi” w trakcie wdrażania Programu występowały problemy i niejednoznaczności związane ze sposobem jego pomiaru.

W przypadku wsparcia ze środków EFS wyraźnie dominującym stanem rzeczy jest osiągnięcie założonego poziomu realizacji wskaźników postępu rzeczowego, w większości przypadków jest to zresztą sytuacja przekroczenia przyjętych wartości docelowych. Mamy więc tutaj do czynienia z wysokim stopniem skuteczności udzielonego wsparcia. W przypadku tych 6 wskaźników, których aktualny stopień realizacji nie przekłada się na pełne osiągnięcie założonego stanu docelowego, w odniesieniu do 4 spośród nich postęp szacowany wskazuje, że wartości docelowe wskaźników zostaną osiągnięte. Jedynie w dwóch przypadkach, zarówno szacowana, jak i faktyczna skala realizacji założonych wartości docelowych wskaźników może rodzić obawy o ograniczoną skuteczność interwencji. Po pierwsze, chodzi tutaj o wskaźnik: „Liczba środowisk objętych programami lokalnej aktywności”. Obecny stopień realizacji tego wskaźnika wyniósł 39,3%, przy wartości szacowanej wynoszącej 52,1%. Jednocześnie jednak, w odniesieniu do niniejszego wskaźnika przedstawiciele IZ akcentowali w badaniu jakościowym kwestię trudności interpretacyjnych, zwracając uwagę, że beneficjenci wcześniej nie uwzględniali w pomiarze wskaźnika wszystkich jego elementów składowych (tj. nie wliczali do osiągniętej wartości wskaźnika wszystkich możliwych do uwzględnienia efektów swoich projektów). Uwzględniając fakt zmiany podejścia do pomiaru rzeczowego miernika, bieżące szacunki jego realizacji dokonywane przez IZ potwierdzają możliwość osiągnięcia jego wartości docelowej. Z kolei jeśli chodzi o wskaźnik: „Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych”, to jego aktualna wartość kształtuje się na bardzo niskim poziomie (4,5%), przy braku możliwości szacowania stopnia jego realizacji w oparciu o deklaracje zawarte w umowach o dofinansowanie. Taki stan rzeczy wynika jednak nie tyle z faktycznej dynamiki realizacji omawianego miernika i ewentualnych problemów z osiągnięciem w jego przypadku założonej wartości docelowej, ale z przyjętej metodologii jego pomiaru. W odniesieniu do tego wskaźnika pomiar dokonywany jest bowiem na podstawie wyników badania ewaluacyjnego, w ramach którego identyfikowana jest liczba miejsc utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych, których

okres istnienia wynosi co najmniej 30 miesięcy. Bieżąca wartość wskaźnika bazuje na pierwszym pomiarze wskaźnika, który, siłą rzeczy (ze względu na moment pomiaru – rok 2019), nie mógł potwierdzić wysokiego stopnia realizacji założonej wartości docelowej. Faktyczna ocena stopnia realizacji będzie mogła zostać dokonana w oparciu o wyniki kolejnego pomiaru.

Jednocześnie, pamiętać należy o tym – na co zresztą zwracano uwagę w badaniu jakościowym przedstawicieli IZ – że na stopień realizacji wskaźników istotny wpływ miała pandemia COVID-19 i to niekoniecznie w tym znaczeniu, że uniemożliwiła ona realizację założonych wartości docelowych wskaźników projektowych (choć oczywiście takie oddziaływanie również trzeba brać pod uwagę). Chodzi tutaj także o aspekt wydłużenia okresu realizacji projektów, co w praktyce oznacza, że w części projektów założony stopień realizacji wskaźników najprawdopodobniej zostanie osiągnięty, ale z uwzględnieniem czasowego przesunięcia.

W kontekście analizy danych wskaźnikowych obrazujących postęp rzeczowy interwencji należy się zastanowić, w jaki sposób możliwe jest w przyszłości unikanie sytuacji nieosiągnięcia założonych wartości docelowych wskaźników lub ich znaczącego przekroczenia. Jeśli chodzi o kwestię nieosiągnięcia założonych wartości docelowych, to wskazać tutaj można na zróżnicowane przyczyny takiego stanu rzeczy, a tym samym możliwe działania zaradcze. Z jednej strony relatywnie niski stopień realizacji w danym momencie może wynikać z tego, że występowały niejasności interpretacyjne dot. danego wskaźnika. Jak wskazano powyżej, taka sytuacja miała miejsce np. w odniesieniu do takich wskaźników jak: „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, czy „Liczba środowisk objętych programami lokalnej aktywności”. Istotne jest więc, by od samego początku wdrażania Programu określać definicje i sposób pomiaru w sposób możliwie najbardziej precyzyjny i jednoznaczny. Zresztą także moment pomiaru może wpływać na identyfikowany na danym etapie stopień realizacji danego wskaźnika – jak miało to miejsce w przypadku wskaźnika: „Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych”. Tutaj określenie stopnia realizacji może być dokonywane w określonych interwałach czasowych wynikających z przyjętego harmonogramu pomiaru wskaźnika w badaniach ewaluacyjnych. Trudno więc tutaj mówić o ewentualnych działaniach zaradczych, które pozwoliłyby uniknąć sytuacji niskiego stopnia realizacji wskaźnika w okresach pomiędzy kolejnymi pomiarami.

Z kolei w kontekście przekraczania założonych wartości docelowych wskaźników, to w szczególności taka sytuacja dotyczyła dwóch wskaźników o zbliżonym charakterze: „Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu” oraz „Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu”, gdzie skala przekroczenia jest kilkunasto- lub kilkudziesięciokrotna. Tutaj jednak przyczyną była odmienność podejścia na etapie określania wartości docelowej (gdzie „miejsca” odnoszono do placówek, w których dana usługa jest świadczona) oraz na etapie późniejszego monitoringu (gdzie regulacje centralne doprecyzowały definicję wskaźnika obejmując nią także osoby świadczące lub gotowe do świadczenia usługi po zakończeniu projektu). W celu uniknięcia tego rodzaju sytuacji należałoby dążyć do tego, by w okresie wdrażania Programu w sposób możliwie jak najmniejszy ingerować w definicje wskaźników, a jeśli już dokonywane są w tym zakresie zmiany, to by prowadzona była weryfikacja celowości zmian dotyczących również oszacowanych wartości docelowych.

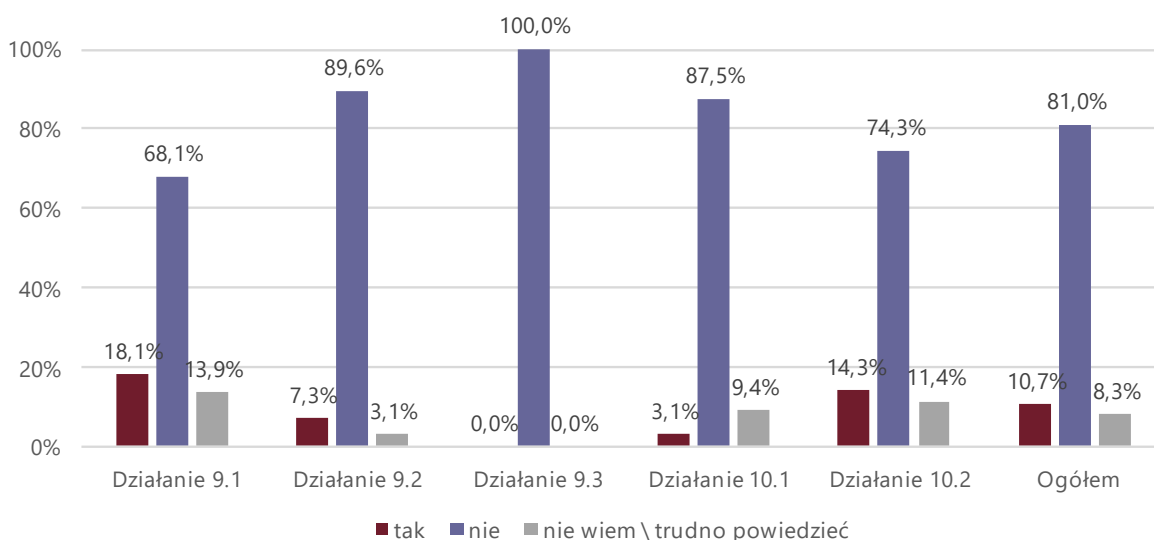
Relatywnie duża – choć mniejsze niż w przypadku dwóch ww. wskaźników – skala przekroczeń wartości docelowych dotyczy także wskaźników, które odnoszą się do osób z

niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie oraz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (i różnych szczegółowych aspektów świadczenia na ich rzecz określonego wsparcia lub osiągnięcia przez nich określonych efektów). W badaniu jakościowym zwracano uwagę, że przekroczenia wartości docelowych wskaźników, które dotyczą osób obejmowanych wsparciem mogą częściowo stanowić efekt oszczędności uzyskiwanych w projektach, co pozwala obejmować wsparciem większą niż pierwotnie planowano liczbę osób. Takie przypadki nie powinny być traktowane jako problem do przewyższenia i nie powinny one także stanowić problemu dla IZ na etapie składania wyjaśnień związanych ze znaczącym przekroczeniem wartości docelowych wskaźników. Nie mamy tutaj bowiem do czynienia z błędem na etapie szacowania tych wartości, a raczej z uzyskaniem swobodnego efektu dodatkowego. Jednocześnie jednak, jeśli uwzględnimy, że wskazane przypadki istotnego przekroczenia wartości docelowych odnoszą się do kwestii objęcia pomocą grup, które cechują się relatywnie dużą trudnością w świadczeniu pomocy na ich rzecz (osoby z niepełnosprawnością, osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym), to nie można wykluczyć, że przyjęte wartości docelowe na poziomie Programu zostały określone w sposób „bezpieczny”, tj. uwzględniający ryzyko związane z realizacją przedsięwzięć skierowanych do tych grup. Ale i w takiej sytuacji nie należy zaistniałego stanu rzeczy traktować jako błędu na etapie szacowania efektów interwencji. Jeśli bowiem efekty te zostałyby określone w sposób zbyt rygorystyczny i ambitny, to musiałyby to znaleźć odzwierciedlenie np. w warunkach dotyczących realizacji projektów, czy kryteriach ich wyboru, a to z kolei mogłoby się przełożyć negatywnie na potencjał absorpcyjny, a w konsekwencji na dynamikę procesu wdrażania. Dlatego też, bardziej uzasadnione wydaje się podejście niedoszacowujące skalę efektów interwencji w obszarze społecznym niż podejście przeszacowujące lub zbyt ambitne.

Dodatkowo, podkreślić należy, że w badaniu jakościowym zwrócono uwagę, że należy wstrzymać się jeszcze z ostateczną oceną kwestii niezrealizowania / przekroczeń wartości docelowych wskaźników. Po pierwsze dlatego, że w przypadku części obszarów interwencji nie zakończył się jeszcze proces dystrybucji środków. Po drugie, trzeba wziąć pod uwagę, że kryzys pandemiczny zmodyfikował ramy czasowe realizacji projektów, w tym osiągnięcia wartości docelowych wskaźników projektowych.

Uzupełnieniem danych zastanych odnoszących się do kwestii stopnia realizacji wskaźników są dane pozyskane bezpośrednio od beneficjentów w ramach ilościowego badania ankietowego. Na poniższym wykresie przedstawiono wyniki odnoszące się do przypadków występowania problemów z osiągnięciem wartości docelowych wskaźników. Dane te w sposób szerszy ujmują kwestię skuteczności w realizacji ewaluowanej interwencji, gdyż nie dotyczą wyłącznie sytuacji, w których nie są osiągnięte założone wartości docelowe wskaźników, ale także tych, gdy wartość wskaźnika została osiągnięta, natomiast towarzyszyły temu określone problemy.

Wykres 1. Występowanie problemów z osiągnięciem wartości docelowych wskaźników



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (Wywiad wspomagany komputerowo)/CATI (Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny) z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=35, Ogółem - n=242; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązyali umów o dofinansowanie oraz beneficjentom, którzy rozwiązyali umowy, lecz przed rozwiązaniem rozpoczęli realizację projektu

W większości projektów nie występowały znaczące problemy z osiągnięciem wartości docelowych sformułowanych w odniesieniu do nich wskaźników – na poziomie całej ewaluowanej interwencji, tylko w co dziesiątym projekcie (10,7%) takie problemy były identyfikowane. Największa skala występowania tego rodzaju problemów dotyczy dwóch Działań. Po pierwsze, jest to Działanie 9.1, gdzie w blisko co piątym projekcie (18,1%) potwierdzono występowanie problemów z osiągnięciem wartości docelowych wskaźników projektowych. Respondenci najczęściej wskazywali tutaj na wskaźniki odnoszące się do liczby osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które po opuszczeniu programu: uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje, poszukują pracy, bądź pracują¹². Przeglądając się tym wskaźnikom na poziomie całej ewaluowanej interwencji nie można mówić o znaczących trudnościach w osiągnięciu wartości docelowych, pamiętać jednak przy tym należy, że wartość osiągnięta na poziomie całego Programu odzwierciedla łączną sytuację dla wszystkich dofinansowanych przedsięwzięć, a więc projekty, gdzie wartość ta jest ponadprzeciętnie wysoka w pewnym sensie uzupełniają ewentualne niedobory realizacji wskaźnika w innych przedsięwzięciach. Jednak nawet jeśli przyjrzymy się ww. wskaźnikom w odniesieniu do wszystkich projektów dostrzec należy, że stopień ich realizacji maleje wprost proporcjonalnie do stopnia skonkretyzowania efektów, które dany wskaźnik mierzy. I tak, relatywnie najwyższa wartość osiągnięta dotyczy wskaźnika odnoszącego się do uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji (czyli uzyskania efektu o relatywnie niewymiernym charakterze), by następnie maleć w przypadku poszukiwania pracy i wartość najniższą uzyskać w przypadku faktu posiadania zatrudnienia przez osobę zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (co stanowi najbardziej wymierny i konkretny efekt

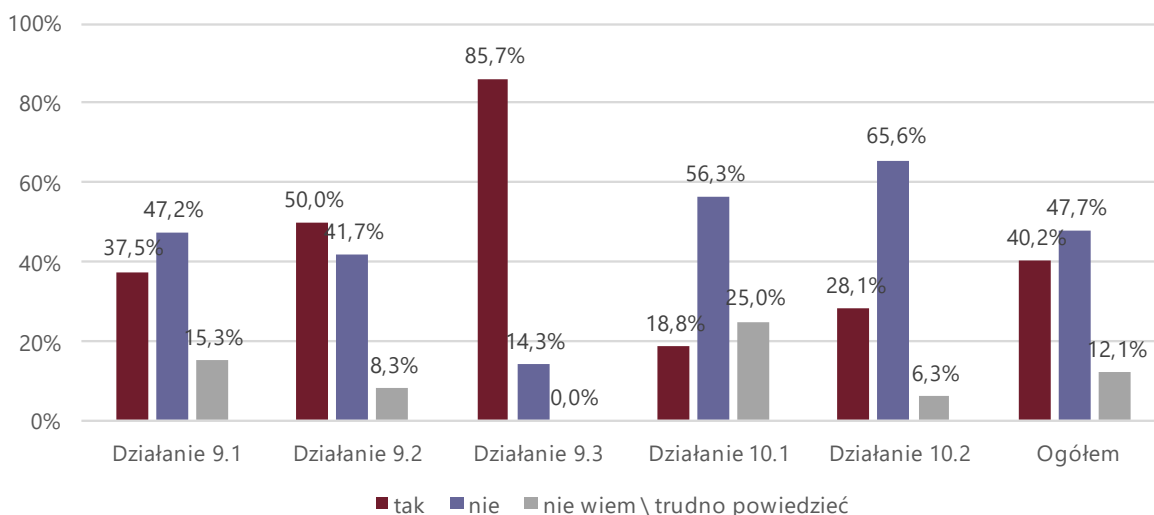
¹² Kwestia tego, jakie szczegółowe problemy utrudniały realizację założonych wartości docelowych wskaźników (a także, jakie czynniki przyczyniły do przekroczenia wartości docelowych wskaźników) będzie przedmiotem szczegółowej analizy w dwóch pierwszych podrozdziałach rozdziału: „Ocena czynników oraz mechanizmów wdrażania mających wpływ na realizację interwencji w ramach pi 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a”, które to podrozdziały poświęcone są identyfikacji czynników zewnętrznych i wewnętrznych mających wpływ na realizację ewaluowanej interwencji.

pomocy). Wydaje się, że jest to trafne odzwierciedlenie specyfiki wsparcia w obszarze aktywnej integracji, a także potwierdzenie faktu, że projektując system monitorowania efektów tego rodzaju pomocy należy w sposób ostrożny uwzględniać konkretne efekty wymagane do osiągnięcia w projektach, większy nacisk kładąc na samą realizację wsparcia i dotarcie z nim do osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Po drugie, w Działaniu 10.2 zidentyfikowano ponadprzeciętną (tj. wyższą niż w odniesieniu do całości ewaluowanej interwencji) skalę występowania problemów z osiągnięciem założonych wartości docelowych wskaźników projektowych. Tak naprawdę jednak w przypadku tego Działania, respondenci wskazywali na problemy wyłącznie z jednym wskaźnikiem, tj. miernikiem odnoszącym się do liczby osób korzystających ze wspartej infrastruktury.

Analogicznie do kwestii występowania problemów z osiągnięciem założonej wartości docelowej wskaźników projektowych, respondentów poproszono także o wskazanie, czy w przypadku ich przedsięwzięć występowała sytuacja przekroczenia wartości docelowych wskaźników, którą należałoby traktować jako odzwierciedlenie ponadplanowej skuteczności w osiąganiu efektów projektu. Uwzględniając zidentyfikowany wcześniej w oparciu o dane zastane postęp realizacji wskaźników na poziomie całego Programu (i dostrzeżoną relatywnie dużą częstość występowania przypadków przekraczania założonej wartości docelowych wskaźników), domniemywać można, że deklarowane przez respondentów przypadki przekroczenia wartości docelowych będą wyraźnie częstsze niż występowanie problemów w ich osiąganiu.

Wykres 2. Występowanie sytuacji przekroczenia wartości docelowych wskaźników



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32, Ogółem - n=239; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

Dane przedstawione na powyższym wykresie potwierdzają wcześniejszą hipotezę odnoszącą się do częstości występowania sytuacji przekroczenia wartości docelowych wskaźników – 40,2% realizatorów projektów zadeklarowało, że w ich przedsięwzięciach nastąpiło przekroczenie wartości docelowych wskaźników. Tego rodzaju sytuacja w największym stopniu dotyczy Działania 9.3 (85,7% beneficjentów potwierdziło jej występowanie), a następnie Działan: 9.2 (50%), 9.1 (37,5% oraz 10.2 (28,1%), relatywnie w najmniejszym stopniu występując w Działaniu 10.1 (18,8%). W Działaniu 9.3 przekroczenie

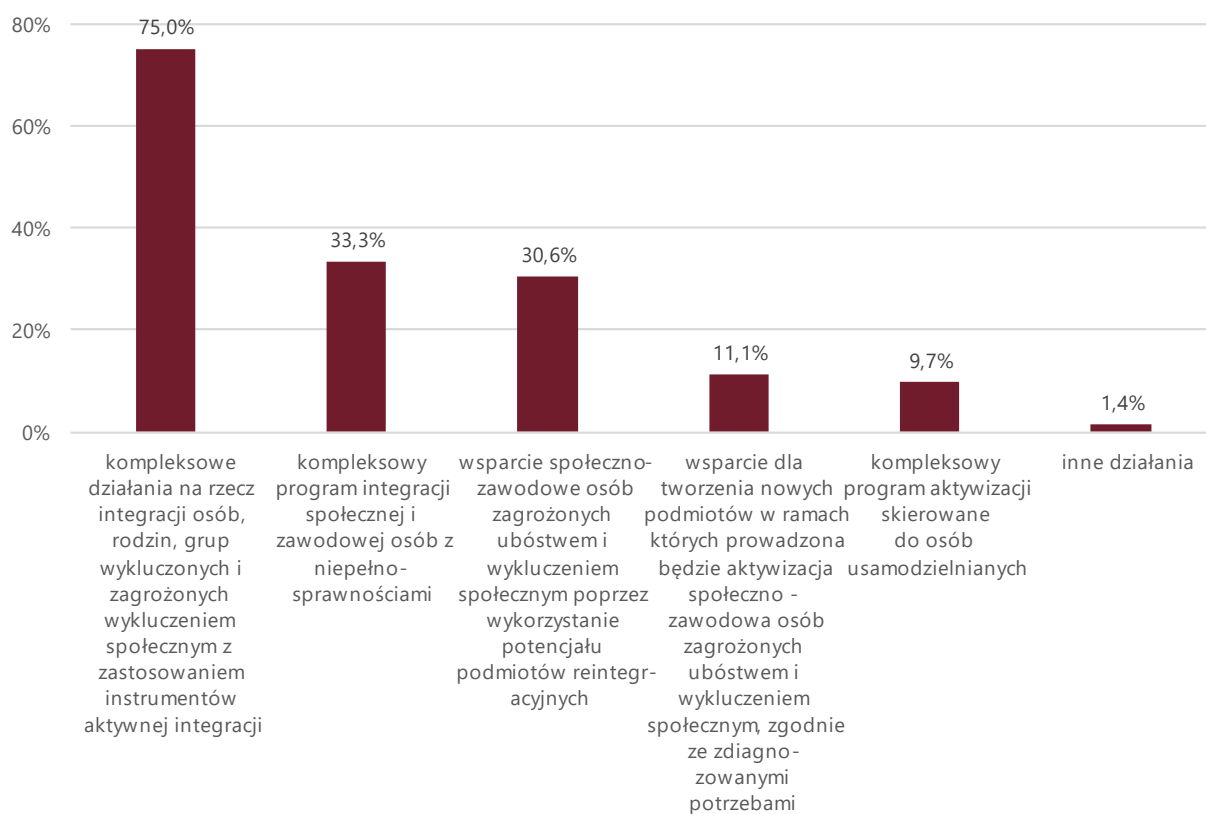
wartości wskaźników dotyczyło przede wszystkim wskaźnika monitorującego liczbę osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie. Podobny rodzaj wskaźnika (tj. miernik odzwierciedlający liczbę osób objętych formą wsparcia specyficzną dla Działania) wskazywano w przypadku Działania 9.2, gdzie był to wskaźnik monitorujący liczbę osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi / zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie oraz Działania 9.1, gdzie był to wskaźnik monitorujący liczbę osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie¹³. Zestawiając te informacje z wcześniej omawianymi danymi odnoszącymi się do wskaźników, których dotyczyły problemy z osiągnięciem wartości docelowej, sformułować można wniosek, że tak jak dla projektodawców nie stanowiła problemu rekrutacja uczestników projektów, tak ewentualne trudności w osiągnięciu założonych wartości docelowych wskaźników – jeśli się pojawiały – to odnosiły się do wygenerowania w projekcie określonych, konkretnych, efektów. Z jednej strony taki stan rzeczy uznać można za charakterystyczny dla interwencji w obszarze społecznym / zdrowotnym, gdzie wypracowanie wymiernych efektów może być relatywnie trudne. Z drugiej, warto zwrócić uwagę, że choć w badaniu jakościowym zwracano uwagę, że ze względu na ogólną poprawę sytuacji społeczno-ekonomicznej kraju i regionu zmniejsza się zapotrzebowanie np. na wsparcie w zakresie aktywnej integracji, to jednak relatywnie często beneficjenci wskazywali, że nie tylko nie mieli problemu w zaadresowaniu pomocy do założonej w projekcie liczby osób, ale że nawet liczbę tę przekroczyli. Jeśli chodzi o wsparcie współfinansowane ze środków EFRR, to zarówno w Działaniu 10.1, jak i 10.2 zdecydowanie najczęściej przekroczenie założonych wartości docelowych wskaźników odnosiło się do wskaźnika dotyczącego liczby osób korzystających ze wspartej infrastruktury.

Trzeci wymiar analizy skuteczności udzielonego wsparcia odnosi się do identyfikowania skuteczności realizowanych działań przez poszczególne kategorie interesariuszy wsparcia, tj. beneficjentów oraz instytucjonalnych i indywidualnych odbiorców wsparcia.

W pierwszej kolejności przedstawione zostaną wyniki badania ilościowego beneficjentów wskazujących na skuteczność określonych kategorii działań, które były podejmowane w realizowanych projektach. Prezentacja tych wyników (odrębnie dla każdego z Działań) poprzedzona została każdorazowo identyfikacją częstości uwzględniania w projektach poszczególnych rodzajów działań, które następnie były poddawane ocenie ze względu na ich skuteczność dostrzeżaną przez beneficjentów. Zestawiając ze sobą te dwie kategorie danych (częstość występowania i skuteczność) zidentyfikować można te instrumenty pomocowe (formy wsparcia), które powinny być traktowane – na bazie doświadczeń realizatorów projektów – jako optymalne typy wsparcia w obszarach wyznaczonych przez zakres tematyczny poszczególnych Działań.

¹³ Choć w przypadku tego Działania pojawiały się również przypadki przekraczania wartości docelowych tych wskaźników, które najczęściej wskazywano jako generujące problemy w osiągnięciu założonego stopnia realizacji.

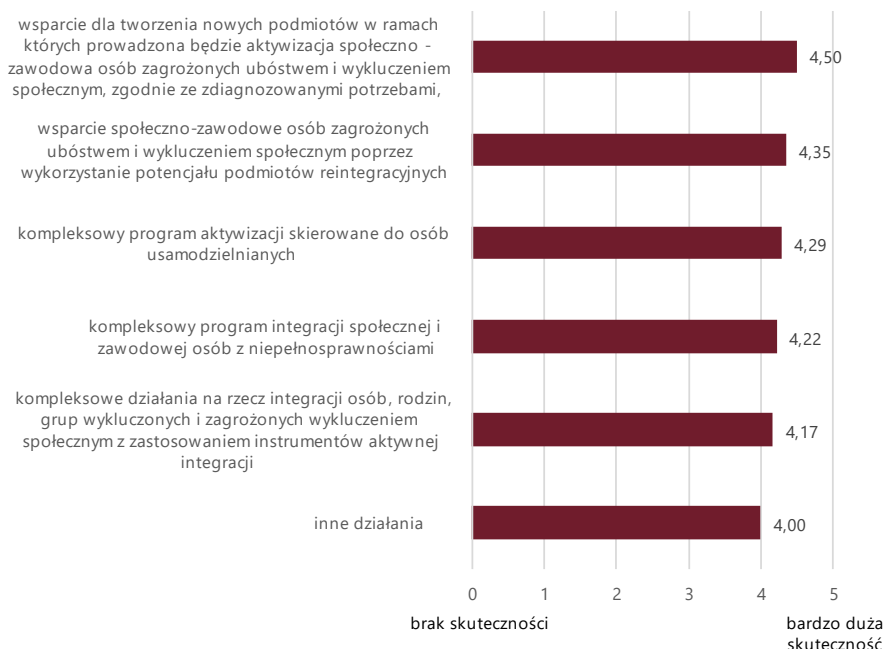
Wykres 3. Charakter działań realizowanych w ramach Działania 9.1



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=72; pytanie zadawane beneficjentom z Działania 9.1, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Wyraźnie najczęściej (dotyczy to 65% wszystkich badanych przedsięwzięć) podejmowanym typem wsparcia w projektach realizowanych w Działaniu 9.1 były kompleksowe działania na rzecz integracji osób, rodzin, grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym z zastosowaniem instrumentów aktywnej integracji. Relatywnie często wdrażano także pomoc w formie kompleksowych programów integracji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami (33,3%) oraz wsparcia społeczno-zawodowego osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym poprzez wykorzystanie potencjału podmiotów reintegracyjnych (30,6%). Pozostałe formy wsparcia były stosowane rzadziej.

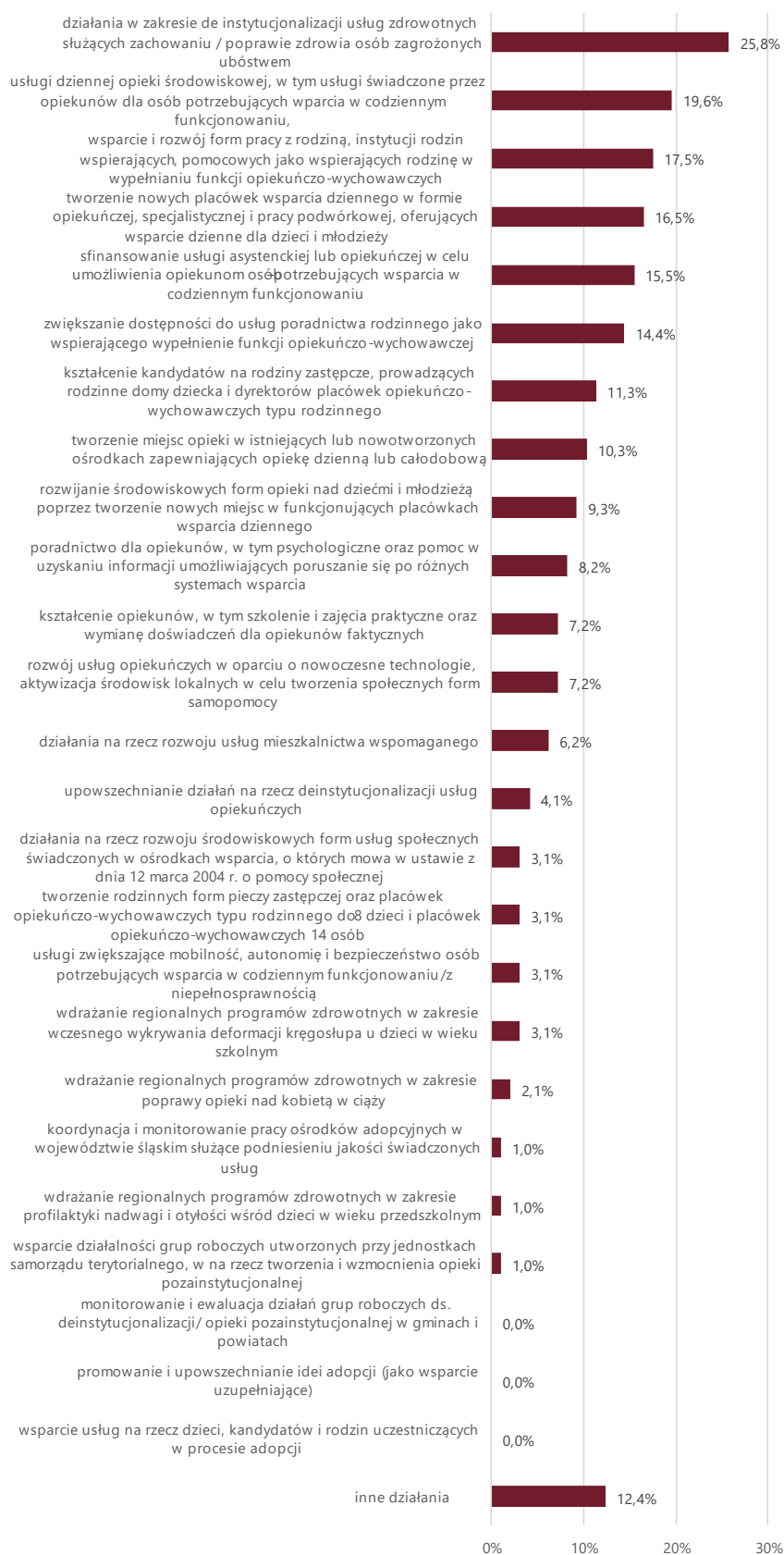
Wykres 4. Średnia ocena skuteczności podejmowanych działań w realizacji celów w ramach Działania 9.1



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=72, pytanie zadawane osobom, które wskazały na podejmowanie danego rodzaju działania; z analiz wyłączono odpowiedź „nie wiem / trudno powiedzieć”

Żadna z omawianych kategorii działań podejmowanych w ramach Działania 9.1 nie została pod względem skuteczności oceniona niżej niż „4”, na 5-punktowej skali, co świadczy o tym, że kwalifikowalne typy projektów zostały w tym Działaniu dobrane trafnie i – co do zasady – umożliwiały realizację celów interwencji. Stosunkowo najwyższą (4,50) beneficjenci ocenili skuteczność pomocy realizowanej w formie wsparcia dla tworzenia nowych podmiotów w ramach których prowadzona będzie aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami. Kolejne pod względem oceny skuteczności formy pomocy to: wsparcie społeczno-zawodowe osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym poprzez wykorzystanie potencjału podmiotów reintegracyjnych (4,35), kompleksowy program aktywizacji skierowanych do osób usamodzielnianych (4,29) oraz kompleksowy program integracji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami (4,22). Skuteczność najczęściej występującego typu projektu (kompleksowe działania na rzecz integracji osób, rodzin, grup wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym z zastosowaniem instrumentów aktywnej integracji) realizatorzy ocenili na 4,17.

Wykres 5. Charakter działań realizowanych w ramach Działania 9.2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=97; pytanie zadawane beneficjentom z Działania 9.2, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

W przypadku Działania 9.2 mamy do czynienia z bardzo rozbudowanym katalogiem działań pomocowych realizowanych w dofinansowanych przedsięwzięciach. W rezultacie, ze względu na zróżnicowany charakter projektów, częstość występowania poszczególnych form pomocy jest relatywnie niewielka – różnorodność i wielość typów projektów skutkuje ich rozproszeniem w ogólnej populacji dofinansowanych projektów.

W relatywnie największej, bo stanowiącej nieco ponad jedną czwartą (25,8%), części projektów podejmowano działania w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych służących zachowaniu / poprawie zdrowia osób zagrożonych ubóstwem. W blisko jednej piątej przedsięwzięć (19,6%) oferowano usługi dziennej opieki środowiskowej, w tym usługi świadczone przez opiekunów dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Kolejne, stosunkowo często podejmowane w projektach, formy wsparcia to: wsparcie i rozwój form pracy z rodziną, instytucji rodzin wspierających, pomocowych jako wspierających rodzinę w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych (17,5%); tworzenie nowych placówek wsparcia dziennego w formie opiekuńczej, specjalistycznej i pracy podwórkowej, oferujących wsparcie dzienne dla dzieci i młodzieży (16,5%); sfinansowanie usługi asystenckiej lub opiekuńczej w celu umożliwienia opiekunom osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (15,5%); zwiększanie dostępności do usług poradnictwa rodzinnego jako wspierającego wypełnienie funkcji opiekuńczo-wychowawczej (14,4%); kształcenie kandydatów na rodziny zastępcze, prowadzących rodzinne domy dziecka i dyrektorów placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego (11,3%); tworzenie miejsc opieki w istniejących lub nowotworzonych ośrodkach zapewniających opiekę dzienną lub całodobową (10,3%). Pozostałe formy pomocy reprezentowane były w mniej niż co dziesiątym projekcie realizowanym w ramach Działania 9.2.

Biorąc pod uwagę częstość uwzględniania w projektach poszczególnych rodzajów działań zauważyć należy, że w obszarze projektów dotyczących usług społecznych i zdrowotnych dominują przedsięwzięcia, które w różnych szczegółowych wymiarach pozwalają wdrażać i promować ideę deinstytucjonalizacji oraz zwiększania znaczenia pomocy środowiskowej (bez względu czy pomoc ta dotyczy realizacji działań opiekuńczo-wychowawczych wobec dzieci i młodzieży, usług opiekuńczych wobec osób niesamodzielnych, czy też opieki zdrowotnej). Znaczenie tego profilu wsparcia potwierdzają zresztą także pozostałe – reprezentowane już w mniejszym odsetku projektów – typy działań realizowanych w Działaniu 9.2. Tym samym, uznać należy, że to co stanowiło istotę przedsięwzięć prowadzonych w ramach Działania 9.2 to podejmowanie działań, które uruchomią lub wzmocnią świadczenie, szeroko rozumianych, usług społecznych i zdrowotnych w formule zdeinstytucjonalizowanej. Nawet jeśli wybrane typy działań projektowych nie dotyczą kwestii deinstytucjonalizacji w sposób bezpośredni, to mogą być traktowane jako wsparcie uzupełniające dla zdynamiczowania procesu świadczenia usług społecznych i zdrowotnych w oparciu o podejście środowiskowe.

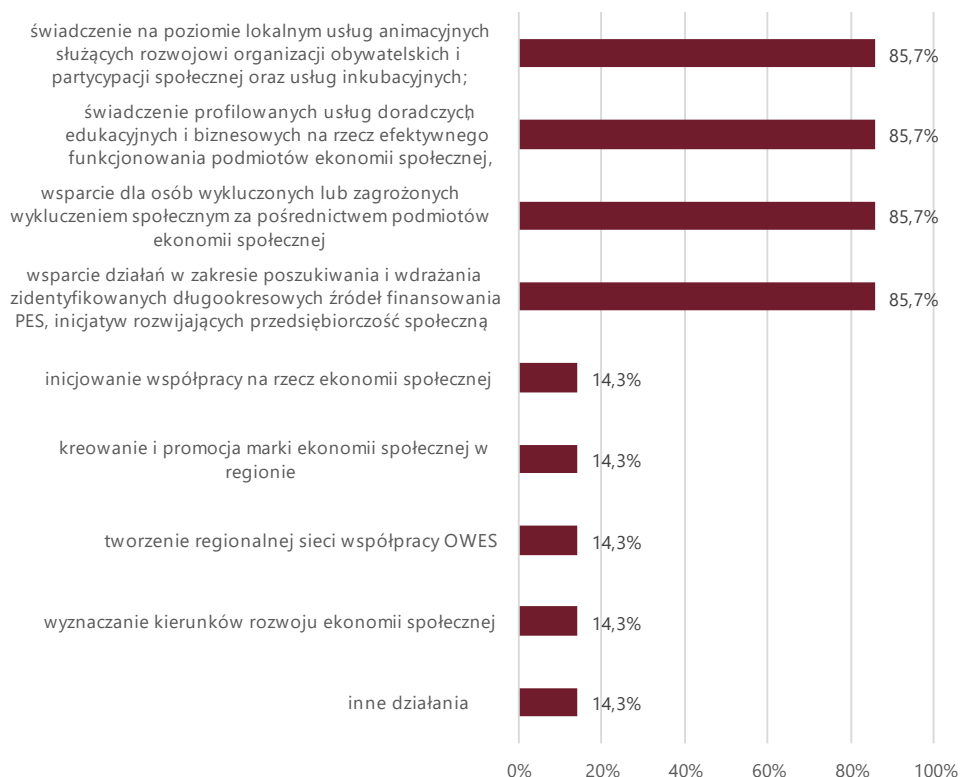
Wykres 6. Średnia ocena skuteczności podejmowanych działań w realizacji celów w ramach Działania 9.2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=97, pytanie zadawane osobom, które wskazały na podejmowanie danego rodzaju działania; z analiz wyłączono odpowiedź „nie wiem / trudno powiedzieć”

Powyższe dane potwierdzają, że w opinii realizatorów projektów szeroki katalog możliwych do realizacji działań projektowych cechuje generalnie bardzo wysoki poziom skuteczności. W przypadku aż 16 form wsparcia (spośród 21 wyodrębnionych rodzajów działań pomocowych) ocena skuteczności dokonywana na 5-stopniowej skali przekroczyła nie tylko poziom „4,00”, ale nawet „4,50”. W związku z tym, a także uwzględniając relatywnie niewielkie różnice w ocenie skuteczności pomiędzy poszczególnymi wariantami realizowanych w projektach działań stwierdzić należy, że zastosowane w RPO WSL 2014-2020 podejście bazujące na zapewnieniu rozległego zakresu dostępnych form pomocy w Działaniu 9.2 okazało się trafione – nie mamy do czynienia w ramach katalogu działań projektowych z działaniami, których skuteczność byłaby oceniana przez projektodawców negatywnie. Z kolei jeśli chodzi o popularność poszczególnych rodzajów pomocy, to pamiętać należy, że nawet w przypadku relatywnie małej częstości występowania danej formy pomocowej, nie oznacza to jej nieprzydatności, może ona bowiem mieć charakter dotyczący wąskiej grupy docelowej, czy szczegółowego problemu, na który pomoc ta stanowi odpowiedź. Poza tym, przy tak dużym rozproszeniu szczegółowych wariantów działań projektowych ostatecznym weryfikatorem jest nie tyle wyodrębniona skuteczność poszczególnych typów pomocy, ale łączna skuteczność w obrębie całego Działania.

Wykres 7. Charakter działań realizowanych w ramach Działania 9.3

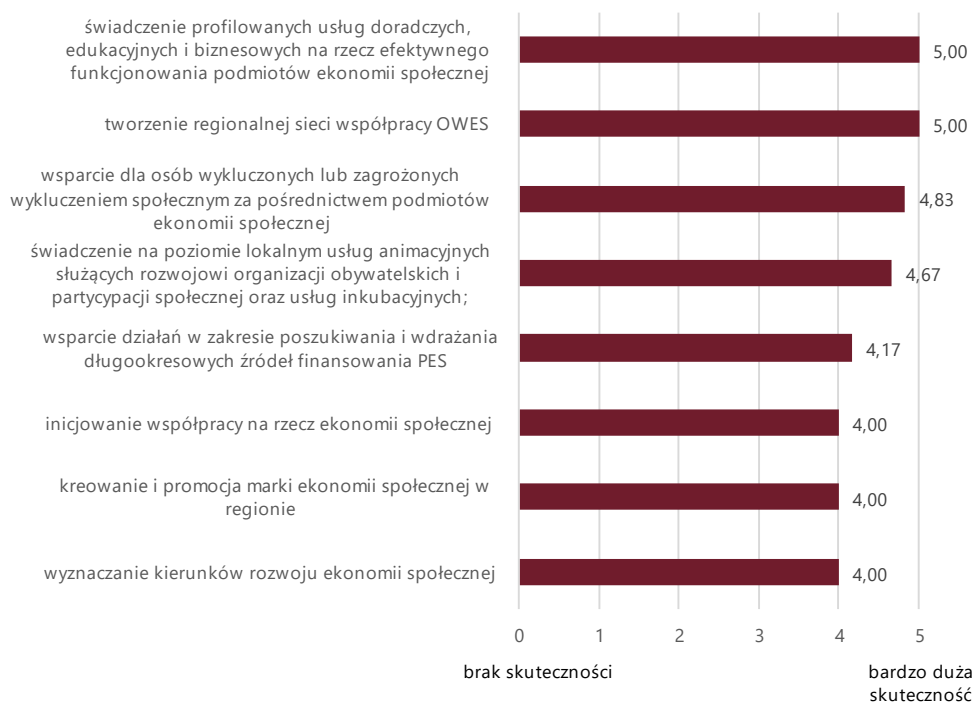


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=7; pytanie zadawane beneficjentom z Działania 9.3, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

W ramach Działania 9.3 mamy do czynienia z relatywnie niewielką liczbą projektów uwzględnionych w badaniu ankietowym, w porównaniu z dwoma wcześniej analizowanymi

Działaniami współfinansowanymi ze środków EFS¹⁴. Z powyższych danych wyłania się profil projektów bazujący na następujących głównych kategoriach pomocy, do których zaliczają się: świadczenie na poziomie lokalnym usług animacyjnych służących rozwojowi organizacji obywatelskich i partycypacji społecznej oraz usług inkubacyjnych; świadczenie profilowanych usług doradczych, edukacyjnych i biznesowych na rzecz efektywnego funkcjonowania podmiotów ekonomii społecznej; wsparcie dla osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym za pośrednictwem podmiotów ekonomii społecznej; wsparcie finansowe na tworzenie miejsc pracy w podmiotach ekonomii społecznej; wsparcie działań w zakresie poszukiwania i wdrażania zidentyfikowanych długookresowych źródeł finansowania PES, inicjatyw rozwijających przedsiębiorczość społeczną. Wszystkie wymienione formy działań projektowych reprezentowane były w 85,7% badanych przedsięwzięć. Pamiętać przy tym należy o obligatoryjności realizacji poszczególnych typów wsparcia w projektach realizowanych w Działaniu 9.3

Wykres 8. Średnia ocena skuteczności podejmowanych działań w realizacji celów w ramach Działania 9.3



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=7, pytanie zadawane osobom, które wskazały na podejmowanie danego rodzaju działania; z analiz wyłączono odpowiedź „nie wiem / trudno powiedzieć”

Realizatorzy projektów w ramach Działania 9.3 pozytywnie ocenili skuteczność wykorzystywanych w swoich przedsięwzięciach form działań projektowych. W opinii respondentów najwyższym poziomem skuteczności cechują się następujące typy projektów: świadczenie profilowanych usług doradczych, edukacyjnych i biznesowych na rzecz efektywnego funkcjonowania podmiotów ekonomii społecznej (ocena na poziomie „5,00”); tworzenie regionalnej sieci współpracy OWES (Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej) („5,00”); wsparcie dla osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym za pośrednictwem podmiotów ekonomii społecznej (4,83); świadczenie na poziomie lokalnym usług animacyjnych służących rozwojowi organizacji obywatelskich i partycypacji społecznej

¹⁴ Wynika to ze specyfiki wsparcia w tym Działaniu, które polegało na wyborze ograniczonej do 6 liczby podmiotów pełniących zadania Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej.

oraz usług inkubacyjnych (4,67). Ocena pozostałych form działań projektowych, choć nadal pozytywna, to jednak była niższa i nie przekroczyła w żadnym z przypadków noty „4,50”. Uwzględniając wyniki odnoszące się do Działania 9.3, stwierdzić należy, że zarówno w wymiarze częstości podejmowanych działań, jak i oceny ich skuteczności przez samych projektodawców, preferowany profil pomocy w obszarze ekonomii społecznej bazuje na dwóch filarach. Po pierwsze, jest to wsparcie w formie zindywidualizowanej i skonkretyzowanej pomocy dla podmiotów ekonomii społecznej, która pozwala im podejmować i/lub optymalizować prowadzoną działalność w obszarze ich działalności. Po drugie, jest to wsparcie, które jest już zorientowane na świadczenie określonej pomocy ostatecznym odbiorcom, którymi są osoby wykluczone lub zagrożone wykluczeniem społecznym. Z uzyskanych danych wyłania się tym samym coraz mniejsze uzasadnienie dla interwencji, której celem byłaby ogólna pomoc skierowana do sektora ekonomii społecznej, która dotyczyłaby takich kwestii jak: wyznaczanie kierunków rozwoju ekonomii społecznej, wzmacnianie potencjału marketingowego regionalnego sektora ekonomii społecznej, czy inicjowanie wewnątrzsektorowych działań kooperacyjnych.

Wykres 9. Charakter działań podejmowanych w projektach Działania 10.1 i 10.2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 10.1 - n=28, bd=4; Działanie 10.2 – n=30, bd=2; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Wsparcie realizowane w ramach Działania 10.1 i 10.2 ma charakter znacznie bardziej uproszczony niż pomoc oferowana w Osi Priorytetowej IX. W każdym z Działania współfinansowanych ze środków EFRR mamy do czynienia tylko z dwoma wyodrębnionymi formami działań projektowych i każda z tych form była w ramach danego Działania stosowana z podobną częstością. W przypadku Działania 10.1 zakup niezbędnego sprzętu i wyposażenia oraz adaptacji pomieszczeń był realizowany w 75% badanych przedsięwzięć, natomiast działania inwestycyjne ukierunkowane na poprawę jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia w 67,9% projektów. Z kolei w Działaniu 10.2 obie formy działań projektowych, tj.: roboty budowlane (za wyjątkiem budowy nowych obiektów) w zdegradowanych budynkach w celu adaptacji ich na mieszkania socjalne, wspomagane i

chronione oraz roboty budowlane (za wyjątkiem budowy nowych obiektów) w zdegradowanych budynkach na potrzeby utworzenia centrów usług społecznościowych, były reprezentowane w nieco ponad połowie badanych projektów (53,3%).

Wykres 10. Średnia ocena skuteczności podejmowanych działań w realizacji celów w ramach Działania 10.1 i 10.2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 10.1 - n=28, bd=4; Działanie 10.2 – n=30, bd=2; pytanie zadawane osobom, które wskazały na podejmowanie danego rodzaju działania; z analiz wyłączone odpowiedzi „nie wiem / trudno powiedzieć”

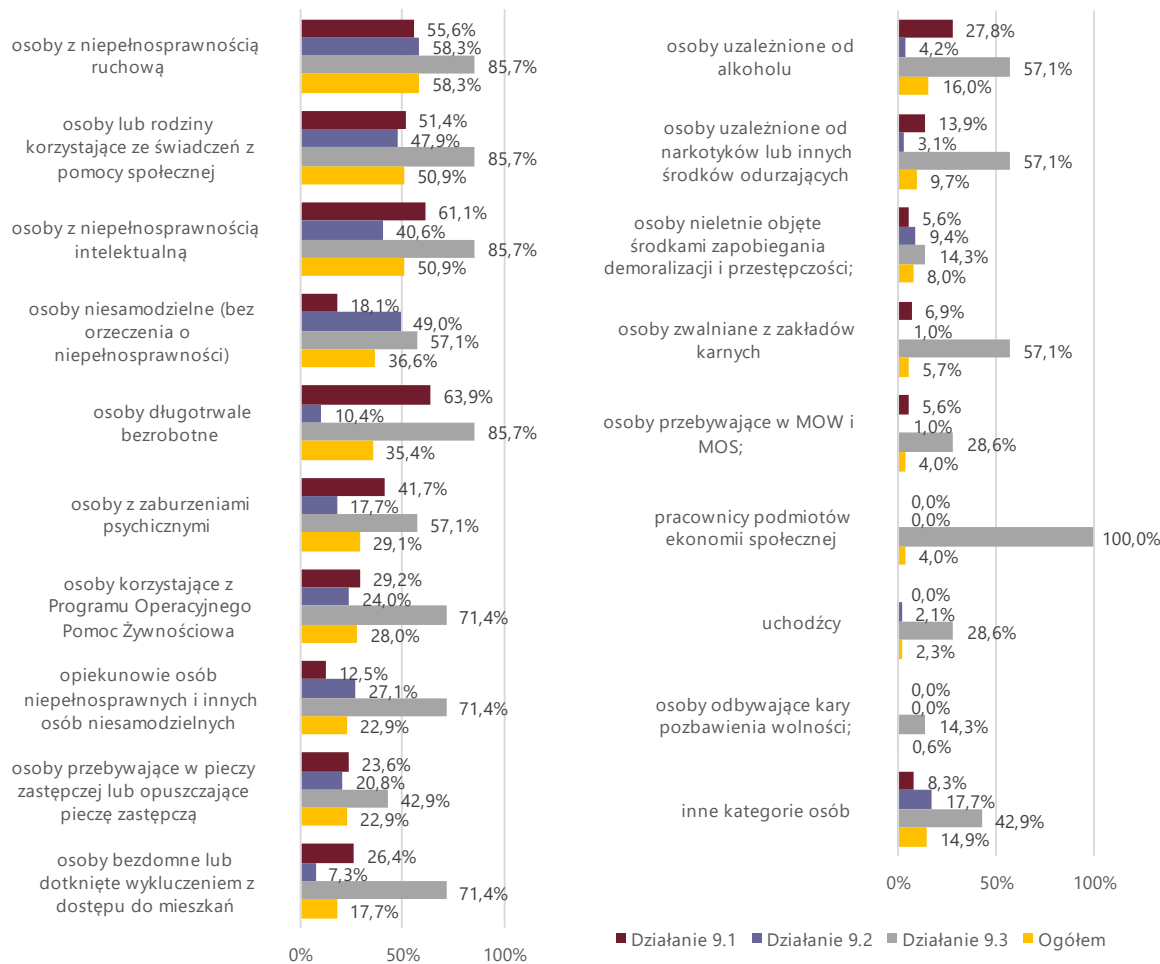
Pomoc oferowana w ramach objętych niniejszą ewaluacją Działań Osi Priorytetowej X została przez beneficjentów oceniona pod kątem jej skuteczności w stopniu zbliżonym do tego, który wcześniej zidentyfikowano w odniesieniu do wsparcia Osi Priorytetowej IX. W żadnym z typów działań projektowych ocena skuteczności nie okazała się – w 5-punktowej skali – niższa od poziomu „4,00”, a tylko w jednym przypadku (roboty budowlane (za wyjątkiem budowy nowych obiektów) w zdegradowanych budynkach w celu adaptacji ich na mieszkania socjalne, wspomagane i chronione) została ona oceniona poniżej noty „4,50”.

Przy tak szerokim zdefiniowaniu interwencji w Działaniach 10.1 i 10.2, oraz zidentyfikowanej wysokiej skuteczności całości zakresu wsparcia w tym obszarze, za uzasadnione uznać należy dotychczasowe podejście, w ramach którego wspomagane jest oferowanie pomocy inwestycyjnej, która w szeroko rozumiany sposób, wspomagać będzie świadczenie usług społecznych i zdrowotnych. Jednocześnie jednak, istnieje duże prawdopodobieństwo, że w przyszłym okresie finansowania utrzymanie tak szerokiego zakresu wsparcia w ramach EFRR nie będzie już możliwe na szczeblu regionalnym.

W dotychczasowej analizie danych bazujących na wynikach przeprowadzonych badań ankietowych ocena skoncentrowana była na identyfikacji, w oparciu o opinie beneficjentów, tych form pomocy, które postrzegane są jako najbardziej skuteczne. Takie podejście analityczne jest jednak niewystarczające dla kompletnej oceny skuteczności udzielonego wsparcia. W związku z tym, w dalszej części zostaną uwzględnione dodatkowe czynniki,

które powinny być brane pod uwagę w ogólnej ocenie skuteczności interwencji. Pierwszy analizowany aspekt dotyczy kategorii osób, do których skierowane zostało wsparcie / działania realizowane w projektach, przy czym aspekt ów dotyczy wyłącznie wsparcia współfinansowanego ze środków EFS, a więc wsparcia, w którym mamy do czynienia z określonymi grupami docelowymi pomocy¹⁵.

Wykres 11. Kategorie osób, do których skierowane zostało wsparcie / działania realizowane w projektach



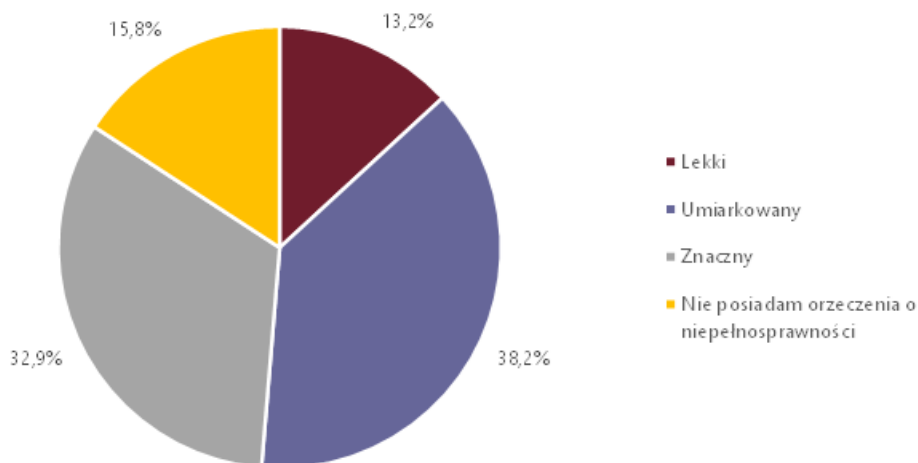
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Ogółem - n=175; pytanie zadawane beneficjentom z EFS, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

W kontekście powyższych danych stwierdzić należy, że z największą skutecznością wsparcia rozumianą jako dotarcie z pomocą do określonych grup docelowych mamy do czynienia w przypadku osób z niepełnosprawnością. Wśród trzech najczęściej wskazywanych grup, do których skierowane zostało wsparcie / działania realizowane w projektach, aż dwie to grupy osób z określonym rodzajem niepełnosprawności – w 58,3% przedsięwzięć pomoc trafiła do osób z niepełnosprawnością ruchową, a w 50,9% – do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Trzecią z najliczniej reprezentowanych w projektach

¹⁵ Należy przy tym podkreślić, że prezentowane dane bazują na deklaracjach beneficjentów odnoszących się do charakterystyki grup objętych wsparciem. Z tego powodu możliwe są sytuacje wskazania jako grupy odbiorców pomocy także takich kategorii osób, którym nie była dedykowana pomoc w ramach RPO WSL 2014-2020. Dotyczy to np. – wskazanych incydentalnie – osób odbywających karę pozbawienia wolności.

grup docelowych są natomiast osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej (50,9% przedsięwzięć skierowanych było do tej grupy odbiorców pomocy). Poza powyższymi wnioskami przedstawione dane uprawniają jeszcze do sformułowania dodatkowych konkluzji. Po pierwsze, widać wyraźną dysproporcję pomiędzy skalą objęcia pomocą osób z niepełnosprawnością (ruchową lub intelektualną) i osób niesamodzielnych (bez orzeczenia o niepełnosprawności), a skalą wsparcia dla opiekunów osób niepełnosprawnych i innych osób niesamodzielnych. Ta druga kategoria osób została objęta pomocą tylko w nieco ponad jednej czwartej projektów (22,9%). Taki stan rzeczy może w dłuższej perspektywie czasowej ograniczać skuteczność deinstytucjonalizacji pomocy dla osób niesamodzielnych (z tytułu niepełnosprawności lub innych przyczyn) w oparciu o ich najbliższe otoczenie rodzinne i społeczne. Po drugie, w kontekście narastającej skali występowania problemów o podłożu psychicznym oraz istotnych niedoborów wsparcia systemowego w tym obszarze, za relatywnie niski udział należy uznać udział osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach badanych projektów – osoby te zostały objęte pomocą w 29,1% przedsięwzięć. Zestawiając te dane np. z danymi dotyczącymi skali objęcia pomocą osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań (wspieranych w 17,7% projektów) i biorąc pod uwagę skalę występowania obu zjawisk problemowych, które dotyczą każdej z tych grup, to skala uwzględnienia problemu zaburzeń psychicznych wśród osób objętych pomocą w dofinansowanych w Osi Priorytetowej IX projektach może być uznana za niewystarczającą. Po trzecie, Działaniem w ramach którego – co do zasady – występuje relatywnie największa reprezentacja projektów kierujących działania do najbardziej zróżnicowanej populacji odbiorców okazało się Działanie 9.3. Taki stan rzeczy można interpretować jako potwierdzenie skuteczności przedsiębiorczości społecznej jako narzędzia i sfery pomocy, która jest w stanie w sposób szeroki i wieloaspektowy oddziaływać na rozwiązywanie problemów z obszaru społecznego i zdrowotnego. Uzupełnieniem powyższych danych dotyczących najliczniejszej grupy osób objętej wsparciem, czyli osób z niepełnosprawnością, są dane (pochodzące z badania uczestników projektów) identyfikujące stopień niepełnosprawności uczestników projektów.

Wykres 12. Stopień niepełnosprawności uczestników projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; n=76, pytanie zadawane osobom z niepełnosprawnościami według danych PEFS (data pobrania: 27.04.2021)

Dominującą kategorią osób z niepełnosprawnością wśród uczestników projektów były osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, które stanowiły 38,2% wszystkich odbiorców wsparcia, którzy w momencie udziału w projektach posiadali orzeczenie o niepełnosprawności. Blisko jedna trzecia badanych (32,9%) posiadała orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, natomiast najrzadziej reprezentowane były osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności (13,2%). W przypadku 15,8% respondentów uzyskano informację o braku orzeczenia o niepełnosprawności. Biorąc pod uwagę, że pytanie o stopień niepełnosprawności było zadawane wyłącznie osobom, które w bazie PEFS oznaczone były jako osoby z niepełnosprawnością, może to oznaczać, że do momentu realizacji badania uczestnicy ci utracili posiadane wcześniej orzeczenie o niepełnosprawności¹⁶.

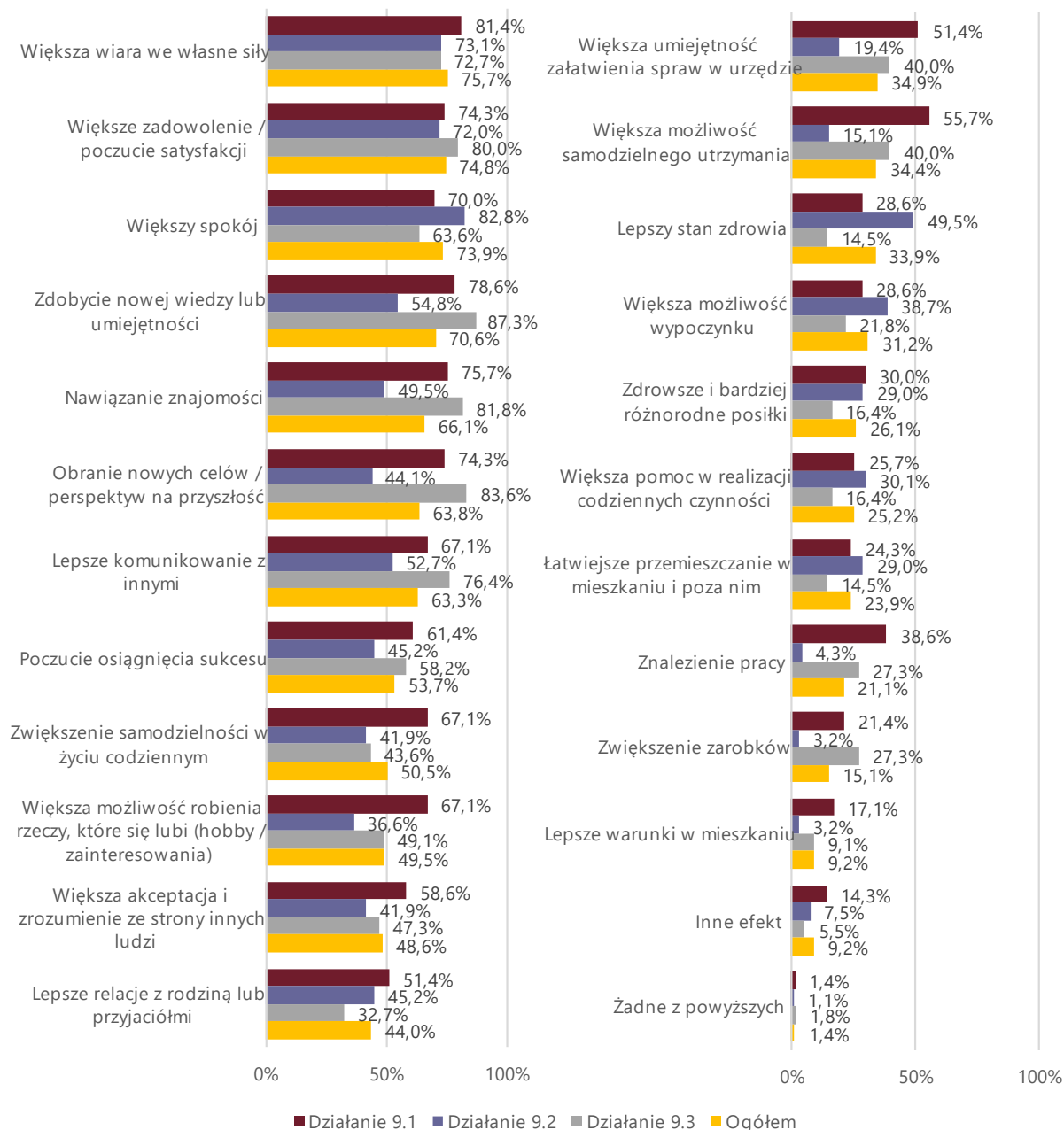
Biorąc pod uwagę ogólnopolską strukturę populacji osób z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej ze względu na stopień niepełnosprawności, w odniesieniu do struktury uczestników ewaluowanych projektów zauważyć należy: relatywnie mniejszy udział wśród uczestników projektów osób z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, relatywnie większy udział wśród uczestników projektów osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Taki stan rzeczy ocenić należy pozytywnie, bo oznacza on, że w ramach dofinansowanych projektów ich realizatorzy raczej nie dążą do adresowania wsparcia do tych kategorii osób z niepełnosprawnością, które wymagałyby pomocy najmniej złożonej i wieloaspektowej (a więc osób z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności). Innymi słowy, skala występowania efektu tzw. *creamingu*¹⁷ jest w przypadku omawianej interwencji ograniczona, co świadczy o prawidłowym „skalibrowaniu” warunków udzielania wsparcia, tak by ograniczać skalę ww. efektu.

W dalszej części scharakteryzowano skuteczność wsparcia udzielonego w ramach ewaluowanej interwencji w odniesieniu do uczestników projektów i poszczególnych ich kategorii. Na poniższym wykresie przedstawiono dane identyfikujące efekty uzyskane przez uczestników projektów w poszczególnych Działaniach (z uwzględnieniem Działań współfinansowanych ze środków EFS, bo tylko w tym przypadku mamy do czynienia z sytuacją uczestnictwa w projektach).

¹⁶ Istnieje oczywiście także taka możliwość, że informację o braku orzeczenia o niepełnosprawności podawały w badaniu także osoby faktycznie posiadające takie orzeczenie, nie chcąc w trakcie wywiadu potwierdzać swojego statusu w zakresie niepełnosprawności.

¹⁷ Efekt *creamingu* dotyczy sytuacji, w których projektodawcy kierują wsparcie do osób / grup, w przypadku których szacują większe prawdopodobieństwo osiągnięcia założonych celów, a niekonieczne do tych, wśród których zapotrzebowanie na to wsparcie jest największe.

Wykres 13. Efekty uzyskane przez uczestników projektów w poszczególnych Działaniach



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; Działanie 9.1 - n=70, Działanie 9.2 - n=93, Działanie 9.3 - n=55, Ogółem - n=213; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%; pytanie zadawane osobom niesprawującym opieki nad osobą zależną oraz osobom niepracującym w podmiotach świadczących wsparcie

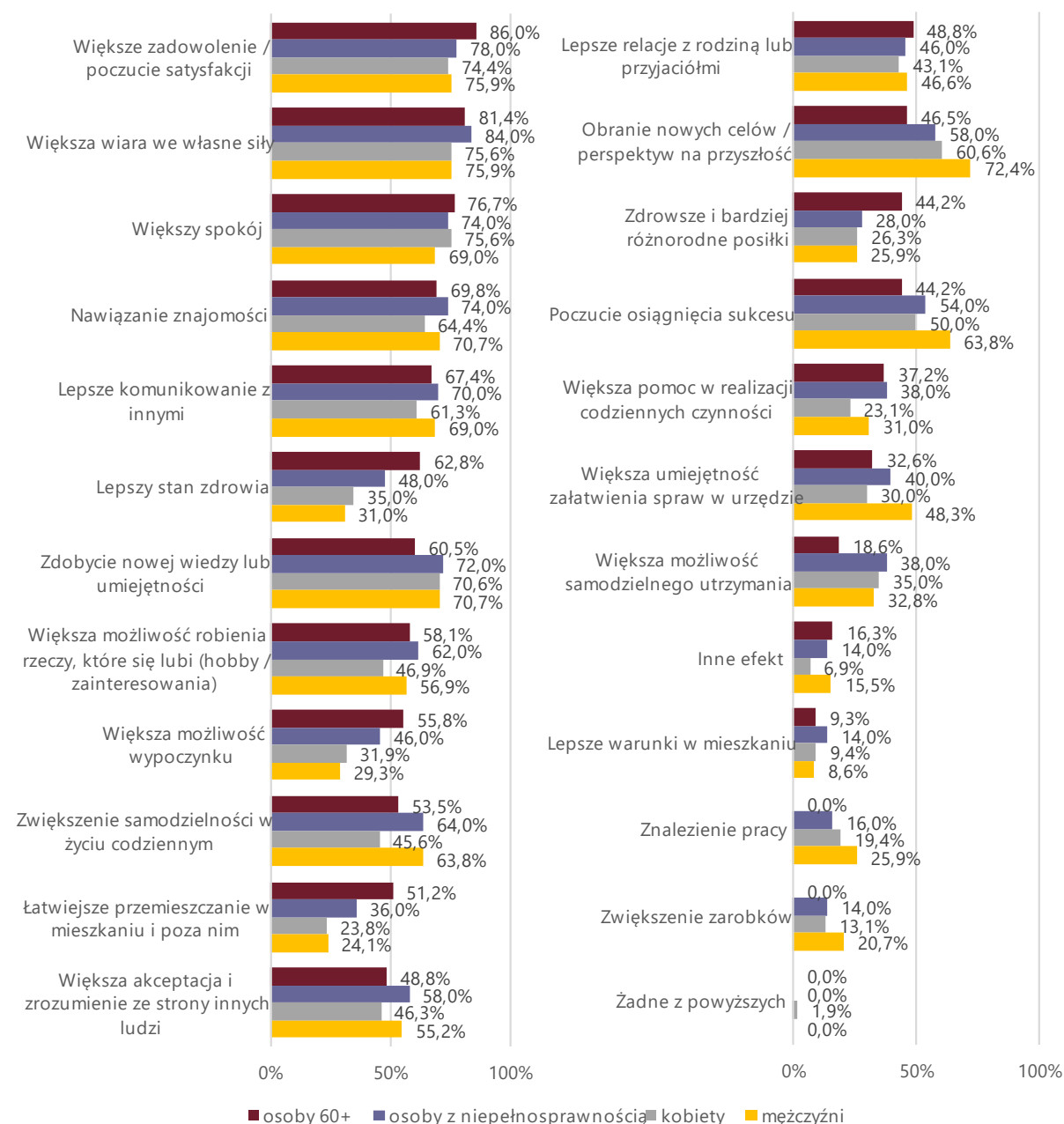
Na poziomie ogólnym oraz w ramach poszczególnych Działań dominującym wariantem efektów osiągniętych przez uczestników projektów są efekty „miękkie”, takie jak: większa wiara we własne siły (efekt, którego wystąpienie w rezultacie otrzymanego wsparcia potwierdziło 75,7% badanych uczestników projektów), większe zadowolenie / poczucie satysfakcji (74,8%), czy większy spokój (73,9%). Spośród efektów o charakterze skonkretyzowanym największa częstość występowania dotyczy zdobycia nowej wiedzy lub umiejętności (70,6% wskazań), przy czym szczególnie często występowanie tego efektu deklarowali uczestnicy projektów w ramach Działań: 9.1 i 9.3. Zresztą należy zauważyć, że w przypadku większości efektów o relatywnie najczęstszej skali występowania to właśnie te dwa Działania cechuje największy udział uczestników potwierdzających fakt uzyskania

danego efektu. Oznaczałoby to, że to właśnie te dwa Działania cechuje najbardziej kompleksowe i wielowymiarowe oddziaływanie na sytuację. Dotyczy to zarówno efektów „miękkich”, ale także efektów o jednoznacznie wymiernym charakterze (np. znalezienie pracy, zwiększenie zarobków, większa możliwość samodzielnego utrzymania). Jeśli natomiast chodzi o Działanie 9.2, to ujawnia ono swoją specyfikę jako interwencja pozwalająca na uzyskanie przez uczestników projektów takich efektów jak: większy spokój, lepszy stan zdrowia, większa możliwość wypoczynku, większa pomoc w realizacji codziennych czynności, łatwiejsze przemieszczanie w mieszkaniu i poza nim. We wszystkich tych przypadkach to właśnie w ramach Działania 9.2 występował największy odsetek uczestników deklarujących osiągnięcie danego efektu. Innymi słowy, Działanie 9.2 również pozwoliło na osiągnięcie zarówno efektów „miękkich”, jak i efektów wymiernych, przy czym były te efekty specyficzne dla obszaru problemowego jakim jest sfera usług społecznych i zdrowotnych.

Uwzględniając powyższe dane, uprawnionym jest wniosek, iż w ramach ewaluowanej interwencji uczestnicy projektów osiągnęli poszczególne efekty w stopniu zróżnicowanym, ale zróżnicowanie to stanowiło raczej wypadkową specyfiki poszczególnych obszarów wsparcia, co z kolei potwierdza trafność zaadresowania pomocy do określonych grup docelowych objętych pomocą w wyodrębnionych Działaniach.

Populacja uczestników projektów może być charakteryzowana i wyodrębniana ze względu na różne parametry, nie tylko odnoszące się do Działania, w ramach którego realizowany był projekt, w którym uczestniczyła dana osoba. Ze względu na charakter pomocy oferowanej w ramach ewaluowanej interwencji istotnymi do uwzględnienia w analizie cechami wydają się przede wszystkim: wiek, ewentualna niepełnosprawność oraz płeć uczestników projektów. Te trzy zmienne wykorzystano na poniższym wykresie do przedstawienia skali występowania w poszczególnych grupach określonych efektów projektów.

Wykres 14. Efekty uzyskane w wybranych grupach uczestników projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; Działanie 9.1 - n=70, Działanie 9.2 - n=93, Działanie 9.3 - n=55, Ogółem - n=213; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%; pytanie zadawane osobom niesprawnym opieką nad osobą zależną oraz osobom niepracującym w podmiotach świadczących wsparcie

Po pierwsze, zauważalną prawidłowością jest, iż w przypadku tych efektów, których skala występowania jest ogólnie największa, mamy do czynienia z relatywnie najmniejszym zróżnicowaniem częstości ich występowania w poszczególnych grupach odbiorców. Innymi słowy, te efekty, które mają najbardziej uniwersalny charakter, nie różnicują populacji uczestników projektów bez względu na to, czy populację tę będziemy analizować pod kątem wieku, niepełnosprawności, czy płci. Jednocześnie, zauważyć należy, że efekty z tej grupy to najczęściej efekty o charakterze „miękkim” (takie jak np.: większe zadowolenie / poczucie satysfakcji, większa wiara we własne siły, większy spokój, nawiązanie znajomości, lepsze komunikowanie z innymi), co nie powinno dziwić, jeśli weźmiemy pod uwagę, że takie efekty mogą stanowić bezpośredni lub pośredni rezultat pomocy o zróżnicowanym charakterze.

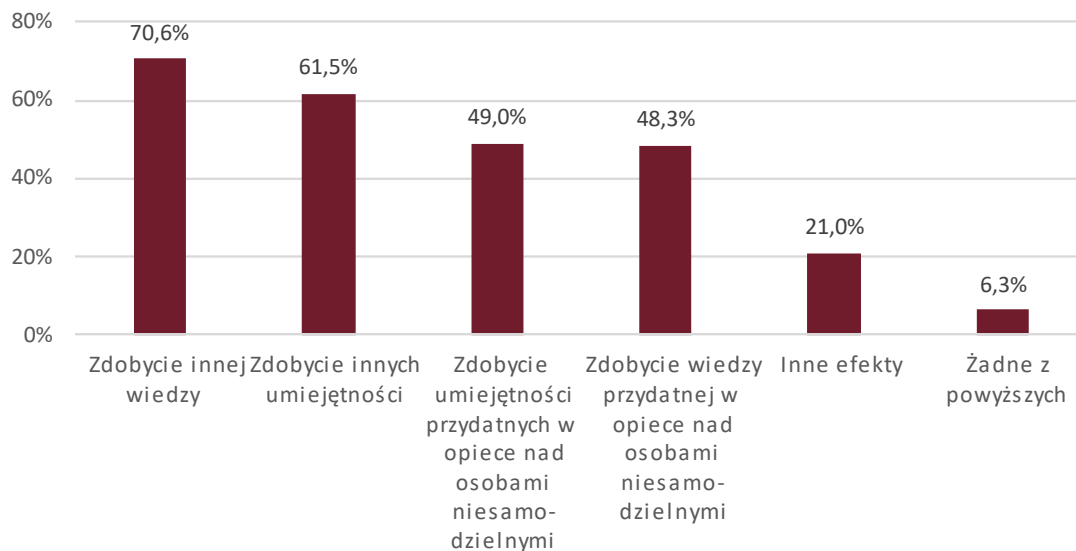
Po drugie, w przypadku osób w wieku 60+ relatywnie często (w porównaniu z pozostałymi kategoriami odbiorców pomocy) mamy do czynienia z osiągnięciem takich efektów jak: lepszy stan zdrowia, większa możliwość wypoczynku, łatwiejsze przemieszczanie w mieszkaniu i poza nim, zdrowsze i bardziej różnorodne posiłki. Oznacza to, że specyfiką wsparcia dla osób starszych jest względnie duży nacisk na dobrostan fizyczny i kwestie zdrowotne. Wydaje się to być trafne w kontekście rzeczywistych potrzeb i deficytów tej grupy docelowej.

Po trzecie, w grupie osób z niepełnosprawnościami relatywnie duża (w relacji do pozostałych grup odbiorców pomocy) okazała się skala osiągnięcia efektów takich jak: zwiększenie samodzielności w życiu codziennym, większa akceptacja i zrozumienie ze strony innych ludzi, większa możliwość samodzielnego utrzymania. Taki stan rzeczy ocenić należy pozytywnie, oznacza to bowiem, że oddziaływanie ewaluowanych projektów w grupie osób z niepełnosprawnością nie ogranicza się do sfery fizycznej (np. w aspekcie poprawy stanu zdrowia dzięki pomocy rehabilitacyjnej, czy poprawy jakości codziennego życia dzięki usługom opiekuńczym), ale ma charakter szerszy, a tym samym – prawdopodobnie także bardziej trwałe.

Po czwarte, w przypadku analizy ze względu na płeć zauważyć należy, że w przypadku wyraźnie większej liczby efektów to wśród mężczyzn mamy do czynienia z większą skalą osiągania danego efektu. Oznacza to, że większa skuteczność i różnorodność oddziaływania ewaluowanej interwencji występuje właśnie w tej grupie. Jeśli chodzi o kobiety, to większa skala występowania danego efektu dotyczy wyłącznie takich efektów jak: większy spokój, lepszy stan zdrowia, większa możliwość wypoczynku, zdrowsze i bardziej różnorodne posiłki, większa możliwość samodzielnego utrzymania, lepsze warunki w mieszkaniu. Jednocześnie, to właśnie tylko wśród kobiet – choć przynajmniej, że w niewielkiej skali (1,9% wskazań) – pojawiały się deklaracje wskazujące na brak jakichkolwiek efektów projektu, w którym respondentka uczestniczyła. Podsumowując tę kwestię, podkreślić należy potrzebę większej skuteczności oddziaływania dofinansowanych przedsięwzięć wśród kobiet uczestniczących w projektach. Wydaje się bowiem – analizując charakter poszczególnych efektów – że w żadnym przypadku nie występuje tam uzasadnienie merytoryczne dla faktu większej skuteczności świadczonej pomocy w grupie mężczyzn.

Specyficzną kategorią uczestników projektów są osoby sprawujące opiekę nad osobami niesamodzielnymi. W ich przypadku czynnikiem uzasadniającym ich udział w danym przedsięwzięciu pomocowym jest właśnie fakt sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną (bez względu na powód rzeczowej niesamodzielnności). Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące częstości występowania określonych efektów w tej grupie docelowej.

Wykres 15. Efekty uzyskane przez uczestników projektów sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; n=143; pytanie zadawane osobom, które zadeklarowały opiekę nad osobami niesamodzielnymi (w życiu prywatnym lub w ramach obowiązków zawodowych); ; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Respondenci sprawujący opiekę nad osobami niesamodzielnymi najczęściej wskazywali na występowanie dwojakiego rodzaju efektów. Po pierwsze, było to zdobycie innej wiedzy (70,6% uczestników projektów potwierdziło wystąpienie takiego efektu w odniesieniu do swojej osoby). Po drugie zaś, zdobycie innych umiejętności (61,5%). W przypadku obu tych efektów kategoria: „inne” oznacza, że mowa jest tu o efektach nieodnoszących się bezpośrednio do opieki nad osobami niesamodzielnymi. Te bowiem zadeklarowało, odpowiednio: 49% (w przypadku efektu polegającego na zdobyciu umiejętności przydatnych w opiece nad osobami niesamodzielnymi) oraz 48,3% (w przypadku zdobycia wiedzy przydatnej w opiece nad osobami niesamodzielnymi). Mamy więc do czynienia z sytuacją, która może się wydawać paradoksalna – w grupie uczestników projektów sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi dominujący charakter mają efekty, które nie wiążą się z zdobyciem wiedzy / umiejętności, które tej opieki bezpośrednio dotyczą. Ów paradoks ma jednak charakter, przynajmniej częściowo, pozorny i dlatego nie powinien być traktowany jako słabość ewaluowanych projektów. Po pierwsze, istotne znaczenie w przypadku tego rodzaju wsparcia było np. zapewnienie opieki nad osobą zależną, co pozwalałoby na odciążenie opiekuna. Po drugie, wsparcie dla osób sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi nie powinno być utożsamiane wyłącznie ze zdobywaniem wiedzy i nabywaniem kompetencji przydatnych w tej opiece. Z punktu widzenia odbiorców pomocy istotnym walorem otrzymywanego wsparcia może być także to, że pozwala ono, choć w pewnym stopniu, wprowadzić do bieżącej sytuacji uczestnika elementy pomocowe i rozwojowe wykraczające poza horyzont pomocy osobie niesamodzielnej. Jest to bez wątpienia ważny aspekt wsparcia, który jednocześnie może w sposób pośredni oddziaływać pozytywnie także na wewnętrzny potencjał (emocjonalny, motywacyjny, fizyczny itd.) niezbędny do stałego sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną.

Opieka nad osobą niesamodzielną odnosi się do relacji bilateralnej, której stronami są: osoba sprawująca opiekę i jej podopieczny / podopieczna. Dlatego też, w ocenie skuteczności interwencji w zakresie odnoszącym się do sprawowania takiej opieki uwzględniona musi być także kwestia efektów uzyskanych przez osoby niesamodzielne

będące pod opieką uczestników projektów. Dane dotyczące tego zagadnienia przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 16. Efekty uzyskane przez osoby niesamodzielne będące pod opieką uczestników projektów



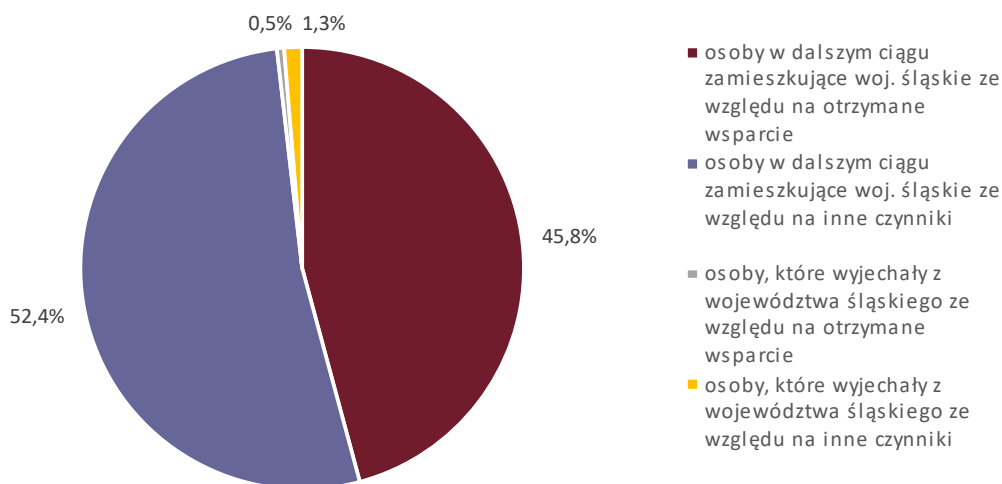
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; n=143; pytanie zadawane osobom, które zadeklarowały opiekę nad osobami niesamodzielnymi (w życiu prywatnym lub w ramach obowiązków zawodowych); pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Osoby uczestniczące w projektach, które jednocześnie sprawują opiekę nad osobami niesamodzielnymi dostrzegają przede wszystkim następujące efekty odnoszące się do sytuacji swoich podopiecznych: większe zadowolenie / poczucie satysfakcji (73,4%), większa wiara we własne siły (73,4%), zdobycie nowej wiedzy lub umiejętności (69,2%), większy

spokój (69,2%), lepsze komunikowanie z innymi (63,6%), nawiązanie znajomości (60,8%). Pozostałe rodzaje efektów w odniesieniu do osób niesamodzielnych dostrzegło mniej niż 60% ich opiekunów, którzy uczestniczyli w ewaluowanych projektach. Pozytywnie ocenić należy to, że respondenci w relatywnie dużym stopniu dostrzegają efekty swojego uczestnictwa w projektach dla osób niesamodzielnych nad którymi sprawują opiekę. Świadczy o tym fakt, że w odniesieniu do zdecydowanej większości efektów mamy do czynienia z potwierdzeniem ich wystąpienia przez co najmniej jedną trzecią badanych. Bardziej krytycznie spojrzeć jednak należy na to, że efekty świadczące o wyraźnym wzroście samodzielności i podmiotowości osób niesamodzielnych wskazywano rzadziej: większa możliwość samodzielnego utrzymania (32,2% wskazań), łatwiejsze przemieszczanie w mieszkaniu i poza nim (31,5%), większa umiejętność załatwienia spraw w urzędzie (30,8%), znalezienie pracy (18,2%), zwiększenie zarobków (15,4%). Oczywiście, trudno oczekiwać, by tego rodzaju efekty występowały na bardzo dużą skalę w sytuacji, gdy to nie osoby niesamodzielne są uczestnikami projektów, a jedynie korzystają ze wsparcia w sposób zapośredniczony, niemniej jednak należy zwrócić uwagę, że w perspektywie długookresowej wsparcie kierowane do opiekunów tych osób powinno jednak prowadzić do stopniowego ich usamodzielniania się (rzecz jasna, w przypadku gdy umożliwia to kondycja psychofizyczna osoby, nad którą dotychczas była sprawowana opieka).

Jednym z możliwych, specyficznych, efektów ewaluowanej interwencji jest oddziaływanie otrzymanej pomocy na zmianę lub utrzymanie miejsca zamieszkania uczestników projektów w woj. śląskim. Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczącej tej kwestii.

Wykres 17. Wpływ wsparcia na zmianę oraz utrzymanie miejsca zamieszkania uczestników projektów w województwie śląskim



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; n=383

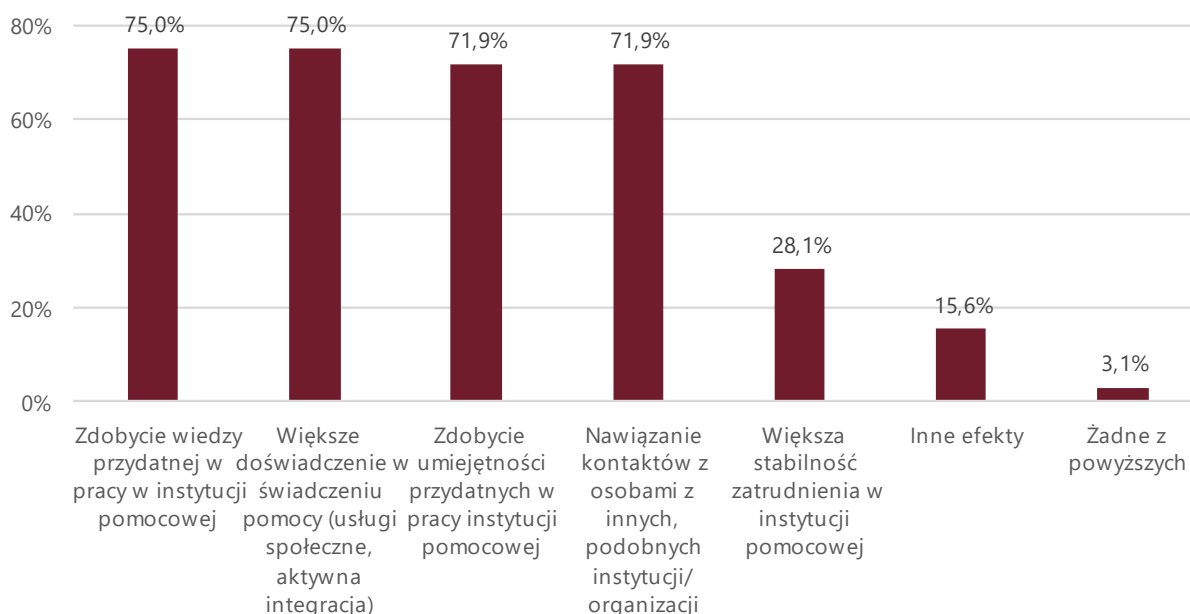
Wyraźnie dominującą (tj. dotyczącą 98,2% uczestników projektów) sytuacją jest utrzymanie przez odbiorców pomocy miejsca zamieszkania w woj. śląskim. Dla większości (52,4%) spośród nich na decyzję o dalszym zamieszkiwaniu w woj. śląskim nie miało wpływu ewaluowane wsparcie. Ale w przypadku 45,8% respondentów, to właśnie uzyskana pomoc stanowiła powód do pozostania i dalszego zamieszkiwania w woj. śląskim. Oczywiście stopień i charakter tego oddziaływania mógł być bardzo zróżnicowany, ale fakt, iż blisko połowa badanych tego rodzaju wpływ dostrzega oznacza, że możemy tutaj mówić o

relatywnie dużym oddziaływaniu ewaluowanych projektów na ogólną sytuację życiową odbiorców wsparcia.

Jeśli chodzi o osoby, które wyjechały z woj. śląskiego i aktualnie zamieszkują poza jego obszarem, to ich udział wśród badanych uczestników projektów bardzo niewielki i tylko w przypadku 0,5% spośród nich respondenci potwierdzili, że na decyzję o wyjeździe miało wpływ otrzymane wsparcie. Wpływ ten mógł być różnorodny, np. związany z uzyskaniem wiedzy i kompetencji, czy ze wzrostem pewności siebie, które pozwoliły na większą mobilność terytorialną w życiu zawodowym.

Kolejną kategorią uczestników ewaluowanych projektów, w odniesieniu do których przeprowadzono identyfikację uzyskanych efektów są osoby pracujące w instytucjach pomocowych działających w obszarze usług społecznych i zdrowotnych. Wyniki odnoszące się do tej grupy przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 18. Efekty uzyskane przez uczestników pracujących w instytucjach pomocowych



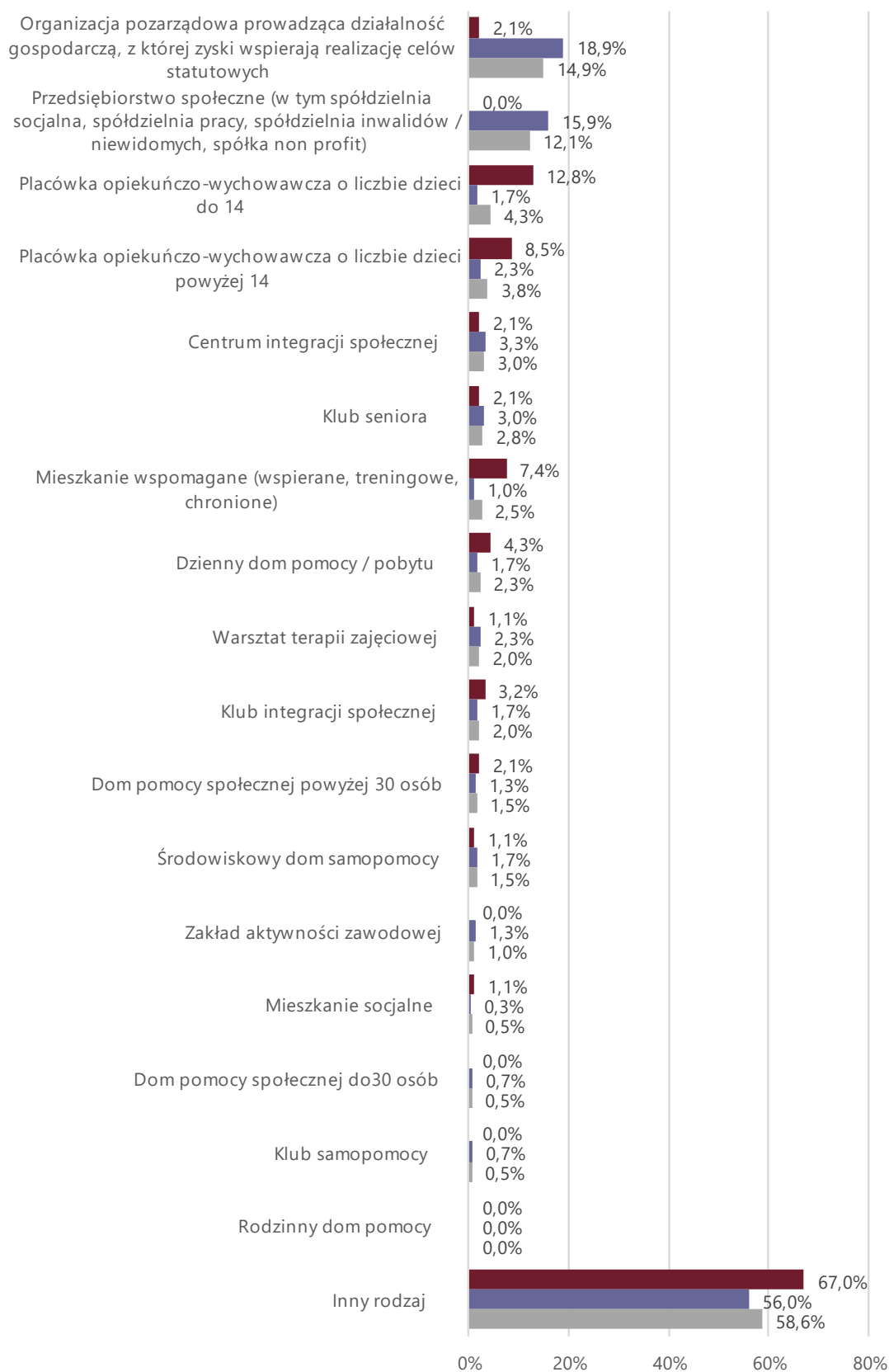
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; n=32; pytanie zadawane osobom będącym pracownikami instytucji pomocowych (instytucji opieki społecznej, PES, organizacji pozarządowych itp.); ; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Cztery wyodrębnione efekty cechuje bardzo zbliżona (kształtująca się na poziomie ok. trzech czwartych populacji uczestników badania reprezentujących pracowników instytucji pomocowych) częstość występowania. Są to: zdobycie wiedzy przydatnej w pracy w instytucji pomocowej (75% respondentów potwierdziło występowanie tego efektu w odniesieniu do ich osoby), większe doświadczenie w świadczeniu pomocy (75%), zdobycie umiejętności przydatnych w pracy w instytucji pomocowej (71,9%) oraz nawiązanie kontaktów z osobami z innych, podobnych instytucji / organizacji (71,9%). Mamy więc do czynienia z relatywnie szerokim oddziaływaniem ewaluowanej pomocy na funkcjonowanie pracowników instytucji pomocowych w obszarze zawodowym związanym ze świadczeniem szeroko rozumianego wsparcia społecznego i zdrowotnego. Wyraźnie mniejsza skala występowania cechuje efekt w postaci większej stabilności zatrudnienia w instytucji pomocowej (28,1%), ale wydaje się, że jest to raczej wynik charakteryzujący sposób

funkcjonowania tego rodzaju podmiotów, a nie świadczący o określonym poziomie skuteczności ewaluowanej interwencji.

Charakterystyka skuteczności wsparcia w odniesieniu do pracowników instytucji pomocowych otwiera ostatni obszar problemowy analizy skuteczności udzielonej pomocy, który odnosi się już bezpośrednio do tych właśnie instytucji. Należy bowiem podkreślić, że prawidłowo zaprojektowane i skuteczne wsparcie skierowane do pracowników instytucji pomocowych będzie mieć odzwierciedlenie nie tylko w sytuacji zawodowej tych osób, ale powinno także oddziaływać na funkcjonowanie ich macierzystych podmiotów. Nim przejdziemy do charakterystyki tego oddziaływania, na poniższym wykresie przedstawiono dane odnoszące się rodzaju instytucji pomocowych, których pracownicy uczestniczyli w projektach objętych badaniem, a na wykresie kolejnym – dane identyfikujące jeszcze nie efekty, ale charakter otrzymanego wsparcia.

Wykres 19. Rodzaj placówki reprezentowany przez badaną instytucję



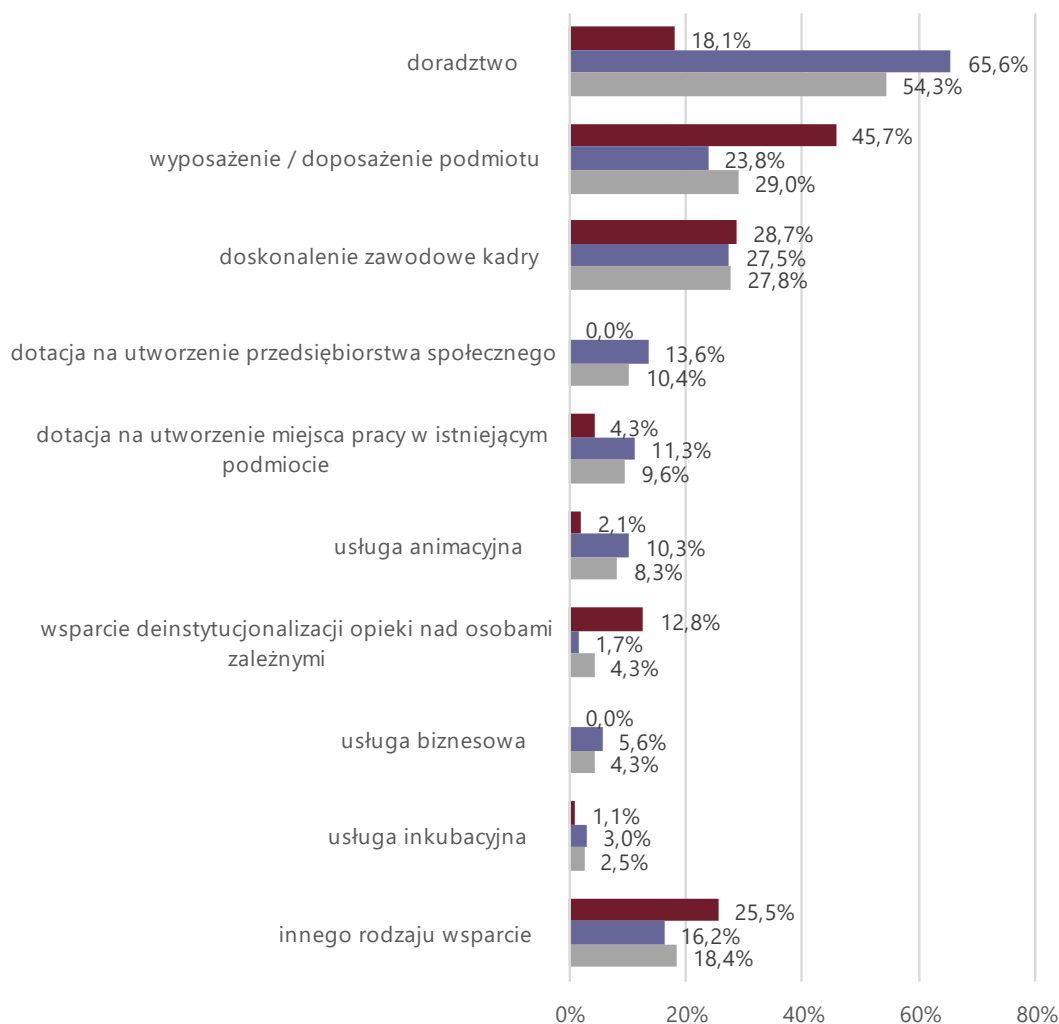
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; Działania 9.1 i 9.2 - n=94, Działanie 9.3 - n=303, Ogółem - n=397; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Spośród wyodrębnionych na powyższym wykresie typów instytucji funkcjonujących w ramach systemu wsparcia społecznego i zdrowotnego relatywnie największy udział w ewaluowanych projektach cechował instytucje reprezentujące sektor ekonomii społecznej, tj. organizacje pozarządowe prowadzące działalność gospodarczą, z której zyski wspierają realizację celów statutowych oraz przedsiębiorstwa społeczne oraz – w mniejszym stopniu – placówki opiekuńczo-wychowawcze.

Jednocześnie jednak, bardzo duży udział wskazań innego typu instytucji sugeruje, że w badanej grupie instytucji pomocowych występuje znacząca różnorodność typologiczna. Respondentów, którzy nie zaklasyfikowali swojej macierzystej organizacji / instytucji do żadnego z powyższych typów poproszono o konkretne wskazanie jaki typ podmiotu reprezentują. Wśród otrzymanych odpowiedzi dominowały takie wskazania jak: organizacje pozarządowe nieprowadzące działalności gospodarczej (gł. stowarzyszenia i fundacje), miejskie i gminny ośrodki pomocy społecznej (ew. inne jednostki funkcjonujące w strukturze administracji samorządowej), placówki edukacyjne, placówki systemu ochrony zdrowia.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące charakter wsparcia uzyskanego przez instytucje w projektach, w ramach poszczególnych Działań (9.1 i 9.2 łącznie, a także 9.3).

Wykres 20. Charakter wsparcia uzyskanego przez instytucje w projektach

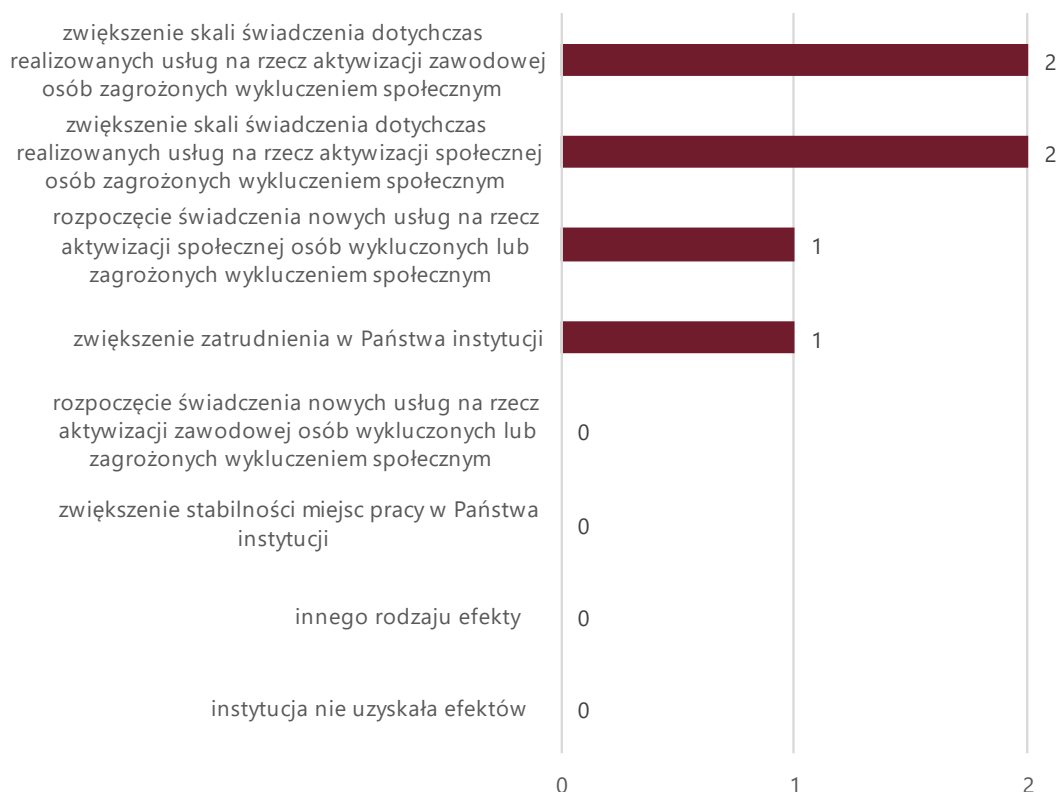


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; Działania 9.1 i 9.2 - n=94, Działanie 9.3 - n=303, Ogółem - n=397; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Z powyższych danych wyłania się profil wsparcia dla instytucji pomocowych bazujący na trzech głównych filarach: doradztwie, wsparciu doposażeniowym oraz doskonaleniu zawodowym. Pozostałe formy pomocy wskazywane były przez respondentów wyraźnie rzadziej, co częściowo wynika z faktu, że część spośród nich ma zdecydowanie bardziej specjalistyczny, a tym samym zawężony charakter, nie należy więc oczekiwać by odnosiły się one do wszystkich, czy też dużej liczby, instytucji. Jednocześnie, trzy wymienione powyżej formy wsparcia składają się na kompleksowy zakres pomocy, która może być świadczona na rzecz podmiotów instytucjonalnych. Pozytywnie przy tym należy ocenić wyraźną dominację wsparcia doradczego, które pozwala zindywidualizować zakres merytoryczny pomocy do specyfiki danej instytucji / organizacji i potrzeb jej pracowników i pracowniczek.

Na kolejnych wykresach przedstawiono dane identyfikujące charakter i skalę efektów osiągniętych przez instytucje, które zostały objęte wsparciem w ramach poszczególnych Działań w Osi Priorytetowej IX.

Wykres 21. Efekty uzyskane przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.1



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; n=2; pytanie zadawane przedstawicielom instytucji objętych wsparciem w ramach Działania 9.1; pytanie wielokrotnego wyboru

W przypadku Działania 9.1 w badaniu wzięli udział przedstawiciele 2 podmiotów, stąd uzyskane wyniki w ograniczonym stopniu poddają się generalizacji. Jednak w oparciu o deklaracje respondentów za dominujące efekty uzyskane w projektach uznać należy: zwiększenie skali świadczenia dotychczas realizowanych usług na rzecz aktywizacji zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz zwiększenie skali świadczenia dotychczas realizowanych usług na rzecz aktywizacji społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. W mniejszym stopniu zauważalne jest natomiast

oddziaływanie na poszerzenie katalogu świadczonych usług aktywizacyjnych oraz na sytuację kadrową w danej instytucji.

Wykres 22. Efekty uzyskane przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.2 w dziedzinie społecznej

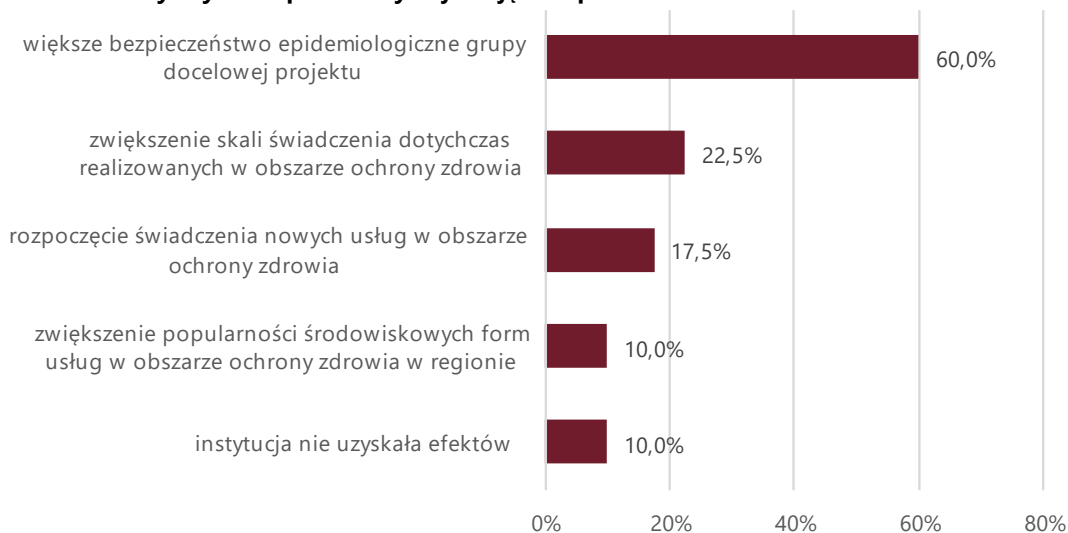


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; n=52; pytanie zadawane przedstawicielom instytucji objętych wsparciem w ramach Działania 9.2 w dziedzinie społecznej; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Co się tyczy efektów uzyskanych przez instytucje pomocowe objęte wsparciem w ramach Działania 9.2 w dziedzinie społecznej, to wyraźnie dominującym (55,8% wskazań) efektem było zwiększenie jakości świadczonych usług społecznych zapobiegających ubóstwu i wykluczeniu społecznemu. Relatywnie często (40,4%) wskazywano także na zwiększenie skali świadczenia dotychczas realizowanych usług społecznych zapobiegających ubóstwu i wykluczeniu społecznemu. Pozostałe efekty pojawiały się w deklaracjach przedstawicieli badanych instytucji rzadziej, co oznacza, że w przypadku Działania 9.2 (w dziedzinie społecznej) mamy do czynienia z sytuacją zbliżoną do tej, która wystąpiła w Działaniu 9.1 – dominują efekty odnoszące się do dotychczasowej oferty usługowej (zwiększenie skali świadczonych usług lub poprawa ich jakości), nie zaś do nowych jej elementów. W kontekście Działania 9.2 należy przy tym zauważyć, że relatywnie rzadko wskazywano na efekty związane z poszerzaniem zakresu świadczenia usług w formie środowiskowej (zwiększenie skali świadczenia usług społecznych w formie środowiskowej, zwiększenie popularności środowiskowych form usług społecznych w regionie, rozpoczęcie świadczenia

usług społecznych w formie środowiskowej) – na żaden z tych efektów nie wskazała więcej niż jedna piąta respondentów.

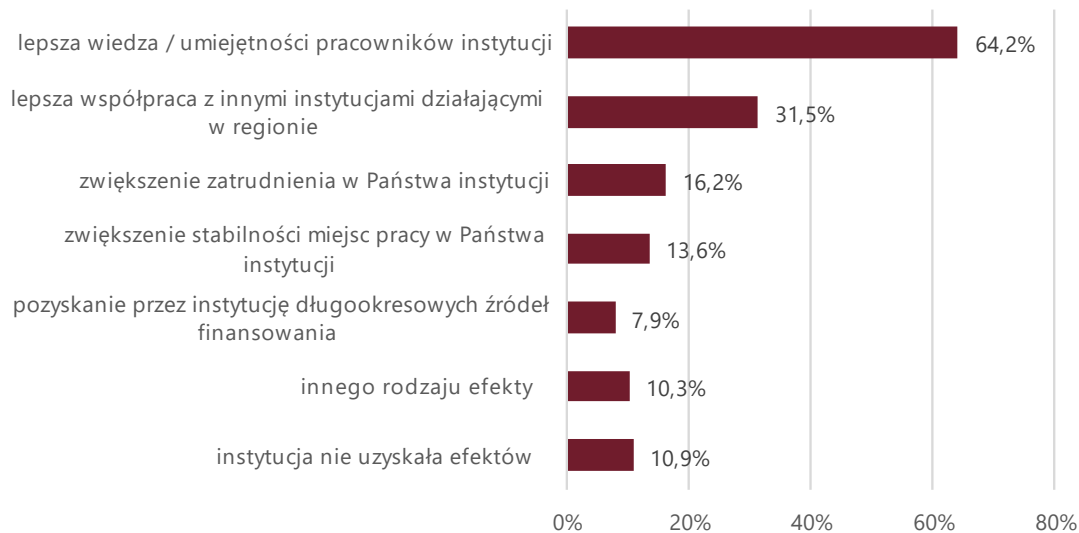
Wykres 23. Efekty uzyskane przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.2 w dziedzinie zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; n=40; pytanie zadawane przedstawicielom instytucji objętych wsparciem w ramach Działania 9.2 w dziedzinie zdrowia; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

W przypadku efektów identyfikowanych przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.2 w dziedzinie zdrowia widać bardzo wyraźnie jak znacząco na ich strukturę wpłynęło wprowadzenie instrumentów pomocowych odnoszących się bezpośrednio do pandemii COVID-19 – w przypadku aż 60% instytucji wskazano, że efektem otrzymanej pomocy było większe bezpieczeństwo epidemiologiczne grupy docelowej projektu. W przypadku blisko jednej czwartej badanych podmiotów (22,5%) osiągnięto efekt w postaci zwiększenia skali świadczenia usług dotychczas realizowanych w obszarze ochrony zdrowia i jest to efekt występujący częściej niż rozpoczęcie świadczenia nowych usług w obszarze zdrowia (17,5%). Podobnie jak w przypadku dziedziny społecznej relatywnie rzadko (10% wskazań) potwierdzono wystąpienie efektu odnoszącego się do pomocy środowiskowej – w tym przypadku było to zwiększenie popularności środowiskowych form usług w obszarze ochrony zdrowia w regionie.

Wykres 24. Efekty uzyskane przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.3



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; n=303; pytanie zadawane przedstawicielom instytucji objętych wsparciem w ramach Działania 9.3; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

W ramach Działania 9.3 najczęściej dostrzeganym przez instytucje objęte wsparciem efektem jest lepsza wiedza / umiejętności pracowników (na ten rezultat wskazało aż 64,2% przedstawicieli instytucji korzystających z pomocy w wymienionym Działaniu). Blisko jedna trzecia (31,5%) instytucji potwierdziła także uzyskanie efektu w postaci lepszej współpracy z innymi instytucjami działającymi w regionie. Choć efekty te mają niewątpliwie pozytywny wpływ na potencjał i funkcjonowanie badanych instytucji pomocowych, to jednocześnie nie można nie zauważyć, że relatywnie rzadko respondenci wskazywali na efekty, które mogłyby istotnie wpłynąć na trwały potencjał danego podmiotu. Chodzi tutaj przede wszystkim o: zwiększenie zatrudnienia w instytucji, zwiększenie stabilności miejsc pracy oraz pozyskanie przez instytucję długookresowych źródeł finansowania. Taka struktura efektów działań projektowych zidentyfikowanych w odniesieniu do instytucji pomocowych może być niekorzystna z punktu widzenia dłuższego horyzontu czasowego ich funkcjonowania.

Kwestia skuteczności udzielonego wsparcia i stopnia realizacji założonych celów interwencji była także podejmowana w badaniu jakościowym. Przedstawiciele IZ oraz eksperci zwrócili w tym przypadku uwagę przede wszystkim na następujące aspekty rzeczowej skuteczności i jej uwarunkowań:

- prawidłowe zaprojektowanie zakresu i charakteru interwencji w obszarze społecznym i zdrowotnym, przy jednoczesnym dostrzeżeniu ryzyk w osiągnięciu skuteczności wynikających np. z nietrafionego doboru podmiotów realizujących dofinansowane projekty;
- generalnie pozytywna ocena skuteczności ewaluowanej interwencji, zarówno w wymiarze współfinansowanym ze środków EFRR, jak i EFS;
- osiągnięcie efektu w postaci możliwości oferowania adekwatnego wsparcia w formule zindywidualizowanej oraz „celowanej”, tj. uwzględniającej specyficzne potrzeby grupy docelowej (szczególnie w obszarze aktywnej integracji i usług społecznych / zdrowotnych);

- zwrócenie uwagi – w odniesieniu do wskaźników postępu rzeczowego, których wartości docelowe nie zostały jeszcze osiągnięte – na możliwość osiągnięcia założonych wartości do końca okresu wdrażania i rozliczania interwencji;
- potwierdzenie poprawy dostępności usług zdrowotnych, przynajmniej w pewnych aspektach / obszarach (gł. choroby nowotworowe i schorzenia układu krążenia), przy jednoczesnym dostrzeganiu specyfiki obszaru zdrowia (w przypadku tego obszaru – ze względu na znaczące deficyty finansowe i organizacyjne systemu ochrony zdrowia – miarą skuteczności jest już samo zasilenie finansowe systemu świadczenia usług zdrowotnych, co z kolei sprawia, że szczególnego znaczenia nabiera odpowiednie kierunkowanie pomocy za pomocą kryteriów wyboru projektów lub przyjętych trybów ich wyboru);
- potwierdzenie (m.in. na podstawie badań własnych prowadzonych przez ROPS) poprawy jakości usług opiekuńczych oraz rozszerzenia zakresu osób objętych usługami opiekuńczymi.

Uzupełniającym elementem analizy dotyczącej skuteczności ewaluowanej interwencji mogą być także wnioski sformułowane w ramach charakterystyki dobrych praktyk w realizacji projektów. Przedsięwzięcia, które zostały uwzględnione w studiach przypadku, które przedstawiono w części „*Dobre praktyki w zakresie wdrażania projektów*” były dobierane ze względu na osiągnięte w nich efekty. Same efekty są zróżnicowane ze względu na specyfikę konkretnego przedsięwzięcia, natomiast w toku analizy zidentyfikowano uwarunkowania osiągniętej w charakteryzowanych projektach skuteczności. Przede wszystkim należy tutaj wskazać na: zindywidualizowane wsparcie dla osób starszych; dostosowanie placówki opieki zdrowotnej do potrzeb osób z niepełnosprawnościami; kompleksowe wsparcie i zarządzanie projektem wsparcia na rynku pracy; wypracowanie z pomocą otoczenia postaw wymaganych na rynku pracy; kompleksowe wsparcie uzyskane dzięki powiązaniu działań infrastrukturalnych ze wsparciem społeczno-edukacyjnym; kompleksowe rozpoznanie potrzeb i wsparcie osób starszych i niesamodzielnych. Jak wykazała analiza prowadzona na potrzeby studiów przypadku, uwzględnienie tego rodzaju elementów / działań w realizowanych przedsięwzięciach może być traktowane jako sposób zapewnienia wysokiej poziomu skuteczności (przy czym każdorazowo charakter podejmowanych działań zwiększających skuteczność musi być dostosowany do specyfiki projektu, ew. grupy docelowej, do której przedsięwzięcie jest skierowane).

Skuteczność projektów realizowanych w formule ZIT/RIT

W niniejszej części przedstawiono wyniki analizy odnoszącej się do pytania badawczego dotyczącego tego, czy projekty realizowane w formule ZIT/RIT w analizowanym obszarze charakteryzowały się skutecznością w rozumieniu realizacji założonych wartości wskaźników przypisanych do poszczególnych ZIT/RIT.

W ramach podpisanych porozumień poszczególne IP ZIT i IP RIT zobowiązały się do osiągnięcia założonych wartości docelowych wskaźników między innymi w zakresie usług społecznych i zdrowotnych. W poniższej tabeli przedstawiony został postęp rzeczowy realizacji (na podstawie zatwierdzonych wniosków o płatności) oraz szacunkowej realizacji (na podstawie zadeklarowanych wartości docelowych w umowach o dofinansowanie) wskaźników. Wartości te zestawiono z założonymi wartościami docelowymi wskaźników i przedstawiono w formie procentu założonej wartości docelowej.

Tabela 5. Postęp realizacji wskaźników w ramach ZIT i RIT

	RIT Południowy	RIT Północny	RIT Zachodni	ZIT	RIT Południowy	RIT Północny	RIT Zachodni	ZIT
	szacunkowa realizacja	szacunkowa realizacja	szacunkowa realizacja	szacunkowa realizacja	realizacja	realizacja	realizacja	realizacja
Nazwa wskaźnika	wartość (% wartości docelowej)	wartość (% wartości docelowej)	wartość (% wartości docelowej)	wartość (% wartości docelowej)	wartość (% wartości docelowej)	wartość (% wartości docelowej)	wartość (% wartości docelowej)	wartość (% wartości docelowej)
Liczba środowisk objętych programami aktywności lokalnej (Działanie 9.1)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie (Działanie 9.1)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu (Działanie 9.2)	10 (333,3%)	0 (0,0%)	12 (400,0%)	157 (5233,3%)	5 (166,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	88 (2933,3%)
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym (Działanie 9.2)	190 (115,2%)	0 (0,0%)	76 (46,1%)	1823 (1104,8%)	197 (119,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	633 (383,6%)
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu (Działanie 9.2)	405 (3375,0%)	247 (2058,3%)	720 (6000,0%)	1988 (16566,7%)	267 (2225,0%)	131 (1091,7%)	131 (1091,7%)	854 (7116,7%)
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym (Działanie 9.2)	937 (242,1%)	670 (173,1%)	1525 (394,1%)	6784 (1753,0%)	1337 (345,5%)	333 (86,0%)	422 (109,0%)	4683 (1210,1%)
Liczba wspartych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej (Działanie 10.2)	6 (120,0%)	13 (260,0%)	16 (320,0%)	189 (3780,0%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	36 (720,0%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI; szacunkowa realizacja stan na 18.05.2021, realizacja stan na 26.04.2021 r.

W przypadku obu wskaźników z Działania 9.1 mamy do czynienia z szacunkową realizacją oraz realizacją na poziomie 0, co oznacza, iż w projektach RIT i ZIT nie założono realizacji tych wskaźników i nie sprawozdano we wnioskach o płatność ich osiągnięcia. Taki stan jest prawdopodobnie wynikiem nieścisłości w monitorowaniu postępu rzeczowego. W projektach ZIT i RIT obejmowane były wsparciem osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, co wynika choćby z obserwowanego postępu rzeczowego wskaźników *Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym* oraz *Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym*. Z podobną sytuacją możemy mieć do czynienia w przypadku wskaźnika *Liczba środowisk objętych programami aktywności lokalnej*, gdzie jak wspomniano wcześniej pojawiały się problemy z monitorowaniem. W związku z powyższym w przypadku tych wskaźników nie jest możliwa rzetelna ocena możliwości osiągnięcia wartości docelowych wskaźników.

Oceniając możliwość realizacji wskaźników w pozostałych Działaniach bazować należy na szacunkowej realizacji wskaźników, ponieważ istotna część projektów jest obecnie w trakcie realizacji. Jeśli chodzi o wskaźniki w Działaniu 9.2 to identyfikuje się zagrożenie brakiem możliwości realizacji wartości docelowych w ramach Północnego RIT. Dotyczy to wskaźników *Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu* oraz *Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym*, dla których jak dotąd w umowach o dofinansowanie nie zadeklarowano realizacji. Podobne zagrożenie identyfikuje się dla Zachodniego RIT w przypadku wskaźnika *Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym*, dla którego szacunkowa realizacja wynosi 76, co stanowi 46,1% założonej wartości docelowej. W przypadku wymienionych wskaźników osiągnięcie założonych wartości docelowych może okazać się niemożliwe bez zawarcia nowych umów o dofinansowanie. W ramach monitorowanego w Działaniu 10.2 wskaźnika *Liczba wspartych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej* nie identyfikuje się zagrożeń dla możliwości osiągnięcia założonych wartości docelowych.

W przypadku rzeczywistej realizacji osiągnięte wartości są zazwyczaj niższe niż w przypadku szacunkowej realizacji, lecz nie powinno to być interpretowane jako symptom zagrożenia brakiem możliwości założonych wartości docelowych, ponieważ część projektów jest obecnie nadal na etapie realizacji.

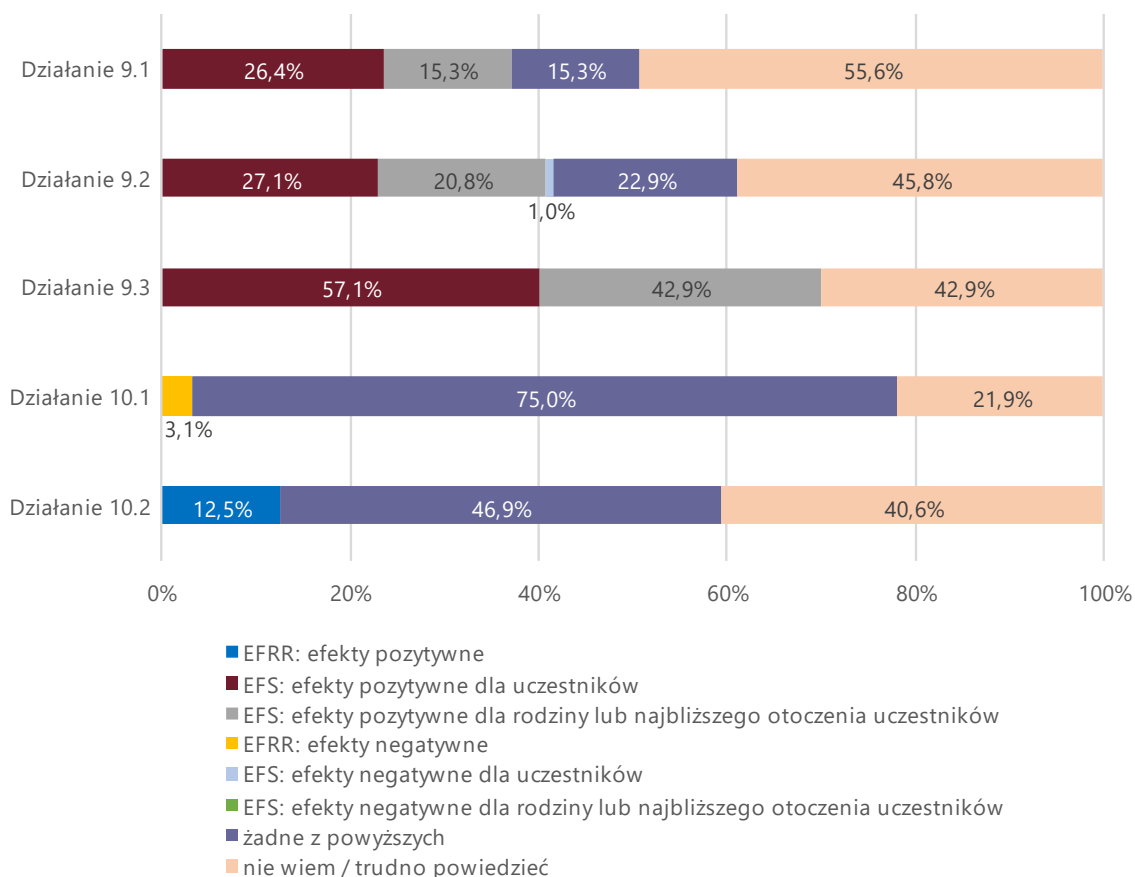
W ramach badania CAWI/CATI beneficjenci byli proszeni o wskazanie powodów występowania problemów w osiągnięciu założonych wartości wskaźników. Respondenci realizujący projekty w ramach ZIT/RIT wskazywali jako powody głównie na pandemię COVID-19, rezygnację uczestników z udziału w projekcie oraz trudności w znalezieniu uczestników projektów kwalifikujących się do założonej grupy docelowej projektu. W kontekście identyfikacji ograniczeń skuteczności beneficjenci projektów, w przypadku których rozwiązane zostały umowy o dofinansowanie byli pytani o powody rozwiązania umów. Respondenci realizujący projekty w ramach ZIT/RIT wskazywali w tym zakresie na problemy finansowe związane z brakiem możliwości zapewnienia założonego wkładu własnego, brakiem możliwości zapewnienia finansowania działań ze względu na zbyt wysokie ceny w stosunku do zaplanowanych wydatków oraz ogólną trudną sytuację finansową beneficjenta. Kwestia ograniczeń w realizacji celów wskaźnikowych w ramach instrumentów terytorialnych była także podejmowana w badaniu jakościowym. Wskazywano tutaj przede wszystkim na

takie czynniki jak: opóźnienia realizacyjne (częściowo wynikające z opóźnień wprowadzania niezbędnych regulacji na szczeblu krajowym, np. w obszarze rewitalizacji); relatywnie długi okres ujawniania się efektów interwencji w obszarze społecznym; niewystarczające zaangażowanie sektora pozarządowego utrudniające realizację celów projektowych (np. dotarcie do grup docelowych); czasochłonność procedur wyboru projektów w ramach trybów obejmujących instrumenty terytorialne; trudności w zapewnieniu wsparcia optymalnie dopasowanego do potrzeb lokalnych w sytuacji konieczności realizacji przedsięwzięcia o zasięgu ponadlokalnym; niewystarczający stopień zintegrowania realizowanych przedsięwzięć.

Identyfikacja dodatkowych efektów udzielonego wsparcia

Dotychczasowa analiza skuteczności skoncentrowana była na identyfikacji stopnia realizacji założonych efektów interwencji. Należy jednak zwrócić uwagę, że realizowane wsparcie może generować także efekty dodatkowe, które wykraczają poza zaplanowany zakres pomocy. Na poniższym wykresie przedstawiono skalę występowania tego rodzaju efektów, zarówno o charakterze pozytywnym, jak i negatywnym (w odniesieniu tak do uczestników projektów, jak i ich rodziny i najbliższego otoczenia).

Wykres 25. Występowanie dodatkowych efektów pozytywnych i negatywnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

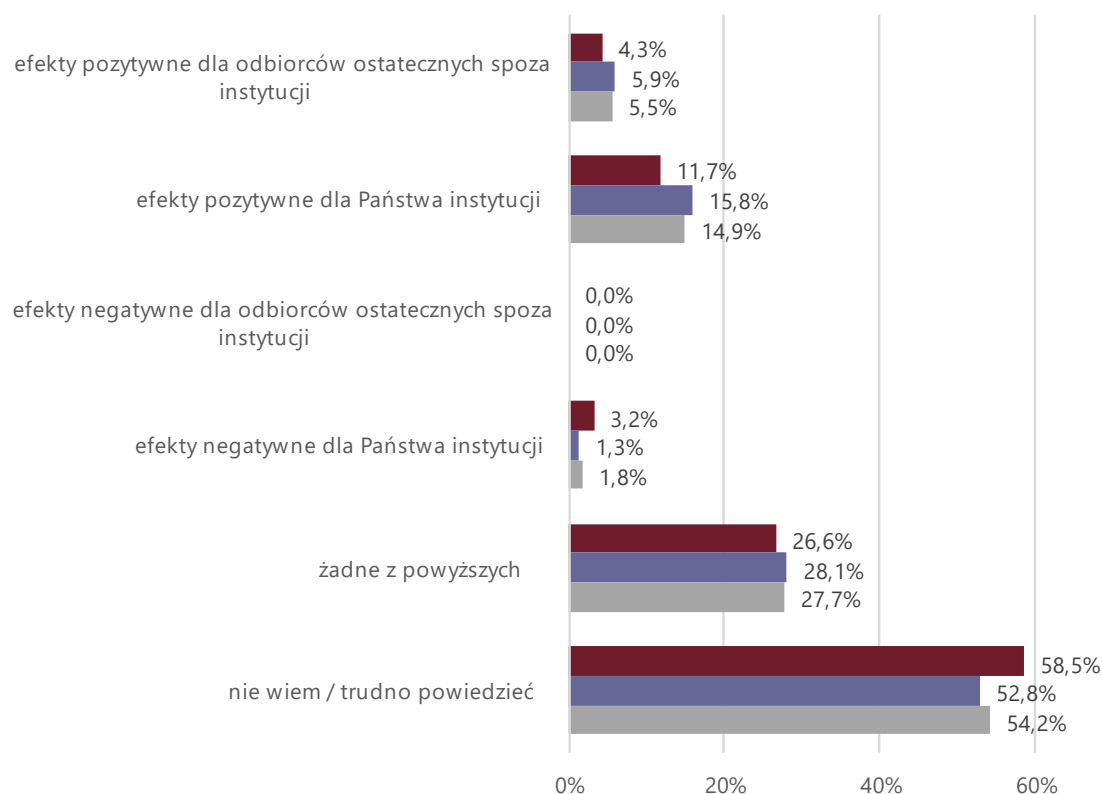
Generalnie, respondenci mieli trudność ze wskazaniem efektów dodatkowych. Jeśli zagregujemy warianty odpowiedzi: „żadne z powyższych” oraz „nie wiem / trudno powiedzieć”, to okaże się, że we wszystkich obszarach wsparcia wyraźnie dominuje niedostrzeżenie przez beneficjentów ewentualnych efektów dodatkowych. W największym stopniu dotyczy to wsparcia współfinansowanego ze środków EFRR, co nie powinno dziwić o tyle, że w przypadku tego rodzaju przedsięwzięć faktycznie może być utrudnione uchwycenie efektów odnoszących się do określonych kategorii osób. Oczywiście, zidentyfikowany stan rzeczy nie oznacza, że efekty dodatkowe nie wystąpiły, na pewno jednak nie były one monitorowane i analizowane przez realizatorów projektów.

W Działaniu 9.1 dodatkowe efekty pozytywne dla uczestników dostrzegła ponad jedna czwarta (26,4%) beneficjentów, przy 15,3% wskazań potwierdzających wystąpienie efektów dodatkowych dla rodziny lub najbliższego otoczenia uczestników. W przypadku Działania 9.2 skala występowania pozytywnych efektów dodatkowych okazała się zbliżona – w odniesieniu do 27,1% przedsięwzięć dostrzeżono występowanie pozytywnych efektów dodatkowych dla uczestników projektów, a w 20,8% projektów – pozytywnych efektów dodatkowych dla rodziny lub najbliższego otoczenia uczestników. Z kolei w Działaniu 9.3 skala występowania efektów dodatkowych o charakterze pozytywnym okazała się największa – w ponad połowie (57,1%) przedsięwzięć realizatorzy projektów dostrzegli występowanie pozytywnych efektów dodatkowych dla uczestników, a w blisko połowie (42,9%) – pozytywnych efektów dodatkowych dla rodziny i najbliższego otoczenia uczestników.

Jeśli chodzi o to, jakie rodzaje efektów dodatkowych były osiągane w projektach, to najczęściej wskazywano na efekty o charakterze „miękkim”: większa integracja i uspołecznienie uczestników, wzrost pewności siebie, wzrost zaangażowania i motywacji do dalszych działań, zmiana dotychczasowego nastawienia do życia. Jednocześnie jednak, pojawiły się także potwierdzenia występowania efektów pozytywnych o bardziej wymiernym, skonkretyzowanym charakterze: nabycie nowych kompetencji, nabycie doświadczenia zawodowego, podjęcie zatrudnienia, poprawa sytuacji materialnej. Co się natomiast tyczy charakteru działań, które przyczyniły się do osiągnięcia wskazywanych efektów dodatkowych, to przede wszystkim akcentowano znaczenie takich elementów przedsięwzięć jak: właściwa diagnoza wyjściowej sytuacji problemowej, indywidualizacja pomocy, kompleksowość wsparcia, elastyczność w podejmowaniu działań projektowych, poszerzenie katalogu podejmowanych działań, zapewnienie wsparcia towarzyszącego o charakterze „miękkim” (pomoc psychologiczna, zajęcia grupowe, działania integracyjne, wspólne spędzanie wolnego czasu przez uczestników projektu), duże zaangażowanie osób / podmiotów zaangażowanych w realizację projektu.

Dodatkowe efekty ewaluowanych projektów nie muszą odnosić się wyłącznie do perspektywy beneficjentów i uczestników projektów, ale także instytucji objętych wsparciem. Na poniższym wykresie przedstawiono dane odnoszące się do tej perspektywy.

Wykres 26. Występowanie dodatkowych efektów dla instytucji objętych wsparciem oraz odbiorców ostatecznych spoza instytucji



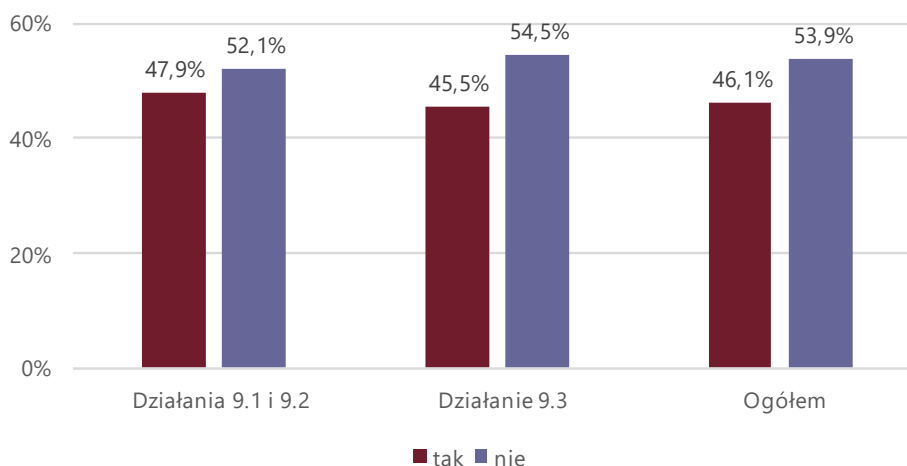
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; Działania 9.1 i 9.2 - n=94, Działanie 9.3 - n=303, Ogółem - n=397; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

W przypadku instytucji objętych wsparciem mamy do czynienia z sytuacją zbliżoną do tej, która występowała w ramach badania beneficjentów – większość respondentów nie dostrzega dodatkowych, nieplanowanych i nieprzewidzianych, efektów projektów, w których uczestniczyła ich instytucja i to zarówno dla samej instytucji, jak i odbiorców ostatecznych spoza instytucji. Jeśli już takie efekty się pojawiały, to częściej odnosiły się one do samej instytucji (14,9% wskazań na poziomie całej Osi Priorytetowej IX) niż do uczestników spoza instytucji (5,5%). Choć taka struktura wskazań nie powinna dziwić, to jednak trzeba wziąć pod uwagę, że częściowo może ona wynikać nie tyle z braku efektów dodatkowych dla odbiorców ostatecznych spoza instytucji, ile z faktu, że tego rodzaju efekty może być trudniej dostrzec danej instytucji.

W odniesieniu do efektów dodatkowych przypisanych do instytucji objętej wsparciem, najczęściej deklarowano, że dotyczyły one: wzrostu potencjału merytorycznego instytucji, nawiązania kontaktów z innymi podmiotami w obszarze prowadzonej działalności, poszerzenia zakresu wsparcia oferowanego przez daną instytucję. Dodatkowe efekty osiągnęto przede wszystkim dzięki działaniom o charakterze merytorycznym (szkolenia, doradztwo), sieciującym i wzmacniającym współpracę oraz marketingowo-wizerunkowym. Co się natomiast tyczy efektów dodatkowych dla odbiorców ostatecznych spoza instytucji, to najczęściej wskazywano na: włączenie nowych kategorii odbiorców do kręgu osób / podmiotów korzystających z pomocy instytucji, nawiązanie relacji kooperacyjnych z innymi podmiotami oraz poprawę rozpoznawalności i wizerunku podmiotu w środowisku lokalnym. Szczególnym efektem realizowanych projektów dla instytucji objętych wsparciem jest poszerzenie zakresu prowadzonej działalności poprzez objęcie pomocą / usługami / wsparciem innych osób. Występowanie takiej sytuacji byłoby także korzystne z punktu

widzenia wzmacniania trwałości rezultatów interwencji. Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono poniżej.

Wykres 27. Świadczenie przez instytucje objęte wsparciem pomocy / usług / wsparcia innym osobom w wyniku udziału w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; Działania 9.1 i 9.2 - n=94, Działanie 9.3 - n=303, Ogółem - n=397

W większości (53,9%) projektów realizowanych w ramach Osi Priorytetowej IX nie mamy do czynienia z sytuacją polegającą na tym, by w wyniku udziału w projekcie instytucja objęta wsparciem rozpoczęła świadczenie pomocy / usług / wsparcia innym osobom. Nie występuje tutaj istotne zróżnicowanie pomiędzy Działaniami 9.1 i 9.2, a Działaniem 9.3. Dla blisko połowy (46,1%) taki efekt jednak wystąpił, co świadczy o tym, że nastąpiło w instytucji poszerzenie populacji docelowej korzystającej z usług i działań danej instytucji.

W badaniu jakościowym również podejmowano kwestię występowania ewentualnych dodatkowych efektów wsparcia. W przypadku akurat tego komponentu badania trudno było jednoznacznie rozdzielić efekty planowane od nieplanowanych i nieprzewidywanych (taka identyfikacja powinna być bowiem prowadzona w odniesieniu do konkretnych przedsięwzięć projektowych i analizy ich efektów w relacji do przyjętych założeń). Niemniej jednak uczestnicy wywiadów wskazywali na występowanie określonych efektów dodatkowych, odnoszących się np. do zwiększenia potencjału systemu ochrony zdrowia i usług opiekuńczych do późniejszego kryzysu pandemicznego (poprzez rozwój infrastruktury, szczególnie w formule środowiskowej, oraz informatyzację procesów świadczenia usług społecznych i zdrowotnych), czy też poprawy dostępności infrastruktury dla osób ze szczególnymi potrzebami (co potraktowano jako efekt dodatkowy projektów infrastrukturalnych zorientowanych na ogólną poprawę dostępności rozwijanej infrastruktury w obszarze usług społecznych i zdrowotnych).

Kwestia osiągnięcia efektów dodatkowych udzielonego wsparcia stanowiła również element analiz na potrzeby studiów przypadku (szczegółowa charakterystyka poszczególnych przedsięwzięć i osiągniętych w nich efektów została zawarta w części „Dobre praktyki w zakresie wdrażania projektów”). Podkreślić przy tym należy, że w przypadku analizy konkretnych przedsięwzięć syntetyczna identyfikacja efektów dodatkowych jest utrudniona – to, co stanowi efekt dodatkowy w jednym projekcie, może stanowić element standardowy i planowany w ramach innego przedsięwzięcia. Niemniej jednak wskazać można tutaj na

osiąganie takich efektów dodatkowych jak: poszerzanie sieci kontaktów społecznych uczestników projektu i utrzymanie trwałego charakteru tych kontaktów; poprawa poczucia dobrostanu fizycznego i psychicznego uczestników projektu; zainicjowanie / wzmocnienie współpracy z lokalnym otoczeniem społeczno-gospodarczym; zwiększone zaangażowanie personelu projektu w działania na rzecz grupy docelowej; wzmocnianie potencjału *stricte* biznesowego i/lub zatrudnieniowego przedsiębiorstw społecznych; wysoki stopień zróżnicowania / kompleksowości wsparcia; zwiększenie skali ilościowej efektów (większa liczba osób objętych pomocą niż pierwotnie planowano); podejmowanie dodatkowych działań w projektach finansowanych w oparciu o mechanizm kosztów pośrednich.

W kontekście dodatkowych efektów wsparcia należy wspomnieć o kwestii deinstytucjonalizacji usług społecznych. W województwie śląskim mamy do czynienia z silnym sektorem instytucji reintegracji społeczno-zawodowej (KIS, CIS, WTZ i ZAZ), które mogą z powodzeniem zastępować niektóre funkcje instytucji stacjonarnej pomocy społecznej. Jak wskazano w opracowaniu: *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*, na terenie województwa śląskiego funkcjonowało najwięcej – w porównaniu do pozostałych województw – ww. typów organizacji – 137 podmiotów. Warto w tym kontekście zaznaczyć, iż usługi świadczone przez KIS, CIS oraz WTZ były w badaniu ewaluacyjnym *Identyfikacja potrzeb w zakresie włączenia społecznego i zawodowego w województwie śląskim w latach 2018-2020+ wraz z propozycjami skutecznych działań na rzecz trwałej aktywizacji grup defaworyzowanych* oceniane jako skuteczne narzędzia aktywizacji społeczno-zawodowej¹⁸, a na rzecz tego rodzaju organizacji również świadczone było wsparcie RPO WSL 2014-2020.

Efektywność udzielonego wsparcia

W ramach niniejszego podrozdziału przedstawiono wyniki analizy dotyczącej efektywności udzielonego wsparcia, wraz z uwzględnieniem czynników mogących kształtować osiągnięty poziom efektywności kosztowej realizowanych działań projektowych.

W celu identyfikacji stopnia osiągniętej efektywności w ramach poszczególnych obszarów interwencji dokonano zestawienia ze sobą postępu rzeczowego i finansowego (w wariancie szacowanym – na podstawie wszystkich podpisanych umów, oraz faktycznym – na podstawie projektów już rozliczonych). Zestawienie tych dwóch parametrów pozwala stwierdzić, na ile zrównoważony okazał się proces realizacji założonych celów (mierzonej stopniem realizacji wskaźników projektowych) w kontekście stopnia wykorzystania alokacji przypisanej do danego obszaru interwencji. Im większa jest różnica wartości obu parametrów, tym poziom efektywności jest większy (jeśli dynamika postępu rzeczowego znacząco przekracza dynamikę postępu finansowego) lub mniejszy (jeśli dynamika postępu rzeczowego „nie nadąża” za dynamiką postępu finansowego, tzn. pomimo wykorzystania dużej puli środków finansowych nie jest osiągnięty adekwatny stopień realizacji wskaźników).

¹⁸ por. Dyspresja (2019) *Identyfikacja potrzeb w zakresie włączenia społecznego i zawodowego w województwie śląskim w latach 2018-2020+ wraz z propozycjami skutecznych działań na rzecz trwałej aktywizacji grup defaworyzowanych*, Katowice, s. 15-17.

Tabela 6. Efektywność wykorzystania alokacji

Działanie	Postęp szacunkowy (na podstawie wszystkich podpisanych umów) rzeczowy (średni postęp realizacji wskaźników)	Postęp szacunkowy (na podstawie wszystkich podpisanych umów) finansowy (wykorzystanie alokacji)	Postęp faktyczny (na podstawie projektów rozliczonych) rzeczowy (średni postęp realizacji wskaźników)	Postęp faktyczny (na podstawie projektów rozliczonych) finansowy (wykorzystanie alokacji)
9.1	224,6%	82,0%	159,5%	34,2%
9.2	1240,9%	98,5%	519,9%	21,9%
9.3	123,5%	95,7%	68,0%	29,8%
10.1	125,9%	95,7%	37,4%	12,6%
10.2	306,3%	68,2%	123,8%	28,1%

Źródło: opracowanie na podstawie danych RR–RRF opartych o SL 2014 oraz SZOOP RPO WSL 2014-2020

W przypadku wszystkich obszarów interwencji mamy do czynienia z relatywnie wysokim poziomem efektywności kosztowej realizowanych działań projektowych. Zarówno jeśli chodzi o postęp faktyczny, jak i szacunkowy, udaje się osiągać założone efekty w projektach w stopniu wyższym niż poziom wykorzystanej alokacji. Z najwyższą różnicą pomiędzy postępowaniem rzeczowym i finansowym (na korzyść tego pierwszego) mamy do czynienia w przypadku Działań: 9.1, 9.2 i 10.2. Z relatywnie mniejszym w przypadku Działania 9.3 i 10.1, choć i w przypadku tych Działań mówić możemy o relatywnie wysokim poziomie efektywności (tak bowiem interpretować należy sytuację, w której dynamika postępu rzeczowego jest wyższa niż dynamika postępu finansowego – przy zaangażowaniu określonej puli środków finansowych udaje się uzyskiwać wyższy od zaplanowanego poziom realizacji celów).

W celu oceny wpływu aspektu technicznego, organizacyjnego, zarządczego i finansowego na poziom efektywności przeprowadzona została analiza statystyczna zrelatywizowanego wskaźnika efektywności. Aby objąć analizą możliwie dużą grupę projektów, co było konieczne ze względu na strukturę niektórych analizowanych zmiennych, wartości zrelatywizowanego wskaźnika efektywności obliczone zostały na podstawie danych z umów o dofinansowanie. Dla każdego projektu wartości docelowe wskaźników projektowych przedstawione zostały jako udział w wartości docelowej ustalonej dla całego programu. Pozwoliło to na uzyskanie informacji jaką część zaplanowanych w programie efektów realizuje dany projekt. Analogicznie zrelatywizowane zostały nakłady – kwota dofinansowania projektu przedstawiona została jako udział w całkowitej alokacji zaplanowanej w danym Działaniu. W ten sposób uzyskana została informacja jaka część planowanych nakładów jest wydatkowana przez projekt. Zrelatywizowany wskaźnik efektywności obliczony został jako stosunek zrelatywizowanych względem wartości docelowych wskaźników oraz zrelatywizowanych względem wielkości alokacji nakładów w projekcie. Im wyższa wartość analizowanego wskaźnika, tym wyższa efektywność – korzystniejszy stosunek skali uzyskiwanych efektów do skali ponoszonych nakładów.

Za pomocą technik analizy statystycznej zweryfikowany został wpływ poszczególnych czynników na poziom efektywności reprezentowany przez wartość obliczonego w opisany wyżej sposób zrelatywizowanego wskaźnika efektywności. Wyniki analizy przedstawione zostały w poniższej tabeli. Kolorem zielonym oznaczono te czynniki, w przypadku których zidentyfikowany został przynajmniej słaby wpływ na efektywność.

Tabela 7. Wyniki analizy wpływu czynników na poziom efektywności

Aspekt	Czynnik	Rodzaj miernika ¹⁹	Wartość miernika
Aspekt techniczny	Występowanie cross-finansingu w projekcie (EFS)	r Glassa	0,007
	Udział cross-finansingu w wydatkach (EFS)	rho Spermana	-0,004
	Rodzaj wpływu projektu na zrównoważony rozwój	r Glassa	-0,036
	Rodzaj wpływu projektu na zachowanie zasad polityki przestrzennej	r Glassa	-0,067
	Realizacja zadań, w ramach których konieczne jest wydanie pozwoleń (EFRR)	r Glassa	-0,517
Aspekt organizacyjny	Staż działalności beneficjenta	rho Spermana	0,140
	Realizacja projektu w partnerstwie	r Glassa	-0,071
	Liczba partnerów	rho Spermana	-0,037
	Forma prawna beneficjenta	epsilon kwadrat	0,088
Aspekt zarządczy	Udział kosztów pośrednich w wydatkach	rho Spermana	0,387
Aspekt finansowy (alokacyjny)	Wielkość projektu (mierzona wielkością całkowitych wydatków)	rho Spermana	-0,456
	Występowanie listy rezerwowej w naborze	r Glassa	0,099
	Wielkość listy rezerwowej projektów w naborze	rho Spermana	0,110

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI, stan na kwiecień/maj 2021 r. (w zależności od wybranej zmiennej)

Spośród czynników należących do aspektu technicznego mamy do czynienia z silnym wpływem czynnika Realizacja zadań, w ramach których konieczne jest wydanie pozwoleń, który analizowany był w projektach z EFRR, przy czym wyższą efektywnością charakteryzują się przedsięwzięcia, gdzie pozwolenia nie były konieczne. W tym przypadku najprawdopodobniej mamy do czynienia z zapośredniczonym wpływem czynnika należącego do aspektu finansowego - wielkości projektu (mierzonej wielkością całkowitych wydatków), ponieważ projekty, w których nie było konieczności uzyskiwania pozwoleń dotyczyły przede wszystkim zakupu wyposażenia i wydatki były w nich wyraźnie niższe niż wydatki w projektach związanych z budową / przebudową budynków, które dominowały wśród projektów, w których konieczne było uzyskiwanie pozwoleń. Jeśli chodzi natomiast o sam wpływ wielkości projektu to mamy do czynienia z zależnością im większy projekt tym niższa efektywność. Nie należy jednak interpretować tej zależności w taki sposób, że w większych projektach środki są w jakiś sposób marnowane i nie przekładają się na efekty. Źródłem tej zależności jest natura części wskaźników monitorowania polegająca na nie do końca precyzyjnym odzwierciedlaniu skali uzyskiwanych efektów. Dotyczy to przede wszystkim wskaźników związanych z liczbą wspartych instytucji / podmiotów czy wybudowanych / remontowanych budynków. Skala wsparcia danej instytucji oraz skala prac budowlanych w przypadku konkretnych budynków może być bardzo różna, co ma swoje odzwierciedlenie w poziomie wydatków, natomiast w systemie monitorowania każdorazowo będziemy mieli do

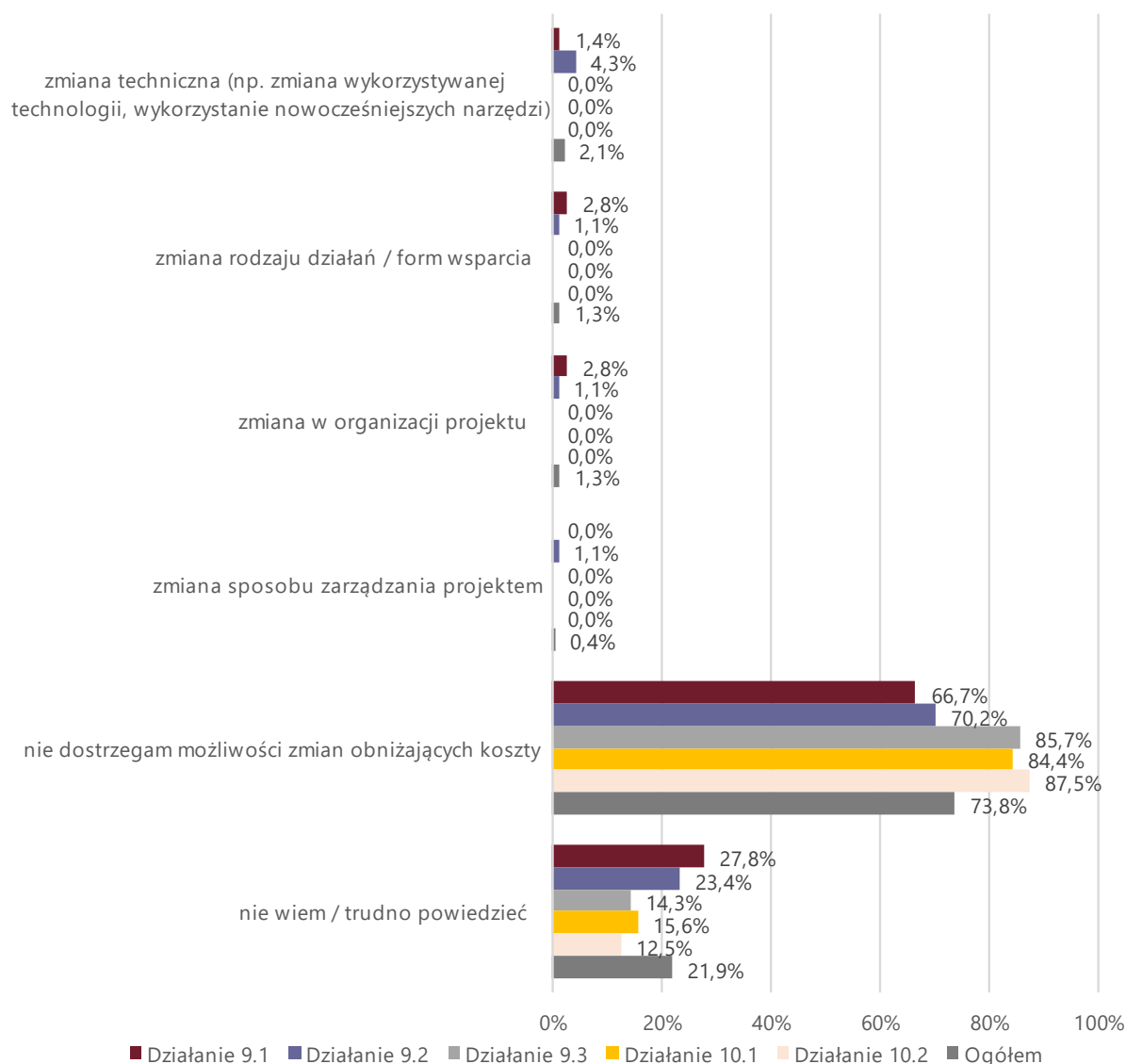
¹⁹ W ramach analiz zastosowano mierniki korespondujące z poziomem pomiaru poszczególnych zmiennych. Ich zadaniem jest identyfikacja i zobrazowanie skali efektu jaki na poziom efektywności projektów mają poszczególne zmienne.

czynienia z 1 wspartą instytucją czy wybudowanym budynkiem. W konsekwencji w większych projektach, gdzie skala prac czy pomocy jest większa, będziemy mieli do czynienia z mniej korzystnym stosunkiem nakładów do osiągniętych rezultatów, ponieważ wskaźnik nie odzwierciedla rzeczywistej skali efektów.

Jeśli chodzi o czynniki należące do aspektu organizacyjnego, to zidentyfikowany został słaby wpływ na efektywność stażu działalności podmiotu pełniącego rolę beneficjenta. Jest to zależność na zasadzie im dłuższy staż działalności beneficjenta tym wyższa efektywność w projekcie. Jeśli chodzi o analizowany w ramach aspektu zarządczego czynnik udziału kosztów pośrednich w wydatkach, to zidentyfikowany został wpływ, którego nasilenie należałoby ocenić jako średnie, mamy tu do czynienia z zależnością im większy udział kosztów pośrednich tym wyższa efektywność. Może wynikać to z sytuacji kiedy większy poziom kosztów pośrednich przekłada się na lepsze zarządzanie i bardziej zrjonalizowane wydatkowanie środków. Z kolei jeśli chodzi o aspekt finansowy, to obok omówionego wyżej wpływu czynnika związanego z wielkością projektu zidentyfikowano słaby wpływ poziomu konkurencji w naborze, w którym składany był wniosek o dofinansowanie reprezentowanego przez wielkość listy rezerwowej w tym naborze. Mamy do czynienia z zależnością im większa konkurencja w naborze, tym wyższa efektywność w projekcie. Może to wynikać z nastawienia wnioskodawców na dużą konkurencję w naborze i przygotowanie z tego powodu bardziej przemyślanych i korzystniejszych pod względem efektywności projektów. Wpływ może mieć tu również proces wyboru projektów – w ocenie wybierane są najlepsze przedsięwzięcia, które mogą okazywać się korzystniejsze pod względem efektywności.

Uzupełnieniem powyższych danych są wyniki badania ankietowego, w ramach którego proszono beneficjentów o ocenę możliwości wprowadzenia zmian w projekcie, które pozwoliłyby na uzyskanie podobnych efektów przy niższych kosztach.

Wykres 28. Ocena możliwości wprowadzenia zmian w projekcie, które pozwoliłyby na uzyskanie podobnych efektów przy niższych kosztach



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32, Ogółem - n=239; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązyali umów o dofinansowanie

W przypadku zdecydowanej większości projektów (73,8%) beneficjenci nie dostrzegają możliwości osiągnięcia podobnych efektów przy obniżeniu kosztów – skala występowania tego rodzaju możliwości jest bardzo niska we wszystkich analizowanych obszarach interwencji. Powyższe dane można traktować jako potwierdzenie wcześniejszych wniosków o relatywnie wysokim poziomie efektywności – realizatorzy projektów w bardzo niewielkim stopniu dostrzegają możliwości dalszego jej zwiększenia, tj. osiągnięcia większej skali efektów, przy ewentualnym zmniejszeniu puli środków finansowych przeznaczonych na realizację działań projektowych.

Ci beneficjenci, którzy jednak dostrzegli możliwość zwiększenia efektywności wdrażanej interwencji zwracali uwagę przede wszystkim na następujące sposoby / narzędzia takiego zwiększenia:

- **w wymiarze technicznym** – poprzez wprowadzenie określonych rozwiązań technologicznych, gł. z obszaru technologii informatyczno-telekomunikacyjnych pozwalających na zdalną realizację danego rodzaju działań projektowych;
- **w wymiarze sposobu zarządzania projektem** – poprzez bardziej systematyczne działania monitoringowe oraz skuteczniejszą koordynację działań projektowych;
- **w wymiarze organizacji projektu** – ograniczenie personelu projektowego lub rezygnacja z partnerskiej formuły projektu;
- **w wymiarze rodzajów działań i form wsparcia** – poprzez ograniczenie stosowanych form wsparcia lub zmianę formuły ich świadczenia (np. w przypadku wyjazdów / wyjazdów – ograniczenie ich zasięgu), bądź też zmniejszenie liczby uczestników projektu.

Choć efektywność kosztowa nie powinna być traktowana w sposób priorytetowy (szczególnie, gdy mówimy o interwencji w obszarze usług społecznych i zdrowotnych), to jednak powyższe kwestie mogą być traktowane jako narzędzia osiągnięcia wyższego poziomu efektywności. Dotyczy to szczególnie działań w wymiarze technicznym i wymiarze sposobu zarządzania projektem (jeśli chodzi o kwestię organizacji projektu lub stosowanych rodzajów działań i form wsparcia, to jednak zaproponowane rozwiązania mogłyby negatywnie wpływać na skuteczność realizowanego wsparcia, choć faktycznie mogłyby korzystnie oddziaływać na poziom jego efektywności). Uwzględniając powyższe, nie sformułowano zaleceń dotyczących ewentualnego zwiększania efektywności.

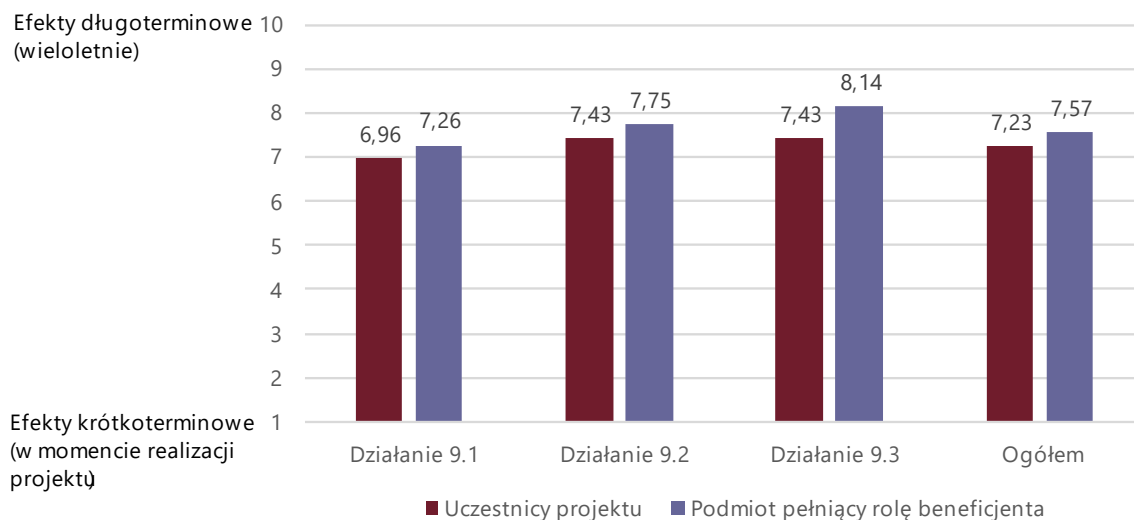
Podkreślić przy tym należy, że każdorazowo pogłębionej analizie wymaga celowość dążenia do maksymalizacji parametrów efektywnościowych. Przykładowo, jako narzędzie zwiększenia efektywności kosztowej wskazywano, w wymiarze organizacji projektu, ograniczenie personelu projektowego lub rezygnację z partnerskiej formuły projektu. Tymczasem, włączenie (także formalne) jak najszerzej grupy różnych kategorii interesariuszy może być traktowane jako czynnik zwiększający skuteczność projektu. Zresztą element współpracy z otoczeniem w ramach realizacji działań projektowych został zidentyfikowany jako jedna z dobrych praktyk stosowanych w ewaluowanych projektach.

Trwałość udzielonego wsparcia

W niniejszym podrozdziale przeprowadzono analizę kwestii trwałości udzielonego wsparcia. Ocena trwałości została dokonana zarówno w oparciu o wyniki badań pierwotnych (ilościowych i jakościowych), które pozwoliły uwzględnić perspektywę wszystkich istotnych kategorii interesariuszy (beneficjentów, instytucje objęte wsparciem, uczestników projektów), jak i analizę danych zastanych, która bazowała na informacjach zawartych w ankietach trwałości.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące przewidywaną przez beneficjentów trwałość efektów projektów współfinansowanych z EFS dla uczestników projektów oraz samych podmiotów pełniących rolę beneficjentów. Przy czym podkreślić należy, że w przypadku wsparcia z EFS występowało odmienne podejście do kwestii trwałości udzielonego wsparcia – w przypadku Działania 9.1 mieliśmy do czynienia z wymogiem utrzymania gotowości instytucjonalnej, natomiast w Działaniu 9.2 taki wymóg nie występował.

Wykres 29. Średnia ocena trwałości efektów projektów z EFS dla uczestników projektów oraz podmiotów pełniących rolę beneficjentów



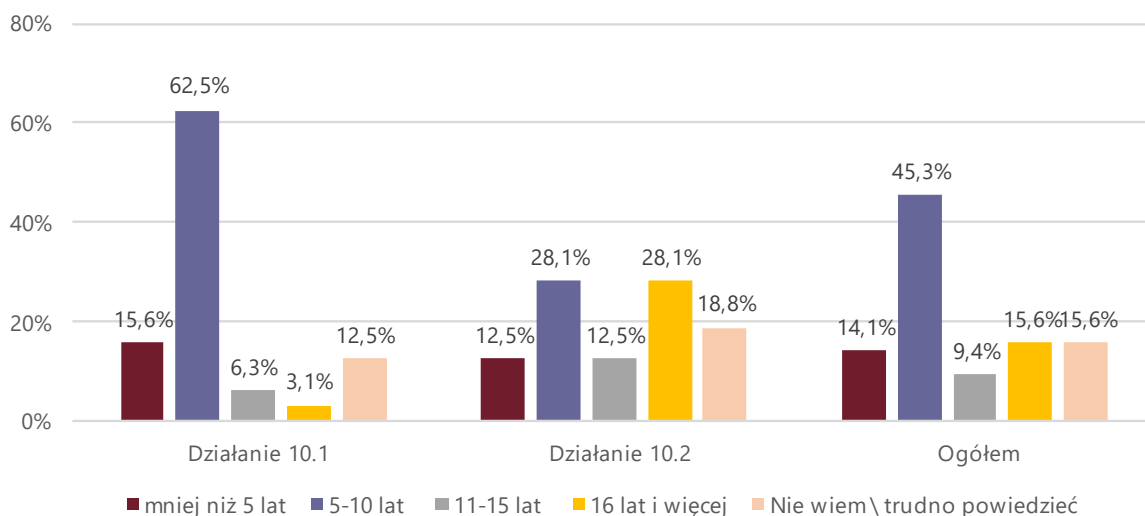
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Ogółem – n=175; pytanie zadawane beneficjentom z EFS, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

We wszystkich trzech analizowanych Działaniach współfinansowanych ze środków EFS mamy do czynienia z przekonaniem o dominacji efektów długoterminowych (wieloletnich) nad efektami krótkoterminowymi (w momencie realizacji projektu). Dotyczy to zarówno uczestników projektów, jak i beneficjentów, choć w przypadku tej drugiej kategorii antycypowana trwałość efektów projektów była każdorazowo wyższa niż w odniesieniu do uczestników projektów. Taki stan należy ocenić pozytywnie, bo utrzymanie większej trwałości w odniesieniu do podmiotów instytucjonalnych niż indywidualnych odbiorców wsparcia nie tylko jest symptomem określonej trwałości efektów projektów, ale także jej czynnikiem – trwałość instytucjonalna pozwala na oferowanie kolejnym odbiorcom dalszej pomocy. Ta pozytywna ocena jest tym bardziej uzasadniona, że w odniesieniu do uczestników projektów antycypowany poziom trwałości nie jest znacząco niższy niż w przypadku podmiotów pełniących rolę beneficjenta.

Warto przy tym zwrócić uwagę, że wspomniane wcześniej odrębne wymagania dotyczące kwestii trwałości w poszczególnych obszarach interwencji współfinansowanej z EFS nie wpłynęły istotnie na szacowaną ocenę trwałości – odrębne wyniki dla poszczególnych Działań są bardzo podobne.

O kwestię trwałości efektów projektu zapytano także beneficjentów realizujących projekty o charakterze infrastrukturalnym w ramach Osi Priorytetowej X.

Wykres 30. Przewidywany czas, przez który odczuwane będą efekty projektu

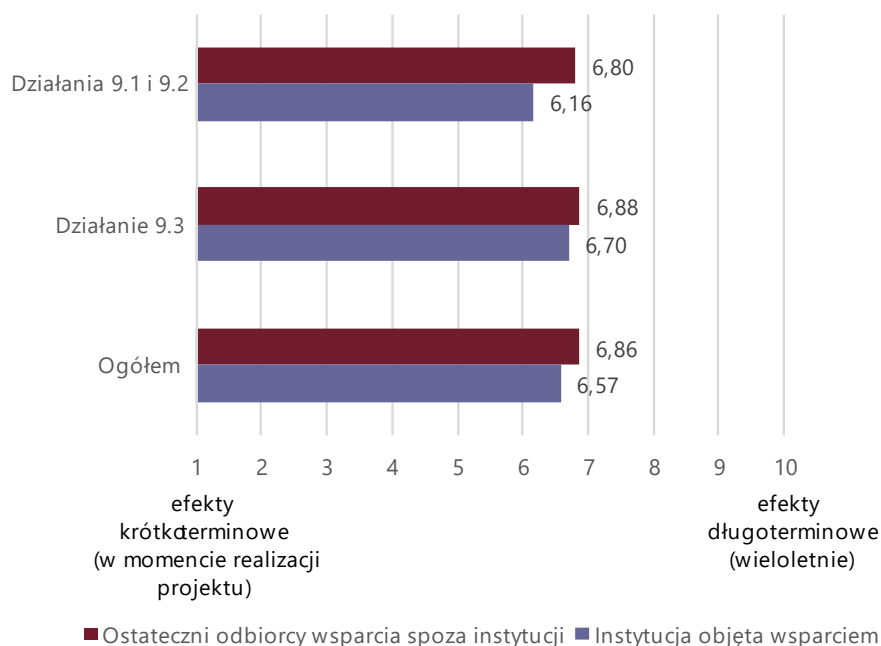


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32 Ogółem – n=64; pytanie zadawane beneficjentom z EFRR, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

W przypadku Działania 10.1 wyraźnie dominuje przekonanie o odczuwaniu efektów projektów przez okres 5-10 lat (62,5% wskazań), z kolei jeśli chodzi o Działanie 10.2, to najczęściej deklarowano poziom trwałości w horyzoncie czasowym 5-10 lat oraz 16 lat i więcej (po 28,1% wskazań). Oczywiście, w przypadku wsparcia infrastrukturalnego bardzo duże znaczenie dla kwestii trwałości ma dokładny charakter realizowanych działań inwestycyjnych. Jeśli dofinansowane działania mają charakter związany z inwestycjami budowlanymi, to ich trwałość może być relatywnie większa (chyba, że nastąpi zmiana funkcjonalnego przeznaczenia zrealizowanej inwestycji budowlanej) niż np. inwestycje sprzętowe (gdzie stopień zużycia będzie siłą rzeczy większy).

Również przedstawiciele instytucji objętych wsparciem poproszono o oszacowanie trwałości efektów projektów, zarówno dla samej instytucji, jak i ostatecznych odbiorców wsparcia spoza instytucji.

Wykres 31. Ocena trwałości efektów projektów dla instytucji objętych wsparciem oraz odbiorców ostatecznych spoza instytucji

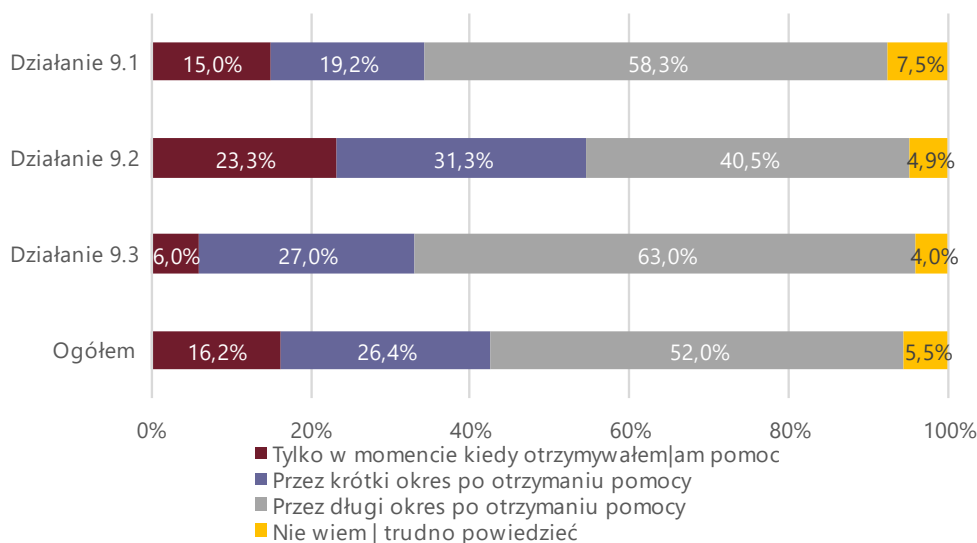


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; Ostateczni odbiorcy wsparcia spoza instytucji - n=182 (pytanie zadawane jeśli wskazano, iż w ramach udziału w projekcie udzielono wsparcia osobom spoza instytucji), Instytucja objęta wsparciem - n=359; pytanie zadawane jeśli zadeklarowano występowanie przynajmniej 1 efektu

Podobnie jak miało to miejsce w przypadku badania beneficjentów, tak i wśród instytucji objętych wsparciem dominuje przekonanie o przewadze efektów długoterminowych (wieloletnich) nad efektami krótkoterminowymi (w momencie realizacji projektu). Jednak inaczej niż w przypadku badania realizatorów projektów, tutaj respondenci większą trwałość efektów dostrzegają w odniesieniu do ostatecznych odbiorców wsparcia niż swoich jednostek. Może to wynikać z charakteru – bardziej doraźnego niż trwałego – zaangażowania podmiotów objętych wsparciem w ramach realizowanych przedsięwzięć projektowych.

Ostatnią grupą interesariuszy, w ramach której identyfikowana była kwestia trwałości efektów projektów są uczestnicy projektów, których opinie w tym temacie przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 32. Ocena czasu, w jakim efekty odczuwalne przez uczestników projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; Działanie 9.1 - n=120, Działanie 9.2 - n=163, Działanie 9.3 - n=100, Ogółem - n=383

W przypadku wszystkich ewaluowanych Działań współfinansowanych ze środków EFS, wyraźnie dominuje wśród uczestników projektów przekonanie o relatywnie długim okresie trwałości efektów odczuwalnych przez odbiorców pomocy. Na poziomie całej Osi Priorytetowej IX ponad połowa respondentów (52%) jest przekonana, że efekty wsparcia będzie odczuwać przez długi okres po otrzymaniu pomocy, z czego największy odsetek badanych wyrażających taką opinię występuje w Działaniu 9.3 (63%) oraz 9.1 (58,3%), mniejszy okazał się on natomiast w Działaniu 9.2 (40,5%). Taki stan rzeczy trafnie odzwierciedla specyfikę wsparcia w każdym z Działań – pomoc oferowana w Działaniach: 9.1 i 9.3 jest zorientowana na zwiększenie potencjału uczestników projektów w obszarze aktywnej integracji, czy też skutecznego funkcjonowania w sektorze ekonomii społecznej. Z tego względu efekty tej pomocy faktycznie powinny być odczuwane przez dłuższy okres czasu niż usługi społeczne i zdrowotne, których efekty niejednokrotnie są ściśle związane z samym okresem świadczenia danej usługi.

W ramach oceny trwałości udzielonego wsparcia przeprowadzono także analizę treści ankiet trwałości w projektach współfinansowanych z EFRR i EFS. Z informacji zawartych w tych dokumentach wynika, że generalnie nie występują w dofinansowanych projektach problemy z wymaganą trwałością. Trzeba jednak przy tym uwzględnić fakt, że wskazanie problemów z utrzymaniem wymaganej trwałości mogłoby oznaczać dla beneficjentów określone skutki finansowe, trudno więc spodziewać się, by wskazywali oni na występowanie problemów w obszarze trwałości efektów otrzymanej pomocy. Z drugiej jednak strony, jeśli takie problemy faktycznie by występowały, to pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji, powinny one być odnotowane w składanych przez beneficjentów ankietach trwałości.

Uwzględniając informacje zawarte w ankietach trwałości stwierdzić należy, że – w przypadku wsparcia współfinansowanego ze środków EFRR – zostały spełnione w ewaluowanych projektach warunki zachowania trwałości takie jak: zachowanie celu projektu (osiągnięcie i utrzymanie w całości wszystkich wskaźników oraz wykorzystywanie w pełni potencjału

infrastruktury)²⁰; brak zmian wpływających na charakter operacji, jej cele lub warunki wdrażania, które mogłyby doprowadzić do naruszenia jej pierwotnych celów; zapewnienie ciągłości wykorzystywania sprzętu / wyposażenia zakupionego w ramach projektu (brak działań w zakresie ewentualnej wymiany sprzętu, zmiany miejsca jego użytkowania, czy też jego sprzedaży / zbycia.

Z kolei jeśli chodzi o informacje zawarte w ankietach trwałości dotyczących projektów współfinansowanych ze środków EFS, to również nie wskazują one na występowanie trudności z zachowaniem trwałości. Treść przeanalizowanych ankiet potwierdza, że w odniesieniu do ewaluowanych projektów: nie wystąpiło zaprzestanie działalności przez beneficjenta; nie nastąpiło przeniesienie lokalizacji projektu poza obszar województwa śląskiego; w zdecydowanej większości projektów nie nastąpiła zmiana własności elementów infrastruktury sfinansowanej ze środków RPO WSL 2014-2020 (w przypadku jednego przedsięwzięcia zakończeniu uległa umowa dzierżawy budynku, w którym znajdowało się pomieszczenie wyremontowane w ramach dofinansowanego projektu, przy czym w związku z tą zmianą nie nastąpiło uzyskanie korzyści przez beneficjenta); nie nastąpiła istotna zmiana wpływająca na charakter projektu, jego cele lub warunki realizacji, która mogłaby doprowadzić do naruszenia jego pierwotnych celów; w zdecydowanej większości projektów występuje zachowanie, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie projektu, trwałości rezultatów projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie.

Kwestia trwałości była także przedmiotem analizy zapisów wniosków o płatność, gdzie identyfikowano występowanie ewentualnych problemów w zakresie utrzymania trwałości efektów udzielonego wsparcia. Stwierdzić należy, że na ewentualne problemy w zakresie trwałości wskazywano incydentalnie. Jeśli już takie wskazania się pojawiały, to dotyczyły one: zauważalnego spadku popytu na oferowane usługi (choć jednocześnie podkreślano, że nie będzie to stanowić dla realizatora projektu powodu do całkowitego zaprzestania świadczenia danej usługi); problemu z utrzymaniem miejsc pracy, czy w ogóle kontynuacją działalności przez przedsiębiorstwa społeczne (co ma bezpośredni związek z kryzysem pandemicznym); problemu z dostępnością na odpowiednio długi okres czasu lokalu, w którym mogłyby być świadczone określone usługi (tutaj wskazywano na podjęcie odpowiednich działań zaradczych i współpracę z jednostką samorządu terytorialnego).

Również w badaniu jakościowym przedstawiciele IZ oraz ekspertów podjęte zostało zagadnienie oceny trwałości udzielonego wsparcia. W badaniu tych dwóch grup informatorów zaakcentowano przede wszystkim następujące kwestie odnoszące się do problemu trwałości rezultatów ewaluowanej interwencji:

- Zwrócono uwagę na specyfikę projektów współfinansowanych ze środków EFS, w ramach których mamy do czynienia raczej z trwałością rezultatów udzielonej pomocy, nie zaś z wymogiem utrzymania trwałości w znaczeniu obowiązującym w przypadku wydatków infrastrukturalnych.
- W przypadku projektów współfinansowanych ze środków EFS najlepszym miernikiem trwałości rezultatów wsparcia jest gotowość instytucji do świadczenia określonych

²⁰ W jednym przypadku nie udało się osiągnąć w założonym czasie docelowej wartości wskaźnika odnoszącego się do liczby osób korzystających ze wspartej infrastruktury, co wynikało z ograniczeń prawnych i swoistej kolizji założeń projektu infrastrukturalnego z założeniami projektu „miękkiego”, który miał zapewnić odpowiednią liczbę osób korzystających ze wspartej infrastruktury.

usług społecznych / zdrowotnych, kwestia ta jest jednak trudna do jednoznacznego zdefiniowania i precyzyjnego pomiaru.

- Poziom trwałości udzielonego wsparcia jest uwarunkowany typem podmiotu realizującego projekt – w przypadku podmiotów o profilu komercyjnym występuje wyższy poziom ryzyka dotyczącego nieutrzymania trwałości udzielonego wsparcia niż ma to miejsce w grupie podmiotów o charakterze niekomercyjnym (samorządowych, pozarządowych). Istotnym czynnikiem ograniczającym to ryzyko jest realizacja przez podmiot pozarządowy przedsięwzięcia o charakterze wpisującym się w obszar działalności statutowej realizatora projektów lub realizacja przez podmiot samorządowy przedsięwzięcia o charakterze wpisującym się w prawnie określony zakres kompetencji jednostek samorządu terytorialnego (w takich przypadkach gwarancją trwałości jest wymóg legislacyjny dotyczący realizacji określonych zadań, dla których RPO WSL 2014-2020 jest nie tyle czynnikiem generującym aktywność podmiotu w danym obszarze, ile źródłem finansowania realizacji określonych zadań). W przypadku, gdy realizacja projektu nie wynika w sposób jednoznaczny z potencjału wnioskodawcy pozarządowego (potwierdzonego zgodnością tematyki projektu z zakresem działalności statutowej oraz udokumentowanym doświadczeniem w pracy z daną grupą docelową) lub zakresu zadań realizowanych przez wnioskodawcę samorządowego, a jedynie stanowi odpowiedź na dostępność pomocy w Programie, ryzyko niezachowania trwałości rezultatów pomocy jest relatywnie wyższe. Warto tutaj zauważyć, że w ramach analizy dobrych praktyk uwzględniono przedsięwzięcie, w którym czynnikiem sukcesu było kompleksowe rozpoznanie potrzeb i wsparcie osób starszych i niesamodzielnych – trafność takiej diagnozy może być właśnie zapewniona poprzez dotychczasową pracę na rzecz danej grupy docelowej (nie ma wtedy nawet potrzeby prowadzenia dedykowanych badań diagnostycznych na etapie planowania projektu ponieważ świadomość potrzeb grup docelowych jest swego rodzaju pamięcią instytucjonalną danego projektodawcy).
- W przypadku trwałości udzielonego wsparcia mamy do czynienia z oddziaływaniem na nią różnego rodzaju czynników zewnętrznych. Przykładowo, w obszarze zdrowia założenie możliwości wykorzystania nabytego sprzętu wyłącznie w ramach realizacji świadczeń finansowanych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, może generować problem z formalnym utrzymaniem trwałości w sytuacji, gdy podmiot otrzymujący dofinansowanie w ramach RPO WSL 2014-2020 nie podpisuje kontraktu na kolejny okres świadczenia usług zdrowotnych w zakresie powiązanim z charakterem zrealizowanego projektu.
- Uwzględniając znaczenie kwestii trwałości dla ogólnej oceny skuteczności zrealizowanej interwencji należy podejmować określone działania zorientowane na zapewnienie rzeczowej trwałości (a przynajmniej ograniczenie ryzyka jej niezachowania), także już na etapie selekcji podmiotów realizujących dofinansowane przedsięwzięcia.

Ostatnim elementem oceny trwałości udzielonego wsparcia była analiza opracowań tematycznych, których zakres merytoryczny jest zbieżny z przedmiotem niniejszej ewaluacji, a które zawierają diagnozę sytuacji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych oraz systemu ochrony zdrowia w woj. śląskim, a także wyników badań ewaluacyjnych. Przegląd tych opracowań wykazał, że nie odnoszą się one w sposób bezpośredni do zagadnienia trwałości ewaluowanej interwencji (rzadko w ogóle odwołują się do rzeczowej interwencji) i czynników zewnętrznych mogących na nią wpływać. Natomiast w sposób pośredni można –

w oparciu o prezentowane w nich dane – stwierdzić, jakiego rodzaju oddziaływanie na poszczególne efekty interwencji będzie występować w najbliższej przyszłości. Otóż, we wcześniejszej części raportu – na bazie rzeczonych opracowań tematycznych i danych wskaźnikowych – zobrazowano sytuację woj. śląskiego w poszczególnych obszarach problemowych odzwierciedlających określone Priorytety Inwestycyjne. Sytuacja ta uwzględnia nie tylko aspekt podażowy, ale i – silnie oddziałujący na kwestię trwałości – aspekt popytowy²¹. W odniesieniu do tego aspektu wskazać należy, że wysoki (i/lub rosnący) poziom popytu na dany rodzaj usług społecznych / zdrowotnych będzie czynnikiem pozytywnie oddziałującym na trwałość, natomiast niski (i/lub spadający) poziom popytu będzie czynnikiem o negatywnym oddziaływaniu na trwałość. W tym kontekście – biorąc pod uwagę wnioski z wcześniej przeprowadzonych analiz – za dwa kluczowe uwarunkowania wzmacniające trwałość efektów udzielonego wsparcia uznać należy:

- w aspekcie wzmacniania trwałości wsparcia skierowanego do osób starszych, w tym: usług zdrowotnych i opiekuńczych – trend demograficzny polegający na postępującym wzroście udziału osób starszych w ogólnej populacji mieszkańców woj. śląskiego;
- w aspekcie osłabiania trwałości wsparcia skierowanego do osób zagrożonych ubóstwem, w tym wsparcia w zakresie aktywnej integracji – systematyczną poprawę sytuacji społeczno-ekonomicznej na poziomie krajowym i regionalnym, w tym poprawę sytuacji na regionalnym rynku pracy (za wyjątkiem problemu bezrobocia długotrwałego).

W badaniu *Metaanaliza wyników badań ewaluacyjnych dotyczących oceny wsparcia z EFS* kwestia trwałości pojawiała się przede wszystkim w dwóch aspektach, które można uznać za istotne dla niniejszego badania. Po pierwsze, kwestię trwałości uznano za jedno z najważniejszych wyzwań dla interwencji w obszarze usług społecznych, podkreślając tutaj znaczenie takich czynników jak podejście jednostek samorządu terytorialnego oraz możliwości finansowe tych ostatnich. Po drugie, wskazywano na problem możliwości świadczenia określonych usług społecznych w momencie zaprzestania ich dofinansowania. Problem ten zidentyfikowano np. w odniesieniu do deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. Po trzecie, wskazano na problem trudności – na obecnym etapie wdrażania interwencji na lata 2014-2020 – z rzeczywistą oceną trwałości efektów wsparcia, szczególnie w aspekcie trwałości miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych.

Z kolei w raporcie z badania pn. *Identyfikacja potrzeb w zakresie włączenia społecznego i zawodowego w województwie śląskim w latach 2018-2020+ wraz z propozycjami skutecznych działań na rzecz trwałej aktywizacji grup defaworyzowanych*, zwrócono uwagę na: relatywnie wysoki stopień trwałości efektów dotyczących aktywizacji zawodowej (tam, gdzie taki wariant aktywizacji miał miejsce); celowość ewentualnego wsparcia dla „trzeciego sektora” w obszarze opracowywania długoterminowych strategii rozwoju, które ułatwiłyby kontynuację pomocy dla uczestników dofinansowanych projektów, już po zakończeniu przedsięwzięcia; uzasadnienie dla wspierania projektów o relatywnie długim okresie realizacji (np. w formule pozakonkursowej), co zapewniłoby cykl wsparcia dla uczestników zwiększający potencjalną trwałość osiągniętych efektów;

możliwości sfinansowania kosztów potrzebnych do opracowania długoterminowej strategii

²¹ Jak wskazano wcześniej, w ramach analizy wniosków o płatność, czynnik popytowy występuje jako element oddziałujący na kwestię trwałości – beneficjenci wskazywali, że malejący popyt na określone usługi może utrudniać utrzymanie trwałości efektów.

rozwoju organizacji pozarządowych, umożliwiającym im kontynuowanie wsparcia grup wspieranych w ramach projektów (na przykład osób niepełnosprawnych).

Uwzględniając dotychczasowe wnioski z przeprowadzonej analizy trwałości udzielonego wsparcia uzasadnione jest podjęcie w przyszłym okresie finansowania określonych działań zorientowanych na zwiększenie trwałości udzielonego wsparcia:

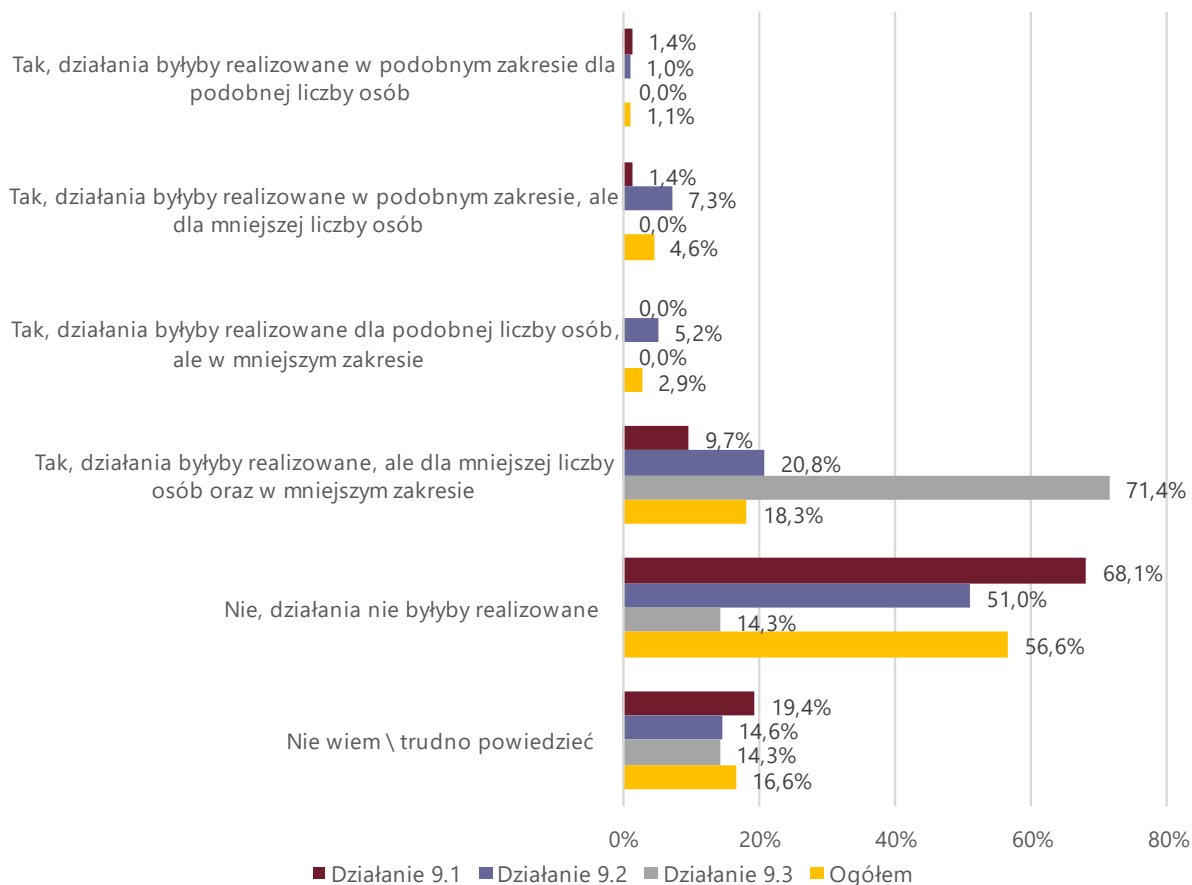
- Doprecyzowanie kwestii trwałości rezultatów projektów w ramach wsparcia współfinansowanego ze środków EFS rozumianej jako gotowość do świadczenia określonych usług (określenie warunków brzegowych i swoista „formalizacja” gotowości) i/lub rozważenie premiowania w ramach EFS projektów zapewniających trwałość rozumianą jako faktyczne świadczenie określonych usług w danym zakresie, a nie tylko gotowość do ich świadczenia (dot. EFS).
- Rozważenie wprowadzenia w projektach w ramach EFS rozwiązań zwiększających znaczenie w procesie aplikacyjnym kwestii doświadczenia podmiotu aplikującego w pracy z daną grupą docelową – kwestia posiadania doświadczenia w pracy z grupą docelową zbieżną z grupą objętą pomocą w planowanym projekcie powinna stanowić warunek brzegowy otrzymania dofinansowania w obszarze usług społecznych i aktywnej integracji (ew. cechujący się bardzo dużą wagą w procesie oceny), a ewentualne dodatkowe doświadczenie projektowe (w tym: odnoszące się do projektów o charakterze zbliżonym do charakteru planowanego przedsięwzięcia) powinno stanowić element premiowany w procesie oceny wniosków o dofinansowanie (dot. EFS).

Niezbędność udzielonego wsparcia dla osiągnięcia celów i efektów uzyskanych w projektach

W ostatnim podrozdziale części raportu poświęconej ocenie dotychczasowych efektów wsparcia zaplanowanego w ramach PI 9i Cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL przeprowadzono analizę odnoszącą się do kwestii niezbędności udzielonego wsparcia dla osiągnięcia celów i efektów uzyskanych w projektach, zarówno na poziomie realizatorów projektów, jak i ostatecznych odbiorców pomocy.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane pochodzące z badania beneficjentów dotyczące możliwości realizacji działań przewidzianych w projektach EFS w przypadku braku otrzymania dofinansowania.

Wykres 33. Ocena możliwości realizacji działań przewidzianych w projektach EFS w przypadku braku otrzymania dofinansowania



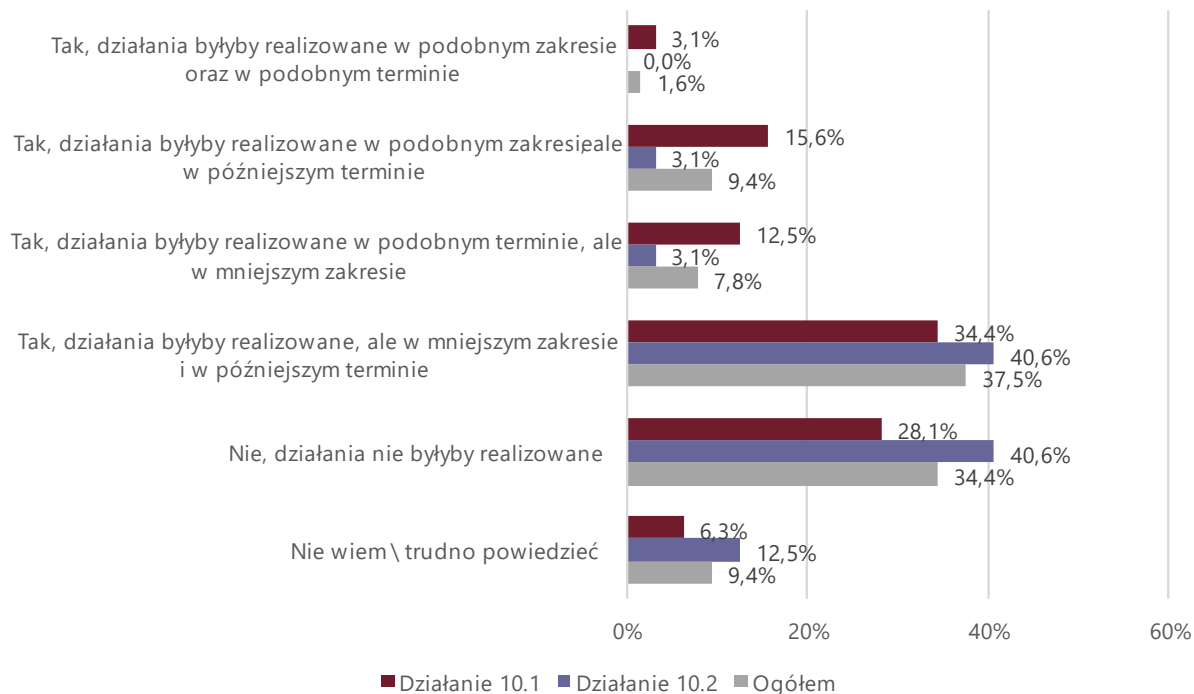
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Ogółem – n=175; pytanie zadawane beneficjentom z EFS, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

W oparciu o opinie beneficjentów należy stwierdzić wysoki stopień niezbędności otrzymanego wsparcia dla realizacji zaplanowanych działań projektowych – ponad połowa respondentów (56,6) stwierdziła, że zaplanowane działania nie byłyby w ogóle realizowane. Najwyższa skala niezbędności pomocy dotyczy Działania 9.1, a więc wsparcia w obszarze aktywnej integracji, gdzie w przypadku ponad dwóch trzecich przedsięwzięć (68,1%) bez otrzymanej pomocy nie byłyby realizowane działania projektowe. W przypadku Działania 9.2 odsetek ten był mniejszy (51%), a najniższy okazał się w ramach Działania 9.3 (14,3%). Odzwierciedleniem wyniku dla Działania 9.3 jest relatywnie duży (71,4%) odsetek wskazań potwierdzający, że w sytuacji braku dofinansowania działania projektowe byłyby realizowane, ale dla mniejszej liczby osób oraz w mniejszym zakresie. Natomiast we wszystkich trzech ewaluowanych Działaniach minimalny okazał się udział projektodawców, dla których brak wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 w żaden sposób nie wpłynąłby na realizację zaplanowanych działań projektowych i byłyby one realizowane w podobnym zakresie i dla podobnej liczby osób.

Jeśli chodzi o ewentualne alternatywne źródła finansowania zaplanowanych działań projektowych, to respondenci realizujący projekty współfinansowane ze środków EFS najczęściej wskazywali na: środki własne (w tym samorządowe środki budżetowe), wsparcie w ramach programów realizowanych przez instytucje centralne, inne konkursy grantowe.

Analogiczna analiza została przeprowadzona w odniesieniu do projektów współfinansowanych ze środków EFRR – poniżej przedstawiono dane dotyczące tej kwestii.

Wykres 34. Ocena możliwości realizacji działań przewidzianych w projektach EFRR w przypadku braku otrzymania dofinansowania



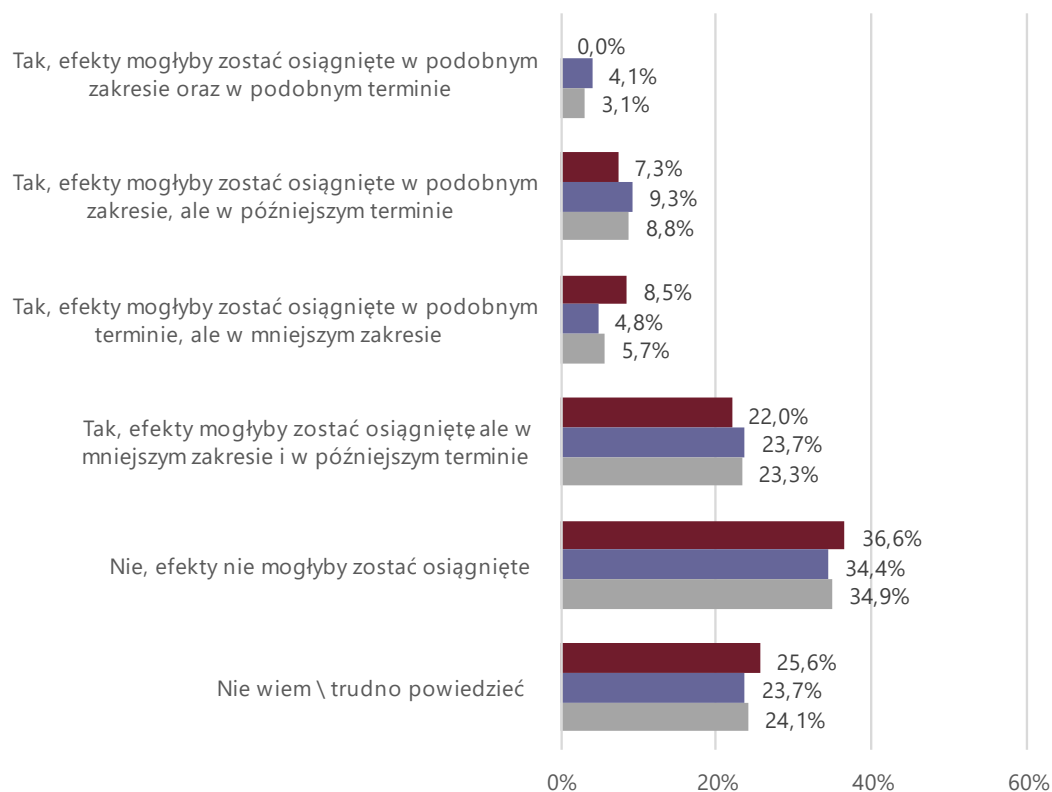
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32 Ogółem – n=64; pytanie zadawane beneficjentom z EFRR, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

Specyfiką wsparcia współfinansowanego ze środków EFRR, jeśli chodzi o kwestię niezbędności jego otrzymania dla realizacji zaplanowanych działań projektowych jest fakt, że dominującą sytuacją nie jest rezygnacja z zaplanowanych działań projektowych wobec braku otrzymanej pomocy ze środków RPO WSL 2014-2020 (tak jak miało to miejsce w odniesieniu do wsparcia ze środków EFS), ale ich podjęcie w mniejszym zakresie i w późniejszym terminie. Choć taki stan rzeczy świadczy o tym, że w przypadku EFRR skala występowania tzw. efektu zdarzenia niezależnego (a więc możliwości osiągnięcia efektów projektu bez zrealizowanej interwencji ze środków publicznych) jest większa niż w ramach EFS, a więc niezbędność udzielonej pomocy może być mniejsza, to jednocześnie uzyskany wynik potwierdza większą konieczność realizacji działań podejmowanych w projektach infrastrukturalnych (skoro nawet pomimo braku pomocy ze środków RPO WSL 2014-2020 projektodawcy próbowaliby podjąć się realizacji zaplanowanych działań, dokonując ewentualnych modyfikacji ich zakresu lub terminu).

Jeśli chodzi o ewentualne alternatywne źródła finansowania zaplanowanych działań projektowych, to respondenci realizujący projekty współfinansowane ze środków EFRR przede wszystkim wskazywali na środki własne oraz środki zewnętrzne o charakterze zwrotnym. Taka struktura odpowiedzi stanowi dodatkowe potwierdzenie atrakcyjności pomocy dostępnej w ramach RPO WSL 2014-2020, gdyż respondenci dostrzegają problem w dostępności pomocy o zbliżonym charakterze i mają świadomość, że w przypadku braku dofinansowania byłiby zmuszeni wykorzystać własne środki finansowe, czy nawet zaciągnąć określone zobowiązania.

O możliwość uzyskania efektów podobnych do uzyskanych w projekcie bez uzyskania wsparcia projektowego pytani byli także przedstawiciele instytucji objętych wsparciem – poniżej przedstawiono dane z badania ankietowego odnoszące się do tego zagadnienia.

Wykres 35. Ocena możliwości uzyskania efektów podobnych do uzyskanych w projekcie bez uzyskania wsparcia projektowego



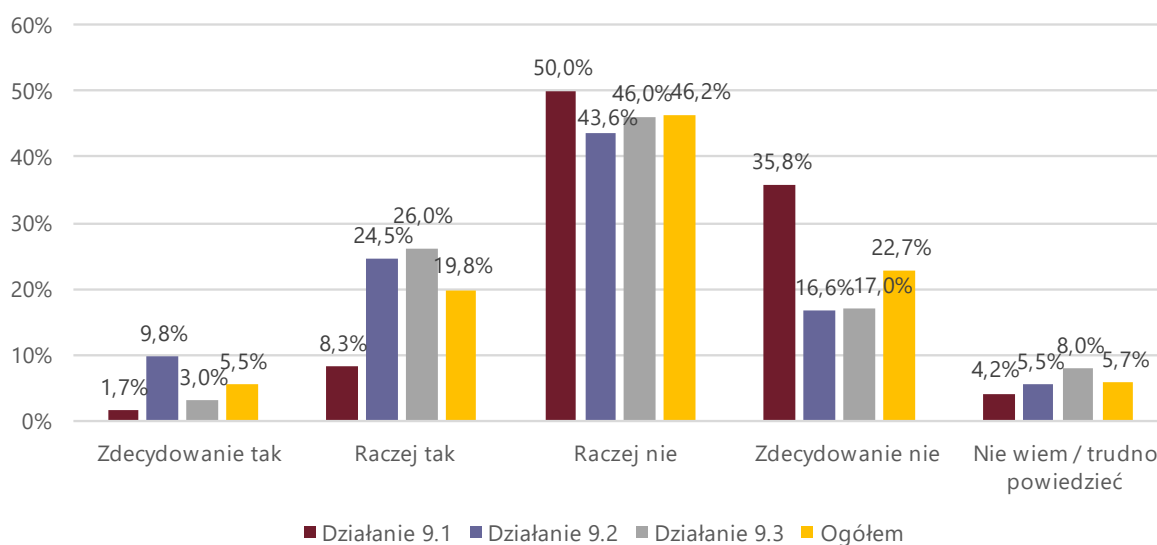
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; Działania 9.1 i 9.2 - n=82, Działanie 9.3 - n=270, Ogółem - n=352; pytanie zadawane osobom, które wskazały na osiągnięcie przynajmniej 1 efektu

Wśród instytucji objętych wsparciem wyraźnie dominuje przekonanie o braku możliwości osiągnięcia efektów podobnych do uzyskanych w projekcie bez uzyskania wsparcia projektowego – takiego zdania jest ponad jedna trzecia respondentów (34,9%), blisko jedna czwarta dostrzega natomiast możliwość osiągnięcia analogicznych efektów, ale w mniejszym zakresie i w późniejszym terminie. Podobnie jak miało to miejsce w odniesieniu do beneficjentów, tak i wśród instytucji objętych wsparciem w bardzo niewielkim stopniu dostrzegana jest możliwość osiągnięcia, bez wsparcia projektowego, efektów w podobnym zakresie i terminie – taką ewentualność dostrzega jedynie 3,1% badanych.

Jeśli chodzi o ewentualne alternatywne źródła finansowania procesu osiągnięcia efektów zbliżonych do tych uzyskanych w projekcie, instytucje objęte wsparciem wskazywały przede wszystkim na: środki własne (w tym samorządowe środki budżetowe), dotacje ze szczebla centralnego i regionalnego, darowizny i sponsoring, kredyt / pożyczka, czy bezpłatne skorzystanie z określonych usług świadczonych przez zaprzyjaźnione podmioty.

Ostatnia kategoria interesariuszy, których opinię uwzględniono w ramach oceny niezbędności udzielonego wsparcia dla osiągnięcia celów i efektów uzyskanych w projektach to uczestnicy projektów, których zapytano o dostępność dla nich alternatywnego wsparcia, które byłoby podobne do tego otrzymanego w projekcie.

Wykres 36. Ocena dostępności wsparcia podobnego do otrzymanego w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; Działanie 9.1 - n=120, Działanie 9.2 - n=163, Działanie 9.3 - n=100, Ogółem - n=383

Wśród uczestników projektów wyraźnie dominuje – umiarkowane lub zdecydowane – przekonanie o tym, że nie jest dostępne wsparcie podobne do tego otrzymanego w projekcie – takiego zdania jest ponad dwie trzecie (68,9%) uczestników projektów realizowanych w ramach Osi Priorytetowej IX. Z kolei tylko jedna czwarta badanych (25,3%) dostępność takiego wsparcia dostrzega.

Jeśli chodzi o dostrzegane przez uczestników projektów możliwości otrzymania podobnej pomocy ze strony innych instytucji / organizacji / osób, to respondenci najczęściej wskazywali na: lokalne organizacje pozarządowe, lokalne instytucje sektora pomocy społecznej i rynku pracy, placówki ochrony zdrowia (ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów komercyjnych, które daną usługę realizowałyby w formule płatnej), najbliższe środowisko rodzinne i społeczne, a niektórzy badani wskazywali także na samodzielne pozyskiwanie określonych informacji i podejmowanie próby samodzielnego rozwiązania określonego problemu, który stanowił powód uczestnictwa w projekcie.

Jako uzupełnienie powyższych analiz przeprowadzono także kwerendę mającą na celu identyfikację wsparcia, które może być traktowane jako konkurencyjne lub komplementarne wobec ewaluowanej interwencji. Kwerenda dotyczyła instrumentów pomocowych w obszarze społecznym i obszarze zdrowia. Ze względu na zakres merytoryczny interwencji skoncentrowano się na programach i projektach wdrażanych ze szczególnej centralnego przez resorty odpowiedzialne za zdrowie i politykę społeczną.

W przypadku Ministerstwa Zdrowia mamy do czynienia przede wszystkim z ofertą wsparcia wynikającą z realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych. W odniesieniu do kluczowych problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa zostały sformułowane tematyczne programy polityki zdrowotnej, za realizację których odpowiada ministerstwo lub jednostki samorządu terytorialnego. W ramach programów organizowane są konkursy na realizację zadań zgodnych z celami danego programu.

Działania w obszarze zdrowia na szczeblu krajowym są również wspierane w ramach programów współfinansowanych ze środków unijnych:

- **Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój** – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój zakłada m.in. wsparcie podmiotów i instytucji rynku pracy, rozwój ekonomii społecznej czy wsparcie przeznaczone dla obszaru zdrowia – w tych właśnie obszarach mimo, że są one często zbieżne z założeniami analizowanych Działań RPO WSL 2014-2020, trudno jest stwierdzić istnienie konkurencyjności dwóch Programów. Wymienione wyżej obszary wsparcia nie stanowią bowiem głównych celów POWER (głównymi są: wsparcie osób młodych oraz wykluczonych w poruszaniu się na rynku pracy), a ponadto dotyczą kwestii w przypadku których każde działanie jest pożądane – choćby rozwój ochrony zdrowia czy ekonomii społecznej stanowią na dzień dzisiejszy obszary wymagające wszelkiego rodzaju wsparcia. POWER z założenia mocno skupia się natomiast na wspieraniu osób młodych poruszających się na rynku pracy oraz osób wykluczonych co czyni bezpośrednio i pośrednio. W przypadku właśnie tego wsparcia przeważnie występuje razem z RPO WSL 2014-2020 efekt uzupełniania się w działaniach. POWER zakłada pomoc w określaniu ścieżki zawodowej, nadawanie dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej, wsparcie mobilności czy prowadzenie szkoleń - a zatem z założenia POWER działa dopasowując konkretne działania do konkretnych jednostek. Jest to sposób prowadzenia pomocy uzupełniającej się razem z RPO WSL 2014-2020, które w swoich Działaniach łączy komponent wsparcia zawodowego i społecznego poprzez wykorzystanie potencjału podmiotów reintegracyjnych, aktywizację społeczno-zawodową czy aktywizację skupiającą się na usamodzielnianiu jednostek wykluczonych. Dodatkowo POWER w swoim zakresie wsparcia osób na rynku pracy mocno skupia się na osobach młodych - RPO WSL 2014-2020 natomiast skupia się na osobach wykluczonych zatem nie tylko młodych, a często wręcz w wieku +30 lat, które próbują odnaleźć się na rynku pracy.
- **Program Infrastruktura i Środowisko 2014-2020** – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko oraz Regionalny Program Województwa Śląskiego w obszarze wsparcia ochrony zdrowia uzupełniają się wzajemnie mimo istnienia pomiędzy nimi pewnych elementów wspólnych (np. obszar opieki nad matką i dzieckiem). POIŚ skupia się na wspieraniu ratownictwa medycznego, diagnostyce chorób „aktywności zawodowej” czy opieki nad matką i dzieckiem, podczas gdy wsparcie pochodzące z RPO WSL 2014-2020 dotyczy pandemii COVID-19, zakupu aparatury medycznej czy prac remontowo-budowlanych. Program RPO WSL 2014-2020 jest zatem wsparciem docierającym do bardziej ogólnej, ale jednocześnie większej liczby osób (ważnym jego elementem jest upowszechnianie dostępu do opieki zdrowotnej) natomiast wsparcie POIŚ jest skierowane do konkretnych grup i problemów.

Inne dostępne programy lub projekty pomocowe w obszarze zdrowia, których dostępność mogła (i ew. nadal może) wpływać na zainteresowanie pomocą w ramach RPO WSL 2014-2020 to:

- **Program Zdrowie w ramach Funduszy Norweskich** – Oferowane wsparcie zorientowane jest na zmniejszanie społecznych nierówności w obszarze zdrowia dzięki działaniom związanym z telemedycyną i e-zdrowiem, zdrowym stylem życia dzieci i młodzieży oraz opieką psychiatryczną świadczoną w modelu środowiskowym. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku POIŚ Program Zdrowie finansowany głównie przez fundusze Norweskiego Mechanizmu Finansowego stanowi uszczegółowione oraz stosunkowo różnorodne wsparcie obszaru opieki zdrowotnej. Te dwa Programy (Zdrowie oraz RPO WSL 2014-2020) nie konkurują ze sobą tylko uzupełniają się nawzajem, zwłaszcza od roku 2020. Podczas trwania pandemii COVID-19 RPO WSL 2014-2020 ukierunkowane jest na zapobieganie,

przeciwdziałanie oraz zwalczanie choroby COVID-19, a Program Zdrowie w założeniu rozwija telemedycynę i politykę e-zdrowia co samo w sobie stanowi ważny element zarządzania opieką zdrowotną w trudnych warunkach pandemii. Nawet kwestia opieki psychiatrycznej Programu Zdrowie jest szczególnie pożądana w obecnej sytuacji.

- **Projekt Dostępność + dla zdrowia** – Projekt dotyczący wsparcia dla placówek medycznych w związku z podejmowaniem działań dostosowawczych do potrzeb osób narażonych na marginalizowanie lub dyskryminację m.in. ze względu na niepełnosprawność oraz obniżony poziom sprawności z powodu wieku czy choroby. Projekt Dostępność + stanowi uzupełnienie zarówno szerszych, ale i bardziej ogólnych założeń Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, które dotyczą prac remontowo-budowlanych oraz zakupu wyposażenia dla placówek ochrony zdrowia. Projekt Dostępność+ zwiększa w założeniu standardy dostępności do szpitali i POZ też za pomocą zmian architektonicznych oraz cyfrowych (m.in. zakup wyposażenia), ale również poprzez działania miękkie takie jak szkolenia kadry opieki medycznej usprawnianie rozwiązań organizacyjnych.
- **Projekt e-usługi dla zdrowia** – Projekty dotyczący wsparcia w zakresie wprowadzenia nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia. Podobnie jak w przypadku Programu Zdrowie, Projekt e-usługi dla zdrowia stanowi istotne uzupełnienie działań prowadzonych za pomocą RPO WSL 2014-2020 zwłaszcza w okresie trwania pandemii COVID-19 – ten efekt uzupełnienia uzyskiwany jest m.in. poprzez przenoszenie prowadzenia dokumentacji, komunikacji czy rejestracji pacjentów na obszarze Internetu.

Jeśli chodzi o działania w obszarze społecznym to wskazać należy przede wszystkim na następujące programy / projekty w zakresie polityki społecznej, których dostępność może wpływać na absorpcję środków w ramach RPO WSL 2014-2020 i ostateczną skuteczność interwencji:

- **Program wieloletni „Senior+” na lata 2015–2020 (wraz z jego kontynuacją na lata 2021-2025)** – Oferowane wsparcie zorientowane jest na pomoc jednostkom samorządu terytorialnego w zakresie realizacji zadań własnych, polegających na prowadzeniu i zapewnieniu miejsc w ośrodkach wsparcia „Senior+” (sieć Dziennych Domów „Senior+” i Klubów „Senior+”). Program Operacyjny Województwa Śląskiego zakłada prowadzenie działań wspierających osoby wykluczone w tym często seniorów, którzy wykluczeni są nie tylko z powodów zdrowotnych, ale też społecznie czy kulturowo. Celem Programu Senior+ jest w szczególności zapewnienie wsparcia seniorom poprzez aktywizację i ofertę prozdrowotną – mimo tych podobieństw dwóch Programów trudno jest stwierdzić występowanie ich konkurencyjności. Jest tak po pierwsze z uwagi na postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa oraz rosnącego zapotrzebowania na opiekę nad osobami starszymi każdego rodzaju pomoc jest pożądana. Po drugie Program Senior+ na lata 2021-2025 stanowi kontynuację tego samego Programu z lat wcześniejszych i w dużej części dotyczy wspierania już istniejących placówek i aktywności tego Programu.
- **Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014 – 2020 (wraz z jego kontynuacją jako Program Wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025)** – Oferowane wsparcie zorientowane jest na realizację działań adresowanych do osób starszych dotyczących takich kwestii jak: edukacja osób starszych, aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową, partycypacja społeczna osób starszych oraz usługi społeczne

dla osób starszych (lata 2014-2020); aktywność społeczna, partycypacja społeczna, włączenie cyfrowe, przygotowanie do starości (lata 2021-2025). Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie na prowadzenia aktywizacji osób starszych oraz wprowadzanie ich w partycypowanie w aktywnościach społecznych, kulturowych czy nawet cyfrowych Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych nie stanowi konkurencji dla działań prowadzonych przez RPO WSL 2014-2020 – Program Operacyjny z jednej strony zakłada wsparcie osób wykluczonych, ale z drugiej strony jest mniej precyzyjny w aktywizacji osób starszych niż omawiany Program Aktywni+.

- **Program Opieka 75+** - Oferowane wsparcie zorientowane jest na pomoc w zakresie świadczenia usług opiekuńczych dla osób w wieku powyżej 75 lat, w miejscach ich zamieszkania. ; program adresowany jest do gmin: miejskich, wiejskich, miejsko-wiejskich do 60 tys. mieszkańców, które realizują usługi opiekuńcze samodzielnie. Program Opieka 75+ zakłada zwiększenie liczby godzin usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych u osób, które już korzystają z takich usług oraz dofinansowanie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, które dotychczas ich nie otrzymywały. Oba elementy Programu mogą stanowić rozszerzenie oferty RPO WSL 2014-2020, która zakłada m.in. tworzenie nowych miejsc opieki. Program Opieka 75+ z założenia zwiększa dostępność i możliwość do wykorzystania ilość godzin opieki, która może być realizowana choćby za pomocą infrastruktury lokalowej czy kadrowej utworzonej za pomocą wsparcia RPO WSL 2014-2020.
- **Program Asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej** – Wsparcie (w formie dofinansowania kosztów wynagrodzenia asystentów rodziny oraz koordynatorów pieczy zastępczej) oferowane jest jednostkom samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego, których obowiązkiem jest realizacja zadań wynikających z ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego, który zakłada tworzenie nowych miejsc świadczenia usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej, zwiększanie jakości oraz dostępności do tych usług nie stoi w sprzeczności z założeniami Programu Asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej – Program Asystent zakłada bowiem dofinansowanie kosztów wynagrodzenia asystentów rodziny oraz koordynatorów pieczy zastępczej, a zatem stanowi innego rodzaju wsparcie co RPO WSL 2014-2020 mimo, że działa w tym samym obszarze.
- **Program Maluch / Maluch +** – Program Maluch z założenia wspiera zarówno dzieci (poprzez poprawę standardów funkcjonowania instytucji opieki), rodziców (poprzez odciążenie ich od części obowiązków związanych z opieką) jak i personel instytucji opiekuńczo-edukacyjnych (poprzez prowadzenie szkoleń). Powyższy zakres wsparcia nie koliduje z analizowanymi Działaniami RPO WSL 2014-2020, a nawet może stanowić ich ułatwienie chociażby poprzez umożliwianie rodzicom i opiekunom dzieci podejmowania aktywności zawodowej co jest istotną częścią RPO WSL 2014-2020.
- **Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym** – Wsparcie oferowane jest na realizację działań nakierowanych na przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemu bezdomności. W ramach RPO WSL 2014-2020 nie występuje bezpośrednio wsparcie osób bezdomnych, które jest podstawą programu Pokonać bezdomność – co jednak nie oznacza, że te dwa Programy nie przenikają się nawzajem na poziomie wsparcia pośredniego. Przenikanie to może zaistnieć w

każdej sytuacji, w której wsparcie pochodzące z RPO WSL 2014-2020 zapobiegło wykluczeniu ekonomicznego czy społecznego danej osoby co jest pośrednio zbieżne z założeniem Programu pomocy osobom bezdomnym - pierwszym celem tego Programu jest zapobieganie bezdomności przez prowadzenie działań profilaktycznych.

- **Wieloletni Rządowy Program „Posiłek w Szkole i w Domu” na lata 2019–2023** – Wsparcie oferowane jest na zapewnienie posiłku dzieciom, uczniom i młodzieży oraz objęcie pomocą osób dorosłych, zwłaszcza osób starszych, chorych lub niepełnosprawnych i samotnych. Celem Programu Posiłek w Szkole i w Domu jest zapewnienie posiłku dzieciom, uczniom i młodzieży oraz objęcie pomocą osób dorosłych, zwłaszcza osób starszych, chorych lub niepełnosprawnych i samotnych – działania te prowadzone są w formie zapewniania posiłków, świadczeń pieniężnych lub rzeczowych. W analizowanych Działaniach RPO WSL 2014-2020 nie identyfikuje się bezpośredniego wsparcia osób wykluczonych w postaci zapewnienia posiłków, a zatem te dwa Programy nie przenikają się nawzajem – pewien wyjątek mogą stanowić marginalne sytuacje takie jak choćby wsparcie przez RPO WSL 2014-2020 działania placówek aktywizujących zawodowo lub społecznie, które jednocześnie obok aktywizacji zapewniają posiłki (nie stanowi to jednak znacznej konkurencji dla Programu Posiłek w Szkole i w Domu). Jednocześnie Program Posiłek w Szkole i w Domu nie zakłada wsparcia tak obszernego (choć zapewnianie osobom wykluczonym posiłków jest bardzo istotne), że mogłoby zniechęcać osoby wykluczone do podjęcia aktywizacji społeczno-zawodowej.
- **Program Rodzina 500 plus i Program Dobry Start** – Wsparcie finansowe, które skierowane jest do rodzin wychowujących dzieci. Dwa obszerne Programy: Rodzina 500 plus i Dobry Start jako Programy wsparcia finansowego nie stanowią bezpośredniej konkurencji dla działań RPO WSL 2014-2020 wspomagających rodziny, opiekunów oraz dzieci. Jednak w przeciwieństwie do poprzedniego omawianego Programu (Posiłek w Szkole i w Domu) przyznawane wsparcie finansowe w tych dwóch Programach może stanowić alternatywę dla aktywności na rynku pracy. Biorąc pod uwagę, że omawiane wsparcie RPO WSL 2014-2020 trafia do osób wykluczonych to oferowane włączenie na rynek pracy często może nie wiązać się przynajmniej na początku z zadowalającymi zarobkami. Z tego powodu każdego rodzaju wsparcie finansowe zwłaszcza to przyznawane często bezwarunkowo może powodować niechęć do poszukiwania zarobku z innych źródeł lub zwiększać poczucie niechęci w przypadku braku uzyskania satysfakcjonujących dochodów.
- **Program Emerytura + oraz Rodzicielskie świadczenie uzupełniające** – Program obejmuje wsparcie finansowe dla osób starszych. Podobnie jak w przypadku poprzednich omawianych Programów (500 plus oraz Dobry Start) Program Emerytura+ oraz Rodzicielskie świadczenie uzupełniające stanowią pomoc finansową - nie przewiduje się jednak w tych przypadkach negatywnych skutków wobec RPO WSL 2014-2020, które identyfikowane były w dwóch poprzednich Programach. Jest tak bowiem wsparcie Programu Emerytura + oraz Rodzicielskie świadczenie uzupełniające trafia do osób, które nie działają już bądź mają mocno utrudnioną możliwość działania na rynku pracy (tj. emeryci czy matki/ojcowie ponad 4 dzieci).

Bardzo istotnym instrumentem pomocowym realizowanym na szczeblu krajowym w obszarze włączenia społecznego jest także **Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój**, w ramach którego realizowane są zadania wspierające w następujących obszarach:

- rozwój potencjału instytucjonalnego pomocy społecznej, w tym systemu monitorowania, koordynacji i oceny polityki społecznej oraz podnoszenia kwalifikacji pracowników instytucji działających w tym obszarze;
- usprawnienie organizacyjne w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej przez nakierowanie działań na poprawę obsługi klienta;
- aktywizacja społeczno-zawodowa osób niepełnosprawnych oraz działania w zakresie monitorowania wdrażania postanowień Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych;
- wsparcie na rzecz społeczności romskiej;
- wsparcie na rzecz osób odbywających karę pozbawienia wolności;
- zintensyfikowanie procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej, rozumianej po pierwsze jako zapobieganie rozdzielania dziecka z rodziną i umieszczania w pieczy zastępczej, po drugie zmniejszanie liczby instytucjonalnych form pieczy zastępczej oraz podnoszenie jakości opieki nad dziećmi w istniejących instytucjonalnych formach pieczy zastępczej i rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej;
- rozwój usług świadczonych na rzecz niesamodzielnych osób starszych w celu umożliwienia im niezależnego życia w środowisku domowym bez konieczności umieszczania ich w formach instytucjonalnych;
- wsparcie dla rozwoju usług świadczonych osobom, które nie są w stanie prowadzić w pełni samodzielnego życia we własnym mieszkaniu, ale wymagają dodatkowych usług wspomagających ich samodzielność, świadczonych w mieszkaniach o charakterze wspomagającym, będących formą zdeinstytucjonalizowaną;
- przedsięwzięcia w obszarze ekonomii społecznej, które wynikają z Krajowego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej. Działania te będą służyły do tworzenia wysokiej jakości miejsc pracy w sektorze ekonomii społecznej. Planowana interwencja na poziomie krajowym będzie prowadziła do wzmocnienia stabilności istniejących podmiotów ekonomii społecznej i przyczyniała się do ich rozwoju poprzez zapewnienie dostępu do kapitału zwrotnego, jak i dostępu do edukacji i usług doradczych.

W kontekście całości wsparcia zewnętrznego wobec interwencji realizowanej w ramach RPO WSL 2014-2020 trzeba zwrócić uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze, zakres pomocy oferowanej w programach krajowych jest dostosowany do problemów o znaczeniu krajowym, których skala występowania w woj. śląskim może nie być tak znacząca (np. ogólna sytuacja społeczno-ekonomiczna regionu, problemy obszarów wiejskich, słabo rozwinięte poszczególne elementy infrastruktury społecznej i zdrowotnej), a jednocześnie istotne mogą być dla regionu problemy, które na szczeblu krajowym nie stanowią wyzwań uniwersalnych (np. wyzwania związane z transformacją sektora górniczego). Po drugie, skala konkurencyjności procesu aplikowania o wsparcie będzie zawsze w przypadku pomocy krajowej większa, a tym samym możliwości jej otrzymania relatywnie mniejsze. Uwzględniając powyższe – a jednocześnie biorąc pod uwagę szczegółowe różnice pomiędzy zakresem pomocy dostępnej na szczeblu regionalnym i krajowym – podkreślić należy szczególnie duże znaczenie interwencji projektowanej i wdrażanej w ramach instrumentów o zasięgu regionalnym.

Podsumowując analizę dotyczącą niezbędności udzielonego wsparcia, stwierdzić należy iż kształtuje się ona na relatywnie wysokim poziomie i tylko w przypadku projektów współfinansowanych ze środków EFRR brak pomocy z RPO WSL 2014-2020 dla większości projektodawców nie wstrzymałby całkowicie podjęcia zaplanowanych działań projektowych. Taki stan rzeczy potwierdza celowość zrealizowanej interwencji i to nawet jeśli część

beneficjentów, instytucji objętych wsparciem oraz uczestników projektów dostrzega możliwości uzyskania analogicznej pomocy z alternatywnych źródeł. Dodatkowym potwierdzeniem niezbędności udzielonego wsparcia jest także fakt, że wśród uczestników projektów wyraźnie dominuje – umiarkowane lub zdecydowane – przekonanie o tym, że nie jest dostępne wsparcie podobne do tego otrzymanego w projekcie .

Ocena czynników oraz mechanizmów wdrażania mających wpływ na realizację interwencji w ramach PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a

W niniejszym rozdziale przeprowadzono całościową ocenę czynników oraz mechanizmów wdrażania mających wpływ na realizację interwencji w ramach PI 9i Cel 1, 9iv, 9v oraz 9a. Analiza objęła identyfikację czynników zewnętrznych i wewnętrznych mających wpływ na realizację ewaluowanej interwencji, ocenę funkcjonującego systemu wskaźników (produktu i rezultatu) w ramach ewaluowanej interwencji, ocenę różnorodnych formuł wyboru projektów w ramach ewaluowanej interwencji, ocenę zagadnienia komplementarności ewaluowanej interwencji oraz identyfikację dobrych praktyk w zakresie realizacji zasad horyzontalnych.

Nim przejdziemy do szczegółowej jakościowej i eksperckiej identyfikacji czynników mających wpływ na realizację ewaluowanej interwencji przedstawiono poniżej wyniki badania ankietowego beneficjentów i instytucji objętych wsparciem obrazujące jaki był wpływ wyodrębnionych czynników na skalę efektów osiągniętych w realizowanych przedsięwzięciach. W pierwszej kolejności przedstawione zostały dane dotyczące opinii beneficjentów w tym aspekcie.

Wykres 37. Charakter wpływu czynników na skalę efektów w projekcie

Czynnik	Fundusz	negatywny wpływ	brak istotnego wpływu	pozytywny wpływ	nie wiem \ trudno powiedzieć	nie dotyczy
Charakter wytycznych Instytucji Zarządzającej (dokumentów przygotowanych przez Urząd, charakteryzujących system wdrażania RPO)	EFRR	15,6%	43,8%	10,9%	17,2%	12,5%
	EFS	16,6%	38,3%	14,9%	25,1%	5,1%
	Ogółem	16,3%	39,7%	13,8%	23,0%	7,1%
Częstość zmian interpretacji/wytycznych dotyczących projektów finansowanych z funduszy unijnych	EFRR	40,6%	40,6%	3,1%	12,5%	3,1%
	EFS	39,4%	34,3%	3,4%	19,4%	3,4%
	Ogółem	39,7%	36,0%	3,3%	17,6%	3,3%
Ilość osób zaangażowana w realizację projektu	EFRR	9,4%	40,6%	20,3%	12,5%	17,2%
	EFS	6,3%	29,1%	50,9%	9,7%	4,0%
	Ogółem	7,1%	32,2%	42,7%	10,5%	7,5%
Ilość posiadanych środków na wkład własny, posiadana zdolność kredytowa	EFRR	12,5%	23,4%	45,3%	12,5%	6,3%
	EFS	8,0%	26,3%	38,9%	17,7%	9,1%
	Ogółem	9,2%	25,5%	40,6%	16,3%	8,4%
Moment czasowy podpisywania umowy projektu	EFRR	6,3%	53,1%	12,5%	17,2%	10,9%
	EFS	14,3%	52,0%	18,3%	13,1%	2,3%
	Ogółem	12,1%	52,3%	16,7%	14,2%	4,6%
Pandemia COVID-19	EFRR	25,0%	14,1%	6,3%	6,3%	48,4%
	EFS	27,4%	12,0%	1,7%	8,0%	50,9%
	Ogółem	26,8%	12,6%	2,9%	7,5%	50,2%
Płynność finansowa Państwa organizacji	EFRR	10,9%	34,4%	35,9%	9,4%	9,4%
	EFS	8,0%	24,0%	46,9%	12,6%	8,6%

Ewaluacja wpływu RPO WSL 2014-2020 w obszarze wsparcia usług społecznych i zdrowotnych oraz systemu ochrony zdrowia w województwie śląskim

Czynnik	Fundusz	negatywny wpływ	brak istotnego wpływu	pozytywny wpływ	nie wiem \ trudno powiedzieć	nie dotyczy
	Ogółem	8,8%	26,8%	43,9%	11,7%	8,8%
Poziom kwalifikacji personelu projektu	EFRR	9,4%	15,6%	56,3%	4,7%	14,1%
	EFS	3,4%	13,1%	74,3%	6,9%	2,3%
	Ogółem	5,0%	13,8%	69,5%	6,3%	5,4%
Poziom zapotrzebowania na pomoc wśród potencjalnych odbiorców wsparcia	EFRR	7,8%	17,2%	28,1%	23,4%	23,4%
	EFS	8,0%	14,9%	60,0%	14,9%	2,3%
	Ogółem	7,9%	15,5%	51,5%	17,2%	7,9%
Problemy z okresowym rozliczaniem projektu	EFRR	23,4%	40,6%	3,1%	10,9%	21,9%
	EFS	16,0%	49,1%	6,3%	10,3%	18,3%
	Ogółem	18,0%	46,9%	5,4%	10,5%	19,2%
Przebieg współpracy z opiekunem projektu i innymi pracownikami Urzędu (IZ / IP)	EFRR	9,4%	17,2%	64,1%	7,8%	1,6%
	EFS	4,0%	5,7%	80,0%	9,1%	1,1%
	Ogółem	5,4%	8,8%	75,7%	8,8%	1,3%
Przebieg współpracy z partnerami	EFRR	1,6%	15,6%	18,8%	9,4%	54,7%
	EFS	6,3%	13,7%	50,9%	8,0%	21,1%
	Ogółem	5,0%	14,2%	42,3%	8,4%	30,1%
Przebieg współpracy z wykonawcami	EFRR	7,8%	17,2%	64,1%	6,3%	4,7%
	EFS	4,6%	23,4%	58,9%	9,7%	3,4%
	Ogółem	5,4%	21,8%	60,3%	8,8%	3,8%
Realność pierwotnych założeń w zakresie skali efektów – skala efektów przeszacowania lub niedoszacowania	EFRR	12,5%	37,5%	7,8%	25,0%	17,2%
	EFS	18,3%	38,9%	11,4%	22,3%	9,1%
	Ogółem	16,7%	38,5%	10,5%	23,0%	11,3%
Skala biurokracji w trakcie realizacji projektu	EFRR	54,7%	25,0%	3,1%	14,1%	3,1%
	EFS	49,1%	25,1%	8,6%	14,3%	2,9%
	Ogółem	50,6%	25,1%	7,1%	14,2%	2,9%
Stopień trudności pozyskania pozwoleń i innych wymagań związanych z realizacją projektu	EFRR	9,4%	43,8%	1,6%	14,1%	31,3%
	EFS	15,4%	36,0%	2,9%	9,7%	36,0%
	Ogółem	13,8%	38,1%	2,5%	10,9%	34,7%
Sytuacja na rynku pracy	EFRR	6,3%	32,8%	0,0%	18,8%	42,2%
	EFS	21,1%	30,9%	13,7%	20,0%	14,3%
	Ogółem	17,2%	31,4%	10,0%	19,7%	21,8%
Sytuacja życiowa uczestników projektu	EFRR	3,1%	21,9%	20,3%	15,6%	39,1%
	EFS	18,3%	28,0%	36,6%	13,7%	3,4%
	Ogółem	14,2%	26,4%	32,2%	14,2%	13,0%
Szybkość dokonywania płatności ze strony instytucji finansującej projekt	EFRR	17,2%	23,4%	48,4%	9,4%	1,6%
	EFS	4,0%	13,7%	70,3%	10,3%	1,7%
	Ogółem	7,5%	16,3%	64,4%	10,0%	1,7%
Moment czasowy podpisywania umowy projektu	EFRR	39,1%	28,1%	3,1%	15,6%	14,1%
	EFS	47,4%	28,6%	6,9%	13,1%	4,0%
	Ogółem	45,2%	28,5%	5,9%	13,8%	6,7%

Czynnik	Fundusz	negatywny wpływ	brak istotnego wpływu	pozytywny wpływ	nie wiem \ trudno powiedzieć	nie dotyczy
Wielkość grupy potencjalnych odbiorców wsparcia	EFRR	6,3%	20,3%	35,9%	18,8%	18,8%
	EFS	7,4%	22,9%	56,6%	11,4%	1,7%
	Ogółem	7,1%	22,2%	51,0%	13,4%	6,3%
Wydarzenia losowe	EFRR	15,6%	25,0%	1,6%	17,2%	40,6%
	EFS	24,0%	33,7%	1,7%	17,1%	23,4%
	Ogółem	21,8%	31,4%	1,7%	17,2%	28,0%
Zastosowanie zamówień publicznych w projekcie	EFRR	21,9%	40,6%	12,5%	15,6%	9,4%
	EFS	30,9%	33,7%	9,1%	12,0%	14,3%
	Ogółem	28,5%	35,6%	10,0%	13,0%	13,0%
Zmiany cen, kursów walut	EFRR	7,8%	35,9%	1,6%	20,3%	34,4%
	EFS	14,3%	41,7%	1,1%	15,4%	27,4%
	Ogółem	12,6%	40,2%	1,3%	16,7%	29,3%
Zmiany w krajowej polityce społecznej (między innymi Program 500+)	EFRR	1,6%	26,6%	6,3%	17,2%	48,4%
	EFS	24,0%	33,7%	2,9%	12,6%	26,9%
	Ogółem	18,0%	31,8%	3,8%	13,8%	32,6%
Zmiany w przepisach prawa	EFRR	31,3%	37,5%	1,6%	25,0%	4,7%
	EFS	33,1%	40,6%	2,9%	18,3%	5,1%
	Ogółem	32,6%	39,7%	2,5%	20,1%	5,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32, Ogółem - n=239; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

Jeśli chodzi o czynniki, które są w największym stopniu postrzegane przez beneficjentów jako oddziałujące pozytywnie na skalę efektów osiągniętych w projektach, to są to przede wszystkim: ilość osób zaangażowanych w realizację projektu (przy czym w większym stopniu jest to czynnik oddziałujący pozytywnie na realizację projektów w ramach EFS); ilość posiadanych środków na wkład własny, posiadana zdolność kredytowa; płynność finansowa organizacji (w nieco większym stopniu jako czynnik pozytywny postrzegają ten element beneficjenci w ramach EFRR); poziom kwalifikacji personelu projektu; poziom zapotrzebowania na pomoc wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; przebieg współpracy z opiekunem projektu i innymi pracownikami Urzędu (IZ / IP); przebieg współpracy z partnerami; przebieg współpracy z wykonawcami; sytuacja życiowa uczestników projektu; szybkość dokonywania płatności ze strony instytucji finansującej projekt; wielkość grupy potencjalnych odbiorców wsparcia.

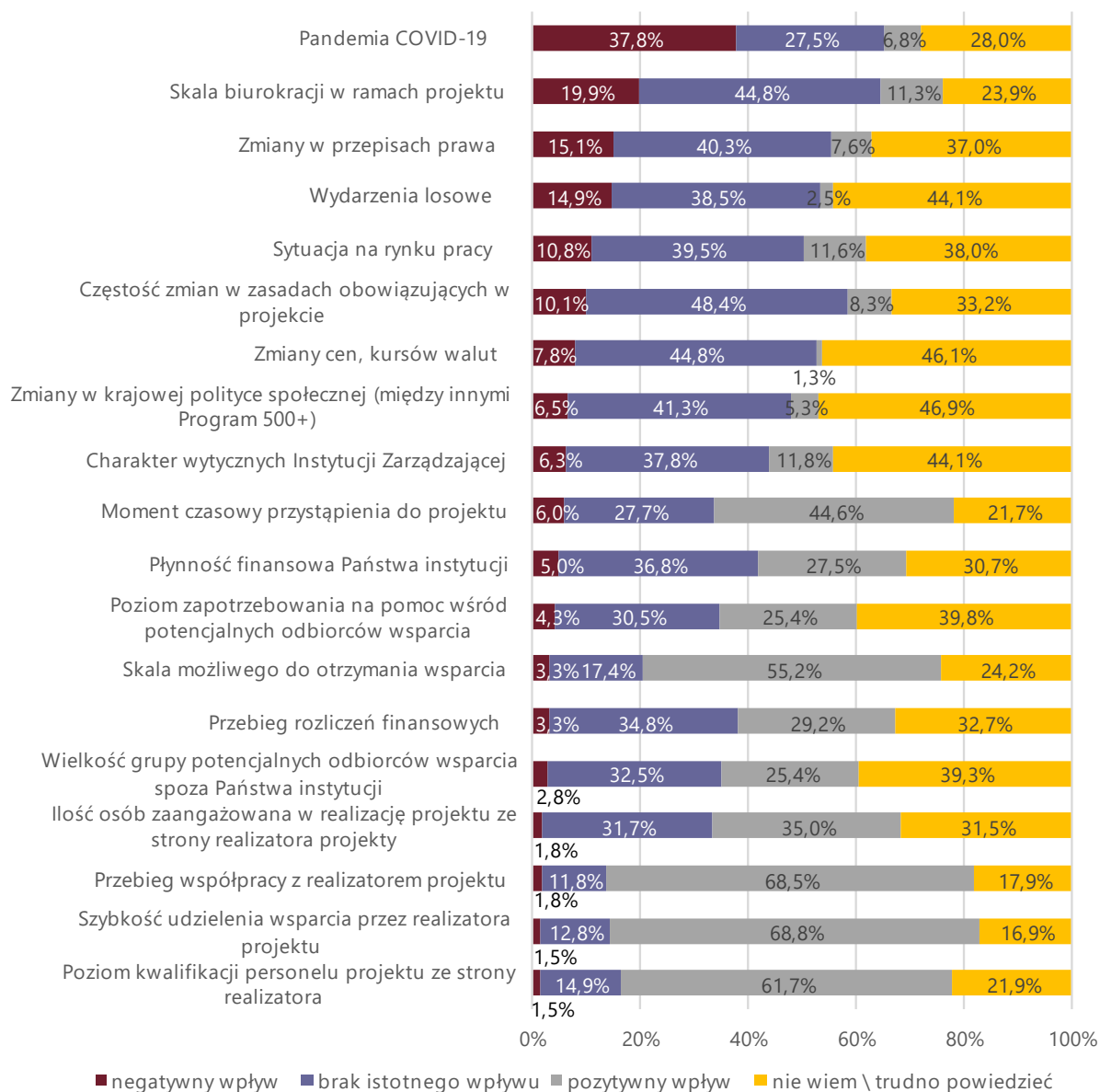
Z kolei jeśli chodzi o czynniki, które w największym stopniu cechuje negatywne oddziaływanie na skalę efektów osiągniętych w projektach, to najczęściej wskazywano na: częstość zmian interpretacji / wytycznych dotyczących projektów finansowanych z funduszy unijnych; problemy z okresowym rozliczaniem projektu; pandemia COVID-19; skala biurokracji w trakcie realizacji projektu; moment czasowy podpisywania umowy projektu; zmiany w przepisach prawa.

Analiza zapisów we wnioskach o płatność dotyczących problemów w realizacji projektów potwierdziła, że to właśnie te czynniki, które wskazywane były w badaniu ankietowym najczęściej jako oddziałujące negatywnie na osiągnięte efekty, były wskazywane również we wnioskach o płatność jako czynniki utrudniające realizację projektu (za wyjątkiem czynników o charakterze specyficznym, który wynika ze specyfiki danego projektu). Podkreślić przy tym

należy, że jeśli chodzi o problemy identyfikowane przez beneficjentów we wnioskach o płatność, to mają one przede wszystkim charakter zewnętrzny, ale może to wynikać z faktu, że we wnioskach o płatność projektodawcy nie odnoszą się już np. do złożoności formalno-administracyjnej procesu aplikowania o wsparcie.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące opinii przedstawicieli instytucji objętych wsparciem w zakresie oddziaływania poszczególnych czynników na skalę efektów osiąganych w ewaluowanych projektach realizowanych w ramach Osi Priorytetowej IX.

Wykres 38. Wpływ czynników na poziom efektów uzyskanych przez instytucje w projektach EFS



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; n=397

Czynnikami, które w opinii przedstawicieli instytucji objętych wsparciem cechuje największe pozytywne oddziaływanie na skalę efektów osiąganych w projektach są: poziom kwalifikacji personelu projektu ze strony realizatora; szybkość udzielenia wsparcia przez realizatora projektu; przebieg współpracy z realizatorem projektu; skala możliwego do otrzymania wsparcia; moment czasowy przystąpienia do projektu. Z kolei jeśli chodzi o czynniki oddziałujące negatywnie, to są to przede wszystkim: pandemia COVID-19; skala biurokracji

w ramach projektu; zmiany w przepisach prawa; wydarzenia losowe; sytuacja na rynku pracy; częstość zmian w zasadach obowiązujących w projekcie.

Identyfikacja czynników zewnętrznych mających wpływ na realizację ewaluowanej interwencji

Nim przejdziemy do właściwej identyfikacji czynników zewnętrznych mających wpływ na realizację ewaluowanej interwencji należy zauważyć, że znaczenie dla tej analizy mają wnioski sformułowane w części „Skuteczność udzielonego wsparcia”, gdzie analizowano dane statystyczne i opracowania tematyczne obrazujące sytuację w poszczególnych obszarach interwencji. Sformułowane tam wnioski pozwoliły zobrazować obszary, w których wystąpiła w ostatnich latach relatywna poprawa sytuacji w woj. śląskim (i jest ona także stosunkowo dobra na tle reszty kraju), a gdzie utrzymuje się wysokie zapotrzebowanie na wsparcie ze względu na wciąż utrzymujące się deficyty i problemy. Kwestie te traktować należy jako czynniki zewnętrzne oddziałujące na realizację ewaluowanej interwencji w wymiarze popytowym, tj. wpływające na poziom zainteresowania określonymi formami wsparcia zarówno wśród realizatorów projektów, jak i – albo nawet przede wszystkim – ostatecznych odbiorców pomocy.

Poniżej przedstawiono – opracowany w oparciu o wyniki badania jakościowego realizowanego wśród pracowników IZ RPO WSL 2014-2020, ROPS oraz ekspertów, a także ocenę ekspercką danych zastanych – katalog czynników zewnętrznych (takich jak np. otoczenie prawne, dostępność pakietów socjalnych, charakter wspieranej grupy odbiorców, zmiany społeczno-gospodarcze, sytuacja epidemiczna związana z pandemią COVID-19) mających istotny wpływ na realizację ewaluowanej interwencji:

- **Pandemia COVID-19** – Oddziaływanie tego czynnika na osiągnięcie efektów w projektach miało charakter złożony i wielowymiarowy, tak jak w przypadku ogólnego wpływu pandemii na życie społeczne i gospodarcze. Najważniejsze kwestie szczegółowe związane z negatywnym oddziaływaniem pandemii COVID-19 to: utrudnienia w realizacji projektów (szczególnie projektów zakładających świadczenie określonych usług społecznych i zdrowotnych lub oferujących wsparcie bezpośrednie uczestników projektów realizowane w formie szkoleń, czy doradztwa indywidualnego lub grupowego; należy w tym miejscu pamiętać, że w przypadku niektórych grup docelowych interwencji w obszarze społecznym „przeorientowanie” formuły realizacji działań projektowych ze stacjonarnej na zdalną było utrudnione); ograniczenie możliwości prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorstwa społeczne; zaburzenie płynności funkcjonowania placówek zdrowotnych biorących udział w projektach lub je realizujących.
- **Czynniki prawne** – Chodzi w tym przypadku zarówno o dużą skalę zmienności otoczenia administracyjnego i legislacyjnego (na poziomie regionalnym, krajowym i wspólnotowym), jak i szczegółowe rozwiązania prawne, które utrudniają osiągnięcie efektów w projektach lub zwiększają kapitało-, czaso- i pracochłonność procesu osiągania efektów interwencji (np. ograniczenia w możliwości korzystania ze wsparcia w ramach Zakładów Aktywności Zawodowej osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności). Jednocześnie, procesowi przeregulowania niektórych obszarów wsparcia towarzyszą także przypadki niewystarczającego uregulowania kwestii istotnych dla realizacji projektów w ewaluowanym obszarze (np. kwestia braku precyzyjnych regulacji dotyczących pomocy publicznej w systemie ochrony zdrowia. Do listy powyższych problemów prawnych dodać należy także opóźnienia w

przyjmowaniu istotnych regulacji prawnych, które były niezbędne dla uruchomienia i wdrażania interwencji (*vide* regulacje dotyczące działań w obszarze rewitalizacyjnym). Wśród kwestii szczegółowych dotyczących obszaru zdrowia wskazywano m.in. na takie problemy odnoszące się do kwestii regulacyjnych jak: brak jednoznacznych regulacji dotyczących tego jakie świadczenia lub procedury medyczne powinny być przejęte przez system podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; problemy z uregulowaniem finansowania świadczeń w zakresie opieki koordynowanej.

- **Ograniczenie elastyczności w projektowaniu interwencji na poziomie regionalnym** – Problem ten dotyczy zarówno interwencji w obszarze społecznym, jak i zdrowotnym, jednak w tym drugim przypadku stopnie „przeregulowania” i nałożenia na IZ i projektodawców określonych wymagań co do zakresu i sposobu realizacji dofinansowanych przedsięwzięć. Taka sytuacja z jednej strony pozwala na porównywalność interwencji i jej efektów w różnych regionach, ale jednocześnie nie pozwala na w pełni samodzielne określanie priorytetów rozwojowych na poziomie regionalnym. Warto w tym miejscu zauważyć, że w ramach analizy dobrych praktyk, jedną z kwestii wskazanych jako czynnik istotnie wpływający na osiąganie efektów w projektach jest indywidualizacja pomocy (w przypadku analizowanej dobrej praktyki chodziło o pomoc dla osób starszych). Innymi słowy, ewentualne ograniczenia elastyczności kształtowania interwencji mogą stanowić problem zarówno na poziomie całego Programu, jak i konkretnego przedsięwzięcia projektowego. Jest to tym bardziej istotne, że w przypadku pomocy dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym najczęściej mamy do czynienia nie z jednym problemem, ale ich wiązką, czy też z tzw. problemami „splątany” (*tangled*), co z kolei wymaga zindywidualizowanej wiązki działań pomocowych, a nie odseparowanych form wsparcia.
- **Trudności w pozyskaniu wykonawców zadań projektowych** – Chodzi tutaj zarówno o deficyt wykonawców określonych zadań projektowych, jak i zmieniające się dynamicznie wymagania finansowe wykonawców. W rezultacie, realizatorzy projektów mają trudność w pozyskaniu wykonawców, którzy są niezbędni dla realizacji określonych zadań projektowych. Dodatkowo, ograniczenia w prowadzeniu działalności gospodarczej w okresie pandemii COVID-19 pogłębiły niniejszy problem. W tym kontekście podkreślić należy, że problem ten, siłą rzeczy, w największym stopniu dotyczyć będzie takich projektów, gdzie istotna część zadań merytorycznych realizowana jest przez podmioty zewnętrzne. To z kolei oznacza, że im bardziej otwarta i dostępna byłaby formuła dystrybucji wsparcia (np. dla sektora pozarządowego) poprzez zmniejszenie „barier wejścia” lub stworzenie zachęt dla JST, by włączały one podmioty „trzeciego sektora” w formule partnerskiej do realizacji zadań projektowych, tym mniejsze byłoby niekorzystne oddziaływanie niniejszego czynnika.
- **Ograniczenia kadrowe w podmiotach realizujących projekty** – Przyczyną takiej sytuacji jest zarówno ograniczony potencjał finansowy podmiotów realizujących projekty (szczególnie w obszarze społecznym), zarówno samorządowych, jak i pozarządowych, ale także fakt, że w przypadku projektów współfinansowanych ze środków EFS wiele instrumentów pomocowych wdrażanych jest przez te same instytucje / organizacje (szczególnie to dotyczy publicznych jednostek działających w obszarze pomocy społecznej). W tym kontekście znaczenia nabiera kwestia możliwości samodzielnej lub w partnerstwie z jednostkami samorządowymi realizacji

przedsięwzięć przez podmioty sektora pozarządowego. W sytuacji, gdy np. przedsięwzięcia realizowane są samodzielnie przez publiczne jednostki działające w obszarze pomocy społecznej, niewykorzystane pozostaje potencjał ludzki organizacji pozarządowych, często mających nawet większe doświadczenie w pracy z daną grupą docelową niż podmiot administracji publicznej, ale niemogących realizować podobnego przedsięwzięcia (bądź ze względu na kierowanie wsparcia tylko do jednostek samorządu terytorialnego, bądź brak wystarczającego potencjału finansowego i/lub organizacyjnego).

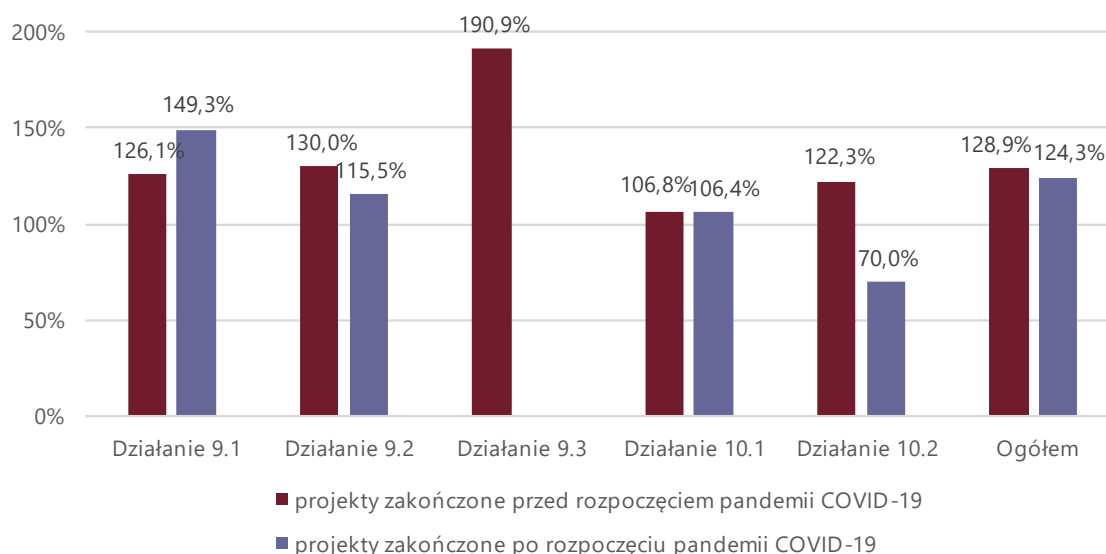
- **Bariery informacyjne związane z korzystaniem ze wsparcia** – W przypadku ewaluowanej interwencji (szczególnie w obszarze społecznym) mamy do czynienia z bardzo dużą różnorodnością i rozproszeniem zróżnicowanych form pomocy. Na to nakłada się także różnorodność instytucjonalna polegająca na dużej liczbie różnych typów podmiotów realizujących przedsięwzięcia pomocowe lub podmiotów, w których świadczone są określone usługi społeczne (ew. usługi zdrowotne). Dodatkowym problemem są często ściśle określone warunki brzegowe definiujące grupy docelowe działań pomocowych i zakres działalności poszczególnych podmiotów. Wszystkie te czynniki w sposób istotny ograniczają możliwość skutecznego zorientowania się potencjalnych odbiorców pomocy w możliwościach jakie są dla nich dostępne i jakie są warunki tej dostępności. Taka sytuacja może negatywnie oddziaływać na proces rekrutacji uczestników projektów lub klientów na rzecz których świadczone są określone usługi społeczne / zdrowotne. Przy czym jej rozwiązaniem nie powinno być upraszczanie / zawężanie zakresu interwencji, ale podjęcie odpowiednich działań w obszarze informacyjnym (sama różnorodność stanowi bowiem czynnik umożliwiający zapewnienie kompleksowej pomocy ostatecznym odbiorcom, co – jak wskazano w ramach identyfikacji i analizy dobrych praktyk – jest bardzo ważnym czynnikiem sukcesu projektów).
- **Dostępność krajowych instrumentów pomocowych w zakresie transferów socjalnych dla ostatecznych odbiorców** – Pomoc dystrybuowana na poziomie krajowym w formie transferów socjalnych stanowi swego rodzaju „konkurencję” dla oferowanego wsparcia współfinansowanego ze środków RPO WSL 2014-2020, szczególnie w obszarze aktywnej integracji. Z jednej strony można powiedzieć, że dostępność krajowych instrumentów pomocowych nie powinna być traktowana jako problem, gdyż rozwiązuje ona określone problemy odbiorców pomocy. Z drugiej jednak pamiętać należy o odmiennej logice wsparcia projektowego, które zorientowane jest w większym stopniu na trwałe przezwyciężenie problemów wpływających na trudną sytuację życiową i zagrożenie wykluczeniem społecznym lub faktyczne wykluczenie. Z tego powodu rezygnacja z uzyskania kompleksowego wsparcia oferowanego w projektach, która motywowana jest alternatywną pomocą realizowaną w formule transferów socjalnych może być traktowana jako dysfunkcyjna.
- **Problem niedofinansowania systemu ochrony zdrowia** – Choć czynnik ten jest z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia istotnym problemem i ogranicza jego wydolność, w kontekście oddziaływania na wdrażanie ewaluowanej interwencji należy go postrzegać jako czynnik pozytywnie oddziałujący na możliwości absorpcyjne i poziom zainteresowania potencjalnych wnioskodawców oferowanym wsparciem.
- **Bariery mentalne związane z korzystaniem ze wsparcia** – W przypadku osób do których kierowana jest pomoc w ramach ewaluowanej interwencji (np. osób

zagrożonych wykluczeniem społecznym, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami istotnym czynnikiem blokującym ich gotowość do skorzystania ze wsparcia mogą być bariery mentalne i obawy (np. przed stygmatyzacją lub niepowodzeniem). Dysfunkcyjne oddziaływanie może w takich przypadkach generować także najbliższe otoczenie rodzinne i społeczne potencjalnego uczestnika projektu.

- **Występowanie różnicowań terytorialnych w dostępie do usług zdrowotnych –** Analiza szczegółowa dotycząca różnicowań terytorialnych tak interwencji, jak i sytuacji w obszarze zbieżnym z zakresem ewaluowanej interwencji została przeprowadzona w części „*Wewnętrzne różnicowanie terytorialne zrealizowanej interwencji oraz obecnej sytuacji i występujących potrzeb oraz kierunków wsparcia*”. W tym miejscu należy jednak zaakcentować przede wszystkim kwestię znaczenia różnicowań terytorialnych odnoszących się do dostępności usług zdrowotnych. Problem ten został w sposób jednoznaczny wskazany w projekcie *Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030*, gdzie jako jedno z kluczowych wyzwań dla polityki zdrowotnej woj. śląskiego w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców wskazuje się równomierne przestrzenne rozmieszczenie placówek zdrowia. Odzwierciedleniem tego wyzwania jest Priorytet I: Usługi zdrowotne, Cel strategiczny 1 Wysoka jakość i powszechna dostępność usług zdrowotnych w regionie, Cel operacyjny: C1.3 Przestrzenna dostępność usług zdrowotnych w regionie, a uzasadnieniem empirycznym dane dotyczące powiatowego różnicowania: dostępności do łóżek szpitalnych oraz liczebności kadry medycznej. Co więcej, również w części diagnostycznej aktualnej wersji wstępnego projektu FE SL 2021-2027 wskazuje się, że konieczne jest ukierunkowanie działań w ramach POZ i AOS na zapewnienie istotnych cech opieki podstawowej tj. dostępności, ciągłości, kompleksowości i wszechstronności świadczeń, koordynacji, poprawy jakości oraz efektywności. Działania te powinny przyczynić się także do bardziej równomiernego rozmieszczenia placówek opieki zdrowotnej w regionie, czemu służyć ma preferencyjne traktowanie projektów będą projekty, które cechuje wpływ na wyrównywanie różnic geograficznych w dostępie do opieki zdrowotnej.

W celu pogłębienia oceny wpływu pandemii COVID-19 i jej skutków na realizację projektów RPO WSL 2014-2020 przeprowadzona została analiza różnicowania średniego stopnia realizacji wartości docelowych wskaźników w projektach, będąca wyznacznikiem skuteczności w osiąganiu założonych efektów oraz średniej liczby zawartych aneksów umów o dofinansowanie związanych ze zmianą kwoty dofinansowania. Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawiono na poniższych wykresach.

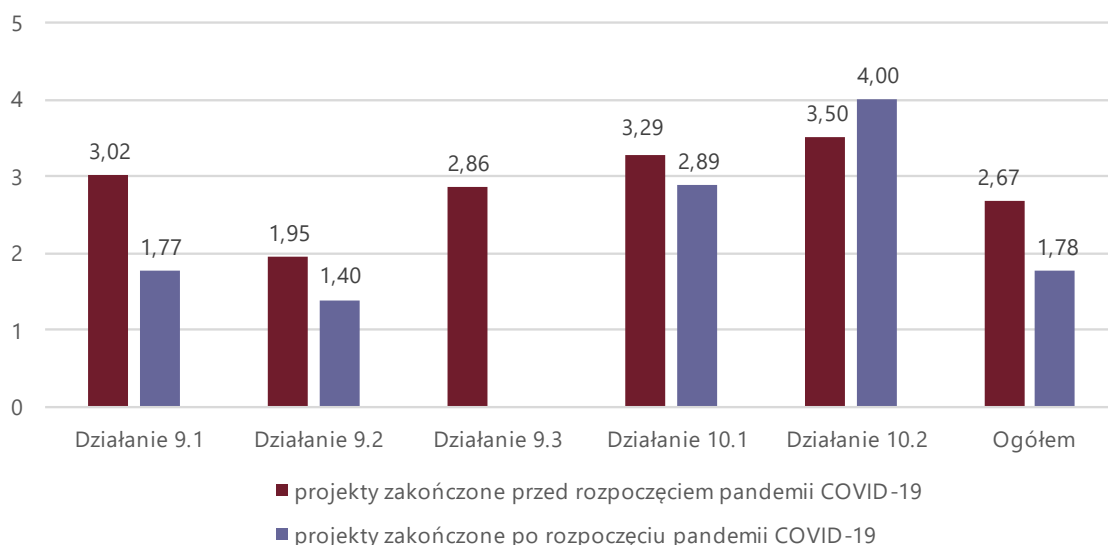
Wykres 39. Średni stopień realizacji wskaźników w projektach zakończonych przed i po rozpoczęciu pandemii COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI, stan na dzień 26.04.2021 r.

Uwzględniając całość zakończonych projektów stwierdzić należy, iż projekty zakończone przed i po rozpoczęciu pandemii COVID-19 charakteryzują się zbliżoną skutecznością – średni stopień realizacji wskaźników w projektach zakończonych po rozpoczęciu pandemii COVID-19 wynosi 124,3% i jest tylko nieznacznie niższy niż osiągnięty w projektach zakończonych przed rozpoczęciem pandemii (128,9%). Sytuacja niższego średniego stopnia realizacji wskaźników dla projektów zakończonych po rozpoczęciu pandemii COVID-19 dotyczy Działania 9.2, lecz tu różnicę należy ocenić jako niewielką. Większe zróżnicowanie występuje w Działaniu 10.2, gdzie projekty zakończone przed rozpoczęciem pandemii charakteryzują się średnim poziomem realizacji wskaźników na poziomie 122,3%, a dla tych zakończonych po jej rozpoczęciu analizowany odsetek wynosi już tylko 70,0%. Wobec takiej sytuacji stwierdzić należy, iż w Działaniu 10.2 może występować znaczący wpływ pandemii COVID-19 i jej skutków na skuteczność w osiągnięciu założonych efektów.

Wykres 40. Średnia liczba zawartych aneksów do umów o dofinansowanie w projektach zakończonych przed i po rozpoczęciu pandemii COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI, stan na dzień 18.05.2021 r.

Generalnie rzecz ujmując, w projektach zakończonych po rozpoczęciu pandemii COVID-19 mamy do czynienia z mniejszą liczbą aneksów umów o dofinansowanie, wynosi ona średnio 1,78 aneksu, a w projektach zakończonych przed rozpoczęciem pandemii COVID-19 zawierano średnio 2,67 aneksu. Tendencja ta jest utrzymana w prawie wszystkich Działaniach, wyjątkiem jest Działanie 10.2, w którym liczba podpisanych aneksów w projektach zakończonych po rozpoczęciu pandemii jest nieco wyższa (średnio 4,00 aneksy) niż w przypadku projektów zakończonych przed rozpoczęciem pandemii (średnio 3,50 aneksu). Stan ten niejako potwierdza możliwość występowania znaczącego negatywnego wpływu pandemii COVID-19 na realizację projektów w Działaniu 10.2 – w tym przypadku w zakresie większej konieczności dokonywania zmian dotyczących założeń w projektach.

Uwzględniając zidentyfikowane czynniki zewnętrzne oddziałujące na skalę efektów osiągniętych w projektach sformułowano – na potrzeby przyszłego okresu finansowania – zalecenia dotyczące wzmocnienia pozytywnego oddziaływania tych czynników i ograniczenia oddziaływania negatywnego:

- Uwzględnienie w procesie dystrybucji wsparcia czynników mających duże znaczenie dla efektów osiągniętych w projektach:
 - **W przypadku projektów współfinansowanych ze środków EFS skierowanych do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i niesamodzielnych** – położenie dużego nacisku na wsparcie środowiskowe i pracę z najbliższym otoczeniem rodzinnym i społecznym ostatecznych odbiorców pomocy (np. poprzez wprowadzenie kryteriów premiujących dotyczących stosowania w projektach tego rodzaju rozwiązań) (dot. EFS).
 - **W przypadku projektów współfinansowanych ze środków EFS dotyczących świadczenia usług zdrowotnych** – premiowanie projektów zorientowanych na niwelowanie różnic terytorialnych w dostępie do usług zdrowotnych (ze względu na – występujące na poziomie generalnym – różnicowania pomiędzy obszarami wiejskimi i miejskimi: stosowanie kryteriów

premiujących projekty zorientowane na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych na obszarach wiejskich lub organizacja naborów dotyczących wsparcia w obszarze usług zdrowotnych, które byłyby ograniczone do przedsięwzięć realizowanych na obszarach wiejskich) (dot. EFS).

- Poszerzenie dostępności wsparcia współfinansowanego ze środków EFS dla podmiotów sektora pozarządowego poprzez rozwiązania dotyczące: tworzenia zachęt dla JST do udostępniania swoich zasobów organizacjom pozarządowym / podmiotom ekonomii społecznej na potrzeby realizacji projektów w obszarze społecznym – np. poprzez preferencje w innych obszarach wsparcia w ramach FE SL 2021-2027 dla tych JST, które decydują się na takie udostępnienie); stosowanych kryteriów oceny projektów; organizacji naborów kierowanych wyłącznie do podmiotów sektora pozarządowego (dot. EFS).

Uzupełniając można jeszcze wskazać na celowość podjęcia na poziomie krajowym działań zorientowanych na zapewnienie powszechnego i prostego dostępu do informacji w zakresie wsparcia oferowanego w obszarze usług społecznych (z ewentualnym uwzględnieniem aktywnej integracji). Chodziłoby tutaj o stworzenie ogólnokrajowego systemu informacji o dostępnych formach pomocy wzbogaconego o element promocji korzyści wynikających z oferowanego wsparcia i przełamywania barier mentalnych związanych z korzystaniem z pomocy w ramach realizowanych projektów. Uzasadnieniem dla takiego postulatu jest fakt, że funkcjonująca obecnie ogólnopolska baza projektów współfinansowanych ze środków unijnych, choć zawiera informacje o wszystkich przedsięwzięciach, to jednak w ograniczonym stopniu jest przyjazna dla odbiorców ostatecznych poszukujących informacji o przedsięwzięciach realizowanych w obszarze zdrowia lub w obszarze społecznym.

Identyfikacja czynników wewnętrznych mających wpływ na realizację ewaluowanej interwencji

W niniejszym podrozdziale przedstawiono – opracowany w oparciu o wyniki badania jakościowego oraz ocenę ekspercką – katalog czynników wewnętrznych (takich jak: poszczególne elementy systemu zarządzania i wdrażania RPO WSL 2014-2020, w tym rozwiązania dotyczące wdrażania projektów przyjęte na poziomie Programu, dostępna alokacja i jej podział, typy projektów, zakres realizowanych projektów, kryteria oceny projektów, dedykowane konkursy) mających istotny wpływ na realizację ewaluowanej interwencji.

Nim jednak przejdziemy do szczegółowej identyfikacji rzeczonych czynników poniżej przedstawiono krótką charakterystykę i ocenę kryteriów wyboru projektów obowiązujących w ramach ewaluowanej interwencji (czyli jednego z kluczowych czynników oddziałujących na skalę efektów w projektach):

- **Poddziałanie 9.1.3 - Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – OSI, Poddziałanie 9.1.5 - Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – konkurs oraz Poddziałanie 9.1.6 - Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – projekty OPS i PCPR**

Kryteria Poddziałania 9.1.3, 9.1.4 oraz 9.1.6 za pomocą wsparcia różnych projektów stawiają przed projektodawcami adekwatne i potrzebne wymagania. Wnioskodawcy mają w założeniu zapewniać określone poziomy efektywności społecznej i zatrudnieniowej i kierować swoje projekty do osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Kryteria wymagają od potencjalnych wnioskodawców

wspieranie określonych, wymagających wsparcia regionów, np. od projektów Poddziałania 9.1.5, które zakładają utworzenie nowego CIS, wymaga się aby powstało ono w regionie, gdzie żadne CIS jeszcze nie działa. Dzięki narzędziom, którymi są kryteria, wymaga się od wnioskodawców też współpracy z określonymi podmiotami, tak jak ma to miejsce w przypadku Poddziałania 9.1.6 lub kierowania wsparcia do osób bezrobotnych, niepełnosprawnych czy defaworyzowanych. Dzięki tym trzem Poddziałaniom i ich kryteriom osoby, których aktywność społeczna i zawodowa może być uznana za zagrożoną są objęte wsparciem.

▪ **Działanie 9.2 - Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne**

W ramach Działania 9.2 zostało wyodrębnionych osiem Poddziałania i każde z nich posiada swój odrębny zestaw kryteriów wyboru projektów. Mając na uwadze, że celem Działania 9.2 jest ogólnie rzecz ujmując rozpowszechnianie usług społecznych, opiekuńczych i zdrowotnych, to można stwierdzić, że kryteria poszczególnych Poddziałania zostały określone odpowiednio. Za ich pomocą wymaga się od projektodawców spełnianie określonych wymagań, takich jak posiadanie doświadczenia w świadczeniu usług społecznych lub opieki zdrowotnej czy zapewnienie odpowiedniej trwałości projektu. Wymagania te mają na celu zwiększenie szans na powodzenie odpowiedniego działania wsparcia. Z tego powodu od samych projektów również wymaga się spełniania określonych wymagań, np. oparcia o standardy takie jak Evidence Based Medicine czy DDOM (Dzienny Dom Opieki Medycznej), komplementarności z innymi projektami, partnerstwa z podmiotami ekonomii społecznej czy realizacji określonych regionalnych strategii. Kryteria mają też na celu ukierunkowanie wsparcia na dane regiony, np. obszary miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze lub obszary objętym Lokalną Strategią Rozwoju. Jeśli projekt zakłada wsparcie konkretnej zagrożonej grupy, kryteria odnoszą się do nich, tak jak jest w przypadku kryteriów zakładających rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej czy organizacji szkoleń lub doradztwa w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób niesamodzielnych.

▪ **Działanie 9.3 - Rozwój ekonomii społecznej w regionie**

Biorąc pod uwagę, że celem głównym Działania 9.3 jest wzrost liczby i stabilności miejsc pracy w sektorze ekonomii społecznej w regionie, można stwierdzić, że kryteria wyboru projektów zapewniają odpowiednie dążenie do tego celu. Jest tak ponieważ kryteria szczegółowe Działania 9.3, wymagają od wnioskodawców przede wszystkim trwałości ich projektów, posiadania odpowiednich akredytacji, zapewnienia wspierania zatrudnienia osób opuszczających placówki takie jak WZ, CIS lub ZAZ czy współpracy z odpowiednimi instytucjami i podmiotami pomocy społecznej. W Działaniu pojawia się również stosunkowo obszerne kryterium wymagające od projektodawcy zapewnienia określonych wskaźników związanych z działalnością OWES.

▪ **Działanie 10.1 - Infrastruktura ochrony zdrowia**

Kryteria szczegółowe Działania 10.1, mają na celu dobranie projektów, które poszerzają oraz poprawiają infrastrukturę ochrony zdrowia w województwie śląskim i mimo swojej stosunkowo niewielkiej liczebności oraz skomplikowania są adekwatnym narzędziem. Od projektodawców, chcących skorzystać z dofinansowania swojego projektu w Działaniu 10.1 wymaga się przede wszystkim odpowiedniego potencjału organizacyjno-instytucjonalnego, zgodności projektu ze strategią sektora ochrony

zdrowia oraz prowadzenia działań, które poprawią dostępność i jakość świadczeń ochrony zdrowia.

▪ **Działanie 10.2 - Rozwój mieszkalnictwa socjalnego, wspomaganego i chronionego oraz infrastruktury usług społecznych**

Kryteria wyboru projektów, w Działaniu 10.2, stanowią adekwatne narzędzie do osiągnięcia celu, którym jest rozwój mieszkalnictwa socjalnego, wspomaganego i chronionego oraz infrastruktury usług społecznych. Kryteria szczegółowe Działania są kryteriami punktowymi, takimi jak premiujące prowadzenie projektów na obszarach cierpiących z powodu bezrobocia, obejmowanie wsparciem jak największych grup osób defaworyzowanych czy tworzenie nowych mieszkań socjalnych/chronionych/wspomaganych (które na dodatek mają odpowiednią średnią powierzchnię przypadającą na jedną osobę). Ponadto wśród kryteriów oceny formalnej znajduje się zapis wymagający m.in. od projektów Działania 10.2 powiązania z działaniami realizowanymi ze środków EFS lub działaniami, których cele są zgodne z celami EFS.

Uzupełniając powyższą ocenę, poniżej przedstawiono wykaz najistotniejszych wniosków z analizy jakościowej i eksperckiej dotyczących oddziaływania czynników zewnętrznych na skalę efektów osiągniętych w ewaluowanych projektach:

- **Pozytywne oddziaływanie systemu oceny i wyboru projektów** – Choć podkreślano złożoność i czasochłonność oceny projektów (szczególnie w ramach EFRR), to ogólna ocena systemu oceny i wyboru projektów dokonana przez osoby zaangażowane bezpośrednio w proces oceny jest raczej pozytywna biorąc pod uwagę uwzględnienie w jej ramach wszystkich istotnych wymiarów weryfikacji projektów i podmiotów aplikujących.
- **Pośrednie oddziaływanie uwarunkowań zewnętrznych na czynniki wewnętrzne wpływające na skalę efektów w projektach** – W badaniu jakościowym zwrócono uwagę, że ewentualne problemy wewnętrzne są często tak naprawdę wypadkową negatywnego oddziaływania czynników zewnętrznych. Po pierwsze, wymagania określone przez instytucje nadrzędne muszą znaleźć swoje odzwierciedlenie w regulacjach wewnętrznych, np. kryteriach wyboru projektów (chodzi tutaj np. o takie kwestie jak konieczność uwzględnienia zagadnienia niedyskryminacji i dostępności; wymóg zapewnienia zgodności projektów dotyczących infrastruktury szpitalnej z mapami potrzeb zdrowotnych). Po drugie, zakres wsparcia dostępnego w ramach RPO WSL 2014-2020 był uwarunkowany określeniem linii demarkacyjnej pomiędzy interwencją regionalną i krajową (zresztą nie zawsze precyzyjnie zdefiniowaną, co stanowiło problem chociażby w zakresie wsparcia skierowanego do podmiotów lecznictwa szpitalnego).
- **Brak wyodrębnienia typów projektów w ramach wsparcia dotyczącego infrastruktury ochrony zdrowia** – Brak wyodrębnienia typów projektów dotyczących lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej przy jednoczesnym wydzieleniu określonych części alokacji na wsparcie w tych obszarach skutkowało koniecznością sztucznego wyodrębniania przez beneficjentów działań odnoszących się do poszczególnych wariantów świadczenia usług zdrowotnych.
- **Występowanie uniwersalnych problemów dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków wspólnotowych** – Zwracano uwagę na

występowanie w odniesieniu do interwencji w obszarze usług społecznych i zdrowia problemów o charakterze uniwersalnym, które dotyczą całości wsparcia w ramach RPO WSL 2014-2020. Chodzi tutaj przede wszystkim o kwestię stopnia rozbudowania dokumentacji aplikacyjnej, czy szczegółowych rozwiązań w zakresie rozliczania projektów. Jednocześnie, zwrócono uwagę, że trudno jest w tym przypadku oczekiwać całkowitego wyeliminowania negatywnego wpływu tego rodzaju czynników, szczególnie w sposób odnoszący się wyłącznie do wybranego rodzaju interwencji.

- **Duże znaczenie działań informacyjnych w obszarze wsparcia współfinansowanego ze środków EFS** – W przypadku tego obszaru interwencji mamy do czynienia z bardzo złożoną materią merytoryczną oraz dużą złożonością regulacyjną (wielość dokumentów, regulacji, wytycznych itd.). Taki stan rzeczy sprawia, że szczególnego znaczenia nabierają działania informacyjne skierowane do potencjalnych i faktycznych beneficjentów, w celu zbudowania odpowiedniego potencjału merytorycznego do skutecznego aplikowania i realizacji projektów w obszarze społecznym i zdrowia.
- **Problemy ze stosowaniem kryteriów wyboru projektów** – W przypadku wsparcia współfinansowanego ze środków EFS zasygnalizowano występowanie w okresie wdrażania Programu określonych problemów ze stosowaniem niektórych kryteriów wyboru projektów. Przywołano tutaj m.in. przykład kryterium odnoszącego się do potencjału finansowego (w przypadku którego beneficjenci mieli problem z precyzyjnym określeniem rzeczoności potencjału), kryterium odnoszącego się do procesu deinstytucjonalizacji (kryterium było sformułowane w sposób skomplikowany i budzący wątpliwości; w początkowym okresie wdrażania Programu niektórzy wnioskodawcy wręcz utożsamiali ten proces z koniecznością zamknięcia prowadzonej instytucji, nie rozumiejąc, że tak naprawdę chodzi tutaj o przeniesienie strumienia finansowania na opiekę środowiskową; po uruchomieniu działań informacyjnych i wyjaśniających skala niezrozumienia w przypadku niniejszego kryterium była już mniejsza). W kontekście planów na przyszłą perspektywę finansową zasygnalizowano rozważanie podejścia standaryzującego proces oceny, jednak w tego rodzaju podejściu należy być świadomym ryzyka ograniczonej możliwości identyfikacji i selekcji projektów niestandardowych, o dużej wartości merytorycznej. W kontekście kryteriów wyboru projektów w obszarze zdrowia zwrócono także uwagę, że celowe byłoby rozważenie kryteriów wyboru projektów, które koncentrowałyby się na usługach zdrowotnych, w przypadku których występuje – w oparciu o dane NFZ – największa skala deficytów mierzonych liczbą osób oczekujących na otrzymanie świadczenia i okresem oczekiwania na otrzymanie świadczenia.
- **Występowanie możliwości korekty o 5% wskaźnika bez konieczności konsultacji z IZ i bez skutków finansowych dla beneficjenta** – Tego rodzaju rozwiązanie oceniono pozytywnie, bo pozwala ono w sposób uproszczony proceduralnie „konsumować” relatywnie niewielkie modyfikacje w realizowanych projektach. Jednocześnie, należałoby rozważyć, czy w przypadku projektów o trudniejszym charakterze, ten margines możliwych do wprowadzania zmian nie powinien być zwiększony, co stanowiłoby zachętę do realizacji projektów o wyższym poziomie trudności.

Biorąc pod uwagę jeden z kluczowych czynników oddziałujących negatywnie na realizację interwencji, który ma charakter uniwersalny w odniesieniu do całego Programu, a który dotyczy złożoności formalno-administracyjnej wdrażania ewaluowanego wsparcia przeprowadzono analizę obejmującą dokumentacją programową oraz konkursową w celu identyfikacji zmieniającego się w czasie skali oddziaływania tego czynnika na wdrażanie wsparcia w ramach ewaluowanego obszaru interwencji. Dodatkowo uwzględniono również parametr jakim jest alokacja środków i jej ewentualne zmiany.

Poniżej opisane zostały zmiany treści dokumentu SzOOP na przestrzeni lat 2015-2020, które bezpośrednio wpływały na poziom trudności aplikowania o wsparcie potencjalnych wnioskodawców. Zmiany te obejmowały m.in. kryteria wyboru projektów, zmiany w alokacjach środków, wartościach docelowych wskaźników czy typach beneficjentów/projektów. Analiza dotyczyła wybranych Poddziałów w Działaniach 9.1, 9.2, 9.3, 10.1, 10.2.²²

Działanie 9.1

Zmiany w dokumentacji SzOOP, które wpływały bezpośrednio na możliwości aplikowania o wsparcie w Działaniu 9.1 były stosunkowo częste – więcej jednak było zmian ułatwiających ten proces. Najczęściej pojawiały się ułatwienia w postaci usuwania kryteriów wyboru projektów czy zmniejszania wartości docelowych wskaźników. W przypadku niektórych naborów zwiększano również alokacje środków lub dodawano możliwe do realizacji typy projektów. Zmian negatywnych dla wnioskodawców było zdecydowanie mniej i obejmowały one zmniejszenie alokacji w niektórych naborach, zwiększanie wartości docelowych wskaźników oraz (choć to najrzadziej) dodawanie kolejnych kryteriów wyboru projektów.

Działanie 9.2

Spośród wszystkich analizowanych pod względem wprowadzanych w SzOOP zmian Działań to Działanie 9.2 wyróżnia się największą ilością aktualizacji tego dokumentu, które bezpośrednio wpływają na możliwości aplikacyjne o środki. Zarówno zmiany ułatwiające proces aplikacyjny jak i utrudniające go były wprowadzane stosunkowo często. Zmiany utrudniające najczęściej dotyczyły dodawania kolejnych kryteriów wyboru projektów oraz zmniejszania alokacji środków. Punktowo usuwane też były grupy docelowe czy zwiększane wartości docelowe wskaźników. Zmian ułatwiających proces aplikowania o środki również było stosunkowo dużo. Najczęściej dotyczyły one znoszenia konkretnych kryteriów wyboru. W niektórych przypadkach zwiększana była też alokacja środków, wydłużany był okres realizacji projektów, zmniejszane wymagania wartości docelowe wskaźników czy dodawane kolejne typy projektów możliwe do realizacji.

Działanie 9.3

W porównaniu do Działań 9.1 oraz 9.2 w Działaniu 9.3 zarejestrowano w latach 2015-2020 niewiele aktualizacji mających bezpośredni wpływ na aplikowanie. Zmiany utrudniające staranie o środki punktowo dotyczyły dodawania nowych kryteriów wyboru oraz zwiększania wartości docelowych wskaźników. Zmiany pozytywne dla projektodawców obejmowały za to zwiększanie alokacji środków, zmniejszenie wartości docelowej wskaźników czy nawet uruchomienie nowego naboru.

²² Lista wszystkich analizowanych Poddziałów: 10.2.1, 10.2.2, 10.2.3, 10.2.4, 9.1.3, 9.1.5, 9.1.6, 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.2.4, 9.2.5, 9.2.6, 9.2.7, 9.3.1, 9.3.2

Działanie 10.1

Na przestrzeni lat 2015-2020 zmian zawartych w dokumentacji SzOOP dla Działania 10.1, które bezpośrednio wpływały na możliwości aplikowania o wsparcie było stosunkowo niewiele. Zdecydowana większość tych zmian była ponadto korzystna dla zainteresowanych projektodawców i obejmowały one zwiększanie alokacji środków, dodanie pozakonkursowego trybu wyboru projektów czy dodanie typów beneficjentów i projektów w naborach. Warto dodać również, iż większość tych ułatwiających zmian w Działaniu 10.1 zostało wdrożonych w roku 2020 i wynikały one z przeciwdziałania negatywnych skutków pandemii COVID-19.

Działanie 10.2

Nieco więcej zmian niż w Działaniu 10.1 zarówno upraszczających jak i utrudniających dostęp do środków wprowadzono w Działaniu 10.2. Zmiany, które mogły utrudnić proces aplikowania o środki dotyczyły zjawiska zmniejszania alokacji środków co działo się często przy okazji wprowadzania zmian spowodowanych pandemią COVID-19. To co pozytywnie wpływało na aplikowanie o środki to: usuwanie kryteriów wyboru, zmniejszanie wartości docelowych wskaźników, zwiększanie alokacji w niektórych naborach, poszerzanie zakresu typów beneficjentów czy zwiększenie limitu dla wydatków w ramach *cross-financingu*/środków trwałych.

W celu identyfikacji oddziaływania czynników wewnętrznych związanych z procesem aplikowania o wsparcie i podpisywaniem umowy przeprowadzono także analizę dokumentacji konkursowej w naborach dotyczących ewaluowanych Działań.

Wymagany zakres dokumentacji w procesie składania wniosku o dofinansowanie oraz podpisywania umowy o dofinansowanie może mocno wpływać na poziom skomplikowania starania się o środki przez wnioskodawcę. Skuteczność interwencji jest m.in. zależna od skomplikowania procedur starania się o środki, a co za tym idzie – od ilości wymaganej dokumentacji. Niniejsza analiza dotyczy zakresu wymaganych dokumentów na etapie składania wniosku i na etapie podpisywania umowy – w zależności od zastanej dokumentacji brano pod uwagę były regulaminy naborów lub instrukcje wypełniania wniosków. W celu określenia czy ilość wymaganej dokumentacji zwiększała się czy zmniejszała dla wybranych Poddziałań i Działań²³ w analizie brano pod uwagę dokumentację pierwszej i ostatniej odsłony naborów.

Pierwszą kwestią jest liczebność wymaganej dokumentacji w porównaniu Poddziałań EFS oraz EFRR. W przypadku Poddziałań EFS regułą jest, że wymaga się od wnioskodawcy na obu etapach relatywnie niewielkiej liczby dokumentów (jest to sytuacja stała, tj. utrzymująca się na przestrzeni całego okresu wdrażania Programu), podczas gdy w naborach EFRR, zwłaszcza tych najnowszych, ilość wymaganej dokumentacji była wyraźnie większa. Należy zatem stwierdzić, że nabory EFS generują mniejszą ilość problemów swoim zainteresowanym projektodawcom – co jednocześnie jest zrozumiałe, że projekty EFRR stawiają większe wymagania. Same liczne pozwolenia na prowadzenie prac, zaświadczenia o oddziaływaniu na środowisko czy choćby analizy finansowe stanowią dużą część wymagań. Są to projekty z założenia bardziej skomplikowane i angażujące dużo więcej środków niż miękkie projekty EFS.

²³ Poddziałania i Działanie poddane analizie: 9.1.3, 9.1.5, 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.2.4, 9.2.5, 9.2.6, 9.2.7, 9.3.1, 10.1, 10.2.1, 10.2.2, 10.2.3, 10.2.4

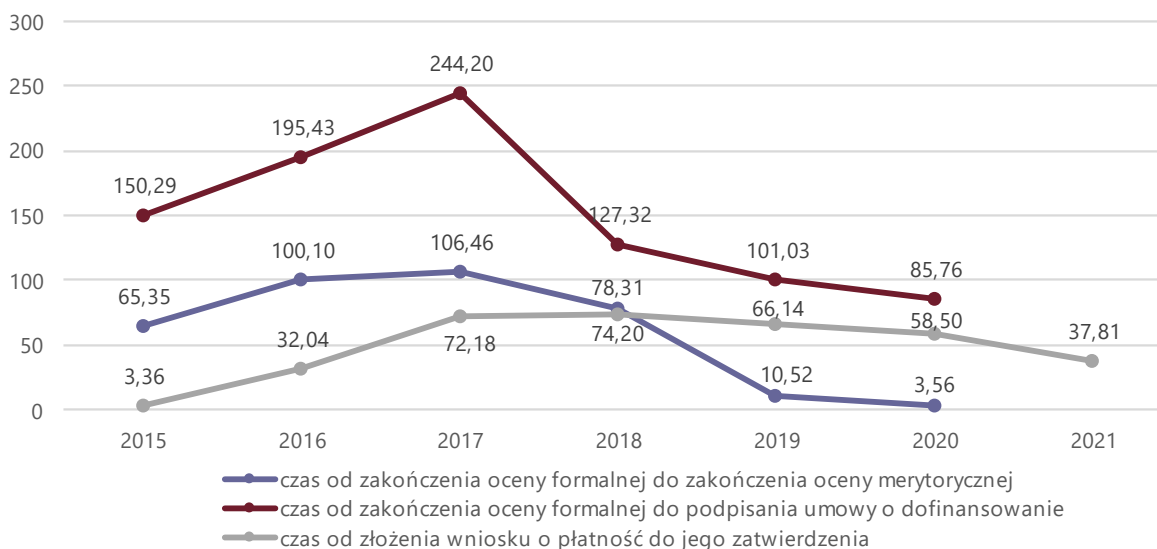
Powyższa sytuacja to nie jedyny aspekt korzystniejszej sytuacji w przypadku projektów współfinansowanych z EFS, jeśli chodzi o obowiązujące wymagania dokumentacyjne. Na przestrzeni lat projekty te wymagały od wnioskodawców na obu etapach najczęściej albo tyle samo albo coraz mniej dokumentów. Identyfikuje się choćby rezygnację ze składania osobnych oświadczeń choć punktowo też z innego rodzaju dokumentacji.

W przypadku projektów EFRR na przestrzeni lat tylko w przypadku naborów 10.1 wymagano coraz mniejszej ilości dokumentacji zarówno na etapie składania wniosków o dofinansowanie jak i podpisywania umowy. W przypadku naborów Działania 10.2 sytuacja była odwrotna – między pierwszymi, a ostatnimi naborami wnioskodawcy proszeni byli o więcej bądź taką samą liczebność dokumentacji.

Podczas gdy wśród naborów EFS negatywny czynnik wewnętrzny w postaci skomplikowania wymaganej dokumentacji zdecydowanie cechował się tendencją spadkową, to w niektórych Poddziałaniach EFRR wzrastał.

W celu oceny dynamiki zmian sprawności działań instytucji zaangażowanych we wdrażanie RPO WSL 2014-2020 przeprowadzona została analiza czasu trwania wybranych procesów związanych z wdrażaniem chodzi tu o czas oceny merytorycznej (od zakończenia oceny formalnej²⁴ do zakończenia oceny merytorycznej – dla projektów, które przeszły etap oceny formalnej), czas oceny merytorycznej i procesów związanych z kontraktacją (od zakończenia oceny formalnej do podpisania umowy o dofinansowanie – dla projektów, w przypadku których podpisane zostały umowy o dofinansowanie) oraz czas weryfikacji wniosków o płatność (czas od złożenia wniosku o płatność do jego zatwierdzenia). Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawione zostały na poniższym wykresie.

Wykres 41. Średni czas wybranych procesów w latach 2015-2021 (w dniach)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI; dla danych o wnioskach o dofinansowanie stan na 26.04.2021 r., dla danych o wnioskach o płatność stan na 09.06.2021 r.

²⁴ Jako początkowy punkt odniesienia przyjęto moment zakończenia oceny formalnej, a nie moment złożenia wniosku, ponieważ daty złożenia wniosku są na bieżąco aktualizowane w przypadku aktualizacji wniosku związanych ze zmianami w projekcie i w wielu przypadkach występowały daty późniejsze niż zakończenie oceny i podpisanie umowy o dofinansowanie.

W latach 2015-2017 mamy do czynienia ze wzrostem średniego czasu oceny merytorycznej z około 65 dni do blisko 106,5 dnia oraz wzrostem łącznego czasu oceny merytorycznej i procesów związanych z kontraktacją z około 150 do ponad 244 dni. Wzrost czasu w tym okresie jest związany z początkowym okresem wdrażania związanym z jednej strony z ze zbieraniem doświadczeń związanych z nową perspektywą finansową przez pracowników IZ i

Uwzględniając zidentyfikowane czynniki wewnętrzne oddziałujące na skalę efektów osiągniętych w projektach sformułowano na potrzeby przyszłego okresu finansowania zalecenia zorientowane na wzmocnienie pozytywnego oddziaływania tych czynników i ograniczenie oddziaływania negatywnego:

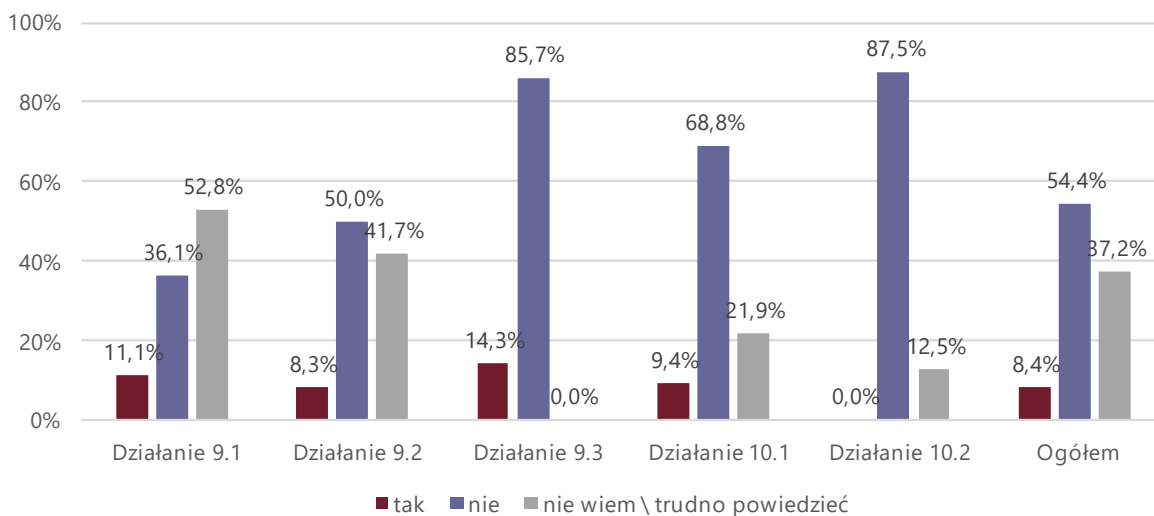
- Wprowadzenie w obszarze usług zdrowotnych podziału na typy projektów wyodrębnione ze względu na charakter prowadzonej działalności (podmioty leczenia szpitalnego, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, podstawowa opieka zdrowotna), co pozwoliłoby na precyzyjniejsze kierunkowanie wsparcia, prowadzenie bardziej przejrzystej oceny, a jednocześnie nie wykluczałoby możliwości prowadzenia naborów uwzględniających wszystkie typy projektów (dot. EFS).
- Rozważenie – w ramach wsparcia współfinansowanego ze środków EFS – zwiększenia zakresu zmian (tj. skali odstępstw od przyjętych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu) możliwych do zastosowania (bez konsekwencji finansowych) w odniesieniu do realizacji wskaźników projektowych w przypadku przedsięwzięć o dużym stopniu trudności / złożoności i/lub skierowanych do grup docelowych w szczególnie trudnej sytuacji (dot. EFS).

Ocena funkcjonującego systemu wskaźników (produktu i rezultatu) w ramach ewaluowanej interwencji

W ramach niniejszego podrozdziału dokonano oceny funkcjonującego systemu wskaźników (produktu i rezultatu) w ramach ewaluowanej interwencji.

Na poniższych wykresach przedstawiono dane dotyczące opinii beneficjentów na temat ewentualnego występowania wskaźników, które nie pasują do efektów w projekcie, a musiały być monitorowane ze względu na obowiązujące zasady oraz dostrzegania istotnych efektów projektu, które nie mają swojego odzwierciedlenia we wskaźnikach monitorowanych w projekcie.

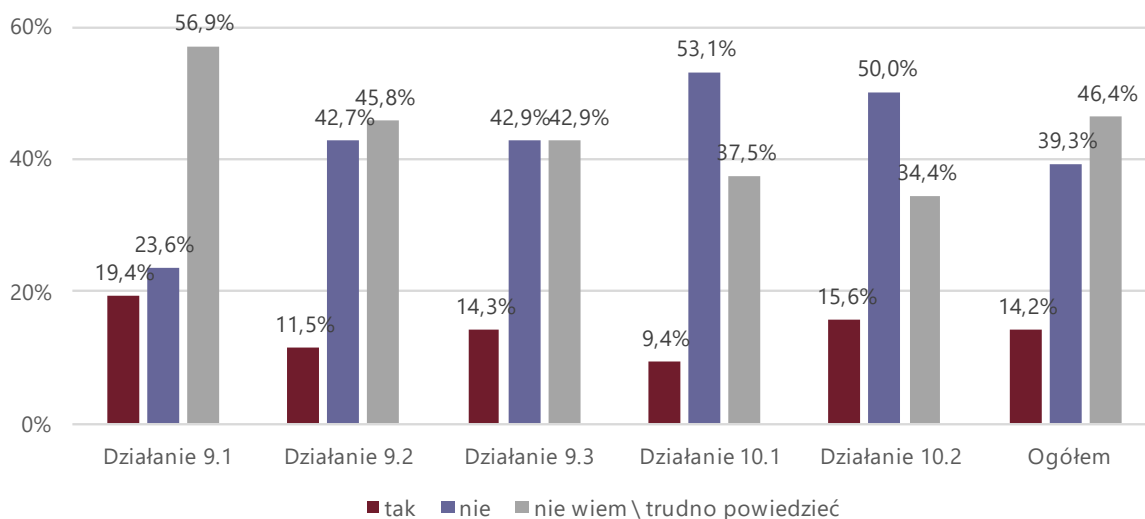
Wykres 42. Dostrzeganie wskaźników, które nie pasują do efektów w projekcie, a musiały być monitorowane ze względu na obowiązujące zasady



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32, Ogółem - n=239; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązywali umów o dofinansowanie

Zdecydowana większość beneficjentów bądź nie dostrzega wskaźników, które nie pasują do efektów w projekcie, a musiałyby być monitorowane ze względu na obowiązujące zasady, bądź nie ma skryształizowanej opinii w tym zakresie. Na poziomie całości ewaluowanej interwencji mniej niż co dziesiąty realizator projektów (8,4%) dostrzegł takie wskaźniki.

Wykres 43. Dostrzeganie istotnych efektów projektu, które nie mają swojego odzwierciedlenia we wskaźnikach monitorowanych w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32, Ogółem - n=239; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązywali umów o dofinansowanie

Podobnie jak w przypadku poprzedniego zagadnienia większość beneficjentów nie dostrzega istotnych efektów projektu, które nie mają swojego odzwierciedlenia we wskaźnikach

monitorowanych w projekcie – takie efekty dostrzegło jedynie 14,2% respondentów reprezentujących realizatorów projektów. Osoby te poproszono o wskazanie efektów projektu, które powinny być uwzględnione w systemie wskaźników. Najczęściej wskazywano na efekty o charakterze „miękkim”, odnoszące się do efektów związanych z motywacją wewnętrzną i pewnością siebie, zaangażowaniem, jakością życia, funkcjonowaniem rodziny, poprawą stanu zdrowia, aktywizacją społeczną. Kwestie te sugeruje się uwzględnić w projektowaniu systemu wskaźników na potrzeby FE SL 2021-2027.

W badaniu jakościowym z przedstawicielami IZ RPO WSL 2014-2020 zwrócono uwagę na dodatkowe kwestie dotyczące funkcjonowania systemu wskaźników:

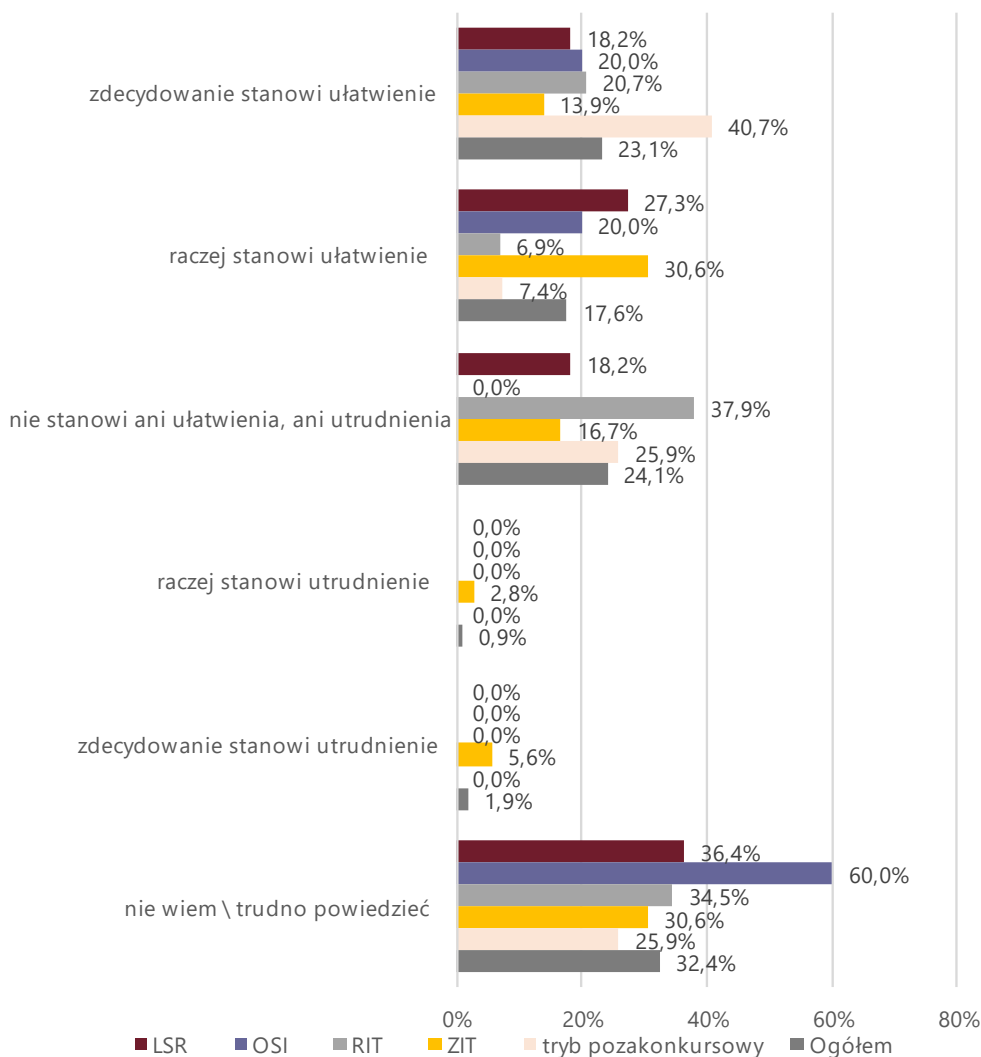
- Generalnie pozytywna ocena katalogu wskaźników obowiązujących w ramach ewaluowanej interwencji,
- Występowanie w ramach projektów współfinansowanych ze środków EFS problemów ze stosowaniem przez beneficjentów narzędzi pomiaru realizacji wskaźników ze Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych – oferowane było w tym przypadku wsparcie ze strony IZ.
- Występowanie – rozwiązywanych na bieżąco – problemów dotyczących wybranych wskaźników realizacji projektów (np. wskaźnika dotyczącego środowisk objętych programami lokalnej aktywności, w przypadku którego obowiązywała pierwotnie definicja zawężająca, poszerzona następnie przez IZ RPO WSL 2014-2020).
- Występowanie problemów z precyzyjnym wyliczeniem osiągniętej wartości wybranych wskaźników – w przypadku wskaźnika dotyczącego liczby osób objętych ulepszonymi usługami zdrowotnymi występowała konieczność deduplikacji i urealniania podawanych przez projektodawców wartości, by nie prowadzić do zawyżenia wartości osiągniętej.
- Wpływ sposobu pomiaru na funkcjonowanie systemu wskaźników i jego użyteczność dla monitorowania efektów Programu – w przypadku wskaźników rezultatów mierzonych w ramach ewaluacji w określonych momentach wdrażania Programu możliwość ich monitorowania jest istotnie przesunięta w czasie (np. monitoring funkcjonowania utworzonych miejsc pracy po 30 miesiącach).

Ocena różnorodnych formuł wyboru projektów w ramach ewaluowanej interwencji

W niniejszym podrozdziale poddano ocenie różnorodne formuły wyboru projektów w ramach ewaluowanej interwencji.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące stosunek beneficjentów realizujących projekty, które zostały wyselekcjonowane do otrzymania dofinansowania z wykorzystaniem różnorodnych formuł wyboru projektów.

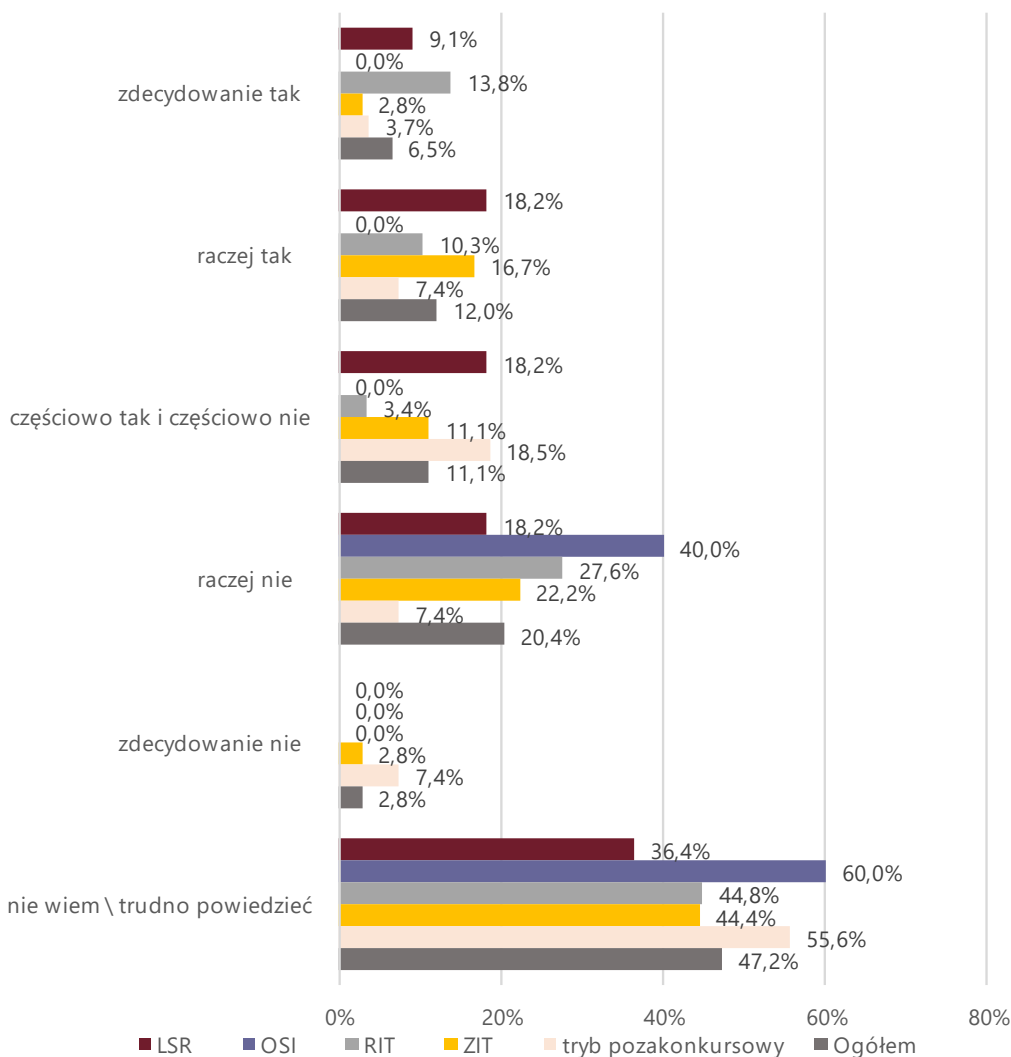
Wykres 44. Ocena wpływu realizacji projektu w ramach poszczególnych instrumentów na poziom trudności realizacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; LSR - n=11, OSI - n=5, RIT - n=29, ZIT - n=36, tryb pozakonkursowy - n=27, Ogółem - n=108; pytanie zadawane beneficjentom z zakresu poszczególnych instrumentów, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

Choć większość beneficjentów realizujących projekty z wykorzystaniem specyficznych trybów selekcji przedsięwzięć nie wskazała w sposób jednoznaczny na to, że zastosowanie danego instrumentu ułatwia lub utrudnia realizację projektu. Jeśli jednak już takie opinie się pojawiały, to wyraźnie częściej potwierdzały one, że omawiane tryby (LSR, OSI, RIT, ZIT, tryb pozakonkursowy) stanowią dla beneficjentów ułatwienie realizacyjne. Jeśli chodzi o powody takich opinii, to najczęściej przywoływano: gwarancję otrzymania dofinansowania i uproszczenie oraz uelastycznienie procedury aplikowania o wsparcie (tryb pozakonkursowy), możliwość konsultacji planowanych przedsięwzięć z innymi potencjalnymi realizatorami i dostępność wsparcia na etapie opracowywania założeń projektowych (ZIT, RIT, OSI) oraz dostosowanie trybu aplikowania i realizacji do lokalnego zasięgu i charakteru prowadzonych przedsięwzięć (LSR).

Wykres 45. Ocena możliwości uzyskania dodatkowych korzyści dzięki realizacji projektu w ramach poszczególnych instrumentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; LSR - n=11, OSI - n=5, RIT - n=29, ZIT - n=36, tryb pozakonkursowy - n=27, Ogółem - n=108; pytanie zadawane beneficjentom z zakresu poszczególnych instrumentów, którzy nie rozwiążali umów o dofinansowanie

Podobnie jak w przypadku identyfikacji ewentualnych ułatwień / utrudnień wynikających z zastosowania szczególnych trybów selekcji projektów, tak i w przypadku wskazywania płynących z nich korzyści dominuje brak jednoznacznych opinii beneficjentów. Jeśli jednak realizatorzy projektów dostrzegali takie korzyści, to najczęściej odnosiły się one do: zapewnienia komplementarności i synergii przedsięwzięć realizowanych przez różne podmioty (instrumenty terytorialne), możliwości wcześniejszego planowania działań projektowych oraz większej stabilności finansowej dzięki gwarancji otrzymania wsparcia (tryb pozakonkursowy), wzmocnienia kooperacji na szczeblu lokalnym i trafnego zaadresowania lokalnych potrzeb (LSR).

W celu oceny sprawności wdrażania wsparcia w ramach poszczególnych trybów wdrażania i instrumentów terytorialnych stosowanych w ramach RPO WSL 2014-2020 przeprowadzona została analiza czasu trwania wybranych procesów związanych z wdrażaniem chodzi tu o

czas oceny merytorycznej (od zakończenia oceny formalnej²⁵ do zakończenia oceny merytorycznej – dla projektów, które przeszły etap oceny formalnej), czas oceny merytorycznej i procesów związanych z kontraktacją (od zakończenia oceny formalnej do podpisania umowy o dofinansowanie – dla projektów, w przypadku których podpisane zostały umowy o dofinansowanie) oraz czas weryfikacji wniosków o płatność (czas od złożenia wniosku o płatność do jego zatwierdzenia). Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawione zostały w poniższej tabeli.

Tabela 8. Średni czas wybranych procesów w ramach poszczególnych trybów i instrumentów terytorialnych (w dniach)

Tryb / instrument terytorialny	czas od zakończenia oceny formalnej do zakończenia oceny merytorycznej	czas od zakończenia oceny formalnej do zakończenia oceny merytorycznej	czas od zakończenia oceny formalnej do podpisania umowy o dofinansowanie	czas od zakończenia oceny formalnej do podpisania umowy o dofinansowanie	czas od złożenia wniosku o płatność do jego zatwierdzenia	czas od złożenia wniosku o płatność do jego zatwierdzenia
	EFRR	EFS	EFRR	EFS	EFRR	EFS
Tryb Konkursowy	46,59	62,63	199,40	157,21	97,36	57,45
Tryb Pozakonkursowy	29,00	62,49	150,83	115,31	122,91	57,09
Tryb Nadzwyczajny	1,00	1,00	39,83	1,50	58,23	21,69
ZIT	38,38	41,14	187,71	140,89	110,28	67,31
RIT PŁD	22,69	45,75	135,50	155,23	73,18	75,96
RIT PŁN	38,40	61,43	156,18	201,63	93,74	65,76
RIT ZACH	24,05	52,42	147,27	147,68	82,21	54,45
RLKS	19,91	84,69	108,10	131,19	68,93	36,85
OSI	29,00	149,33	150,83	243,86	122,91	51,33

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI; dla danych o wnioskach o dofinansowanie stan na 26.04.2021 r., dla danych o wnioskach o płatność stan na 09.06.2021 r.

Analizując stosowane tryby wyboru projektów w pierwszej kolejności zauważyć należy, iż zastosowany w związku z pandemią COVID-19 tryb nadzwyczajny przyczynił się do znaczącego skrócenia czasu oceny merytorycznej oraz procesów związanych z kontraktacją. Projekty przyjęte w trybie nadzwyczajnym charakteryzują się również wyraźnie krótszym czasem weryfikacji wniosków o płatność. Ponadto w ramach EFRR projekty wybierane w trybie pozakonkursowym charakteryzują się krótszym czasem oceny merytorycznej i procesów kontraktacji niż projekty konkursowe. Tendencja ta nie dotyczy projektów EFS w przypadku oceny merytorycznej, ale już uwzględniając łączny czas oceny i procesów kontraktacji można zauważyć krótszy czas w przypadku projektów pozakonkursowych.

Rozpatrując stosowane instrumenty terytorialne w przypadku EFRR czas oceny merytorycznej oraz procesów związanych z kontraktacją jest dla wszystkich instrumentów terytorialnych krótszy niż dla ogółu projektów konkursowych. Tendencja ta nie ma zastosowania w przypadku EFS – w jego przypadku czas oceny oraz kontraktacji w

²⁵ Jako początkowy punkt odniesienia przyjęto moment zakończenia oceny formalnej, a nie moment złożenia wniosku, ponieważ daty złożenia wniosku są na bieżąco aktualizowane w przypadku aktualizacji wniosku związanych ze zmianami w projekcie i w wielu przypadkach występowały daty późniejsze niż zakończenie oceny i podpisanie umowy o dofinansowanie.

wybranych instrumentach jest krótszy niż dla ogółu projektów konkursowych. Podobna zróżnicowana sytuacja występuje w przypadku czasu weryfikacji wniosków o płatność – w przypadku EFRR czas oceny wniosków o płatność w ramach instrumentu ZIT oraz OSI jest dłuższy niż w przypadku ogółu projektów konkursowych, w przypadku pozostałych instrumentów czas weryfikacji jest krótszy. Natomiast w przypadku EFS dłuższym czasem weryfikacji wniosków o płatność charakteryzują się projekty z w ramach instrumentów ZIT, RIT PŁD i RIT PŁN, a w przypadku pozostałych jest on krótszy. Występujące zróżnicowanie wskazuje, iż na czas procesów może tu oddziaływać w większym stopniu sytuacja i specyfika projektów realizowanych w ramach instrumentów niż specyfika rozwiązań dotyczących samych instrumentów terytorialnych.

W badaniu jakościowym z przedstawicielami IZ RPO WSL 2014-2020 zwrócono uwagę na dodatkowe kwestie dotyczące stosowania różnorodnych form wyboru projektów w ramach ewaluowanej interwencji:

- Duże rozproszenie konkursów organizowanych w ramach instrumentów terytorialnych, co stanowi duże utrudnienie dla potencjalnych beneficjentów oraz obciążenie dla IZ oraz IP.
- Pozytywna ocena systemu wdrażania bazującego na LSR pod kątem zapewnienia adekwatności wobec specyfiki problemów lokalnych przy jednoczesnym występowaniu opinii wskazujących na brak uzasadnienia dla poszerzania tego instrumentu oraz ograniczony potencjał LGD (Lokalna Grupa Działania) w obsłudze merytorycznej procesu selekcji projektów i niski poziom zainteresowania w przypadku niektórych dostępnych form wsparcia.
- Problem niewykorzystywania wszystkich dostępnych trybów wyboru projektów w ramach obszaru zdrowia – w przypadku wsparcia infrastrukturalnego w obszarze zdrowia całość wsparcia była dystrybuowana w formule konkursowej i to nawet bez wyodrębnienia określonych typów projektów, czy np. specjalizacji obiektów leczenia szpitalnego. Takie podejście utrudniało rzetelną ocenę i porównywanie projektów o bardzo zróżnicowanym charakterze.
- Jednoznacznie pozytywna ocena zastosowania trybu nadzwyczajnego w obszarze wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia (chodzi o przedsięwzięcia zorientowane na walkę z kryzysem pandemicznym) – zaakcentowanie znaczących uproszczeń proceduralnych przy jednoczesnym wprowadzeniu określonych mechanizmów zabezpieczających (określenie wymogów przez Ministerstwo Zdrowia i dodatkowa weryfikacja projektów przez administrację rządową szczebla wojewódzkiego).
- Ograniczona aktywność sektora pozarządowego w przypadku wsparcia oferowanego w ramach instrumentów terytorialnych, szczególnie w odniesieniu do trybu pozakonkursowego²⁶.
- Funkcjonalność zarówno trybu konkursowego, jak i pozakonkursowego w zależności od obszaru, w którym dany tryb ma być zastosowany, przy jednoczesnej przewadze trybu pozakonkursowego w aspekcie jego uproszczonego charakteru i dużej adekwatności w przypadku ograniczonej liczby potencjalnych realizatorów projektów,

²⁶ Przy czym należy podkreślić, że alternatywnym – i wykorzystywanym – sposobem włączania sektora pozarządowego w realizację ewaluowanej interwencji jest zlecenie przez ośrodki pomocy społecznej zadań organizacjom pozarządowym w ramach projektów realizowanych w Poddziałaniu 9.1.6.

czy rozwiązywaniu ogólnowojevodzkich problemów w obszarze społecznym i zdrowia.

- Wskazywanie na ambiwalencję skuteczności instrumentów terytorialnych realizowanych w formule ZIT/RIT – funkcjonalność kooperacji pomiędzy poszczególnymi IP ZIT/RIT, przy jednoczesnych symptomach ograniczonej skali integracji działań projektowych w poszczególnych subregionach.

W kontekście analizy i oceny poszczególnych formuł wyboru projektów szczególną rolę przypisać należy instrumentom terytorialnym. Specyfiką ich zastosowania w woj. śląskim było – poprzez instrumenty ZIT/RIT – objęcie formułą instrumentów terytorialnych całego obszaru województwa (w ramach poszczególnych subregionów), a nie tylko wyodrębnionych obszarów funkcjonalnych. Podkreślić przy tym należy, że taki sposób dystrybucji pomocy powinien być zarezerwowany przede wszystkim dla przedsięwzięć o charakterze zintegrowanym, które pozwalają na kompleksowe rozwiązanie określonych problemów o znaczeniu ponadlokalnym. Tym samym, instrumenty ZIT/RIT traktować należy jako szczególnie użyteczne dla realizacji projektów wykraczających swoim zasięgiem i znaczeniem poza obszar danej jednostki samorządu terytorialnego. Tymczasem specyfika interwencji w obszarze infrastruktury społecznej i zdrowotnej oraz usług społecznych i zdrowotnych polega na tym, że są to głównie przedsięwzięcia o charakterze lokalnym. Z tego też względu – choć instrumenty terytorialne mogą stanowić użyteczne narzędzie kierowania wsparcia – to w tym przypadku użyteczność ta jest ograniczona.

Uwzględniając całość wniosków z analizy różnorodnych formuł wyboru projektów w ramach ewaluowanej interwencji sformułowano na potrzeby przyszłego okresu finansowania zalecenia zorientowane na zoptymalizowanie stosowania poszczególnych trybów:

- Uwzględnienie w ramach wsparcia dotyczącego usług zdrowotnych współfinansowanego ze środków EFS stosowania trybów: konkurencyjnego (w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej) oraz niekonkurencyjnego (w odniesieniu do leczenia szpitalnego, z zachowaniem elementu wojewódzkiej koordynacji procesu kierowania wsparcia w tym obszarze i ze szczególnym uwzględnieniem realizacji zadań związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych w formule środowiskowej lub wynikających z zapisów Regionalnych Programów Zdrowotnych), co jednocześnie będzie wymagało wyodrębnienia typów projektów odzwierciedlających trzy ww. formuły świadczenia usług zdrowotnych (dot. EFS).
- Uwzględnienie w ramach wsparcia dotyczącego usług społecznych współfinansowanego ze środków EFS stosowania trybu niekonkurencyjnego w odniesieniu do projektów realizowanych przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej (dot. EFS).

Komplementarność ewaluowanej interwencji

W niniejszym podrozdziale przeprowadzono analizę odnoszącą się do różnych aspektów komplementarności ewaluowanej interwencji, ze szczególnym uwzględnieniem komplementarności międzyfunduszowej projektów współfinansowanych z EFRR w ramach Działania 10.2 z projektami współfinansowanymi z EFS lub zgodnymi z celami EFS w zakresie dostępności do usług społecznych dla osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem oraz komplementarności ewaluowanej interwencji z Programem Operacyjnym Pomoc Żywnościowa.

Kwestia realizacji działań komplementarnych stanowiła przedmiot analiz przeprowadzonych w oparciu o dane zawarte we wnioskach o dofinansowanie. Wnioskodawcy zobowiązani są do określenia w swoich projektach:

- (a) **komplementarności projektu z innym projektem / projektami** (przy uwzględnieniu takich wariantów komplementarności jak: komplementarność w obszarze problemowym (funkcyjna) – gdy działania/projekty mają na celu rozwiązanie tego samego problemu, np. ograniczony dostęp do e-usług; komplementarność międzyfunduszowa – uzupełnianie się interwencji, prowadzące do osiągnięcia wartości dodanej, a więc większego oddziaływania projektów, niż prosta suma efektów poszczególnych projektów (efekt synergii); komplementarność z projektami szczebla krajowego i regionalnego; komplementarność z innymi inwestycjami realizowanymi z RPO);
- (b) **powiązania z innym projektem / projektami** (chodzi o powiązanie w ramach wiązki/grupy projektów z innym projektem/projektami realizowanymi lub planowanymi do realizacji w ramach RPO WSL, np. w przypadku projektów realizowanych w ramach zintegrowanych lub regionalnych inwestycji terytorialnych).

Jeśli chodzi o kwestię komplementarności z innym projektem / projektami, to w przypadku wsparcia w ramach EFS, w 63% projektów wnioskodawcy zadeklarowali jej występowanie. Charakter wykazywanej komplementarności był bardzo zróżnicowany. Po pierwsze, deklarowano komplementarność danego projektu zarówno w odniesieniu do pojedynczych innych przedsięwzięć, jak i do większej ich liczby (w przypadku podmiotów o większym potencjale i dysponujących większym portfolio projektowym). Po drugie, zróżnicowane były źródła finansowania projektów komplementarnych – dominowały środki regionalne (choć nie tylko z bieżącej perspektywy finansowej)²⁷, ale przedsięwzięcia komplementarne były także finansowane ze środków innych niż RPO WSL 2014-2020, potwierdzając występowanie komplementarności międzyprogramowej. Po trzecie, w skali zjawiska komplementarności istotny udział miały także instrumenty jej zapewnienia, które funkcjonują w Programie, a związane przede wszystkim z zapewnieniem komplementarności międzyfunduszowej oraz integracji projektów realizowanych w ramach instrumentów terytorialnych (ZIT/RIT oraz Lokalne Strategie Rozwoju lub Lokalne Programy Rewitalizacji). Po czwarte, charakter merytoryczny wykazywanej komplementarności również cechował się dużym zróżnicowaniem, potwierdzając występowanie takich wariantów komplementarności jak: międzyfunduszowa, międzyprogramowa, geograficzna, funkcjonalna, problemowa, czy sektorowa.

W przypadku EFRR skala występowania deklaracji o komplementarności projektu była większa niż w EFS²⁸ – odsetek projektów, w których komplementarność występowała wyniósł aż 92,6%. W ramach projektów współfinansowanych ze środków EFRR występuje natomiast taka sama sytuacja jak w przypadku obszaru EFS, jeśli chodzi o duży stopień różnorodności charakteru wykazywanej przez projektodawców komplementarności.

Drugi analizowany aspekt odnosił się do projektów powiązanych. W przypadku EFS skala występowania tego rodzaju sytuacji była znacznie mniejsza niż miało to miejsce w ramach komplementarności – odsetek przedsięwzięć wobec których zadeklarowano ich powiązanie z

²⁷ Chodzi zarówno o RPO dotyczący perspektywy finansowej 2007-2013, jak i komponent regionalny Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013.

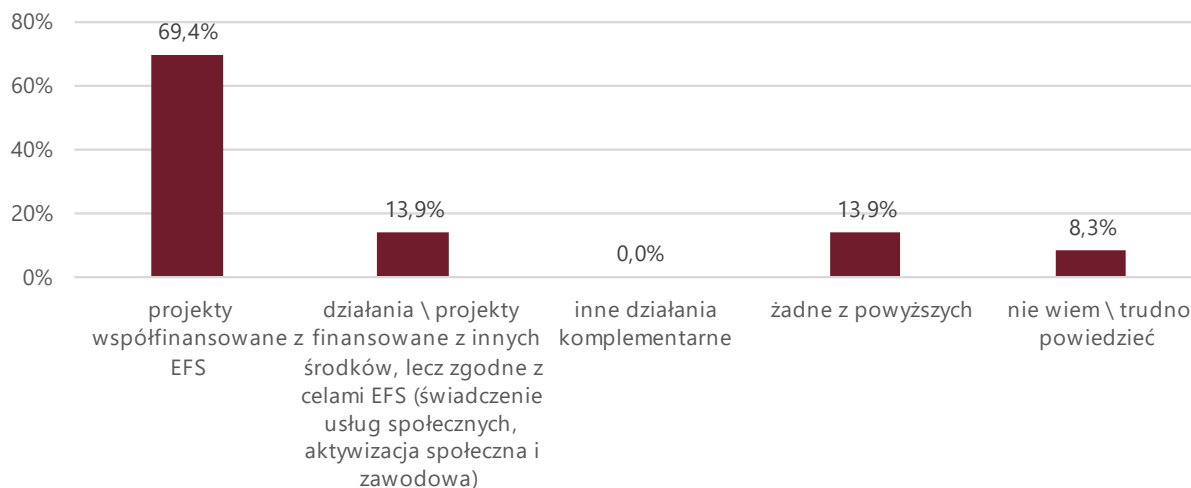
²⁸ Na taką sytuację ma bez wątpienia wpływ wymogu komplementarności projektów realizowanych w ramach Działania 10.2 z projektami realizującymi cele interwencji współfinansowanej ze środków EFS.

innymi projektami tworzącymi wiązkę / grupę projektów wyniósł jedynie 25,2%. Co się tyczy wsparcia w obszarze EFRR, to tutaj wprawdzie dominują projekty, w przypadku których zadeklarowano powiązanie z innymi przedsięwzięciami stanowiącymi określoną wiązkę / grupę (ich odsetek wyniósł 56,4%), ale dominacja ta nie jest bardzo duża, a na pewno wyraźnie mniejsza niż miało to miejsce w przypadku komplementarności projektów współfinansowanych ze środków EFRR z innymi przedsięwzięciami. Specyfiką projektów powiązanych w ramach obu funduszy jest natomiast fakt mniejszej różnorodności charakteru wykazywanych powiązań niż zidentyfikowano to w odniesieniu do kwestii komplementarności. Wynika to z oczywistego faktu, iż mechanizm powiązania został w ramach RPO WSL 2014-2020 przypisany do określonego rodzaju sytuacji, nie zaś wszelkich powiązań międzyprojektowych (te wykazywane są w zakresie komplementarności).

Analiza zapisów wniosków o płatność w zakresie dotyczącym problemów w realizacji projektów nie wykazała występowania istotnych trudności realizacyjnych, które dotyczyłyby utrzymania zadeklarowanej komplementarności lub powiązań międzyprojektowych – wskazania dotyczące tego rodzaju sytuacji miały charakter incydentalny w ramach wsparcia współfinansowanego z obu funduszy.

Również w badaniu ankietowym realizowanym wśród beneficjentów podjęta została kwestia komplementarności ewaluowanej interwencji. Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące charakteru działań komplementarnych podejmowanych w ramach Działania 10.2 przez jego realizatorów (a więc Działania współfinansowanego ze środków EFRR, w odniesieniu do którego należało wykazywać powiązanie z projektami współfinansowanymi z EFS lub zgodnymi z celami EFS).

Wykres 46. Charakter działań komplementarnych podejmowanych w projektach Działania 10.2



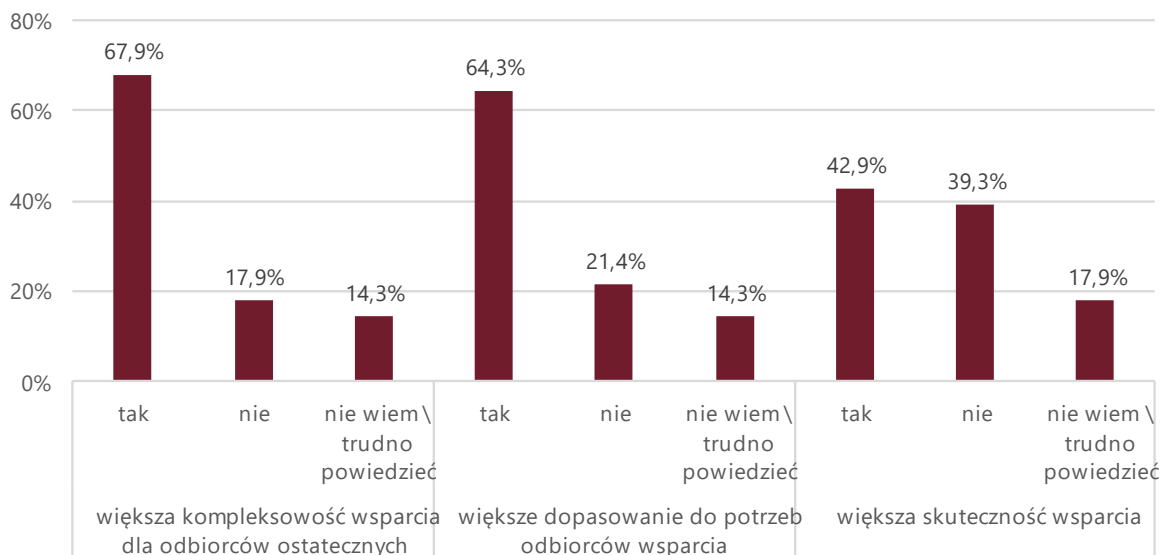
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=32; pytanie zadawane beneficjentom z Działania 10.2, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Dominującą (69,4%) formułą zapewnienia komplementarności przez realizatorów projektów w Działaniu 10.2 była realizacja projektów współfinansowanych z EFS. W przypadku 13,9% przedsięwzięć były to natomiast działania / projekty finansowane z innych środków, lecz zgodne z celami EFS (tj. odnoszące się do świadczenia usług społecznych, aktywizacji

społecznej i zawodowej). Przeważa więc bardziej restrykcyjny (i stosowany we wcześniejszym okresie wdrażania Programu) wariant zapewnienia komplementarności międzyfunduszowej w obszarze społecznym. Jednocześnie jednak fakt, że część realizatorów projektów zapewniła w swoich przedsięwzięciach komplementarność międzyfunduszową poprzez realizację projektów finansowanych z innych źródeł, ale zbieżnych z celami EFS, oznacza trafność podjętej przez IZ decyzji, by w trakcie wdrażania RPO WSL 2014-2020 zmienić podejście do zapewnienia komplementarności międzyfunduszowej.

W ankietach trwałości składanych przez realizatorów projektów w Działaniu 10.2 również pojawiła się kwestia działań podejmowanych przez beneficjentów w celu zapewnienia komplementarności międzyfunduszowej. Katalog tych działań wskazuje na różnorodność podejść stosowanych przez realizatorów projektów, tak by spełnili oni stawiane przed nimi wymagania (ankiety dotyczą okresu, w którym obowiązywał jeszcze wymóg powiązania projektów infrastrukturalnych z konkretnymi przedsięwzięciami współfinansowanymi ze środków EFS realizowanymi w ramach RPO WSL 2014-2020. Wskazywano więc na: realizację projektów współfinansowanych ze środków EFS (także przedsięwzięć realizowanych w trybie pozakonkursowym lub z wykorzystaniem instrumentów terytorialnych); zobowiązanie się do złożenia wniosku o dofinansowanie w odniesieniu do projektu współfinansowanego ze środków EFS (także zobowiązanie się do ponownego złożenia takiego wniosku, jeśli we wcześniejszym naborze nie otrzymano dofinansowania; Respondentów reprezentujących beneficjentów realizujących projekty w Działaniu 10.2 poproszono o wskazanie ewentualnych dodatkowych korzyści / efektów związanych z realizacją projektów komplementarnych. Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 47. Uzyskanie dodatkowych korzyści / efektów w wyniku realizacji projektów komplementarnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=28; pytanie zadawane beneficjentom z Działania 10.2, którzy zadeklarowali realizację projektów / przedsięwzięć komplementarnych

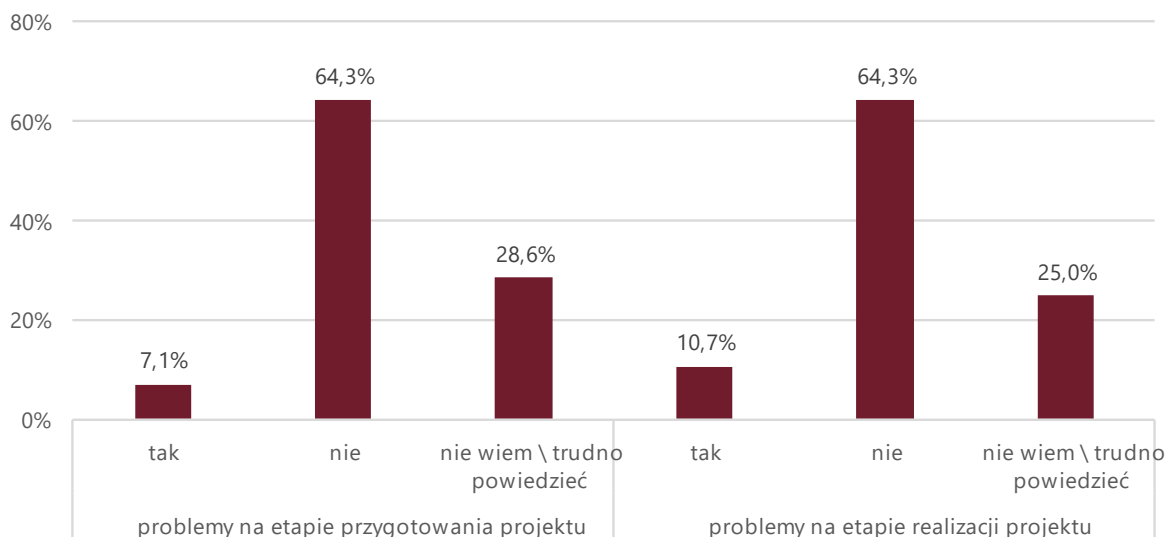
Wśród beneficjentów dominuje przekonanie, że dodatkowe korzyści / efekty z realizacji projektów komplementarnych odnoszą się do ostatecznych odbiorców wsparcia. 67,9% realizatorów projektów dostrzega występowanie dodatkowej korzyści w postaci większej

kompleksowości wsparcia dla odbiorców ostatecznych, a 64,3% - większego dopasowania do potrzeb odbiorców wsparcia.

Uzupełnieniem powyższych danych są także informacje zawarte w ankietach trwałości projektów realizowanych w Działaniu 10.2, gdzie beneficjenci wskazywali na korzyści wynikające z realizacji projektów powiązanych i charakteryzowali sposób wykorzystania dofinansowanej infrastruktury. Z podanych informacji wyłania się obraz szerokiego i różnorodnego sposobu wykorzystywania wspartej infrastruktury w ramach powiązanych przedsięwzięć o charakterze „miękkim”, w których realizowane jest kompleksowe wsparcie dla określonych grup docelowych (dodatkowo pojawiają się także informacje dotyczące dalszego, planowanego, sposobu wykorzystania tej infrastruktury).

Jednakże realizacja projektów komplementarnych może także – poza korzyściami i dodatkowymi efektami – generować specyficzne problemy, tak w przygotowaniu, jak i późniejszej realizacji przedsięwzięć tego typu. Na poniższym wykresie przedstawiono dane odnoszące się do tej kwestii.

Wykres 48. Występowanie problemów w przygotowaniu i realizacji przedsięwzięć komplementarnych

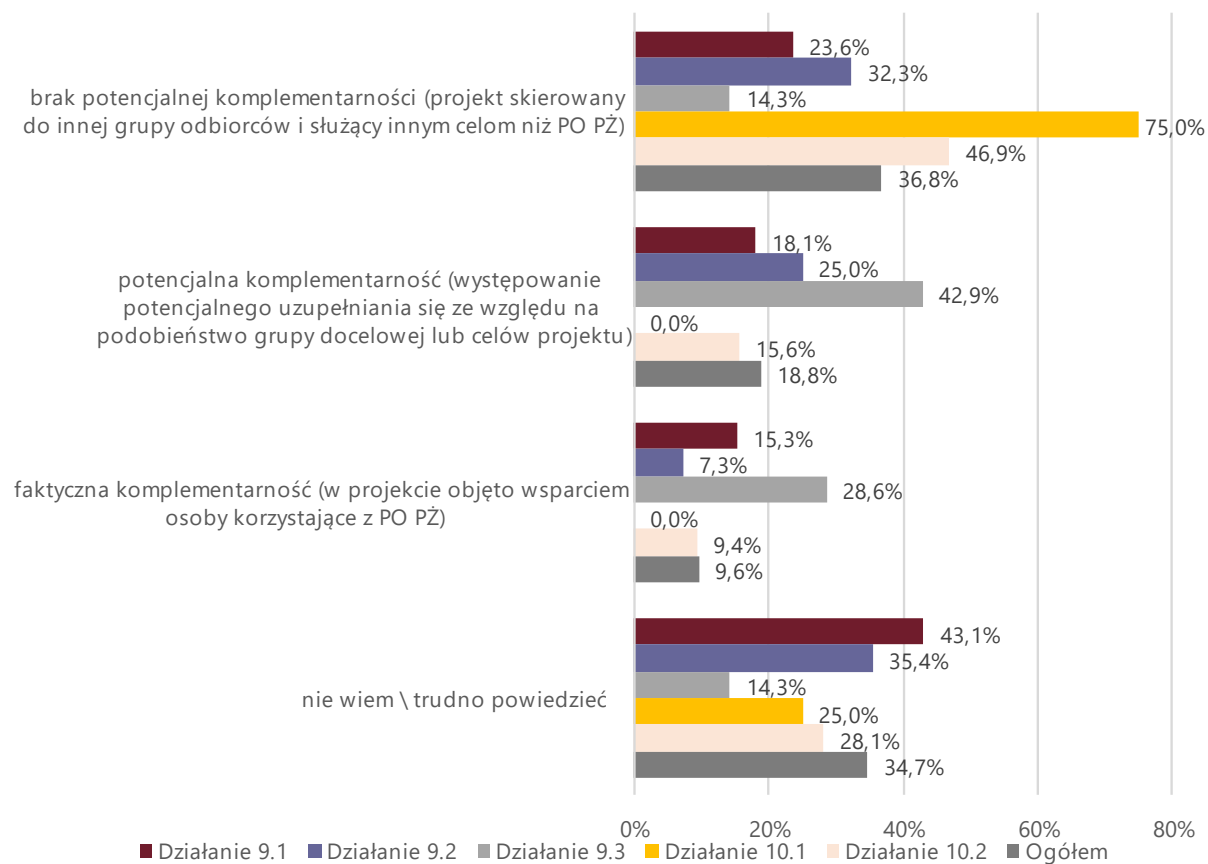


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; n=28; pytanie zadawane beneficjentom z Działania 10.2, którzy zadeklarowali realizację projektów / przedsięwzięć komplementarnych

Jak się okazuje, zdecydowana większość badanych realizatorów projektów komplementarnych nie potwierdza, by prowadzenie tego rodzaju przedsięwzięć wiązało się z jakimiś specyficznymi problemami. Dostrzega je tylko 7,1% respondentów w odniesieniu do etapu przygotowania projektu (akcentowano tutaj konieczność większych nakładów pracy i większej ilości czasu niezbędnych do opracowania założeń dwóch, powiązanych ze sobą, projektów) i 10,7% w odniesieniu do etapu realizacji projektu (akcentowano tutaj wzajemną zależność obu przedsięwzięć, np. w aspekcie ich harmonogramów wykonawczych).

Na poniższym wykresie przedstawiono z kolei dane odnoszące się do zagadnienia komplementarności działań projektowych ze wsparciem w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ).

Wykres 49. Charakter komplementarności działań projektowych ze wsparciem świadczonym w ramach PO PŻ



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; Działanie 9.1 - n=72, Działanie 9.2 - n=96, Działanie 9.3 - n=7, Działanie 10.1 - n=32, Działanie 10.2 - n=32, Ogółem - n=239; pytanie zadawane beneficjentom, którzy nie rozwiązali umów o dofinansowanie

We wszystkich obszarach ewaluowanej interwencji mamy do czynienia z dominacją braku potencjalnej komplementarności (co oznacza skierowanie projektu do innej grupy odbiorców i realizację celów innych niż PO PŻ) – na poziomie całej interwencji brak ten potwierdziło 36,8% badanych. W przypadku 18,8% dostrzeżono występowanie komplementarności potencjalnej (tj. występowanie potencjalnego uzupełniania się ze względu na podobieństwo grupy docelowej lub celów projektu), a tylko w 9,6% przedsięwzięć wystąpiła komplementarność faktyczna (tj. w projekcie objęto wsparciem osoby korzystające z PO PŻ). Warto przy tym zauważyć, iż na komplementarność faktyczną i potencjalną wskazywali również beneficjenci 10.2 mimo, iż wsparcie EFRR nie jest kierowane bezpośrednio do osób objętych wsparciem PO PŻ. Jednak wsparcie nakierowane na rozwój mieszkalnictwa socjalnego, wspomaganego i chronionego oraz infrastruktury usług społecznych posiada częściowo zbieżne cele z PO PŻ, a jednocześnie nie można wykluczyć, iż użytkownikami infrastruktury wspartej w ramach Działania 10.2 będą osoby będące jednocześnie korzystające ze wsparcia PO PŻ, ponieważ w obu przypadkach odbiorcami ostatecznymi pomocy mają być osoby w trudnej sytuacji.

W badaniu jakościowym z przedstawicielami IZ RPO WSL 2014-2020 i w ramach oceny eksperckiej zwrócono uwagę na następujące aspekty realizacji w ramach ewaluowanej interwencji zasady komplementarności:

- Pozytywna ocena założeń pierwotnego podejścia do zapewnienia komplementarności międzyfunduszowej, przy jednoczesnym dostrzeganiu trudności i ograniczeń realizacyjnych (duża liczba konkursów w ramach Działania 10.2, dokonywanie przesunięć planowanych konkursów). Tym samym, za uzasadnione uznać należy wprowadzenie bardziej „miękkiego” wariantu zapewnienia rzeczowej komplementarności.
- Pierwotnym założeniem logiki wprowadzenia wymogu komplementarności projektów współfinansowanych ze środków EFRR i EFS było stworzenie zachęty (poprzez oferowanie wsparcia na działania infrastrukturalne) do realizacji projektów „miękkich”. W trakcie wdrażania Programu takie uzasadnienie straciło sens, gdyż poziom zainteresowania wsparciem współfinansowanym ze środków EFS okazał się być wyższy niż pierwotnie zakładano.
- Pierwotnie zakładano, że w pierwszej kolejności realizowane będą projekty infrastrukturalne, a następnie – w ramach wspartej infrastruktury – przedsięwzięcia „miękkie”. Jednak wobec relatywnie długiego okresu realizacji projektów współfinansowanych ze środków EFRR skutkowało to znaczącym opóźnieniem realizacji projektów współfinansowanych ze środków EFS, na które występowało bieżące zapotrzebowanie. Taki stan rzeczy generował także problemy związane z monitoringiem realizacji wskaźników w ramach projektów komplementarnych.

Uwzględniając całość wniosków z analizy komplementarności w ramach ewaluowanej interwencji stwierdzić należy, że w przyszłym okresie finansowania celowe jest utrzymanie obecnego podejścia do zapewnienia komplementarności międzyfunduszowej (tj. stosowanie wymogu realizacji przedsięwzięć zgodnych z celami danego funduszu, bez konieczności współfinansowania tych przedsięwzięć z tego funduszu). Podkreślić przy tym należy, że jest istotne by takie mechanizmy (nawet w wariantcie „miękkim”) były stosowane w Programie, biorąc pod uwagę, że łączenie działań infrastrukturalnych ze wsparciem współfinansowanym ze środków EFS to jedno z głównych narzędzi zapewnienia kompleksowości pomocy i jej skuteczności (co uwzględniono także w jednej z dobrych praktyk, w przypadku której zaakcentowano znaczenie kompleksowego wsparcia uzyskanego dzięki powiązaniu działań infrastrukturalnych ze wsparciem społeczno-edukacyjnym).

Realizacja zasad horyzontalnych

W niniejszej części przeprowadzono analizę odnoszącą się do kwestii realizacji zasad horyzontalnych w projektach objętych niniejszą ewaluacją. Skoncentrowano się przy tym na identyfikacji takich działań projektowych, które można potraktować jako pozytywne i ponadstandardowe przykłady realizacji przez projekty / typy projektów zasad horyzontalnych²⁹.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w odniesieniu do całości RPO WSL 2014-2020 była już prowadzona analiza stosowania poszczególnych zasad horyzontalnych. Analizy tej

²⁹ Kwestia dobrych praktyk w zakresie realizacji zasad horyzontalnych została także uwzględniona w prezentacji dobrych praktyk w zakresie wdrażania projektów. W przedsięwzięciach prezentowanych w rozdziale poświęconym tym ostatnim przedstawiono także informacje o ewentualnych działaniach związanych z realizacją zasad horyzontalnych, jeśli w danym projekcie – poza innymi działaniami stanowiącymi dobrą praktykę – podejmowano także inicjatywy związane z wypełnianiem polityk horyzontalnych, które mogą być traktowane jako dobra praktyka.

dokonano na potrzeby badania ewaluacyjnego pn. „*Ewaluacja systemu realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 oraz stosowania zasad horyzontalnych*”. Co istotne, w badaniu tym zidentyfikowano przede wszystkim dużą różnorodność działań projektowych zorientowanych na realizację poszczególnych zasad horyzontalnych, ze szczególnym uwzględnieniem zasad równościowych, które siłą rzeczy mają kluczowe znaczenie w przedsięwzięciach z obszaru włączenia społecznego. Ta różnorodność niekoniecznie przekładać się musi na działania bardzo nowatorskie i niestandardowe – przy dużym zróżnicowaniu i wysokim stopniu zindywidualizowania potrzeb w zakresie zasad horyzontalnych priorytetem staje się uwzględnienie szerokiego katalogu tych potrzeb w podejmowanych działaniach projektowych.

Niemniej jednak, na potrzeby niniejszej analizy dokonano przeglądu zgromadzonego materiału empirycznego odnoszącego się do kwestii realizacji zasad horyzontalnych. Przyjęto przy tym założenie tożsame z tym, które zastosowano w przywołanej wcześniej ewaluacji – ze względu na dużą różnorodność podejmowanych działań dokonano ich całościowego „mapowania” i późniejszej kategoryzacji, biorąc pod uwagę, że ostatecznie o funkcjonalności i użyteczności danego rozwiązania decyduje jego adekwatność do specyfiki konkretnego projektu i jego odbiorców. Należy przy tym zwrócić uwagę na specyficzny charakter ewaluowanej interwencji w kontekście problematyki zasad horyzontalnych, w szczególności zasad równościowych (tj. zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn). Mamy tutaj bowiem do czynienia z celami interwencji, które częściowo pozostają niemalże tożsame z celami zasad horyzontalnych. W zapisach SZOOP RPO WSL 2014-2020, w odniesieniu do Osi Priorytetowej IX określono, że: „*Zakres interwencji w ramach osi priorytetowej dedykowany jest grupom szczególnie narażonym na zjawisko wykluczenia społecznego, cechującym się złożonością pod względem różnorodności i mnogości wymiarów marginalizacji społecznej. Realizowane działania skupione będą na promowaniu włączenia społecznego, walce z ubóstwem i wszelką dyskryminacją*”. Z kolei w przypadku Osi Priorytetowej X stwierdzono, że: „*Zakres interwencji w ramach osi priorytetowej dedykowany jest grupom szczególnie narażonym na zjawisko wykluczenia społecznego, cechującym się złożonością pod względem różnorodności i mnogości wymiarów marginalizacji społecznej. Realizowane działania skupione będą na promowaniu włączenia społecznego, walce z ubóstwem i wszelką dyskryminacją*”. Te ogólne założenia mają także swoje późniejsze odzwierciedlenie w szczegółowych celach interwencji oraz typach projektów przewidzianych do możliwości uzyskania dofinansowania.

W identyfikacji podejmowanych działań w zakresie realizacji zasad horyzontalnych poddano analizie informacje zawarte we wnioskach o dofinansowanie, które odnosiły się do uwzględnienia w projekcie działań przyczyniających się do realizacji poszczególnych polityk horyzontalnych. Poniżej wskazano te, które mogą być traktowane jako dobre praktyki, tj. działania szczególnie funkcjonalne i zalecane do ich stosowania w przyszłych przedsięwzięciach³⁰:

- **Zasada partnerstwa** – animacja działań zorientowanych na wspieranie partnerów społeczno-gospodarczych i tworzenie powiązań między nimi; podejmowanie działań kooperacyjnych nawet w sytuacji braku formalnego partnerstwa (konsultacje,

³⁰ Przy czym, jak podkreślono wcześniej, kluczowym weryfikatorem w przypadku oceny działań odnoszących się do poszczególnych zasad horyzontalnych powinna być kwestia adekwatności tych działań do specyfiki konkretnego projektu.

identyfikacja potrzeb); podejmowanie działań kooperacyjnych z grupami nieformalnymi; zawiązywanie partnerstw o charakterze międzysektorowym; włączanie formalnych partnerów nie tylko w realizację wyodrębnionych zadań projektowych, ale w działania na wszystkich etapach całego cyklu projektowego; jednoznaczne określenie zakresu odpowiedzialności poszczególnych partnerów; stworzenie stałych mechanizmów i kanałów komunikacji pomiędzy podmiotami tworzącymi partnerstwo; podział zadań w partnerstwie w oparciu o rzeczywiste zasoby i kompetencje poszczególnych podmiotów, a nie ich deklaracje.

- **Zasady równościowe (zasada równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami)**³¹ – stosowanie elementów zarządzania równościowego i zarządzania różnorodnością w procesie zarządzania projektem; dostosowanie kryteriów rekrutacyjnych dla uczestników projektu, tak by pozwalały one na skuteczne włączenie w działania projektowe osób dyskryminowanych lub szczególnie zagrożonych dyskryminacją; upowszechnianie problematyki równości szans w wewnętrznych i zewnętrznych działaniach informacyjno-promocyjnych; stosowanie w działaniach informacyjno-promocyjnych języka wrażliwego na płeć oraz inne kwestie mogące stanowić obszar dyskryminacji; uwzględnienie zagadnień związanych z równością szans w systemie monitoringu efektów projektu; szczegółowa diagnoza specyfiki sytuacji poszczególnych grup defaworyzowanych i uwzględnienie w zadaniach projektowych działań odnoszących się do konkretnych problemów wynikających z diagnozy (unikanie operowania ogólnymi kategoriami, takimi jak: osoby z niepełnosprawnością, kobiety, osoby starsze itp.); podejmowanie działań nie tylko w zakresie poprawy obiektywnej sytuacji (zdobycie kwalifikacji, znalezienie zatrudnienia, poprawa sytuacji materialnej), ale także w sferze mentalnej i świadomościowej; podejmowanie działań uświadamiających w zakresie równości szans nie tylko w odniesieniu do personelu projektu i jego uczestników, ale także szerszego otoczenia społecznego; identyfikacja potrzeb osób uczestniczących w projekcie w zakresie zapewnienia opieki nad osobami zależnymi i ew. włączenie tego rodzaju instrumentów pomocowych w zakres zadań projektowych; stosowanie rozwiązań z zakresu technologii informatycznych i telekomunikacyjnych w celu zapewnienia równości szans, przy jednoczesnej diagnozie potencjału grupy docelowej w zakresie korzystania z tych rozwiązań; uwzględnienie w projekcie działań zorientowanych na zapobieganie stygmatyzacji osób z grup objętych wsparciem; uwzględnianie krzyżowego oddziaływania różnych czynników zagrażających równości szans; zaangażowanie w realizację zadań projektowych osób reprezentujących grupy defaworyzowane objęte pomocą.
- **Zasada zrównoważonego rozwoju** – podejmowanie działań zorientowanych na upowszechnianie idei zrównoważonego rozwoju i działań stanowiących jej realizację; powiązanie działań inwestycyjnych oraz działań „miękkich” (tj. upowszechniających tematykę dot. zrównoważonego rozwoju); uwzględnienie zagadnień dotyczących zrównoważonego rozwoju zarówno na etapie planowania (w tym: projektowania, w przypadku działań inwestycyjnych) działań projektowych, jak i ich późniejszej

³¹ W opisie dobrych praktyk dokonano powiązania obu zasad równościowych. Takie podejście wynika nie tylko ze zbliżonej logiki obu tych zasad, ale także stanowi rezultat przeprowadzonej analizy, która potwierdziła duży stopień podobieństwa działań podejmowanych w ewaluowanych projektach na rzecz realizacji każdej z tych zasad.

realizacji (sposób realizacji zadań, sposób wykorzystania utworzonej / zakupionej infrastruktury).

Wskazane powyżej dobre praktyki zostały zidentyfikowane w oparciu o deklaracje beneficjentów zawarte we wnioskach o dofinansowanie. Kwestia działań zorientowanych na realizację poszczególnych zasad horyzontalnych była jednak także podejmowana w badaniu pierwotnym, co pozwoliło uchwycić te działania, które faktycznie – biorąc pod uwagę odpowiedzi respondentów – były w ewaluowanych przedsięwzięciach podejmowane. Analiza wyników badania ankietowego potwierdziła charakter podejmowanych działań w obszarze realizacji zasad horyzontalnych, który ujawniła całościowa analiza danych zastanych. Tym samym, powyższy katalog dobrych praktyk znajduje swoje potwierdzenie także we wskazaniach beneficjentów odnoszących się do działań faktycznie podejmowanych w projektach.

Z kolei w badaniu jakościowym przedstawiciele IZ RPO WSL 2014-2020 wskazano przede wszystkim na fakt trudności w identyfikacji działań dotyczących zasad horyzontalnych, które wyczerpywałyby znamiona nowatorstwa lub ponadstandardowego charakteru. W opinii uczestników badania jakościowego wynika to przede wszystkim z faktu, że do realizacji zasad horyzontalnych zobowiązani są wszyscy projektodawcy i koncentrują się oni raczej na wypełnieniu określonych wymagań w tym zakresie, a nie podejmowaniu działań wysoce niestandardowych.

Ocena możliwości osiągnięcia założonych w Programie celów przypisanych do wsparcia w ramach OP IX (PI 9i cel 1, 9iv, 9v) oraz OP X (PI 9a) RPO WSL

W niniejszym podrozdziale zostały uwzględnione wyniki prognozowania dotyczącego możliwości realizacji założonych w Programie celów przypisanych do poszczególnych obszarów ewaluowanej interwencji. Zawartość merytoryczna podrozdziału odnosi się do treści pytania badawczego: „*Jaka jest możliwość osiągnięcia założonych celów szczegółowych, wyrażonych przypisanymi wskaźnikami? Jakie są powody nieosiągnięcia lub przekroczenia wartości docelowych wskaźników?*”. Należy w tym miejscu podkreślić, że kwestia stopnia realizacji wskaźników oraz powodów nieosiągnięcia lub przekroczenia wartości docelowych była przedmiotem analiz w dwóch pierwszych podrozdziałach, w którym również analizowano dane wskaźnikowe. By uniknąć dublowania procesu analitycznego w niniejszym podrozdziale skoncentrowano się na elemencie prognozowania możliwości realizacji założonych wartości docelowych w przypadku wskaźników, w których zidentyfikowano ryzyko ich nieosiągnięcia.

Prognozowanie zostało przeprowadzone w odniesieniu do 3 wskaźników w przypadku których występują wątpliwości w zakresie możliwości osiągnięcia wartości docelowych; są to 3 wskaźniki związane ze wsparciem EFRR:

- Działanie 10.1: Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (mln sztuk) na podstawie danych GUS
- Działanie 10.2: Liczba gospodarstw domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej (tys. sztuk) na podstawie danych GUS
- Działanie 10.2: Liczba nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach

Brak możliwości jednoznacznego stwierdzenia czy zostanie osiągnięta wartość docelowa dotyczy również jednego wskaźnika związanego ze wsparciem EFS, stosowanego w Działaniu 9.3 wskaźnika *Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych*. W jego przypadku nie było możliwe jednak przeprowadzenie prognozowania, ponieważ jego pomiar jest realizowany za pomocą badania ewaluacyjnego i nie są znane dane częściowe dotyczące dotychczas zakończonych projektów, co uniemożliwia zbudowanie modelu niezbędnego do prognozowania.

Przeprowadzenie prognozowania nie było możliwe w przypadku obu wskaźników, których źródłem pomiaru jest GUS. W ich przypadku nie jest możliwe zbudowanie modelu, ponieważ wskaźniki przyjmują tendencję odwrotną do zakładanej – zamiast zakładanego wzrostu mamy do czynienia ze spadkiem ich wartości. W takim przypadku model zawierałby sprzeczność, ponieważ wydatkowaniu alokacji towarzyszyłyby nie wzrosty, a spadki wartości wskaźników. Powodem takiego stanu rzeczy jest charakter tych wskaźników – dotyczą one ogółu porad ambulatoryjnych oraz ogółu środowiskowej pomocy społecznej w województwie śląskim, a nie tylko sytuacji związanych ze wsparciem RPO WSL 2014-2020. W takim przypadku dynamika zmian wskaźnika jest zależna od wielu czynników niezależnych od RPO, które mogą zdecydowanie silniej oddziaływać na dynamikę zmian tych wskaźników niż wsparcie RPO WSL 2014-2020. Dodatkowo w samym RPO WSL 2014-2020 można wyróżnić formy wsparcia, które mogą mieć wpływ na spadek wartości tych wskaźników. Jeśli chodzi o liczbę gospodarstw domowych objętych środowiskową pomocą społeczną, to w ramach EFS świadczone jest wsparcie mające na celu aktywizację społeczną i zawodową, którego efektem może być zaprzestanie korzystania ze środowiskowej pomocy społecznej.

Ponadto w ramach EFS świadczone jest wsparcie w zakresie profilaktyki zdrowotnej, którego efektem może być spadek porad ambulatoryjnych. Duży wpływ czynników zewnętrznych względem wsparcia EFRR, którego dotyczą omawiane wskaźniki oraz odwrotna tendencja od zakładanej sprawiają, iż nie jest możliwe prognozowanie wartości wskaźników GUS. W konsekwencji przeprowadzone prognozowanie dotyczy wyłącznie monitorowanego w ramach Działania 10.2 wskaźnika *Liczba nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach*.

Prognoza stanowiąca sumę trzech składowych: (1) obecnego stopnia realizacji wskaźników na podstawie zatwierdzonych wniosków o płatność (2) szacunkowego stopnia realizacji wskaźników na podstawie zobowiązań w umowach o dofinansowanie (3) wartości prognozowanej na podstawie pozostałej alokacji. Analiza uwzględnia 2 założenia, po pierwsze równomierny rozkład pozostałej alokacji w przyszłych latach, a po 2 proporcjonalność przyszłej struktury alokacji do obecnej struktury kontraktacji (udział alokacji przeznaczony na projekty realizujące dany wskaźnik w danym Działaniu proporcjonalny do udziału wydatków kwalifikowalnych w projektach realizujących dany wskaźnik w sumie wydatków kwalifikowalnych w danym Działaniu). Prognoza opracowywana została przy wykorzystaniu modelowania ekonometrycznego opartego o Metodę Najmniejszych Kwadratów. Współczynnik efektywności na podstawie modelu ekonometrycznego był szacowany na podstawie informacji z umów o dofinansowanie (odnośnie wartości dofinansowania i wartości docelowych wskaźnika *Liczba nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach*).

Przeprowadzona analiza pozwoliła na zbudowanie istotnego statystycznie modelu, co umożliwiło przeprowadzenie prognoz. Oszacowana wartość współczynnika efektywności wyniosła 0,00000393, co można zinterpretować, iż 1 zł dofinansowania przekłada się na stworzenie 0,00000393 mieszkania. Uwzględniając pozostałą w Działaniu 10.2 kwotę alokacji 68,9 mln zł oraz oszacowanie współczynnika funkcji regresji dokonano prognozowania wartości, którego wyniki przedstawione zostały poniżej:

Tabela 9. Wyniki prognozowania wartości wskaźnika: Liczba nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach

Nazwa składowej	Wartość	% wartości docelowej
1. Obecny stopień realizacji (WOP)	345	19,7%
2. Szacunkowa realizacja w projektach niezakończonych (UoD)	374	21,3%
3a. Prognozowana do osiągnięcia wartość na podstawie pozostałej alokacji - minimum	221	12,6%
3b. Prognozowana do osiągnięcia wartość na podstawie pozostałej alokacji	277	15,8%
3c. Prognozowana do osiągnięcia wartość na podstawie pozostałej alokacji - maksimum	333	19,0%
4a. Prognozowana wartość wskaźnika na koniec 2023 r. – minimum [1+2+3a]	940	53,6%
4b. Prognozowana wartość wskaźnika na koniec 2023 r. [1+2+3b]	996	56,8%
4c. Prognozowana wartość wskaźnika na koniec 2023 r. – maksimum [1+2+3c]	1052	60,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI stan na 26.04 2021 oraz SZOOP RPO WSL 2014-2020

Zgodnie z wynikami przeprowadzonej analizy prognozowana na koniec 2023 r. wartość wskaźnika *Liczba nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach* wynosi 996, co stanowi 56,8% wartości docelowej. Wskazane oszacowanie jest obarczone błędem, stąd wskazano, iż minimalna szacowana wartość wynosi 940 mieszkań (53,6%), a maksymalna 1052 mieszkania (60,0%). W związku z powyższym należy się spodziewać, iż wartość docelowa wskaźnika *Liczba nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach* na koniec 2023 r. nie zostanie osiągnięta.

Wskazanie kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027

W ramach niniejszego rozdziału dokonano wskazania kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027 z uwzględnieniem takich kwestii jak: aktualność dotychczasowych kierunków wsparcia; identyfikacja ewentualnych nowych obszarów / zakresów, które wymagają wsparcia; zagadnienia, które należy wziąć pod uwagę przy programowaniu systemu monitorowania przedmiotowego wsparcia w perspektywie finansowej 2021-2027; wewnętrzne zróżnicowanie terytorialne zrealizowanej interwencji stanowiącej przedmiot ewaluacji oraz obecnej sytuacji i występujących potrzeb oraz kierunków wsparcia; dobre praktyki w zakresie wdrażania projektów.

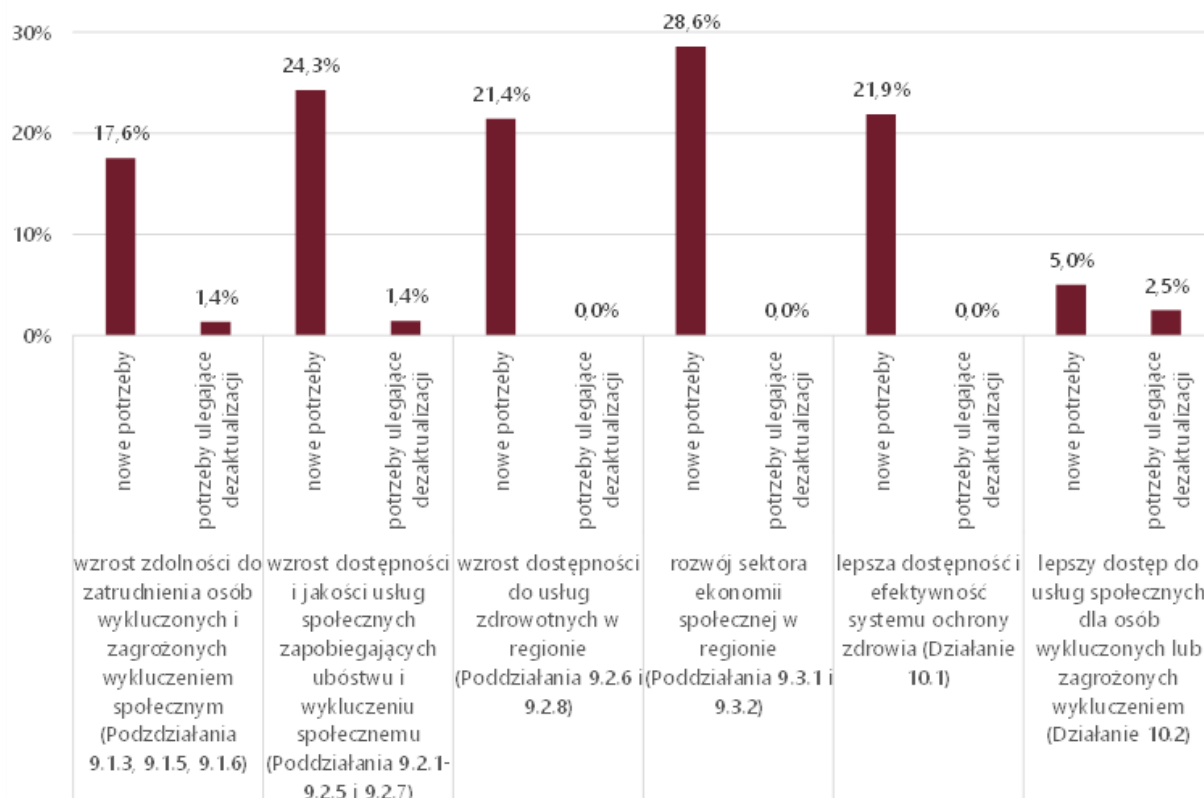
Aktualność dotychczasowych kierunków wsparcia

W poniższym podrozdziale wskazano dotychczasowe kierunki wsparcia, które nadal cechuje aktualność, a tym samym uzasadnienie dla stworzenia w przyszłym okresie finansowania określonych instrumentów pomocowych, które będą uwzględniać te kierunki.

Swoistym wprowadzeniem do niniejszego zagadnienia, a także pierwszym komponentem prowadzonej analizy była ocena przeprowadzona w podrozdziale „Skuteczność udzielonego wsparcia” w ramach rozdziału „Ocena dotychczasowych efektów wsparcia zaplanowanego w ramach PI 9i cel 1, 9iv, 9v oraz 9a RPO WSL”. W podrozdziale tym przeprowadzono szczegółową analizę sytuacji woj. śląskiego w odniesieniu do zróżnicowanych parametrów charakteryzujących kondycję regionu w obszarach odpowiadających zakresowi tematycznemu poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych. Analiza poniższa stanowi kontynuację i podsumowanie oceny dotyczącej aktualności dotychczasowych kierunków wsparcia.

Choć dla oceny aktualności dotychczasowych kierunków wsparcia istotne jest przede wszystkim bazowanie na danych zastanych oraz wiedzy eksperckiej, to jednak nie można niniejszej analizy prowadzić bez uwzględnienia opinii głównych kategorii interesariuszy, tj. beneficjentów i uczestników projektów. Na poniższym wykresie przedstawiono dane – pochodzące z badania beneficjentów – dotyczące występowanie nowych potrzeb i potrzeb, które uległy dezaktualizacji w ramach poszczególnych celów. Choć nie jest to więc ujęcie bezpośrednie zagadnienia aktualności dotychczasowych kierunków wsparcia, ale poprzez identyfikację skali dezaktualizacji możemy wnioskować także o aktualności.

Wykres 50. Występowanie nowych potrzeb i potrzeb, które uległy dezaktualizacji w ramach poszczególnych celów

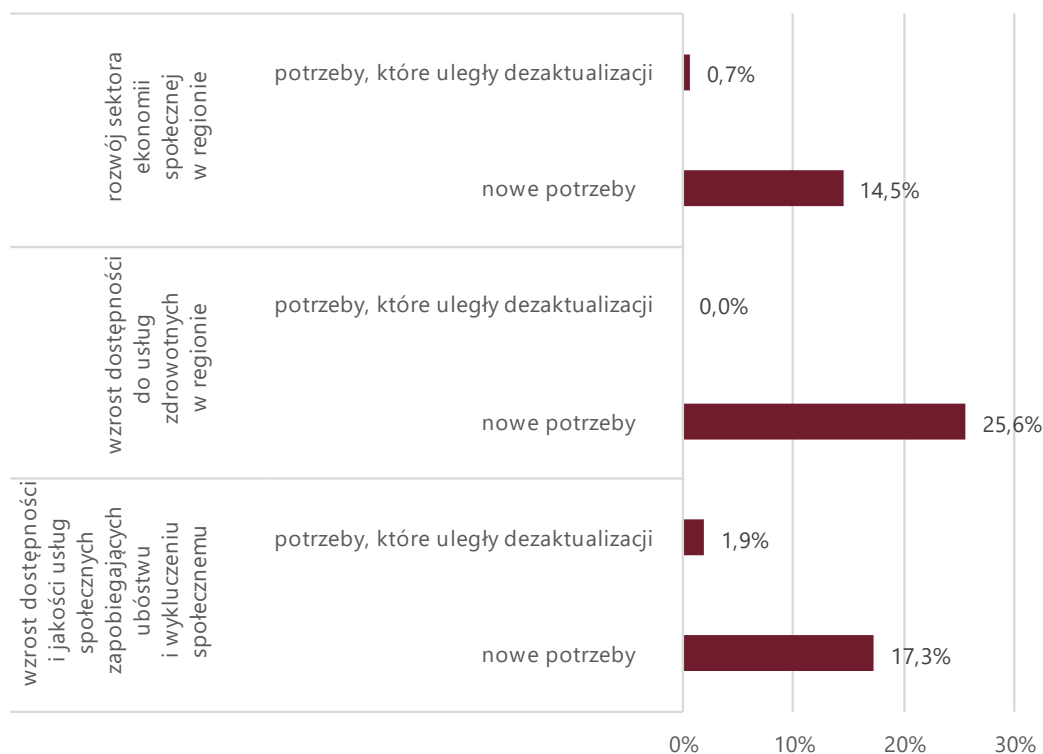


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z beneficjentami; lepsza dostępność i efektywność systemu ochrony zdrowia (Działanie 10.1) - n=32, lepszy dostęp do usług społecznych dla osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem (Działanie 10.2) - n=40, rozwój sektora ekonomii społecznej w regionie (Poddziałania 9.3.1 i 9.3.2) - n=7, wzrost dostępności do usług zdrowotnych w regionie (Poddziałania 9.2.6 i 9.2.8) - n=28, wzrost dostępności i jakości usług społecznych zapobiegających ubóstwu i wykluczeniu społecznemu (Poddziałania 9.2.1-9.2.5 i 9.2.7) - n=70, wzrost zdolności do zatrudnienia osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym (Poddziałania 9.1.3, 9.1.5, 9.1.6) - n=74

Jak wynika z powyższych danych, beneficjenci w bardzo niewielkim stopniu potwierdzili występowanie problemu dezaktualizacji poszczególnych celów interwencji. Tym samym, jeśli chodzi o perspektywę realizatorów projektów, to mówić możemy o jednoznacznym przekonaniu o utrzymującej się aktualności dotychczasowych kierunków wsparcia. Z drugiej strony, projektodawcy zauważają pojawienie się w poszczególnych obszarach interwencji nowych potrzeb – ta kwestia będzie przedmiotem analiz w kolejnym podrozdziale.

Analogiczne do powyższego zagadnienie było także podejmowane w badaniu instytucji objętych wsparciem – dane z tego badania przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 51. Występowanie nowych potrzeb i potrzeb, które uległy dezaktualizacji w poszczególnych obszarach wsparcia

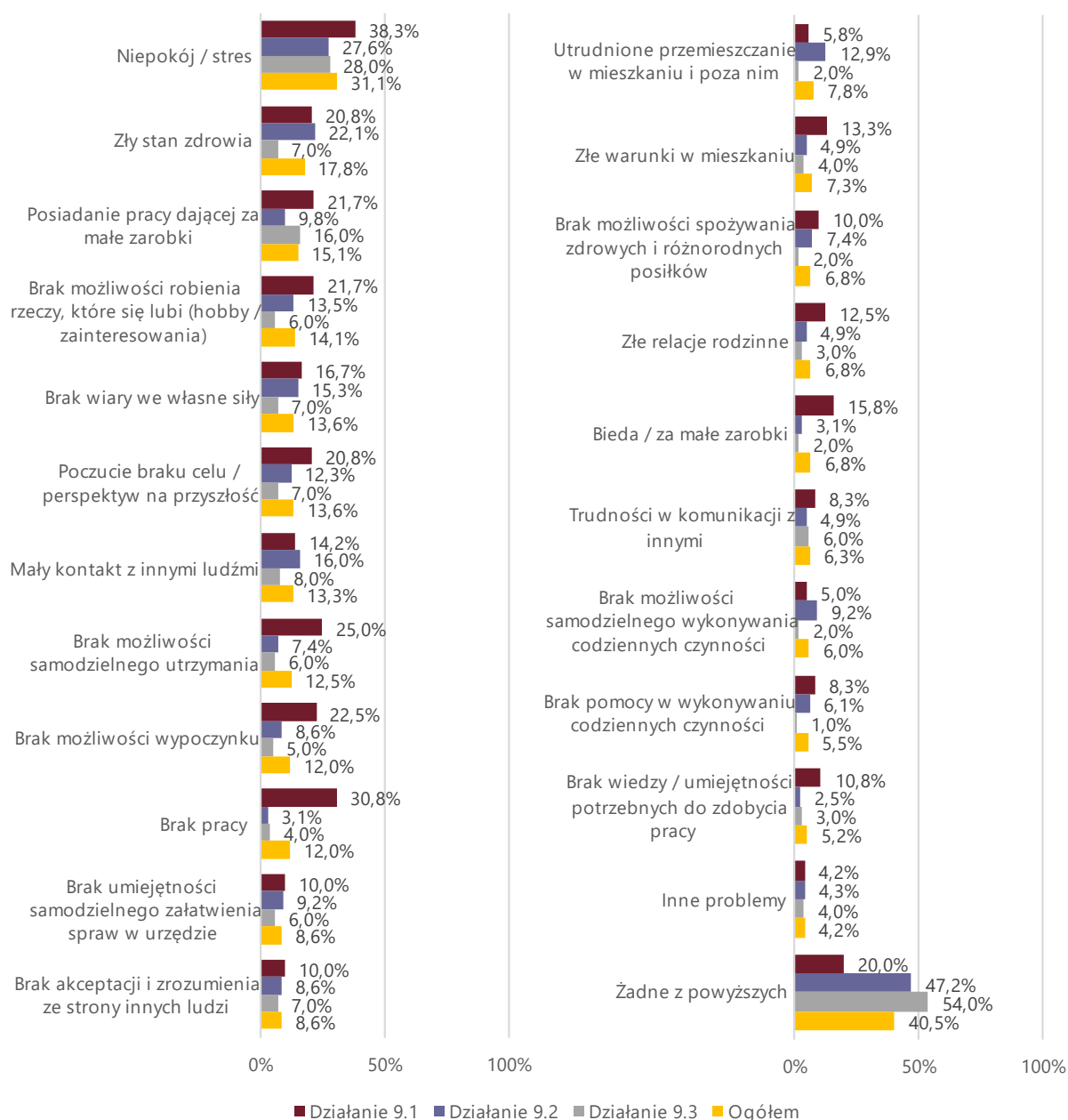


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI/CATI z instytucjami objętymi wsparciem; wzrost dostępności i jakości usług społecznych zapobiegających ubóstwu i wykluczeniu społecznemu - n=52, wzrost dostępności do usług zdrowotnych w regionie - n=39, rozwój sektora ekonomii społecznej w regionie - n=304; pytanie zadawane przedstawicielom instytucji wspartych w danym obszarze

W przypadku instytucji objętych wsparciem w ramach ewaluowanej interwencji mamy do czynienia z sytuacją tożsamą wobec tej, którą wcześniej zidentyfikowano w badaniu beneficjentów – respondenci w bardzo ograniczonym stopniu dostrzegają potrzeby, które uległy dezaktualizacji, co w praktyce oznacza, że cechuje ich przekonanie o utrzymaniu aktualności dotychczasowych kierunków pomocy.

Ostatnia grupa interesariuszy, których opinia została uwzględniona w analizie kwestii aktualność dotychczasowych kierunków wsparcia to uczestnicy projektów. W tym przypadku aktualność ta zostanie zweryfikowana poprzez identyfikację bieżących problemów dotyczących tej grupy osób.

Wykres 52. Aktualne problemy dotyczące uczestników projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z uczestnikami; Działanie 9.1 - n=120, Działanie 9.2 - n=163, Działanie 9.3 - n=100, Ogółem - n=383; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Zestawiając powyższą strukturę odpowiedzi z diagnozą problemową opracowaną na potrzeby RPO WSL 2014-2020 oraz diagnozami sytuacji wyjściowej przygotowywanymi na etapie aplikowania o wsparcie i zawartymi we wnioskach o dofinansowanie, stwierdzić należy, że mamy do czynienia z generalnym utrzymaniem się aktualności problemów dotyczących uczestników projektów, dla których rozwiązaniem miała być ewaluowana interwencja. Świadczy to więc o tym, że złożoność problemów specyficznych dla sfery społecznej i zdrowotnej jest na tyle duża, iż wymaga wsparcia długookresowego, wykraczającego poza horyzont czasowy jednej, czy dwóch perspektyw finansowych. Jednocześnie, zwrócić należy uwagę na to, że utrzymuje się duża różnorodność problemów dotyczących uczestników projektów – w RPO WSL 2014-2020 odpowiedzią na to było zapewnienie dużej różnorodności dofinansowywanych instrumentów pomocowych w obszarze społecznym. Skoro więc ta różnorodność problemów nadal występuje, utrzymane

powinno być także podejście bazujące na zapewnieniu możliwości pozyskania wsparcia finansowego na różnorodne działania adekwatne wobec dużej złożoności problemów odbiorców ostatecznych. Tym bardziej, że powyższe dane częściowo przełamują przekonanie o tym, że ogólna poprawa sytuacji społeczno-gospodarczej kraju i regionu zdezaktualizowała niektóre problemy ostatecznych odbiorców wsparcia, przede wszystkim te związane z sytuacją zawodową i materialną. Deklaracje uczestników projektów (przede wszystkim tych, którzy korzystali z pomocy w zakresie aktywnej integracji) wskazują, że nadal duże znaczenie mają takie problemy jak: posiadanie pracy dającej za małe zarobki, czy w ogóle brak zatrudnienia. Zresztą w badaniu eksperckim obraz wyłaniający się z powyższych danych został potwierdzony. Zwrócono uwagę, że np. dane dotyczące ubóstwa nie wskazują na jednoznaczny trend spadkowy, ale raczej, że zmienia się charakter i struktura tego zjawiska – nie są już nim dotknięte rodziny z dziećmi, ale przede wszystkim osoby tworzące jednoosobowe gospodarstwa domowe (w tym: osoby starsze) lub zamieszkujące obszary wiejskie.

Uwzględniając wyniki z ilościowych badań pierwotnych oraz danych z zasobów Polskiej Statystyki Publicznej, a także uzupełniając je wynikami badania jakościowego oraz analizy eksperckiej sformułowano następujące zalecenia, które dotyczą kwestii ewentualnej aktualności dotychczasowych kierunków wsparcia (przy czym podkreślić należy, że utrzymanie tych kierunków warunkowane będzie brakiem ograniczeń wynikających z regulacji nadrzędnych i przyjętej demarkacji pomiędzy regionalnym i krajowym poziomem interwencji):

- **W przypadku wsparcia w zakresie zdrowia** – utrzymanie wsparcia współfinansowanego ze środków EFS i zorientowanego na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, przy jednoczesnym monitorowaniu poziomu zapotrzebowania na konkretne usługi zdrowotne w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące liczby osób oczekujących na poszczególne rodzaje świadczeń medycznych oraz czasu oczekiwania na otrzymanie danego rodzaju świadczenia medycznego (dot. EFS).
- **W przypadku wsparcia w zakresie zdrowia** – utrzymanie wsparcia zorientowanego na wspomaganie profilaktyki zdrowotnej (w oparciu o finansowanie ze środków EFS lub w ramach *cross-financingu* stosowanego w projektach współfinansowanych ze środków EFRR), przy jednoczesnym zwiększeniu znaczenia działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży (ze szczególnym uwzględnieniem działań integrujących środowisko szkolne i rodzinne poprzez równoległe działania dla uczniów, rodziców i nauczycieli) (dot. EFS i EFRR).
- **W przypadku wsparcia w zakresie zdrowia** – utrzymanie wsparcia w ramach dotychczas priorytetowych obszarów interwencji o profilu zdrowotnym, które dotyczą chorób nowotworowych, chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób cywilizacyjnych (dot. EFS i EFRR).
- **W przypadku wsparcia w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych** – utrzymanie wsparcia w tym zakresie, przy jednoczesnym uwzględnieniu braku możliwości całkowitego przejścia do modelu zdeinstytucjonalizowanego (nie we wszystkich obszarach świadczenia usług społecznych i zdrowotnych formuła zdeinstytucjonalizowana jest możliwa do zastosowania) – deinstytucjonalizacja powinna być rozumiana nie tylko w wymiarze formalnym, ale także obejmującym działania w zakresie zmiany mentalnej w obszarze usług społecznych i zdrowotnych i wdrażania takiego podejścia także w ramach działań realizowanych w formie instytucjonalnej (dot. EFS i EFRR).
- **W przypadku wsparcia w zakresie aktywnej integracji** – utrzymanie wsparcia w tym zakresie, przy jednoczesnym zwiększeniu wsparcia środowiskowego i indywidualnie profilowanego, ew. odzwierciedlającego specyficzne potrzeby węższych grup osób dotkniętych różnymi aspektami wykluczenia społecznego (dot. EFS).

- **W przypadku wsparcia w zakresie ekonomii społecznej** – utrzymanie wsparcia w tym zakresie (bazującego na trzech filarach: pomocy finansowej, szkoleniach i doradztwie realizowanego poprzez OWES, które powinny być traktowane jako instytucje stabilizujące sytuację sektora ekonomii społecznej), przy jednoczesnym zapewnieniu pomocy w ramach dwóch modeli: (a) zatrudniania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym przez podmioty *stricte* komercyjne, (b) zatrudniania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym przez organizacje społeczne rozwijające działalność gospodarczą; wsparcie dotyczące ekonomii społecznej i spółdzielczości socjalnej powinno być traktowane m.in. jako instrument zabezpieczenia osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym przed trwałym wypadnięciem z rynku pracy w rezultacie sytuacji kryzysowych (pandemia, dekonunktura gospodarcza); wsparcie w zakresie ekonomii społecznej powinno także obejmować świadczenie określonej pomocy ostatecznym odbiorcom, którymi są osoby wykluczone lub zagrożone wykluczeniem społecznym (w tym przypadku wskazane są także działania włączające wsparcie w zakresie ekonomii społecznej w realizację celów związanych z aktywną integracją oraz świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych) (dot. EFS).
- **W przypadku wsparcia dotyczącego infrastruktury usług społecznych** – utrzymanie wsparcia w zakresie mieszkalnictwa chronionego (mieszkania treningowe / wspierane), w oparciu o istniejącą infrastrukturę (dot. EFRR).

Identyfikacja różnorodnych obszarów / zakresów, które wymagają objęcia wsparciem Programu w perspektywie 2021+

Uzupełnieniem rekomendacji zawartych we wcześniejszym podrozdziale, który dotyczy aktualności dotychczasowych kierunków wsparcia są poniższe zalecenia – przygotowane w oparciu o całość zebranego materiału empirycznego o charakterze ilościowym i jakościowym – odnoszące się do różnorodnych obszarów / zakresów, które wymagają objęcia wsparciem Programu w perspektywie 2021+.

W poniższej tabeli przedstawiono rekomendowane różnorodne obszary / zakresy wsparcia wraz z ich uzasadnieniem (chyba, że uzasadnienie to wynika z wcześniej przeprowadzonych analiz, np. dotyczących danych wskaźnikowych obrazujących sytuację woj. śląskiego w poszczególnych obszarach ewaluowanej interwencji, czy też prezentowanych danych wynikowych z badania ankietowego poszczególnych kategorii interesariuszy). Takie dodatkowe uzasadnienie jest w tym przypadku niezbędne ze względu na fakt, że sformułowana na potrzeby niniejszej części rekomendacja o wprowadzeniu określonych obszarów / zakresów wsparcia istotnie różni się w swej logice od rekomendacji wcześniejszej dotyczącej utrzymania w przyszłym okresie finansowania wybranych obszarów / rodzajów interwencji. W tamtym przypadku bowiem chodziło o potwierdzenie utrzymania zasadności problemów / wyzwań / potrzeb, które stanowiły podstawę do włączenia określonych rodzajów wsparcia w zakres interwencji RPO WSL 2014-2020. Natomiast tutaj konieczne jest wykazanie, że istnieje uzasadnienie dla włączenia określonych obszarów / zakresów pomocy w interwencję planowaną na potrzeby perspektywy finansowej 2021-2027.

Trzeba przy tym podkreślić, że wskazane poniżej obszary / zakresy wsparcia wynikają z przeprowadzonej analizy potrzeb, deficytów i uwarunkowań świadczenia usług zdrowotnych i społecznych oraz funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. To, czy poniższe propozycje będą mogły ostatecznie znaleźć swoje odzwierciedlenie w perspektywie 2021+ na poziomie regionalnym zależy będzie od regulacji wspólnotowych i krajowych, których ostateczny kształt nie był jeszcze znany w momencie opracowywania raportu końcowego. Z tego też względu rekomendacja dotycząca proponowanych obszarów / zakresów wsparcia została sformułowana w sposób warunkowy, tj. uwzględniający faktyczną możliwość zastosowania określonych rodzajów wsparcia na szczeblu wojewódzkim. Niemniej jednak na potrzeby

formułowania poniższych zaleceń poddano analizie projekty dokumentów regionalnych: Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 oraz Terytorialny Plan Sprawiedliwej Transformacji Województwa Śląskiego oraz projekty dokumentów krajowych: Umowa Partnerstwa, Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r., Krajowy Plan Odbudowy, Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Przy czym podkreślić należy, że dokumenty te nie zostały uwzględnione w takim znaczeniu, że identyfikowano w nich zapisy uzasadniające, czy potwierdzające celowość wskazanych obszarów wsparcia. W przeciwnym razie sformułowane rekomendacje stanowiłyby powielenie zapisów ww. dokumentów (i to jeszcze w ich nieostatecznych wersjach). Ich uwzględnienie polegało na identyfikacji jednoznacznych uwarunkowań uniemożliwiających sformułowanie zalecenia o włączeniu danego obszaru / formy w zakres interwencji regionalnej na lata 2021-2027.

Tabela 10. Obszary / zakresy, które wymagają objęcia wsparciem Programu w perspektywie 2021+ (wraz z dodatkowym uzasadnieniem)

Obszar / zakres pomocy	Uzasadnienie
<p>Wsparcie w zakresie leczenia psychiatrycznego, ze szczególnym uwzględnieniem usług wspierających zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży oraz wsparcia długoterminowego i środowiskowego, np. z wykorzystaniem centrów zdrowia psychicznego (przy jednoczesnym podkreśleniu, że wsparcie psychiatryczne / psychologiczne nie może być ograniczane wyłącznie do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym) (dot. EFS i EFRR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Współwystępowanie dwóch tendencji: wzrostu liczby osób wymagających pomocy psychiatrycznej / psychologicznej przy braku adekwatnego wzrostu stanu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego, w szczególności jeśli chodzi o dzieci i młodzież (zob. <i>Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020</i>) ▪ Wpisywanie się w długookresowy (tj. wykraczający poza rok 2020) priorytet (i jego cele szczegółowe): <i>Poprawa jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi poprzez rozwój kompleksowej opieki psychiatrycznej dorosłych i dzieci</i> zawarty w <i>Priorytetach dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej – Województwo Śląskie na okres 01.01.2019-31.12.2021</i> ▪ Wpisywanie się w założenia <i>Programu pn. Centra Zdrowia Psychicznego w Województwie Śląskim – strategia rozwoju</i>, którego zapisy zorientowane są m.in. na upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w woj. śląskim (zob. <i>Raport o stanie województwa za 2020 rok</i>) ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie dla obywateli państw trzecich, w tym: migrantów (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wysoki stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym wśród ofiar handlu ludźmi oraz osób, które otrzymały status uchodźcy, zgodę na pobyt czasowy lub ochronę uzupełniającą (zob. <i>Identyfikacja potrzeb w zakresie włączenia społecznego i zawodowego w województwie śląskim w latach 2018-2020+ wraz z propozycjami skutecznych działań na rzecz trwałej aktywizacji grup defaworyzowanych</i>) ▪ Zagrożenie dla funkcjonowania regionalnego rynku pracy polegające na ryzyku przeniesienia się legalnie pracujących imigrantów do bogatszych niż Polska krajów (zob. <i>Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020-2030</i>) ▪ Wpisywanie się w Cel Strategiczny B <i>Województwo śląskie regionem przyjaznym dla mieszkańca</i>. Cel operacyjny: B.1. <i>Wysoka jakość usług społecznych, w tym zdrowotnych</i> zawarty w <i>Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”</i>, gdzie identyfikuje się potrzebę „<i>integracji imigrantów poprzez ich włączenie w życie</i>”

Obszar / zakres pomocy	Uzasadnienie
	<p><i>społeczne i zawodowe oraz tworzenie więzi w ramach społeczności lokalnych”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Poprawa dostępu dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji do systemu ochrony zdrowia, np. poprzez premiowanie przedsięwzięć realizowanych na obszarach wiejskich lub przedsięwzięć zakładających określone działania rekrutacyjne / informacyjne wśród dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji (dot. EFS i EFRR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zróżnicowanie terytorialne dostępności usług zdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem ograniczonej dostępności na obszarach wiejskich ▪ Narastający problem deficytu specjalistycznego wsparcia medycznego (w zakresie opieki geriatrycznej) dla osób starszych (zob. <i>Charakterystyka województwa śląskiego w ujęciu demograficznym</i>) ▪ Występowanie powiązań pomiędzy obszarem zdrowia i problemem wykluczenia społecznego (zob. <i>Identyfikacja potrzeb w zakresie włączenia społecznego i zawodowego w województwie śląskim w latach 2018-2020+ wraz z propozycjami skutecznych działań na rzecz trwałej aktywizacji grup defaworyzowanych</i>) ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wspomaganie rozwoju podejścia środowiskowego w opiece hospicyjnej (dot. EFS i EFRR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie niewystarczających zasobów systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki hospicyjnej przy rosnącym zapotrzebowaniu wynikającym m.in. z niekorzystnych trendów demograficznych (zob. <i>Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020</i>) ▪ Relatywnie mała podaż oddziałów opieki paliatywnej w woj. śląskim na tle kraju (zob. <i>Raport o stanie województwa za 2020 rok; Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020-2030</i>)) ▪ Funkcjonowanie środowiskowej formuły opieki paliatywnej jako alternatywy dla deficytu stacjonarnej opieki hospicyjnej – wskazanie „<i>tworzenia placówek w formule dziennej dla osób wymagających opieki hospicyjnej, paliatywnej wraz z ich wsparciem w środowisku domowym</i>” jako jednego z kierunków i projektów wyznaczonych w toku warsztatów i debat strategicznych na potrzeby projektu <i>Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030</i> ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie dla placówek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie prowadzonych działań profilaktycznych (ze szczególnym uwzględnieniem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wpisywanie się w Cel Strategiczny B <i>Województwo śląskie regionem przyjaznym dla mieszkańca</i>. Cel operacyjny: B.1. <i>Wysoka jakość usług społecznych, w tym zdrowotnych zawarty w Strategii Rozwoju</i>

Obszar / zakres pomocy	Uzasadnienie
<p>profilaktyki chorób metabolicznych i kardiologicznych oraz nadwagi i otyłości) (dot. EFS i EFRR)</p>	<p><i>Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”, gdzie identyfikuje się potrzebę „aktywnej profilaktyki i zapewnienia kompleksowości usług medycznych, w szczególności w zakresie chorób cywilizacyjnych i wynikających ze zmian demograficznych”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wskazanie w projekcie <i>Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030</i> na „<i>niedostateczną świadomość społeczną w zakresie profilaktyki zachorowań</i>” jako jedno z kluczowych generalnych uwarunkowań wyznaczenia celów i mechanizmów realizacji <i>Regionalnej Polityki Zdrowia</i> oraz wskazanie w tym dokumencie „<i>Skutecznej profilaktyki i dogodnych warunków dla realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców regionu</i>” jako jednego z celów strategicznych ▪ Ograniczony potencjał wewnętrznych placówek podstawowej opieki zdrowotnej do realizacji szerokiego zakresu zadań profilaktycznych w oparciu wyłącznie w zasoby wewnętrzne ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie kadr realizujących usługi społeczne i zdrowotne, w tym: wsparcie szkoleniowe (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niewystarczające zasoby kadrowe do realizacji wybranych usług społecznych i zdrowotnych (zob. <i>Metaanaliza wyników badań ewaluacyjnych dotyczących oceny wsparcia z EFS – raport końcowy</i>) ▪ Występowanie powiązania pomiędzy wiedzą i kwalifikacją kadr realizujących wsparcie w zakresie usług społecznych i zdrowotnych, a skutecznością wsparcia dla odbiorców świadczonych usług (zob. <i>Identyfikacja potrzeb w zakresie włączenia społecznego i zawodowego w województwie śląskim w latach 2018-2020+ wraz z propozycjami skutecznych działań na rzecz trwałej aktywizacji grup defaworyzowanych; Raport o stanie ekonomii społecznej w województwie śląskim w 2019 roku</i>) ▪ Identyfikacja potrzeby „<i>zapewnienia możliwości bezpłatnego podwyższania kwalifikacji pracowników pomocy i integracji społecznej, szczególnie wśród podmiotów, które dotychczas nie korzystały z tego rodzaju wsparcia lub korzystały z niego w niewielkim stopniu</i>” w ramach analiz prowadzonych na potrzeby <i>Oceny zasobów pomocy społecznej. Województwo Śląskie 2019</i> ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie działań zorientowanych na zmniejszenie skali deficytu kadr medycznych, w szczególności poprzez rozwijanie kształcenia w zawodach pomocniczych: asystent / asystentka lekarza / lekarki; asystent / asystentka</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie trwałego problemu deficytów kadrowych w obszarze ochrony zdrowia (zob. projekt <i>Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030</i>)

Obszar / zakres pomocy	Uzasadnienie
<p>pielęgniarki / pielęgniarza; opiekun / opiekunka z przygotowaniem medycznym; sekretarka medyczna; specjalista zdrowia publicznego (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Długi okres kształcenia kadry lekarskiej uniemożliwiający rozwiązanie problemu deficytu kadr medycznych w perspektywie krótko- i średnioterminowej ▪ Wpisywanie się w długookresowy (tj. wykraczający poza rok 2020) priorytet (i jego cele szczegółowe): <i>Wspieranie działań mających na celu zwiększenie zasobów kadrowych ochrony zdrowia na Śląsku zawarty w Priorytetach dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej – Województwo Śląskie na okres 01.01.2019-31.12.2021</i> ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie działań zorientowanych na zmniejszenie skali deficytu osób pełniących rolę asystencką / opiekuńczą wobec osób niesamodzielnych (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wzrost zapotrzebowania na osoby pełniące rolę asystencką / opiekuńczą w związku z postępowaniem procesu deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych ▪ Występowanie potrzeby wsparcia kadr otrzymujących nowe zadania w procesie delegacji obowiązków i uprawnień, tj. opiekunów medycznych, asystentów medycznych, opiekunów seniora (zob. projekt <i>Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030</i>) ▪ Występowanie potrzeby „rozwoju dobrej jakości usług opiekuńczych świadczonych przez profesjonalnie przygotowany personel, m.in. poprzez zwiększenie nakładów finansowych na tę formę wsparcia” (zob. <i>Ocena zasobów pomocy społecznej. Województwo Śląskie 2019</i>) ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie tworzenia środowiskowej formuły pomocy bazującej na tzw. „kręgach wsparcia” i pomocy sąsiedzkiej (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wzrost znaczenia najbliższego otoczenia społecznego w związku z postępowaniem procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych ▪ Występowanie problemu „ograniczenia realizowanej dotychczas opieki wewnątrzrodzinnej oraz zwiększenia zapotrzebowania na usługi świadczone przez wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne oraz nieformalne sieci wsparcia” (zob. <i>Ocena zasobów pomocy społecznej. Województwo Śląskie 2019</i>) ▪ Identyfikacja tzw. „usług sąsiedzkich” jako dobrej praktyki w realizacji określonych usług społecznych (zob. <i>Metaanaliza wyników badań ewaluacyjnych dotyczących oceny wsparcia z EFS – raport końcowy</i>) ▪ Wskazanie instrumentu „Program pomocy sąsiedzkiej – wsparcie dla osób starszych /samotnych” jako postulowanego narzędzia realizacji Priorytetu II projektu <i>Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030</i> ▪ Postulat uczestników badania jakościowego

Obszar / zakres pomocy	Uzasadnienie
<p>Wsparcie w zakresie rehabilitacji, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji domowej (w tym: rehabilitacji dla pacjentów po przejściu COVID-19 i rehabilitacji osób w wieku produkcyjnym) (dot. EFS i EFRR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konieczność zapewnienia wsparcia rehabilitacyjnego dla populacji osób, których dotyczą powikłania po przejściu COVID-19 ▪ Brak zinstytucjonalizowanego systemu wsparcia dotyczącego rehabilitacji osób, których dotyczą powikłania po przejściu COVID-19 ▪ Potrzeba ograniczenia negatywnego oddziaływania czynników zdrowotnych na skracanie się czasu aktywności zawodowej ▪ Duże znaczenie wsparcia współfinansowanego ze środków wspólnotowych dla poprawy dostępności pomocy rehabilitacyjnej (zob. <i>Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej</i>) ▪ Systematyczny wzrost zapotrzebowania na rehabilitację wśród osób starszych, co obniża dostępność tego rodzaju pomocy dla innych grup (zob. <i>Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. śląskiego</i>) ▪ Uwzględnienie rehabilitacji (stanowiącej element tzw. profilaktyki III fazy) jako jednego z kluczowych obszarów działań w obszarze zdrowia (zob. projekt <i>Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030</i>) ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie działań w zakresie rozwijania zdalnego zarządzania świadczeniem usług opiekuńczych i zdrowotnych, przy jednoczesnej promocji tego rodzaju podejścia – premiowanie projektów uwzględniających rozwiązania technologiczne i/lub organizacyjne z zakresu telemedycyny i/lub teleopieki (dot. EFS i EFRR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wzrost zapotrzebowania na tego rodzaju działania wynikający z ograniczeń świadczenia usług opiekuńczych i zdrowotnych w rezultacie kryzysu pandemicznego ▪ Identyfikacja formuły teleopieki jako szansy na zwiększenie dostępności usług opiekuńczych adresowanych do osób starszych (zob. <i>Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020-2030</i>) ▪ Identyfikacja telemedycyny jako jednego z elementów stabilności systemu ochrony zdrowia w woj. śląskim (zob. projekt <i>Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030</i>) ▪ Identyfikacja rozwiązań z zakresu telemedycyny jako narzędzi wspomagania działań w obszarze profilaktyki i opieki skoordynowanej (zob. <i>Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020</i>) ▪ Sformułowanie celu „Technologie medyczne i usługi zdrowotne inteligentną i wysokokonkurencyjną branżą rozwoju regionu” jako

Obszar / zakres pomocy	Uzasadnienie
	<p>jednego z celów projektu <i>Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie działań zorientowanych na włączanie mieszkańców w aktywność społeczno-obywatelską (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie nieformalnego kapitału społecznego, który mógłby zostać zdyskontowany w obszarze społeczno-obywatelskim (zob. <i>Charakterystyka województwa śląskiego w ujęciu demograficznym</i>) ▪ Relatywna słabość społeczeństwa obywatelskiego w Polsce (zob. <i>Metaanaliza wyników badań ewaluacyjnych dotyczących oceny wsparcia z EFS – raport końcowy</i>) pomimo zauważalnego wzrostu aktywności społecznej Polaków (zob. <i>Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020-2030</i>) ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie działań zorientowanych na zniwelowanie problemu „podwójnego starzenia się”, tj. opieki osób w wieku senioralnym nad swoimi rodzicami (dot. EFS i EFRR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie tendencji demograficznych wskazujących na wzrost udziału osób starszych w populacji - stałemu wzrostowi liczby osób w wieku poprodukcyjnym towarzyszy równoczesny spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (zob. <i>Charakterystyka województwa śląskiego w ujęciu demograficznym</i>) ▪ Występowanie potrzeby „rozwoju dobrej jakości usług opiekuńczych świadczonych przez profesjonalnie przygotowany personel, m.in. poprzez zwiększenie nakładów finansowych na tę formę wsparcia” (zob. <i>Ocena zasobów pomocy społecznej. Województwo Śląskie 2019</i>) ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie na rzecz zindywidualizowanych działań w zakresie aktywnej integracji (bazujących na podejściu mentoringowym i coachingowym) (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Możliwość zastosowania narzędzi pomocowych, które umożliwiają nie tylko dostosowanie zakresu pomocy do specyficznych potrzeb odbiorców wsparcia, ale także pozwalają na jego dynamiczne modyfikowanie w procesie aktywnej integracji ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie na rzecz osób długotrwale bezrobotnych i osób starszych poprzez ich włączanie w przedsięwzięcia w zakresie ekonomii społecznej (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie tendencji demograficznych wskazujących na wzrost udziału osób starszych w populacji - stałemu wzrostowi liczby osób w wieku poprodukcyjnym towarzyszy równoczesny spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (zob. <i>Charakterystyka województwa śląskiego w ujęciu demograficznym</i>) ▪ Zmiana trendów na rynku pracy – malejąca ogólna stopa bezrobocia przy jednoczesnym utrzymywaniu się relatywnie dużej skali bezrobocia długotrwałego w populacji osób bezrobotnych

Obszar / zakres pomocy	Uzasadnienie
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adekwatność specyfiki sektora ekonomii społecznej wobec potrzeb wskazanych grup (uwzględniona w rekomendacjach kierunkowych określonych w <i>Ocenie zasobów pomocy społecznej. Województwo Śląskie 2019</i>) ▪ Wpisywanie się w Cel Strategiczny 1: <i>Rozwój warunków sprzyjających aktywnemu i pełnemu uczestnictwu osób starszych w życiu społecznym. Dostosowanie systemu wsparcia do potrzeb starzejącego się społeczeństwa</i> określony w <i>Strategii Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020-2030</i> ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie na rzecz działań o profilu międzypokoleniowym (wolontariat międzypokoleniowy) lub wewnątrzpokoleniowym (wolontariat dla osób w wieku senioralnym w ramach wsparcia dla innych osób w zbliżonym wieku) (dot. EFS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie tendencji demograficznych wskazujących na wzrost udziału osób starszych w populacji - stałemu wzrostowi liczby osób w wieku poprodukcyjnym towarzyszy równoczesny spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (zob. <i>Charakterystyka województwa śląskiego w ujęciu demograficznym</i>) ▪ Występowanie problemu ograniczania podmiotowości i stosowania „nadopiekuńczości” wobec osób starszych skutkującego ich ograniczoną aktywnością (zob. <i>Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej</i>) ▪ Występowanie potrzeby „podtrzymania aktywności społecznej seniorów przez możliwie najdłuższy okres czasu” oraz „utrzymania seniorów przez możliwie najdłuższy okres czasu w ich dotychczasowym środowisku zamieszkania (zob. <i>Ocena zasobów pomocy społecznej. Województwo Śląskie 2019</i>) ▪ Występowanie problemu „ograniczenia realizowanej dotychczas opieki wewnątrzrodzinnej oraz zwiększenia zapotrzebowania na usługi świadczone przez wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne oraz nieformalne sieci wsparcia” (zob. <i>Ocena zasobów pomocy społecznej. Województwo Śląskie 2019</i>) ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
<p>Wsparcie działań integrujących wsparcie z obszaru usług społecznych i zdrowotnych (dot. EFS i EFRR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie zjawiska współistnienia w wybranych grupach docelowych problemów z obszaru zdrowia i obszaru społecznego (zob. <i>Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020-2030</i>) ▪ Występowanie problemu rozdziału projektów z obszaru zdrowia i obszaru społecznego wynikającego ze struktury wdrażanej interwencji

Obszar / zakres pomocy	Uzasadnienie
Wsparcie na rzecz działań profilaktycznych w zakresie ergonomii pracy i edukacji zdalnej – dot. przedsięwzięć związanych ze wzrostem świadomości w zakresie prawidłowej ergonomii w ramach pracy i edukacji, które są realizowane w formie zdalnej (dot. EFS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Postulat uczestników badania jakościowego ▪ Wzrost zapotrzebowania na tego rodzaju działania profilaktyczne wynikający ze zmiany modeli pracy i edukacji w rezultacie kryzysu pandemicznego ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
Wsparcie w zakresie turystyki społecznej realizowane z wykorzystaniem instrumentów terytorialnych na obszarach wiejskich (chodzi o przedsięwzięcia angażujące i aktywizujące mieszkańców obszarów wiejskich w zakresie świadczenia usług turystycznych, które oferowane są w szczególności osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym, np. osobom starszym, osobom niesamodzielnym, osobom z niepełnosprawnościami) (dot. EFS i EFRR)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie problemu ograniczania podmiotowości i stosowania „nadopiekuńczości” wobec osób starszych skutkującego ich ograniczoną aktywnością (zob. <i>Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej</i>) ▪ Występowanie potrzeby „podtrzymania aktywności społecznej seniorów przez możliwie najdłuższy okres czasu” oraz „utrzymania seniorów przez możliwie najdłuższy okres czasu w ich dotychczasowym środowisku zamieszkania (zob. <i>Ocena zasobów pomocy społecznej. Województwo Śląskie 2019</i>) ▪ Możliwość zagospodarowania branży turystycznej przez przedsiębiorstwa społeczne. ▪ Postulat uczestników badania jakościowego
Wsparcie oddolnych inicjatyw mieszkańców w zakresie działań społecznych i zdrowotnych w środowisku lokalnym na rzecz dobra wspólnego (dot. EFS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Występowanie nieformalnego kapitału społecznego, który mógłby zostać zdyskontowany w realizacji działań społecznych i zdrowotnych (zob. <i>Charakterystyka województwa śląskiego w ujęciu demograficznym</i>) ▪ Zniwelowanie barier formalno-administracyjnych związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków wspólnotowych poprzez wprowadzenie uproszczonej formuły dla przedsięwzięć o niewielkiej skali finansowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Zagadnienia, które należy wziąć pod uwagę przy programowaniu systemu monitorowania przedmiotowego wsparcia w perspektywie finansowej 2021-2027

W ramach analizy dotyczącej zagadnień, które należy wziąć pod uwagę przy programowaniu systemu monitorowania przedmiotowego wsparcia w perspektywie finansowej 2021-2027 wzięto pod uwagę dwie kwestie. Po pierwsze, sformułowano – w oparciu o wyniki badania jakościowego oraz analizę ekspercką – ogólne zalecenia dotyczące opracowania systemu monitoringu. Po drugie, przeprowadzono weryfikację i analizę wskaźników zawartych w materiale roboczym dotyczącym wskaźników na potrzeby FE SL (tj. wskaźników projektowanych do wykorzystania w ramach Celu Polityki 4 – Europa o silniejszym wymiarze społecznym – wdrażanie Europejskiego filaru praw socjalnych, wskazanych w projekcie rozporządzenia dotyczącym polityki spójności na okres perspektywy finansowej 2021-2027) formułując szczegółowe zalecenia ich dotyczące

Jeśli chodzi o ogólne zalecenia dotyczące opracowania wskaźników na potrzeby przyszłego okresu finansowania, to odnoszą się one przede wszystkim do takich kwestii jak:

- dążenie do możliwie jak największego uproszczenia katalogu wskaźników rozumianego jako stosowanie jak najmniejszej liczby mierników w poszczególnych obszarach wsparcia (z jednoczesną świadomością, że w ramach EFS utrzymanie bardzo małej liczby wskaźników może być utrudnione, a w przypadku EFRR zbyt mała liczba wskaźników może utrudniać dokonanie szczegółowego pomiaru uwzględniającego specyfikę danego obszaru interwencji);
- odnoszenie się do specyfiki konkretnych form wsparcia / typów projektów w definicjach wskaźników i opisie przyjętej metodologii ich pomiaru;
- włączanie do katalogu wskaźników takich mierników, które dotyczą efektów o charakterze „miękkim”, odnoszą się do efektów związanych z motywacją wewnętrzną i pewnością siebie, zaangażowaniem, jakością życia, funkcjonowaniem rodziny, poprawą stanu zdrowia;
- ograniczanie w obszarze aktywnej integracji kierowanej do grup w najtrudniejszej sytuacji stosowania wskaźników odnoszących się do osiągnięcia określonego efektu (szczególnie zatrudnieniowego) i położenie nacisku na wskaźniki dotyczące przebiegu procesu wsparcia i dotarcia ze wsparciem do grupy docelowej;
- uwzględnienie w projektowaniu katalogu wskaźników kwestii dostępności danych historycznych, które pozwalałaby na wiarygodne szacowanie wartości nowych wskaźników;
- dążenie do jak największej precyzji i jednoznaczności definicji wskaźników i przyjętych sposobów ich pomiaru, szczególnie poprzez uwzględnienie fazy „testowania” i konsultowania propozycji wskaźników w formule wykraczającej poza IZ / IP.

W odniesieniu do propozycji wskaźników zawartych w materiale roboczym dotyczącym wskaźników na potrzeby FE SL sformułowano natomiast następujące zalecenia szczegółowe³²:

- W odniesieniu do wskaźnika: „Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem w zakresie wdrażania standardu dostępności” – modyfikacja definicji wskaźnika w taki sposób, by wliczane były do niego: podmioty lecznicze, które skorzystały ze wsparcia EFS+ w procesie wdrażania standardu dostępności lub których przedstawiciele skorzystali ze szkoleń **poświęconych w całości lub części** procesom wdrażania standardu dostępności.
- W odniesieniu do wskaźnika: „Liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie” – modyfikacja nazwy wskaźnika tak, by odpowiadała ona definicji wskaźnika, tj. jej sformułowanie w następujący sposób: „Liczba osób, które rozpoczęły udział w projektach przewidujących świadczenie usług w społeczności lokalnej”.
- W odniesieniu do wskaźnika: „Liczba podmiotów leczniczych, które wdrożyły standard dostępności” – doprecyzowanie wymagań określonych w definicji wskaźnika dotyczących formy i zakresu „raportu ewaluacyjnego / audytu”, który ma potwierdzać wdrożenie standardu dostępności.
- W odniesieniu do wskaźnika „Liczba osób bezrobotnych, w tym długotrwale bezrobotnych, objętych wsparciem w programie” – korekta opisu dotyczącego kosztu jednostkowego, w którym mowa jest o osobach biernych zawodowo.
- W odniesieniu do wskaźnika „Liczba osób, których sytuacja społeczna uległa poprawie po opuszczeniu programu” – rozważenie uproszczenia kafeterii wymiarów, w których oceniana jest poprawa sytuacji osób po opuszczeniu programu (szczególnie, że zaplanowano roczną częstotliwość pomiaru) oraz precyzyjne zoperacjonalizowanie ostatecznego katalogu wymiarów poprawy.
- W odniesieniu do wskaźnika „Liczba osób pracujących po 24 miesiącach od uzyskania zatrudnienia w PS w ramach projektu” – doprecyzowanie, czy wskaźnik odnosi się do ciągłości zatrudnienia w okresie 24 miesięcy, czy faktu zatrudnienia w momencie pomiaru (w tym drugim przypadku uzasadniona byłaby korekta definicji wskaźnika tak, by nie odwoływała się ona do pojęcia „trwałej” zmiany statusu na rynku pracy).
- W odniesieniu do wskaźnika „Roczna liczba osób korzystających z objętych wsparciem ośrodków opieki zdrowotnej” – korekta językowa fragmentu definicji wskaźnika poprzez usunięcie podwójnego wystąpienia określenia: „przychodnie”; uspoźnienie stosowanego nazewnictwa (w chwili obecnej nazwa i definicja wskaźnika uwzględniają pojęcia: placówki opieki zdrowotnej, ośrodki opieki zdrowotnej, placówki służby zdrowia).

³² Należy przy tym podkreślić, że większość szczegółowych zaleceń dotyczących propozycji wskaźników na lata 2021-2027 w praktyce odnosi się do zapisów Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych, która opracowywana jest centralnie. Tym samym, na poziomie regionalnym nie ma możliwości ich skutecznego wdrożenia – byłoby to możliwe jedynie na szczeblu ministerialnym, w przypadku wprowadzania ewentualnych korekt do Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych, przed rozpoczęciem wdrażania interwencji w programach przyszłej perspektywy finansowej.

Wewnętrzne zróżnicowanie terytorialne zrealizowanej interwencji oraz obecnej sytuacji i występujących potrzeb oraz kierunków wsparcia

W ramach niniejszego podrozdziału przedstawiono szczegółowe dane dotyczące wewnętrznego zróżnicowania terytorialnego zrealizowanej interwencji, obecnej sytuacji i występujących potrzeb oraz kierunków wsparcia.

W poniższych tabelach przedstawiono dane dotyczące zróżnicowania terytorialnego zrealizowanej interwencji (w odniesieniu do projektów i uczestników projektów).

Tabela 11. Zróżnicowanie terytorialne projektów w obszarze społecznym

Powiat	Ogółem			W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców			Ogółem			W przeliczeniu na mieszkańca		
	Liczba projektów infrastrukturalnych (EFRR)	Liczba projektów miękkich (EFS)	Liczba projektów RAZEM	Liczba projektów infrastrukturalnych (EFRR)	Liczba projektów miękkich (EFS)	Liczba projektów RAZEM	Kwota dofinansowania projektów infrastrukturalnych	Kwota dofinansowania projektów miękkich (EFS)	Kwota dofinansowania RAZEM	Kwota dofinansowania projektów infrastrukturalnych	Kwota dofinansowania projektów miękkich (EFS)	Kwota dofinansowania RAZEM
będziński	3	35	38	0,20	2,36	2,57	6 267 023	8 823 815	15 090 838	42,32	59,58	101,90
bielski	0	41	41	0,00	2,47	2,47	0	15 633 898	15 633 898	0,00	94,20	94,20
Bielsko-Biała	1	42	43	0,06	2,46	2,52	4 450 918	8 996 322	13 447 240	26,08	52,71	78,79
bieruńsko-lęczyński	0	30	30	0,00	5,02	5,02	0	4 398 254	4 398 254	0,00	73,58	73,58
Bytom	2	41	43	0,12	2,48	2,60	6 451 446	22 516 618	28 968 064	39,04	136,25	175,28
Chorzów	1	32	33	0,09	2,97	3,06	1 931 413	6 290 538	8 221 952	17,92	58,35	76,27
cieszyński	1	36	37	0,06	2,02	2,08	481 011	12 607 778	13 088 789	2,70	70,75	73,45
Częstochowa	3	36	39	0,14	1,63	1,77	5 076 049	13 572 839	18 648 888	23,03	61,57	84,60
częstochowski	1	39	40	0,07	2,90	2,97	458 979	14 382 423	14 841 402	3,41	106,89	110,30
Dąbrowa Górnicza	1	34	35	0,08	2,85	2,93	3 742 763	7 500 402	11 243 165	31,35	62,83	94,19
Gliwice	1	34	35	0,06	1,90	1,96	682 349	9 855 795	10 538 144	3,82	55,18	59,00
gliwicki	1	33	34	0,09	2,86	2,94	429 909	7 477 198	7 907 107	3,72	64,72	68,44
Jastrzębie-Zdrój	0	31	31	0,00	3,49	3,49	0	4 803 554	4 803 554	0,00	54,13	54,13
Jaworzno	0	30	30	0,00	3,29	3,29	0	4 344 194	4 344 194	0,00	47,68	47,68
Katowice	1	42	43	0,03	1,43	1,47	614 636	17 347 176	17 961 812	2,10	59,25	61,35
kłobucki	1	32	33	0,12	3,78	3,90	546 978	10 080 621	10 627 599	6,47	119,17	125,64
lubliniecki	0	30	30	0,00	3,92	3,92	0	4 741 872	4 741 872	0,00	62,02	62,02
mikołowski	0	34	34	0,00	3,43	3,43	0	7 742 575	7 742 575	0,00	78,22	78,22
Mysłowice	0	29	29	0,00	3,89	3,89	0	3 290 006	3 290 006	0,00	44,09	44,09
myszkowski	1	34	35	0,14	4,80	4,94	815 073	8 077 935	8 893 008	11,50	113,97	125,47
Piekary Śląskie	0	32	32	0,00	5,82	5,82	0	5 986 663	5 986 663	0,00	108,79	108,79
pszczyński	2	35	37	0,18	3,14	3,32	1 371 792	6 806 337	8 178 129	12,30	61,02	73,32
raciborski	0	33	33	0,00	3,05	3,05	0	6 764 307	6 764 307	0,00	62,51	62,51
Ruda Śląska	1	32	33	0,07	2,33	2,40	914 376	7 190 216	8 104 592	6,66	52,35	59,00
rybnicki	2	29	31	0,26	3,71	3,96	4 349 394	4 422 157	8 771 550	55,61	56,54	112,15

Powiat	Ogółem			W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców			Ogółem			W przeliczeniu na mieszkańca		
	Liczba projektów infrastrukturalnych (EFRR)	Liczba projektów miękkich (EFS)	Liczba projektów RAZEM	Liczba projektów infrastrukturalnych (EFRR)	Liczba projektów miękkich (EFS)	Liczba projektów RAZEM	Kwota dofinansowania projektów infrastrukturalnych	Kwota dofinansowania projektów miękkich (EFS)	Kwota dofinansowania RAZEM	Kwota dofinansowania projektów infrastrukturalnych	Kwota dofinansowania projektów miękkich (EFS)	Kwota dofinansowania RAZEM
Rybnik	1	32	33	0,07	2,32	2,39	2 771 616	6 254 482	9 026 099	20,07	45,29	65,36
Siemianowice Śląskie	3	31	34	0,45	4,64	5,09	2 097 087	5 986 327	8 083 414	31,37	89,56	120,93
Sosnowiec	1	33	34	0,05	1,65	1,70	5 746 846	11 456 206	17 203 052	28,74	57,29	86,03
Świętochłowice	0	33	33	0,00	6,66	6,66	0	5 928 379	5 928 379	0,00	119,63	119,63
tarnogórski	1	35	36	0,07	2,49	2,56	1 704 858	14 578 988	16 283 847	12,13	103,75	115,88
Tychy	1	31	32	0,08	2,43	2,51	3 472 072	6 494 278	9 966 350	27,21	50,90	78,11
wodzisławski	3	32	35	0,19	2,04	2,23	4 994 782	7 174 628	12 169 410	31,80	45,67	77,47
Zabrze	0	36	36	0,00	2,09	2,09	0	12 373 842	12 373 842	0,00	71,79	71,79
zawierciański	0	38	38	0,00	3,23	3,23	0	16 459 189	16 459 189	0,00	139,93	139,93
Żory	1	30	31	0,16	4,80	4,96	2 611 367	4 038 449	6 649 816	41,80	64,64	106,44
żywiecki	3	42	45	0,20	2,75	2,95	1 863 051	18 716 437	20 579 489	12,20	122,53	134,72
ŚLĄSKIE	37	258	295	0,08	0,57	0,65	51 017 446	46 314 675	97 332 121	11,29	10,25	21,54

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI oraz GUS BDL

Tabela 12. Zróżnicowanie terytorialne uczestników projektów w obszarze społecznym

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym na 1 tysiąc ludności	Udział uczestników projektów w obszarze społecznym w całkowitej liczbie osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym
ŚLĄSKIE	10,4	34,3%	47162
będziński	9,5	30,1%	1406
Będzin	8,6	24,9%	487
Bobrowniki	15,2	76,7%	184
Czeladź	10,6	24,0%	332
Mierzęcice	3,4	19,8%	26
Psary	6,2	39,2%	76
Siewierz	5,1	32,6%	63
Sławków	18,9	38,7%	132
Wojkowice	11,9	43,6%	106
bielski	10,7	58,1%	1784
Bestwina	9,0	39,9%	107
Buczkowice	18,4	93,2%	207
Czechowice-Dziedzice	8,8	44,1%	400
Jasienica	10,1	89,8%	247
Jaworze	7,6	30,4%	56
Kozy	20,7	140,1%	269
Porąbka	3,3	17,2%	52
Szczyrk	21,7	67,2%	125
Wilamowice	7,3	35,2%	129
Wilkowice	14,3	114,3%	192
Bielsko-Biała	10,5	60,5%	1791
Bielsko-Biała	10,5	60,5%	1791
bieruńsko-łódziński	5,6	33,3%	332
Bieruń	4,7	41,4%	92
Bojszowy	5,0	27,4%	40
Chelm Śląski	6,3	28,6%	40
Imielin	5,2	21,2%	48
Łędziny	6,7	42,4%	112
Bytom	25,2	58,6%	4157
Bytom	25,2	58,6%	4157
Chorzów	12,2	25,6%	1317
Chorzów	12,2	25,6%	1317
cieszyński	6,6	20,6%	1174
Brenna	5,8	14,1%	65
Chybie	2,8	9,5%	28
Cieszyn	11,3	53,3%	388
Dębowiec	6,5	25,0%	38
Goleszów	5,7	24,4%	75
Hażlach	3,5	33,0%	38
Istebna	4,9	6,9%	60
Skoczów	4,8	16,6%	130
Strumień	6,7	15,8%	89
Ustroń	4,3	13,4%	69
Wiśla	4,6	10,7%	51
Zebrzydowice	10,8	32,5%	143
Częstochowa	12,7	36,2%	2796
Częstochowa	12,7	36,2%	2796

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym na 1 tysiąc ludności	Udział uczestników projektów w obszarze społecznym w całkowitej liczbie osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym
częstochowski	8,2	22,9%	1104
Blachownia	6,9	19,2%	89
Dąbrowa Zielona	14,5	22,8%	56
Janów	11,4	35,4%	68
Kamienica Polska	2,3	11,4%	13
Kłomnice	14,3	45,7%	193
Koniecpol	6,8	10,4%	64
Konopiska	12,6	34,3%	135
Kruszyna	7,9	25,3%	38
Lelów	11,8	18,2%	57
Mstów	4,6	19,3%	50
Mykanów	6,3	19,7%	95
Olsztyn	6,1	23,3%	48
Poczesna	6,1	20,7%	78
Przyrów	13,6	28,0%	51
Rędziny	6,5	18,5%	65
Starcza	1,4	8,9%	4
Dąbrowa Górnicza	6,6	29,6%	793
Dąbrowa Górnicza	6,6	29,6%	793
Gliwice	8,1	31,9%	1450
Gliwice	8,1	31,9%	1450
gliwicki	8,0	44,6%	926
Gierałtowiec	4,3	50,0%	52
Knurów	6,5	35,9%	249
Pilchowice	8,4	64,3%	101
Pyskowice	10,1	45,8%	186
Rudziniec	20,3	74,5%	216
Sośnicowice	6,3	100,0%	56
Toszek	5,9	31,1%	55
Wielowieś	1,9	5,6%	11
Jastrzębie-Zdrój	12,6	57,0%	1114
Jastrzębie-Zdrój	12,6	57,0%	1114
Jaworzno	7,9	46,8%	723
Jaworzno	7,9	46,8%	723
Katowice	10,7	26,1%	3129
Katowice	10,7	26,1%	3129
kłobucki	5,4	20,8%	461
Kłobuck	12,7	53,7%	259
Krzepice	4,4	15,6%	40
Lipie	3,9	10,0%	24
Miedźno	2,9	13,8%	22
Opatów	2,3	11,0%	16
Panki	2,6	10,1%	13
Popów	1,2	6,8%	7
Przystajń	3,1	6,0%	18
Wręczyca Wielka	3,5	15,5%	62
lubliniecki	4,5	13,9%	346
Boronów	1,7	9,8%	6
Ciasna	6,3	26,4%	47

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym na 1 tysiąc ludności	Udział uczestników projektów w obszarze społecznym w całkowitej liczbie osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym
Herby	3,7	6,6%	25
Kochanowice	3,9	8,7%	27
Koszęcin	3,8	12,1%	45
Lubliniec	6,9	19,1%	165
Pawonków	2,0	13,5%	13
Woźniki	1,9	7,9%	18
mikołowski	8,1	28,6%	805
Łaziska Górne	8,9	16,7%	197
Mikołów	10,4	42,9%	425
Ornontowice	5,2	59,3%	32
Orzesze	5,5	25,8%	117
Wry	4,0	25,2%	34
Mysłowice	8,3	34,2%	623
Mysłowice	8,3	34,2%	623
myszkowski	9,5	23,8%	673
Koziegłowy	4,1	10,4%	58
Myszków	8,2	20,9%	259
Niegowa	4,1	6,9%	23
Poraj	15,0	48,5%	164
Żarki	20,0	47,2%	169
Piekary Śląskie	10,5	49,0%	580
Piekary Śląskie	10,5	49,0%	580
pszczyński	6,3	38,9%	705
Goczałkowice-Zdrój	15,0	40,1%	101
Kobiór	9,0	41,5%	44
Miedźna	3,6	19,0%	60
Pawłowice	2,1	25,7%	38
Pszczyna	7,8	48,0%	413
Suszec	4,0	37,7%	49
raciborski	6,4	26,4%	689
Kornowac	7,8	31,0%	40
Krzanowice	5,2	31,6%	30
Krzyżanowice	5,1	24,2%	58
Kuźnia Raciborska	7,1	20,2%	84
Nędza	2,5	6,9%	19
Pietrowice Wielkie	6,5	45,9%	45
Racibórz	7,0	32,3%	382
Rudnik	6,0	18,3%	31
Ruda Śląska	10,8	25,5%	1485
Ruda Śląska	10,8	25,5%	1485
rybnicki	7,2	38,8%	564
Czerwionka-Leszczyny	9,5	50,8%	401
Gaszowice	7,5	34,4%	73
Jejkowice	3,4	17,3%	14
Lyski	3,3	19,6%	32
Świerklany	3,5	21,3%	44
Rybnik	9,0	29,6%	1239
Rybnik	9,0	29,6%	1239
Siemianowice Śląskie	18,1	35,2%	1210

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym na 1 tysiąc ludności	Udział uczestników projektów w obszarze społecznym w całkowitej liczbie osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym
Siemianowice Śląskie	18,1	35,2%	1210
Sosnowiec	11,1	33,5%	2228
Sosnowiec	11,1	33,5%	2228
Świętochłowice	13,5	37,1%	670
Świętochłowice	13,5	37,1%	670
tarnogórski	12,0	36,9%	1692
Kalety	8,3	19,7%	71
Krupski Młyn	12,6	22,7%	40
Miasteczko Śląskie	4,8	17,1%	36
Ożarówice	5,7	35,9%	33
Radzionków	23,6	84,7%	399
Świerklaniec	7,2	44,5%	89
Tarnowskie Góry	11,5	32,3%	710
Tworóg	7,0	19,9%	58
Zbrosławice	15,7	43,2%	256
Tychy	8,3	33,7%	1062
Tychy	8,3	33,7%	1062
wodzisławski	7,9	35,2%	1240
Godów	7,0	34,2%	97
Gorzycy	3,8	25,0%	81
Lubomia	5,4	13,7%	43
Marklowice	2,8	18,5%	15
Mszana	5,3	20,6%	41
Pszów	5,6	24,8%	77
Radlin	7,0	33,0%	125
Rydułtowy	13,3	32,1%	287
Wodzisław Śląski	9,9	64,0%	474
Zabrze	14,5	36,9%	2491
Zabrze	14,5	36,9%	2491
zawierciański	16,1	40,4%	1891
Irządze	24,2	39,6%	63
Kroczyce	10,1	34,6%	64
Łazy	7,6	23,2%	120
Ogrodzieniec	9,2	47,2%	83
Pilica	8,1	30,0%	69
Poręba	9,8	23,7%	83
Szczekociny	8,5	13,6%	65
Włodowice	22,1	48,7%	116
Zawiercie	24,7	53,9%	1217
Żarnowiec	2,4	13,1%	11
Żory	8,3	50,2%	518
Żory	8,3	50,2%	518
żywiecki	13,1	34,7%	1994
Czernichów	7,4	28,6%	50
Gilowice	8,8	23,7%	55
Jeleśnia	8,0	22,6%	106
Koszarawa	22,8	93,1%	54
Lipowa	16,3	67,8%	177
Łękawica	25,9	45,4%	118

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym na 1 tysiąc ludności	Udział uczestników projektów w obszarze społecznym w całkowitej liczbie osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej	Liczba uczestników projektów w obszarze społecznym
Łodygowice	28,4	220,9%	413
Milówka	14,2	23,7%	143
Radziechowy-Wieprz	9,3	40,4%	122
Rajcza	4,5	5,8%	40
Ślemień	6,2	19,3%	22
Świnna	5,7	12,2%	46
Ujszoły	14,7	19,6%	65
Węgierska Górka	14,6	24,5%	220
Żywiec	11,7	46,4%	363

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PEFS oraz GUS BDL

Tabela 13. Zróżnicowanie terytorialne projektów z dziedziny zdrowia

Powiat	Ogółem			W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców			Ogółem			W przeliczeniu na mieszkańca		
	Liczba projektów infrastrukturalnych (EFRR)	Liczba projektów miękkich (EFS)	Liczba projektów RAZEM	Liczba projektów infrastrukturalnych (EFRR)	Liczba projektów miękkich (EFS)	Liczba projektów RAZEM	Kwota dofinansowania projektów infrastrukturalnych	Kwota dofinansowania projektów miękkich (EFS)	Kwota dofinansowania RAZEM	Kwota dofinansowania projektów infrastrukturalnych	Kwota dofinansowania projektów miękkich (EFS)	Kwota dofinansowania RAZEM
będziński	0	7	7	0,00	0,47	0,47	0	954 497	954 497	0,00	6,45	6,45
bielski	0	6	6	0,00	0,36	0,36	0	1 069 546	1 069 546	0,00	6,44	6,44
Bielsko-Biała	2	8	10	0,12	0,47	0,59	14 117 994	2 650 550	16 768 544	82,72	15,53	98,26
bieruńsko-lędzki	1	6	7	0,17	1,00	1,17	458 920	433 350	892 270	7,68	7,25	14,93
Bytom	0	13	13	0,00	0,79	0,79	0	5 199 817	5 199 817	0,00	31,46	31,46
Chorzów	1	12	13	0,09	1,11	1,21	352 124	3 119 767	3 471 891	3,27	28,94	32,20
cieszyński	2	7	9	0,11	0,39	0,51	1 500 384	1 379 986	2 880 370	8,42	7,74	16,16
Częstochowa	3	14	17	0,14	0,64	0,77	1 805 768	7 333 882	9 139 650	8,19	33,27	41,46
częstochowski	4	11	15	0,30	0,82	1,11	2 760 154	2 402 652	5 162 806	20,51	17,86	38,37
Dąbrowa Górnicza	0	9	9	0,00	0,75	0,75	0	2 552 374	2 552 374	0,00	21,38	21,38
Gliwice	3	9	12	0,17	0,50	0,67	3 611 323	5 137 874	8 749 197	20,22	28,77	48,99
gliwicki	1	6	7	0,09	0,52	0,61	92 117	912 585	1 004 703	0,80	7,90	8,70
Jastrzębie-Zdrój	1	6	7	0,11	0,68	0,79	2 254 188	529 600	2 783 788	25,40	5,97	31,37
Jaworzno	0	6	6	0,00	0,66	0,66	0	903 060	903 060	0,00	9,91	9,91
Katowice	3	16	19	0,10	0,55	0,65	4 655 213	12 658 064	17 313 277	15,90	43,23	59,14
kłobucki	1	9	10	0,12	1,06	1,18	982 916	1 377 421	2 360 337	11,62	16,28	27,90
lubliniecki	1	7	8	0,13	0,92	1,05	2 094 353	1 388 701	3 483 053	27,39	18,16	45,56
mikołowski	1	8	9	0,10	0,81	0,91	1 130 795	1 879 011	3 009 806	11,42	18,98	30,41
Mysłowice	1	7	8	0,13	0,94	1,07	373 253	776 886	1 150 140	5,00	10,41	15,41
myszkowski	0	9	9	0,00	1,27	1,27	0	1 393 153	1 393 153	0,00	19,66	19,66
Piekary Śląskie	0	8	8	0,00	1,45	1,45	0	812 396	812 396	0,00	14,76	14,76
pszczyński	0	7	7	0,00	0,63	0,63	0	709 162	709 162	0,00	6,36	6,36
raciborski	0	5	5	0,00	0,46	0,46	0	305 179	305 179	0,00	2,82	2,82
Ruda Śląska	0	7	7	0,00	0,51	0,51	0	1 355 209	1 355 209	0,00	9,87	9,87
rybnicki	1	7	8	0,13	0,89	1,02	187 881	1 023 523	1 211 404	2,40	13,09	15,49
Rybnik	1	6	7	0,07	0,43	0,51	283 580	759 135	1 042 716	2,05	5,50	7,55
Siemianowice Śląskie	0	12	12	0,00	1,80	1,80	0	3 473 526	3 473 526	0,00	51,97	51,97

Powiat	Ogółem			W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców			Ogółem			W przeliczeniu na mieszkańca		
	Liczba projektów infrastrukturalnych (EFRR)	Liczba projektów miękkich (EFS)	Liczba projektów RAZEM	Liczba projektów infrastrukturalnych (EFRR)	Liczba projektów miękkich (EFS)	Liczba projektów RAZEM	Kwota dofinansowania projektów infrastrukturalnych	Kwota dofinansowania projektów miękkich (EFS)	Kwota dofinansowania RAZEM	Kwota dofinansowania projektów infrastrukturalnych	Kwota dofinansowania projektów miękkich (EFS)	Kwota dofinansowania RAZEM
Sosnowiec	2	11	13	0,10	0,55	0,65	4 613 932	5 835 806	10 449 738	23,07	29,18	52,26
Świętochłowice	2	8	10	0,40	1,61	2,02	3 568 304	1 818 345	5 386 649	72,00	36,69	108,70
tarnogórski	0	9	9	0,00	0,64	0,64	0	4 401 630	4 401 630	0,00	31,32	31,32
Tychy	1	8	9	0,08	0,63	0,71	255 291	3 083 299	3 338 590	2,00	24,17	26,17
wodzisławski	2	7	9	0,13	0,45	0,57	1 330 041	1 458 482	2 788 523	8,47	9,28	17,75
Zabrze	1	7	8	0,06	0,41	0,46	1 404 226	4 086 651	5 490 877	8,15	23,71	31,86
zawierciański	1	8	9	0,09	0,68	0,77	3 184 687	3 346 948	6 531 635	27,08	28,45	55,53
Żory	0	7	7	0,00	1,12	1,12	0	1 591 436	1 591 436	0,00	25,47	25,47
żywiecki	0	8	8	0,00	0,52	0,52	0	3 091 518	3 091 518	0,00	20,24	20,24
ŚLĄSKIE	33	92	125	0,07	0,20	0,276693	51 017 446	91 205 022	1,42E+08	11,29	20,19	31,48

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych LSI oraz GUS BDL

Tabela 14. Zróżnicowanie terytorialne uczestników projektów w obszarze zdrowotnym

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym na 1 tysiąc ludności	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym
ŚLĄSKIE	9,7	44012
będziński	7,6	1128
Będzin	7,5	422
Bobrowniki	7,6	92
Czeladź	8,2	256
Mierzęcice	10,7	82
Psary	6,2	76
Siewierz	9,7	120
Sławków	2,6	18
Wojkowice	6,9	62
bielski	6,8	1136
Bestwina	5,6	67
Buczkowice	4,6	52
Czechowice-Dziedzice	12,2	553
Jasienica	4,4	108
Jaworze	4,6	34
Kozy	6,1	79
Porąbka	2,2	34
Szczyrk	4,7	27
Wilamowice	6,8	120
Wilkowice	4,6	62
Bielsko-Biała	8,4	1430
Bielsko-Biała	8,4	1430
bieruńsko-lędziński	6,3	374
Bieruń	6,5	127
Bojszowy	7,4	59
Chelm Śląski	6,8	43
Imielin	4,5	41
Lędziny	6,2	104
Bytom	21,5	3559
Bytom	21,5	3559
Chorzów	10,0	1076
Chorzów	10,0	1076
cieszyński	3,7	667
Brenna	2,9	33
Chybie	3,5	34
Cieszyn	5,2	180
Dębowiec	2,9	17
Goleszów	2,6	34
Hażlach	4,4	48
Istebna	2,1	25
Skoczów	3,3	88
Strumień	4,3	57
Ustroń	1,9	31
Wisła	1,9	21
Zebrzydowice	7,5	99
Częstochowa	14,7	3240
Częstochowa	14,7	3240
częstochowski	5,6	760

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym na 1 tysiąc ludności	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym
Blachownia	5,6	73
Dąbrowa Zielona	2,6	10
Janów	4,8	29
Kamienica Polska	4,9	27
Kłomnice	4,5	61
Koniecpol	2,3	22
Konopiska	8,1	87
Kruszyna	3,5	17
Lelów	3,3	16
Mstów	7,0	76
Mykanów	6,8	103
Olsztyn	6,3	49
Poczesna	10,0	127
Przyrów	2,4	9
Rędziny	4,0	40
Starcza	4,9	14
Dąbrowa Górnicza	5,8	691
Dąbrowa Górnicza	5,8	691
Gliwice	10,1	1798
Gliwice	10,1	1798
gliwicki	7,4	859
Gierałtów	7,1	86
Knurów	9,5	361
Pilchowice	7,7	92
Pyskowice	6,7	124
Rudziniec	4,5	48
Sośnicowice	5,4	48
Toszek	7,4	69
Wielowieś	5,3	31
Jastrzębie-Zdrój	32,8	2914
Jastrzębie-Zdrój	32,8	2914
Jaworzno	4,2	381
Jaworzno	4,2	381
Katowice	11,1	3255
Katowice	11,1	3255
kłobucki	6,8	574
Kłobuck	11,0	224
Krzepice	4,5	41
Lipie	3,2	20
Miedźno	6,9	52
Opatów	6,3	43
Panki	4,0	20
Popów	4,4	26
Przystajń	4,9	29
Wręczyca Wielka	6,7	119
lubliniecki	8,9	681
Boronów	9,0	31
Ciasna	12,3	92
Herby	6,0	41
Kochanowice	8,2	57
Koszęcin	14,0	166

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym na 1 tysiąc ludności	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym
Lubliniec	6,9	164
Pawonków	7,7	51
Woźniki	8,2	79
mikołowski	13,5	1337
Łaziska Górne	11,4	253
Mikołów	17,5	718
Ornontowice	9,4	58
Orzesze	11,4	241
Wiry	8,0	67
Mysłowice	6,4	474
Mysłowice	6,4	474
myszkowski	9,0	640
Koziegłowy	4,8	69
Myszków	7,7	243
Niegowa	9,6	54
Poraj	7,3	80
Żarki	23,0	194
Piekary Śląskie	12,7	701
Piekary Śląskie	12,7	701
pszczyński	7,1	797
Goczałkowice-Zdrój	13,3	90
Kobiór	14,9	73
Miedźna	5,7	94
Pawłowice	6,7	121
Pszczyna	6,9	364
Suszec	4,5	55
raciborski	3,9	424
Kornowac	4,5	23
Krzanowice	3,7	21
Krzyżanowice	6,4	72
Kuźnia Raciborska	3,1	36
Nędza	3,4	25
Pietrowice Wielkie	3,3	23
Racibórz	3,6	198
Rudnik	5,0	26
Ruda Śląska	8,7	1199
Ruda Śląska	8,7	1199
rybnicki	5,1	398
Czerwionka-Leszczyny	5,2	217
Gaszowice	4,8	47
Jejkowice	4,8	20
Lyski	3,9	38
Świerklany	6,1	76
Rybnik	7,5	1029
Rybnik	7,5	1029
Siemianowice Śląskie	9,7	650
Siemianowice Śląskie	9,7	650
Sosnowiec	12,8	2565
Sosnowiec	12,8	2565
Świętochłowice	8,0	397
Świętochłowice	8,0	397

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym na 1 tysiąc ludności	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym
tarnogórski	14,0	1971
Kalety	7,1	61
Krupski Młyn	13,5	43
Miasteczko Śląskie	14,1	105
Ożarówice	15,7	91
Radzionków	16,5	279
Świerklaniec	14,4	178
Tarnowskie Góry	16,6	1022
Tworóg	8,4	70
Zbrosławice	7,5	122
Tychy	9,7	1236
Tychy	9,7	1236
wodzisławski	7,9	1240
Godów	7,7	106
Gorzyce	8,7	185
Lubomia	6,7	53
Marklowice	4,8	26
Mszana	9,2	71
Pszów	6,2	86
Radlin	7,8	139
Rydułtowy	7,3	156
Wodzisław Śląski	8,7	418
Zabrze	11,7	2022
Zabrze	11,7	2022
zawierciański	8,8	1031
Irządze	9,6	25
Kroczyce	7,8	49
Łazy	23,2	368
Ogrodzieniec	3,0	27
Pilica	2,2	19
Poręba	2,9	25
Szczekociny	3,8	29
Włodowice	5,5	29
Zawiercie	9,2	452
Żarnowiec	1,7	8
Żory	5,9	370
Żory	5,9	370
żywiecki	6,6	1008
Czernichów	4,5	30
Gilowice	3,8	24
Jeleśnia	5,7	76
Koszarawa	1,3	3
Lipowa	7,4	80
Łękawica	26,6	121
Łodygowice	22,9	333
Milówka	4,1	41
Radziechowy-Wieprz	2,8	37
Rajcza	3,5	31
Ślemień	2,3	8
Świnna	4,8	39
Ujszoły	2,3	10

Jednostka terytorialna	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym na 1 tysiąc ludności	Liczba uczestników projektów w obszarze zdrowotnym
Węgierska Górką	4,4	66
Żywiec	3,5	109

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PEFS oraz GUS BDL

Dane przedstawione w powyższych tabelach były przedmiotem oceny i analizy w ramach wywiadów jakościowych (z przedstawicielami IZ oraz ekspertami). W oparciu o wyniki tych wywiadów oraz ocenę ewaluatora zauważyć można występowanie następujących prawidłowości oraz wskazać ich uwarunkowania i czynniki powodujące określone różnicowanie terytorialne interwencji:

- Brak występowania jednoznacznych tendencji, które miałyby charakter powtarzalny we wszystkich wymiarach analizy zróżnicowania terytorialnego.
- Duże zróżnicowanie terytorialne w aspekcie wsparcia społecznego i zdrowotnego.
- Duże znaczenie aktywności władz samorządowych jako realizatorów projektów, bądź animatorów / inicjatorów kooperacji z sektorem pozarządowym.
- Duże znaczenie lokalnego potencjału kadrowego, organizacyjnego i finansowego jednostek samorządowych i organizacji pozarządowych.
- Odzwierciedlenie w zróżnicowaniu terytorialnym interwencji struktury instytucjonalnej poszczególnych obszarów (np. koncentracja szpitali w dużych ośrodkach miejskich, uwarunkowanie rozkładu terytorialnego wsparcia podmiotów szpitalnych mapami potrzeb zdrowotnych, ściśle określenie listy szpitali w ramach wsparcia „covidowego”). W przypadku otwartego wsparcia konkursowego i kierowanego do mniejszych podmiotów (AOS – Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna, POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna) prawidłowość ta oddziałuje w mniejszym stopniu.
- Wpływ zastosowania instrumentów terytorialnych w formule ZIT/RIT (np. Działanie 10.2) na większy stopień rozproszenia wsparcia na obszarze całego województwa.
- Duże znaczenie dostępności informacji na temat oferowanego wsparcia, szczególnie w przypadku mniejszych podmiotów, z mniejszych ośrodków miejskich i wsi.
- Oddziaływanie specyficznych czynników regionalnych na zróżnicowanie terytorialne interwencji (utrudniona współpraca i relatywnie duże dystanse pomiędzy ośrodkami miejskimi na południu województwa; duża koncentracja ośrodków miejskich w centralnej części województwa; możliwość pozyskania obiektów na inwestycje infrastrukturalne na terenach przemysłowych w określonych częściach województwa; większe znaczenie obszarów wiejskich w północnej części województwa).

Dla pełnej charakterystyki zróżnicowania terytorialnego analiza odnosząca się do wdrażania interwencji została uzupełniona także o aspekt zróżnicowania terytorialnego obecnych sytuacji w obszarze ewaluowanego wsparcia oraz występujących potrzeb i kierunków wsparcia. Charakterystykę tę przygotowano w oparciu o: (a) wyniki analiz prowadzonych w opracowaniach tematycznych poświęconych tematyce zbieżnej z zakresem interwencji, (b) dane wskaźnikowe dotyczące wewnętrznej sytuacji w woj. śląskim w zakresie odpowiadającym tematyce ewaluacji. W pierwszej kolejności przedstawiono szczegółowe wnioski z analizy przeprowadzonej w oparciu o pierwsze ze wskazanych źródeł.

Poniżej opisane zostało wewnętrzne zróżnicowanie terytorialne odnoszące się do poziomu subregionalnego, powiatowego oraz gminnego, które dotyczy kondycji województwa śląskiego w zakresie dostępności usług społecznych, usług zdrowotnych oraz systemu ochrony zdrowia. Wnioski są wynikiem analizy desk research, która objęła następujące

dokumenty: *Analiza dostępności usług opiekuńczych w województwie śląskim na tle wyzwań demograficznych - kontekst deinstytucjonalizacji, Ocena Zasobów Pomocy Społecznej. Województwo Śląskie 2019, Identyfikacja potrzeb w zakresie włączenia społecznego i zawodowego w województwie śląskim w latach 2018-2020+ wraz z propozycjami skutecznych działań na rzecz trwałej aktywizacji grup defaworyzowanych, Dienne Domy Opieki Medycznej w Województwie Śląskim, Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030, Analiza dostępności Zakładów Aktywności Zawodowej w województwie śląskim, Raport o stanie ekonomii społecznej w województwie śląskim w 2019 roku, Raport o stanie województwa za 2020 rok oraz Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r..* Poniżej znajduje się wykaz wniosków opracowanych na podstawie wymienionych źródeł informacji.

Priorytet Inwestycyjny 9i

- Według prowadzonych analiz najwięcej ludności w wieku poprodukcyjnym w przeliczeniu na 100 osób w wieku produkcyjnym żyje w subregionie północnym oraz centralnym,
- Najwyższy wskaźnik liczby osób objętych pomocą społeczną z powodu ubóstwa występuje w subregionie centralnym,
- Najwyższe wydatki na realizację świadczeń z pomocy społecznej w ramach zadań własnych gmin zanotowano w subregionie centralnym,
- Na świadczenia pomocy społecznej realizowane w ramach zadań powiatów najwięcej środków jest wydawanych w subregionie centralnym,
- Wskaźnik osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej na 1 tys. mieszkańców jest najwyższy w gminach znajdujących się w subregionie północnym oraz południowym.

Priorytet Inwestycyjny 9iv oraz 9a

- Najwyższe wartości wskaźnika liczby jednostek organizacyjnych pomocy społecznej szczebla gminnego i powiatowego zidentyfikowano w subregionie południowym,
- Wskaźnik liczby miejsc w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców najniższy był w powiatach: kłobuckim (subregion północny), bieruńsko-lędzińskim (subregion centralny) oraz żywieckim (subregion południowy),
- Największe zapotrzebowanie na Dienne Domy Opieki Medycznej zidentyfikowane jest w subregionie północnym, a następnie w centralnym,
- W województwie śląskim przeciętnie na 10 tys. ludności pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej najmniej przypadało na poziomie powiatowym w Jastrzębiu-Zdroju (subregion zachodni), Tychach (subregion centralny) i powiecie kłobuckim (subregion północny),
- Najwięcej Dzielnych Domów Opieki Medycznej działa w subregionie centralnym (14 z 17),
- Zaopatrzenie w łóżka szpitalne jest najsilniej zidentyfikowane w analizach było w subregionie centralnym województwa,

- Największe zapotrzebowanie na nowe łóżka szpitalne identyfikowane było w powiecie bieruńsko-łędzińskim (subregion centralny) oraz powiecie częstochowskim (subregion północny) – natomiast w powiecie rybnickim (subregion zachodni) nie została odnotowana działalność w zakresie opieki stacjonarnej,
- Największe zapotrzebowanie na modernizację oraz remonty placówek opieki zdrowotnej jest deklarowane przez szpitale powiatowe w subregionie północnym i południowym,
- Szpitale powiatowe znajdujące się w obszarach peryferyjnych województwa częściej charakteryzują się nie spełnianiem wymogów MZ czy dostosowaniem do potrzeb osób niepełnosprawnych – jest to problem zwłaszcza identyfikowany w subregionie północnym,
- Największa ilość placówek POZ i AOS występuje w subregionie centralnym województwa, a najmniejsza w subregionie północnym i zachodnim,
- Największe zainteresowanie uzyskaniem środków na inwestycje infrastrukturalne występują wśród placówek ochrony zdrowia subregionu północnego oraz centralnego, a zatem w rejonach gdzie formułowane były odpowiednio najgorsze i najlepsze oceny dotychczasowego stanu w tym zakresie,
- Mimo, że liczba dostępnych placówek szpitalnych, POZ i AOS jest wystarczająca w stosunku do liczby mieszkańców województwa, to występuje problem ich nierównomiernej lokalizacji – w subregionach północnym i południowym placówek tych jest zbyt mało,
- Najsłabsza dostępność do usług lekarskich liczona liczbą lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców identyfikowana jest w powiatach: kłobuckim (subregion północny), zawierciańskim (subregion centralny), pszczyńskim (subregion centralny), bieruńsko-łędzińskim (subregion centralny) oraz rybnickim (subregion zachodni),
- Dostępność do kadr pielęgniarskich najslabsza jest w powiatach: bieruńsko-łędzińskim (subregion centralny) oraz rybnickim (subregion zachodni).

Priorytet Inwestycyjny 9v

- W województwie śląskim najwięcej ZAZ działa w subregionie centralnym – w pozostałych subregionach są to mniej liczne, pojedyncze placówki,
- W województwie powstaje coraz więcej KIS – najwięcej ich działa w subregionie południowym, natomiast najmniej w północnym,
- Najwięcej CIS działa w województwie w subregionie północnym, najmniej natomiast w subregionie zachodnim,
- Najwięcej WTZ w województwie działa w subregionie centralnym,
- Wysoki indeks niedostosowania społecznego cechuje głównie powiaty subregionu północnego oraz centralnego,
- Wszystkie powiaty subregionu północnego oraz większość powiatów subregionu południowego cechują się wysokim poziomem aktywności społecznej,
- Liczebność jednostek reintegracji społeczno-zawodowej zwiększa się w okolicach miast: Katowice (subregion centralny), Gliwice (subregion centralny) i Częstochowa (subregion północny), zmniejsza się natomiast w okolicach miast: Tychy (subregion centralny), Bytom (subregion centralny) oraz Sosnowiec (subregion centralny).

W ramach analizy zróżnicowania przestrzennego objęto analizą szereg wskaźników zbieżnych tematycznie z celami interwencji w ramach PI 9i, 9iv, 9a, 9v, dla których dane dostępne są na poziomie powiatów lub gmin. Wyniki analizy zróżnicowania poszczególnych wskaźników przedstawiono poniżej, a tabele źródłowe zamieszczono w aneksie tabelarycznym.

Priorytet inwestycyjny 9i

1. Liczba rodzin, którym z powodu ubóstwa przyznano świadczenie pomocy społecznej na 10 tys. ludności

Najtrudniejsza sytuacja pod względem liczby rodzin objętych świadczeniami pomocy społecznej z powodu ubóstwa występowała w 2020 r. w powiecie m. Siemianowice Śląskie, na 10 tys. ludności przypada tam 163,7 rodziny objęte pomocą z tego powodu. Z dużą skalą zjawiska mamy do czynienia na terenie powiatów m. Bytom (158,5), m. Chorzów (141,3) oraz m. Częstochowa (136,1). Natomiast najmniej rodzin otrzymuje świadczenia z powodu ubóstwa na terenie powiatów raciborskiego (25,6), m. Jaworzno (36,2), m. Mysłowice (37,8) mikołowskiego (38,8). Jeśli chodzi o dynamikę zmian w okresie 2014-2020, to w większości powiatów mamy do czynienia ze spadkiem liczby rodzin, którym przyznano świadczenia z powodu ubóstwa. Wyjątkiem jest powiat myszkowski, gdzie miał miejsce wzrost wartości wskaźnika z 2020 stanowi 143,4% tej z 2014 r. Z relatywnie niewielkim spadkiem mamy do czynienia w przypadku powiatów m. Mysłowice (81,8% - rok 2014=100%), m. Bielsko-Biała (91,3%) oraz wodzisławskiego (98,6%). Największa poprawa sytuacji w analizowanym zakresie miała z kolei miejsce w powiatach m. Katowice (29,3%), m. Gliwice (33,5%), m. Jaworzno (36,9%) i lublinieckim (43,8%).

2. Liczba rodzin, którym z powodu bezrobocia przyznano świadczenie pomocy społecznej na 10 tys. ludności

Największa liczba rodzin została objęta w 2020 r. pomocą z powodu bezrobocia na terenie powiatów m. Bytom (106,6 rodziny na 10 tys. ludności) m. Siemianowice Śląskie (84,5), zawierciańskiego (84,0) oraz m. Chorzów (79,3). Natomiast z najkorzystniejszą sytuacją pod tym względem mamy do czynienia w powiatach m. Bielsko-Biała (17,4 rodziny na 10 tys. ludności), m. Żory (21,0), pszczyńskiego (26,5), bielskiego (27,2) oraz bieruńsko-lędzińskiego (27,2). Analizując dynamikę zmian w zakresie liczby rodzin, którym przyznano świadczenia z powodu bezrobocia w latach 2014-2020 stwierdzić należy, iż we wszystkich powiatach miał miejsce spadek. Największy był w powiecie m. Częstochowa, w którym liczba rodzin objętych pomocą w 2020 r. stanowi nieco ponad ¼ (25,3%) tej z 2020 r. Relatywnie duże spadki zanotowano również w powiatach m. Bielsko-Biała (27,9% - rok 2014=100%), pszczyńskiego (30,7%), oraz bielskiego (32,0%). Natomiast najmniejszą dynamikę spadku obserwuje się w powiatach rybnickim (51,8%), tarnogórskim (49,8%), wodzisławskim (49,6%) oraz m. Rybnik (46,1%).

3. Liczba rodzin, którym z powodu niepełnosprawności przyznano świadczenie pomocy społecznej na 10 tys. ludności

W 2020 r. najwięcej rodzin zostało objęte pomocą z powodu niepełnosprawności na terenie powiatów m. Częstochowa (117,4 rodziny na 10 tys. ludności), m. Siemianowice Śląskie (93,4), myszkowskiego (87,1) oraz m. Chorzów (84,7). Natomiast z najmniejszą skalą zjawiska mamy do czynienia w powiatach rybnickim (27,5), pszczyńskim (34,4), m. Żory (35,8) oraz mikołowskim (38,9). Rozpatrując dynamikę zmian liczby rodzin wspartych z powodu niepełnosprawności w latach 2014-2020 stwierdzić należy, iż we wszystkich powiatach miał miejsce spadek, przy czym największy spadek miał miejsce w powiecie m.

Zabrze, liczba wspartych rodzi w 2020 r. stanowi w nim 57,8% tej z 2014 r. Relatywnie wysokie spadki występują również w powiatach Powiat m. Ruda Śląska (59,5%), m. Piekary Śląskie (63,2%) oraz m. Bytom (63,9%). Natomiast najmniejsza dynamika spadku dotyczy powiatów m. Jastrzębie-Zdrój (97,1%), m. Częstochowa (93,1%), m. Dąbrowa Górnicza (89,6%) oraz m. Tychy (88,9%).

4. Liczba rodzin, którym z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby przyznano świadczenie pomocy społecznej na 10 tys. ludności

Najkorzystniejsza sytuacja pod względem liczby rodzin objętych pomocą z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby występowała w 2020 r. na terenie powiatu rybnickiego, na 10 tys. ludności przypada tam 24,4 rodziny, której przyznano świadczenia z tego powodu. Z relatywnie małą skalą zjawiska mamy do czynienia również na terenie powiatów m. Ruda Śląska (30,7), m. Dąbrowa Górnicza (31,7) oraz bieruńsko-lędzińskiego (45,6). Natomiast najwięcej rodzin było wspieranych z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby na terenie powiatów m. Częstochowa (131,3), m. Sosnowiec (116,3), m. Chorzów (116,1) i m. Tychy (111,1). Odnosząc się do dynamiki liczby rodzin, którym przyznano świadczenia z powodu niepełnosprawności stwierdzić należy, iż w większości powiatów (25 na 36) miał miejsce spadek liczby rodzin, które objęto wsparciem z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby, przy czym najbardziej dynamiczny był on na terenie powiatów m. Ruda Śląska (42% - rok 2014=100%), m. Jastrzębie-Zdrój (47%), kłobuckiego (57%) oraz m. Bytom (71%). Spośród 11 powiatów, w których miał miejsce wzrost skali zjawiska, największy występował w powiatach m. Żory (160%), m. Dąbrowa Górnicza (158%), m. Sosnowiec (128%) oraz m. Katowice (128%)

5. Liczba rodzin, którym z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego przyznano świadczenie pomocy społecznej na 10 tys. ludności

Najmniej rodzin otrzymywało wsparcie z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego na terenie powiatów m. Rybnik (65,1 rodziny na 10 tys. ludności), m. Siemianowice Śląskie (59,5), m. Ruda Śląska (55,3) oraz m. Katowice (53,4). Natomiast z najmniejszą skalą zjawiska mamy do czynienia w powiatach Powiat m. Jastrzębie-Zdrój (11,7), m. Piekary Śląskie (12,1), kłobuckiego (12,3) oraz rybnickiego (16,1). Analizując dynamikę liczby rodzin wspieranych z którym z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego wskazać należy, iż w większości – 31 z 36 powiatów miał miejsce spadek, przy czym na największy na terenie powiatu kłobuckiego, gdzie liczba rodzin objętych pomocą z 2020 r. stanowi mniej niż 1/3 (29,3%) tej z 2014 r. Relatywnie duży spadek występował też w powiatach m. Gliwice (36,5% - rok 2014=100%), m. Jastrzębie-Zdrój (40,7%) oraz m. Bytom (44,3%). Natomiast wzrost w stosunku do 2014 r. miał miejsce w powiatach Powiat m. Żory (166,7%) m. Ruda Śląska (139,8%), m. Zabrze (113,9%), myszkowskim (106,4%) i raciborskim (100,05%).

6. Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej na 10 tys. ludności

Z największą liczbą beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej w roku 2019 mieliśmy do czynienia na terenie powiatów m. Siemianowice Śląskie (514 osób na 10 tys. ludności), m. Chorzów (476 osób), m. Bytom (427 osób) i m. Ruda Śląska (423 osoby). Z kolei najmniej beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej było na terenie powiatów pszczyńskiego (163 osoby), m. Żory (165 osób), bieruńsko-lędzińskiego (167 osób) oraz m. Jaworzno (169 osób). We wszystkich powiatach w 2019 r. w stosunku do roku 2014 miał miejsce spadek liczby beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej na 10 tys. ludności, przy czym

największy dotyczył powiatów pszczyński (36,1% - rok 2014=100%), kłobuckiego (40,0%), bielskiego (45,4%) oraz m. Zabrze (45,9%). Natomiast najmniejsze spadki miały miejsce w powiatach m. Katowice (73,2%), m. Tychy (72,6%), m. Ruda Śląska (72,4%) i m. Rybnik (70,7%).

Rozpatrując wartości analizowanego wskaźnika na poziomie gmin wskazać należy, iż najmniej beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej w roku 2019 było na terenie gmin Pawłowice (81 osób na 10 tys. ludności), Sośnicowice (63 osoby), Ornontowice (88 osób) oraz Lyski (169 osób), natomiast najwięcej było ich w gminach Rajcza (779 osób), Ujsoty (743 osoby), Istebna (717 osób) oraz Koniecpol (651 osób). We wszystkich gminach w roku 2020 w stosunku do roku 2014 miał miejsce spadek liczby beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej na 10 tys. ludności.

7. Liczba lokali socjalnych w przeliczeniu na 1000 ludności

W 2019 r. najwięcej lokali socjalnych przypadło na 1000 ludności w powiecie m. Chorzów, było to 11,8 lokalu. Z relatywnie dużą liczbę lokali mamy do czynienia na terenie powiatów m. Siemianowice Śląskie (9,5 lokalu), m. Piekary Śląskie (8,1 lokalu) i m. Dąbrowa Górnicza (7,4 lokalu). Natomiast najmniej lokali socjalnych występowało w powiatach kłobuckim (0,5 lokalu na 1000 ludności), częstochowskim (0,7 lokalu), m. Bielsko-Biała (0,8 lokalu) i m. Gliwice (0,9 lokalu). W okresie 2014-2019 w większości (25 z 36) powiatów miał miejsce wzrost liczby lokali socjalnych, przy czym najbardziej dynamiczny był on w powiatach m. Częstochowa (163,2% - rok 2014=100%), rybnickim (149,7%), m. Mysłowice (144,4%) i zawierciańskim (141,3%). Natomiast największe spadki dotyczyły powiatów m. Bielsko-Biała (37,4%), m. Żory (80,4%), m. Ruda Śląska (84,1%) oraz lublinieckiego (87,3%).

Uwzględniając poziom gmin należy zauważyć, iż aż w 40 na 167 gmin w 2019 r. nie były dostępne lokale socjalne, natomiast największa liczba lokali socjalnych w przeliczeniu na 1000 ludności występowała w gminach Cieszyn (12,2 lokalu), Chorzów (11,8 lokalu), Krupski Młyn (11,6 lokalu) oraz Siemianowice Śląskie (9,5 lokalu). Spośród 122 gmin, w których analizowana była dynamika (gminy w których występowały lokale socjalne w roku 2014 i 2019) w 45 miał miejsce spadek liczby lokali, a w 77 wzrost.

Priorytet Inwestycyjny 9iv oraz 9a

8. Miejsca w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej 10 tys. ludności

Najwięcej miejsc w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej (między innymi DPS, ŚDS, rodzinnych domach pomocy) w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w roku 2020 było na terenie powiatów lublinieckiego (87,6 miejsca), cieszyńskiego (64,2 miejsca) oraz raciborskiego (61,1 miejsca). Białą plamę na mapie dostępności stacjonarnej pomocy społecznej stanowi powiat kłobucki, na terenie którego nie było dostępne ani jedno miejsce w tym zakresie. Z relatywnie małą dostępnością miejsc w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej mamy do czynienia na terenie powiatów m. Jastrzębie-Zdrój (4,2 miejsca na 10 tys. ludności), bieruńsko-lędzińskiego (6,9 miejsca), m. Żory (11,0 miejsc) i żywieckiego (12,4 miejsca). W okresie 2014-2020 w większości powiatów – 25 na 35 (nie uwzględniono w analizie dynamiki powiatu kłobuckiego) miał miejsce wzrost liczby miejsc stacjonarnej pomocy społecznej, przy czym największy był on w powiatach bielskim (178,4% - rok 2014=100%), raciborskim (169,1%) i będziańskim (159,8%). Natomiast największe spadki dostępności miejsc stacjonarnej pomocy społecznej dotyczyły powiatów m. Świętochłowice (34,1%), bieruńsko-lędzińskiego (79,0%) oraz tarnogórskiego (86,5%).

9. Kwota wydatków samorządów gmin w dziedzinie pomocy społecznej na świadczenia na rzecz osób fizycznych w przeliczeniu na mieszkańca

W 2020 r. największa kwota wydatków samorządów gmin w dziedzinie pomocy społecznej na świadczenia na rzecz osób fizycznych występowała na terenie powiatów w przeliczeniu na 1 mieszkańca występowała na terenie m. Chorzów (174,28 zł), m. Siemianowice Śląskie (165,07 zł) oraz m. Zabrze (122,94 zł). Natomiast najniższe wydatki w tym zakresie zanotowano w powiatach pszczyńskim (31,40 zł), bieruńsko-lędzińskim (32,00 zł) oraz bielskim (35,49 zł). W okresie 2014-2020 we wszystkich powiatach miał miejsce spadek wydatków, przy czym największy był w powiatach pszczyńskim (14,1% - rok 2014=100%), kłobuckim (15,5%) oraz żywieckim (15,9%), natomiast relatywnie mały był on w powiatach, m. Katowice (36,8%), m. Piekary Śląskie (35,2%) i m. Sosnowiec (34,2%).

Odnosząc się do poziomu gminnego wskazać należy, iż najmniejsze wydatki w omawianym zakresie występowały w gminach Suszec (9,86 zł w przeliczeniu na mieszkańca), Dębowiec (11,09 zł) oraz Bojszowy (13,04 zł). Natomiast najwyższe były one w gminach Chorzów (174,28 zł), Siemianowice Śląskie (165,07 zł), Przyrów (138,27 zł) oraz Zabrze (122,94 zł). Rozpatrując dynamikę zmian wydatków w okresie 2014-2020 stwierdzić należy, iż we wszystkich gminach miał miejsce spadek, a tylko w gminie Przyrów wydatki te spadły mniej niż o połowę.

10. Udział bezrobotnych zarejestrowanych dłużej niż 12 miesięcy

Z największymi udziałami osób bezrobotnych zarejestrowanych dłużej niż 12 miesięcy wśród ogółu zarejestrowanych bezrobotnych w roku 2020 mieliśmy do czynienia na terenie powiatów lublinieckiego (43,4%), raciborskiego (41,7%) oraz m. Piekary Śląskie (40,9%). Natomiast najmniejsze udziały osób bezrobotnych zarejestrowanych dłużej niż 12 miesięcy występują w powiatach m. Ruda Śląska (13,5%), m. Siemianowice Śląskie (21,2%) oraz m. Katowice (22,4%). Analizując dynamikę zmian w okresie 2014-2020 wskazać należy, iż w większości (28 z 36) powiatów miał miejsce spadek udziału bezrobotnych dłużej niż 12 miesięcy, przy czym najbardziej dynamiczny spadek miał miejsce na terenie m. Katowice, w przypadku którego udział z 2020 stanowi mniej niż połowę (49,7%) tego z roku 2014. Relatywnie wysokie spadki występują również na terenie powiatów m. Ruda Śląska (52,5% - rok 2014=100%), m. Częstochowa (58,0%) i m. Siemianowice Śląskie (66,1%). Z kolei największe wzrosty w analizowanym okresie wystąpiły w powiatach m. Jaworzno (127,7%), raciborskim (116,4%) oraz wodzisławskim (108,0%).

11. Lekarze (personel pracujący ogółem) na 10 tys. ludności

Największa liczba lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. ludności w 2019 była na terenie powiatów m. Katowice (199,8 lekarza), m. Bielsko-Biała (113,0 lekarza) oraz m. Chorzów (99,6 lekarza). Z kolei z najmniejszą dostępnością lekarzy mamy do czynienia na terenie powiatów rybnickiego (10,9 lekarza na 10 tys. ludności), kłobuckiego (22,8 lekarza) oraz bielskiego (27,1 lekarza). Jeśli chodzi o dynamikę zmian liczby lekarzy w latach 2014-2020 wskazać należy, iż w większości (32 z 36 powiatów) miał miejsce wzrost, przy czym największy był on na terenie powiatów częstochowskiego (196,8% - rok 2014=100%), m. Świętochłowice (146,9%), m. Jaworzno (136,9%). Ze spadkiem dostępności lekarzy mamy do czynienia natomiast w powiatach raciborskim (87,2%), rybnickim (95,6%), wodzisławskim (96,3%) i zawierciańskim (98,5%).

12. Łóżka w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności

Z największą liczbą dostępnych łóżek w szpitalach ogólnych w 2019 r. mieliśmy do czynienia w powiatach m. Katowice (117,1 łóżka na 10 tys. ludności), cieszyńskim (103,2 łóżka) i tarnogórskim (81,7 łóżka). Z kolei w powiecie rybnickim nie były dostępne łóżka w szpitalach

ogólnych, a relatywnie mała ich dostępność dotyczy powiatów bieruńsko-lędzińskiego (7,7 łóżka), częstochowskiego (10,2 łóżka) oraz kłobucki (14,2 łóżka). Jeśli chodzi o dynamikę zmian dostępności łóżek w szpitalach ogólnych, to w większości (27 z 35 powiatów) mamy do czynienia ze spadkiem, największy miał miejsce w powiatach wodzisławskim (63,3% - rok 2014=2020), m. Siemianowice Śląskie (67,0%) oraz bielskim (71,2%). Z kolei największe wzrosty dostępności łóżek w szpitalach ogólnych miały miejsce w powiatach bieruńsko-lędzińskim (113,1%), m. Jaworzno (108,1%) oraz cieszyński (103,7%).

13. Zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności

Najwięcej zgonów z powodu chorób układu krążenia w przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2019 r. zanotowano na terenie powiatów zawierciańskiego (628,7 zgonu), m. Częstochowa (591,2 zgonu) i m. Chorzów (581,7 zgonu). Natomiast najmniejsze nasilenie tego zjawiska występowało w powiatach m. Żory (309,0 zgonów), mikołowskim (365,8 zgonu) oraz m. Zabrze (368,6 zgonu). Jeśli chodzi o dynamikę liczby zgonów, to w większości (21 z 36) powiatów miał miejsce spadek liczby zgonów. Największe spadki występowały w powiatach mikołowskim (77,9% - rok 2014=100%), będzińskim (86,1%) oraz rybnickim (87,2%). Natomiast z największymi wzrostami liczby zgonów powodu chorób układu krążenia mamy do czynienia w powiatach m. Jastrzębie-Zdrój (128,3%), bieruńsko-lędzińskim (115,3%) oraz m. Świętochłowice (114,5%).

14. Zgony z powodu nowotworów ogółem na 100 tys. ludności

Z największą liczbą zgonów z powodu nowotworów w przeliczeniu na 100 tys. ludności w roku 2019 mieliśmy do czynienia na terenie powiatów m. Chorzów (391,8 zgonu), m. Świętochłowice (385,8 zgonu) oraz m. Katowice (365,1 zgonu). Natomiast najmniejsza liczba zgonów w następstwie chorób nowotworowych miała miejsce w powiatach bieruńsko-lędzińskim (242,8 zgonu), pszczyńskim (252,4 zgonu) oraz bielskim (252,8 zgonu). W większości powiatów (33 z 36) w latach 2014-2019 miał miejsce wzrost liczby zgonów, przy czym największy dotyczył powiatów m. Dąbrowa Górnicza (124,4% - rok 2014=100%), m. Rybnik (123,7%) oraz m. Żory (123,4%). Natomiast spadki liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych występowały w powiatach zawierciańskim (86,7%), gliwickim (88,1%) i częstochowskim (91,4%).

15. Pielęgniarki i położne na 10 tys. ludności

W roku 2019 r. największa liczba pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na 10 tys. ludności występowała w powiatach m. Katowice (237,4 pielęgniarki), m. Chorzów (118,7 pielęgniarki) i m. Bielsko-Biała (118,6 pielęgniarki). Natomiast najmniejsza dostępność personelu pielęgniarskiego występowała w powiatach rybnickim (15,3 pielęgniarki), bieruńsko-lędzińskim (21,2 pielęgniarki) oraz kłobuckim (30,0 pielęgniarek). Odnosząc się do dynamiki zmian liczby pielęgniarek i położnych w latach 2014-2020 stwierdzić należy, iż większości (30 z 36) powiatów miał miejsce wzrost, przy czym najbardziej dynamiczny był on w powiatach częstochowskim (197,5% - rok 2014=100%), m. Siemianowice Śląskie (155,3%) oraz m. Bytom (132,4%). Z kolei największe spadki dotyczyły powiatów m. Sosnowiec (85,9%), m. Jaworzno (90,9%) oraz wodzisławskiego (93,5%).

16. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych

Z największą liczbą zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w roku 2020 mieliśmy do czynienia na terenie powiatów tarnogórskiego (8,3 zgonu), m. Jaworzno (6,9 zgonu) i m. Chorzów (6,9 zgonu). Natomiast w powiatach kłobuckim, m. Piekary Śląskie i gliwickim nie zanotowano zgonów niemowląt. Relatywnie niskie wartości omawianego wskaźnika występują w powiatach m. Tychy (1,0 zgon), lublinieckim (1,5 zgonu) oraz myszkowskim (1,8 zgonu). Rozpatrując dynamikę zmian liczby zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w

latach 2014-2020 stwierdzić należy, iż w większości (24 z 36) powiatów miał miejsce spadek. Największy zanotowano w powiatach kłobuckim, m. Piekary Śląskie i gliwickim, gdzie udało się wyeliminować zgony do zera. Natomiast największe wzrosty omawianego wskaźnika dotyczyły powiatów tarnogórskiego (251,5% - rok 2014=100%), będziński (192,0%) oraz m. Katowice (160,0%).

Priorytet Inwestycyjny 9v

17. Liczba jednostek reintegracji społeczno-zawodowej na 10 tys. ludności

W 2019 roku z największą liczbą jednostek reintegracji społeczno-zawodowej (CIS, KIS, ZAZ i WTZ) w przeliczeniu na 10 tys. ludności mieliśmy do czynienia na terenie powiatów m. Świętochłowice (0,61 jednostki), bielskiego (0,60 jednostki), myszkowskiego (0,57 jednostki), zawierciańskiego (0,51 jednostki). Natomiast najmniej tego rodzaju jednostek było w powiatach raciborskim (0,09 jednostki), lublinieckim (0,13 jednostki) oraz m. Mysłowice (0,13 jednostki)

Przedstawione dane wskazują, iż w przypadku wszystkich analizowanych wskaźników mamy do czynienia z istotnymi różnicowaniami wewnątrzregionalnymi, które świadczą o różnorodności sytuacji w poszczególnych powiatach w sferze sytuacji społecznej i zdrowotnej. W celu podsumowania przeprowadzonych analiz dokonano uśrednienia lokat poszczególnych powiatów w rankingach stworzonych dla poszczególnych wskaźników dotyczących sfery społecznej i zdrowotnej w roku 2020 lub 2019 w zależności od dostępności danych. Wyniki przeprowadzonych analiz przeprowadzono w poniższej tabeli, w której zestawiono je ze skalą wsparcia w sferze społecznej i zdrowotnej.

Tabela 15. Średnia lokata powiatów i subregionów oraz kwota dofinansowania projektów

Powiat / Subregion	kwota dofinansowania projektów w sferze zdrowotnej	średnia lokata ze wskaźników z dziedziny zdrowotnej	kwota dofinansowania projektów w sferze społecznej	średnia lokata ze wskaźników z dziedziny społecznej
Powiat będziński	954497	27	15090838	21
Powiat bielski	1069546	20	15633898	15
Powiat bieruńsko-lęczyński	892270	24	4398254	18
Powiat cieszyński	2880370	16	13088789	19
Powiat częstochowski	5162806	23	14841402	22
Powiat gliwicki	1004703	13	7907107	14
Powiat kłobucki	2360337	24	10627599	23
Powiat lubliniecki	3483053	18	4741872	21
Powiat m. Bielsko-Biała	16768544	12	13447240	14
Powiat m. Bytom	5199817	16	28968064	25
Powiat m. Chorzów	3471891	17	8221952	19
Powiat m. Częstochowa	9139650	16	18648888	20
Powiat m. Dąbrowa Górnicza	2552374	20	11243165	14
Powiat m. Gliwice	8749197	19	10538144	18
Powiat m. Jastrzębie-Zdrój	2783788	12	4803554	15
Powiat m. Jaworzno	903060	24	4344194	17
Powiat m. Katowice	17313277	13	17961812	16
Powiat m. Mysłowice	1150140	26	3290006	17
Powiat m. Piekary Śląskie	812396	12	5986663	16
Powiat m. Ruda Śląska	1355209	18	8104592	16
Powiat m. Rybnik	1042716	15	9026099	23
Powiat m. Siemianowice Śląskie	3473526	14	8083414	18

Powiat / Subregion	kwota dofinansowania projektów w sferze zdrowotnej	średnia lokata ze wskaźników z dziedziny zdrowotnej	kwota dofinansowania projektów w sferze społecznej	średnia lokata ze wskaźników z dziedziny społecznej
Powiat m. Sosnowiec	10449738	21	17203052	27
Powiat m. Świętochłowice	5386649	16	5928379	20
Powiat m. Tychy	3338590	16	9966350	18
Powiat m. Zabrze	5490877	14	12373842	16
Powiat m. Żory	1591436	16	6649816	15
Powiat mikołowski	3009806	15	7742575	14
Powiat myszkowski	1393153	17	8893008	18
Powiat pszczyński	709162	20	8178129	17
Powiat raciborski	305179	22	6764307	14
Powiat rybnicki	1211404	26	8771550	16
Powiat tarnogórski	4401630	20	16283847	22
Powiat wodzisławski	2788523	22	12169410	19
Powiat zawierciański	6531635	22	16459189	23
Powiat żywiecki	3091518	22	20579489	25
Subregion centralny	90633497	18	233015440	19
Subregion południowy	23809978	17	62749416	18
Subregion północny	18055946	20	53010897	21
Subregion zachodni	9723046	19	48184736	17

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz LSI

Według wyników przeprowadzonej analizy dot. średnich lokat powiatów w rankingach z najtrudniejszą sytuacją w sferze zdrowotnej mamy do czynienia w powiatach będzińskim (średnia lokata 27), m. Mysłowice (26), rybnickim (26), kłobuckim (24), bieruńsko-lędzińskim (24) oraz m. Jaworzno (24). W powiatach tych mamy do czynienia z raczej niewielką – w porównaniu do innych regionów – kwotą dofinansowania projektów w dziedzinie zdrowia. Z kolei za powiaty z najlepszą sytuacją w dziedzinie zdrowia uznać należy powiaty m. Bielsko-Biała (średnia lokata 12), m. Jastrzębie-Zdrój (12), m. Piekary Śląskie (12), gliwicki (13) oraz m. Katowice (13). Uwzględniając podział subregionalny, najkorzystniejsza sytuacja w dziedzinie zdrowia występuje w Subregionie południowym (średnia lokata 17), a najmniej korzystna w subregionie północnym (średnia lokata 20), choć różnice pomiędzy subregionami nie są duże, za silniejsze uznać należy zróżnicowania wewnątrz subregionów.

Jeśli chodzi o sferę społeczną to z najmniej korzystną sytuacją mamy do czynienia w powiatach Powiat m. Sosnowiec (średnia lokata 27), m. Bytom (25), żywieckim (25), m. Rybnik (23), zawierciańskim (23) oraz kłobuckim (23). Kwotę dofinansowania projektów w sferze społecznej w tych powiatach należy uznać za przeciętną na tle innych regionów. Z kolei za powiaty z najbardziej korzystną sytuacją w sferze społecznej należy uznać m. Dąbrowa Górnicza, mikołowski, m. Bielsko-Biała, raciborski i gliwicki, których średnia lokata w rankingach to 14. Uwzględniając podział subregionalny, najkorzystniejsza sytuacja w sferze społecznej występuje w Subregionie zachodnim (średnia lokata 17), a najmniej korzystna w subregionie północnym (średnia lokata 21). Również w tym wypadku różnice pomiędzy subregionami nie są duże, za silniejsze uznać należy zróżnicowania wewnątrz subregionów.

Występowanie w przypadku wielu powiatów sytuacji, kiedy relatywnie mało korzystnej sytuacji nie towarzyszy wysoka kwota dofinansowania w danej sferze nie należy traktować jako przejaw braku adekwatności wsparcia RPO WSL względem zróżnicowania potrzeb w województwa, ponieważ zestawienie to nie uwzględnia kosztocłonności poszczególnych rodzajów wsparcia. Np. na obszarze o relatywnie dobrej sytuacji może występować realna i

uzasadniona potrzeba budowa szpitala, której zaspokojenie wymaga znacznych nakładów, co może sprawiać wrażenie nieuzasadnionego skalą potrzeb wydatkowania znacznej ilości środków. W konsekwencji zestawienie informacji o sytuacji w poszczególnych powiatach oraz skali środków należy traktować poglądowo i interpretować raczej jako przykład, iż w regionach o teoretycznie dobrej sytuacji również występują problemy społeczne i zdrowotne wymagające rozwiązania i tym samym wsparcia.

Dobre praktyki w zakresie wdrażania projektów

Zwieńczeniem niniejszego podrozdziału jest prezentacja dobrych praktyk w zakresie wdrażania projektów w ramach ewaluowanej interwencji. Katalog dobrych praktyk obejmuje 6 przedsięwzięć dobranych w sposób uwzględniający zarówno zróżnicowanie obszaru tematycznego projektów (obszar społeczny i obszar zdrowia), jak i zróżnicowanie wynikające z Działania, w którym realizowany jest dany projekt. Należy przy tym zauważyć, że odniesienia do zidentyfikowanych dobrych praktyk zostały także zawarte we wcześniejszych rozdziałach analitycznych raportu.

Projekt 1. Zindywidualizowane wsparcie osób starszych

Dobra praktyka: przygotowanie miejsca spotkań i odpowiedniego programu aktywności dla osób starszych oraz oddanie swobody w wyborze oferty projektu

Oś priorytetowa: IX

Działanie: 9.2

Projektodawca: Gmina Żarki

Tytuł projektu: *Barwy Jesieni - Żarecki Klub Seniora*

Cele projektu: zwiększenie aktywności, współpracy i integracji społecznej wśród 30 osób starszych w okresie od 01.01.2018r do 31.12.2019 zamieszkujących teren Gminy Żarki jako działania przeciwdziałające marginalizacji i osamotnieniu seniorów. Organizacja Klubu Seniora oraz organizowanie zajęć edukacyjnych, integrujących i aktywizujących.

Grupa docelowa projektu: osoby wykluczone społecznie lub zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenie - głównie osoby starsze.

Opis wdrażania dobrych praktyk

Grupa docelowa projektu w momencie jego rozpoczęcia była już objęta wsparciem, ale zdaniem respondenta tylko ze środków gminnych. Projektodawca uważa, że istnieje silna potrzeba realizowania projektów w środowisku osób starszych i wykluczonych.

Zaskoczeniem było zainteresowanie projektem - okazało się, że chętnych do udziału było 2-3 razy więcej niż pierwotnie zakładano.

Najistotniejszym aspektem wsparcia było przeciwdziałanie izolacji. Seniorzy biorący udział w projekcie wypowiadają się jak istotne jest dla nich wychodzenie z domów, przeciwdziałanie osamotnieniu, stanom depresyjnym (zwłaszcza w tym czasie pandemii), spędzanie czasu na pożytecznych i edukacyjnych aktywnościach. Potrzebne im są regularne spotkania jak i wyjazdy czy aktywność fizyczna.

Pierwszym zadaniem projektu było urządzenie rzeczoności klubu seniora. Projektodawca napotkał na tym etapie na dużo pracy żeby przygotować - był to dom kultury, który wymagał odmalowania i wyposażenia (od mebli po sportowe akcesoria do zajęć). Następnie zakontraktowany został animator klubu i wykładowcy.

W klubie prowadzone są spotkania z wykładowcami, organizowana jest aktywność fizyczna czy spotkania z psychologiem. Przygotowany jest plan zajęć i seniorzy sami wybierają sobie aktywności. Największą popularnością cieszą się zajęcia z muzykiem i pedagogiem. W przyszłości są plany zakontraktowania na stałe psychologa oraz dietetyka. Ponieważ liczba chętnych do udziału w projekcie była tak duża to atrakcyjna sama w sobie okazała się różnorodność kontaktów pomiędzy uczestnikami.

Wśród uczestników projektów również ze względu na wiek występują pojawiają się osoby z niepełnosprawnościami czy takie które z uwagi na wiek mają problemy z poruszaniem się. Biorąc to pod uwagę wszelkie zajęcia i zwłaszcza wyjazdy są planowane w kontekście łatwości dotarcia wszędzie tych osób. Dla niektórych uczestników organizowane są wózki i osoby pchające je. W projekcie zwłaszcza poszukiwane są osoby samotne czy osoby z problemami z poruszaniem się. Kiedy seniorzy zgłaszają się do projektu to wypełniają ankiety o swoim stanie zdrowia oraz piszą o swoich chorobach i ogólnej sytuacji życiowej.

Uzyskane efekty

1. Duże zróżnicowanie oferty wsparcia realizowanej w ramach projektu, od zajęć wykładowych po wyjazdy czy zajęcia fizyczne;
2. Duża elastyczność projektu w reagowaniu na potrzeby uczestników;
3. Duża intensywność działań promocyjnych i dostosowanie ich do specyfiki grupy docelowej;
4. Poszerzenie sieci kontaktów społecznych u osób w wieku senioralnym w ich środowisku lokalnym.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

Dla projektów o podobnym charakterze projektodawca rekomenduje zwłaszcza spokojną, relaksacyjną formułę prowadzenia takiego przedsięwzięcia. Należy zbadać jakie zajęcia najbardziej odpowiadają uczestnikom projektu i zebrać informacje o ich stanie zdrowia czy preferencjach. Ważne jest dobranie i wyszkolenie kadry tak żeby była szczególnie życzliwa, pełna zrozumienia podczas rozmów i dbała o estetykę wnętrz klubowych. Zajęcia powinny być przede wszystkim źródłem przyjemności i lekkich ćwiczeń relaksujących. Ważne jest również żeby pojawiał się poczęstunek.

Projekt 2. Dostosowanie placówki opieki zdrowotnej do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Dobra praktyka: poznanie specyficznych potrzeb beneficjentów projektu oraz placówki w której prowadzony jest projekt oraz odpowiednie przygotowanie projektu zarówno pod względem finansowym jak i wykonawczym

Oś priorytetowa: X

Działanie: 10.1

Projektodawca: Centrum Medyczne „Hipokrates”

Tytuł projektu: *Dostosowanie infrastruktury POZ i AOS do potrzeb nowoczesnego ośrodka zdrowia CM Hipokrates w Tychach przy ul. Gen. Ch.de Gaulle'a 49*

Cele projektu: poprawa dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych w placówce CM Hipokrates. Przeprowadzenie robót rozbiórkowych i demontażowych; przebudowa pomieszczeń w przychodni pediatrycznej; przeprowadzenie instalacji sanitarnych; przebudowa schodów wejściowych wraz z instalacją podnośnika dla wózków; przystosowanie sanitariatów dla osób z niepełnosprawnościami w budynku przychodni; przygotowanie dokumentacji projektowej.

Grupa docelowa projektu: brak grupy docelowej - projekt infrastrukturalny.

Opis wdrażania dobrych praktyk

Odnowiona i przystosowana w projekcie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami poradnia dziecięca według projektodawcy już od dłuższego czasu wymagała remontu gdyż była niefunkcjonalna - utrudniony był dostęp do placówki i jej części dla rodziców z wózkami. Ponadto często pojawiał się problem pozostawiania dzieci niepełnosprawnych na korytarzu poradni tak aby rodzic mógł przechodzić do punktu szczepień.

Do czasu realizacji projektu ograniczony był dostęp osób z niepełnosprawnościami do placówki z tego względu, że do wejścia poradni dziecięcej dostępne były jedynie schody bez podnośnika. Parę lat wcześniej zamontowana została winda dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych. W rzeczonyj przychodni coraz więcej pacjentów to osoby z niepełnosprawnościami – respondent utrzymuje, że dzieje się tak ponieważ mają ułatwiony dostęp do usług, do których wcześniej dostęp mieli bardzo utrudniony.

W trakcie projektu wnioskodawca natrafiał na problemy i zbyt skomplikowane procedury związane z rozliczaniem projektu. Prace nad projektem postępowały stosunkowo szybko i wykonawcy wystawiali kolejne faktury, a wnioskodawca przez dłuższy czas nie otrzymywał dotacji. Przez ten czas był zmuszony do płacenia wykonawcom z własnych środków, ale po dłuższym czasie otrzymał refundację.

W projekcie biorąc pod uwagę jego specyfikę zostały uwzględnione specyficzne potrzeby różnych grup odbiorców: dzieci, rodziców, osób z niepełnosprawnością lub ograniczeniami ruchowymi. Zainstalowane zostało urządzenie dźwigowe do transportu osób poruszających się na wózkach. Dostosowanie zostały również sanitaria do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Uzyskane efekty

1. Przeprowadzenie pogłębionej analizy potrzeb placówki i oczekiwań pacjentów;
2. Realizacja przedsięwzięcia zorientowanego na zapewnienie szeroko rozumianej dostępności dla klientów placówki;
3. Uwzględnienie w projekcie specyficznych potrzeb różnych grup odbiorców: dzieci, rodziców, osób z niepełnosprawnością lub ograniczeniami ruchowymi.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

Projekt zdaniem respondenta okazał się sukcesem ponieważ został dobrze zaplanowany od strony poznania potrzeb osób, które zostały jego uczestnikami. Rekomenduje się zatem poznanie potrzeb pacjentów oraz ich trudności w poruszaniu się po placówce oraz poznania potrzeb i możliwości obiektu ze strony personelu i administracji placówki. Ze względu na możliwe problemy z wypłatą środków bądź realizacją projektu w szybkim tempie projektodawca rekomenduje w miarę możliwości zabezpieczenie części środków potrzebnych żeby rozpocząć w ogóle realizację projektu - jak respondent sam zauważył mogą występować opóźnienia w wypłacie dofinansowania. Ważna jest również odpowiednia komunikacja i dobór wykonawcy projektu czy inspektora nadzoru – zwłaszcza biorąc pod uwagę, że projekt może być realizowany w placówce, gdzie ważny jest komfort przychodzących do niej pacjentów. Często niezbędne jest, żeby prowadzić prace w późnych godzinach wieczornych lub w weekendy kiedy placówka opieki zdrowotnej nie funkcjonuje.

Projekt 3. Kompleksowe wsparcie i zarządzanie projektem wsparcia na rynku pracy

Dobra praktyka: prowadzenie kompleksowego, całościowego wsparcia w poszukiwaniu pracy oraz kompleksowe zarządzanie projektowe i kryzysowe

Oś priorytetowa: IX

Działanie: 9.3

Projektodawca: Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie

Tytuł projektu: *Jurajski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej*³³

Cele projektu: zwiększenie szansy na zatrudnienie wśród 442 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poprzez utworzenie 109 stabilnych miejsc pracy, rozwój sektora ekonomii społecznej poprzez wzmocnienie 115 PES oraz stworzenie przyjaznego klimatu dla funkcjonowania sektora Ekonomii Społecznej wśród 31 Jednostek Samorządu Lokalnego z Subregionu Północnego województwa śląskiego w okresie do 31.07.2018 r. W projekcie pojawiało się świadczenie profilowanych usług doradczych, edukacyjnych i biznesowych na rzecz efektywnego funkcjonowania podmiotów ekonomii społecznej; wsparcie dla osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym za pośrednictwem podmiotów ekonomii społecznej, w tym udzielanie dotacji na zakładanie przedsiębiorstw społecznych i wsparcie funkcjonujących przedsiębiorstw w tworzeniu dodatkowych miejsc pracy; świadczenie na poziomie lokalnym usług animacyjnych służących rozwojowi organizacji obywatelskich i partycypacji społecznej oraz usług inkubacyjnych; wsparcie działań w zakresie poszukiwania i wdrażania zidentyfikowanych długookresowych źródeł finansowania podmiotów ekonomii społecznej, inicjatyw rozwijających przedsiębiorczość społeczną oraz uzupełniająco instytucji wspierających ekonomię społeczną.

Grupa docelowa projektu: osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym; podmioty ekonomii społecznej; pracownicy jednostek sektora finansów publicznych; partnerzy społeczni i gospodarczy, w tym przedsiębiorcy.

Opis wdrażania dobrych praktyk

Działania projektowe (w ramach drugiej edycji przedsięwzięcia) prowadzone były także w okresie pandemii COVID-19. Projektodawca stosunkowo wcześniej podjął działania zaradcze w postaci zebrania tzw. „sztabu kryzysowego”. Wraz z najważniejszymi w regionie organizacjami (Miejskimi i Gminnymi Ośrodkami Opieki Zdrowotnej, urzędami pracy, urzędami gmin) pracującymi z osobami wykluczonymi projektodawca był w kontakcie w sprawie przeciwdziałania skutków pandemii. Zakupione zostały środki ochrony osobistej żeby te organizacje mogły pracować ze swoimi odbiorcami.

Same działania projektowe zakładały rozpoznanie sytuacji podmiotów ekonomii społecznej, (przede wszystkim przedsiębiorstw społecznych), sytuacji związanej z zatrudnieniem poprzez zebranie wniosków określających gdzie występują największe potrzeby wsparcia. Przygotowana została grupa osób, która po podziale działań na regiony miały wspierać

³³ Projekt, którego dotyczy opis to przedsięwzięcie zakończone, realizowane do 31.07.2018 roku. Od 1.08.2018 realizowana jest druga edycja projektu, która ma tożsamy zakres merytoryczny (jest to specyfika projektów w Działaniu 9.3, które dotyczą funkcjonowania Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej). Z tego względu w opisie dobrej praktyki uwzględniono doświadczenia realizatora projektu, które dotyczą obu edycji. Dzięki takiemu podejściu poszerzony został materiał empiryczny, który stanowi uzasadnienie dla doboru omawianego przedsięwzięcia, ale także wzbogacona została charakterystyka projektu.

organizacje i przedsiębiorstwa społeczne oraz beneficjentów tych przedsiębiorstw społecznych.

Projektodawca określa swoje przedsięwzięcie jako kompleksowe – dany projekt zaczyna się od animacji, której wynikiem jest rekrutacja. Należy docierać do różnych grup osób, do społeczności lokalnych, liderów lokalnych czy organizacji. W wyniku animacji są diagnozowane konkretne potrzeby, które następnie trafiają do odpowiednich doradców, po czym przygotowywane jest wsparcie. Zakłada ono doradztwo ogólne, prawne, marketingowe, biznesowe czy wsparcie finansowe. Respondent stwierdza, że najczęściej pracuje ze znanymi sobie wcześniej organizacjami. Działania takie jak doradztwo i szkolenia mają na celu nie tylko wsparcie powstawania nowych podmiotów, ale też rozwój i ekonomizację tych już funkcjonujących.

Najbardziej interesującym działaniem, które zdaniem respondenta zostało wprowadzone w projekcie był wewnętrzny system CRM (Zarządzanie relacjami z klientami). Jest to system, do którego wprowadzane są karty doradcze, wszyscy beneficjenci i spotkania animacyjne. To system zarządzania, z którego kierownik projektu może skorzystać i zobaczyć, kto ile ma godzin doradczych, jakim organizacjom kończy się pomoc de minimis, ile tej pomocy zostało wykorzystane, od kiedy dany podmiot jest w projekcie, jakie osoby są zatrudniane. W tym systemie podane są informacje o osobach, które przedsiębiorstwo społeczne zatrudniło czy do kiedy są one zatrudnione. CRM projektu został stworzony żeby ułatwić wszelkie kontrole, audyty oraz zarządzanie projektem. Zapewnia on również możliwość generowania raportów. Każdy z pracowników projektu ma swój obszar działania, prowadzone są spotkania, a na początku każdego roku planowane są obowiązki i cele. Ponadto prowadzone są audyty badające czy te zadania są realizowane w sposób prawidłowy.

W projekcie funkcjonują wskaźniki skierowane do osób z niepełnosprawnościami czy osób wykluczonych z innych powodów. Współtworzona jest strona internetowa, która jest dostępna dla każdego, również dla osób niedowidzących. Możliwe jest przyjęcie klienta z niepełnosprawnością. Istnieje również możliwość przyjazdu na miejsce wskazane przez klienta.

Uzyskane efekty

1. Realizacja projektu dotyczącego ekonomii społecznej przez podmiot o profilu biznesowym – silne uwzględnienie aspektu biznesowego we wspieraniu rozwoju przedsiębiorstw społecznych;
2. Położenie dużego nacisku na działania sieciujące i animujące realizowane we współpracy z lokalnym otoczeniem społeczno-gospodarczym obejmującym JST, środowisko naukowe, przedsiębiorstwa, LGD;
3. Doprowadzanie do powrotu osób na otwarty rynek pracy poza przedsiębiorstwem społecznym, przemiana osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym w lokalnego lidera, nawiązanie relacji biznesowych pomiędzy przedsiębiorstwami, a PES;
4. Poprawa statusu materialnego beneficjentów, pomoc w wyjściu z ubóstwa i/lub patologii;
5. Zdecydowana większość wspieranych podmiotów przetrwała do chwili przeprowadzania niniejszego badania ewaluacyjnego. Zdaniem respondenta większość tych podmiotów nadal prowadzi zatrudnianie, a duża część z nich zatrudnia więcej osób niż pierwotnie zakładano.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

W tego typu projektach potrzebna jest rzetelna diagnoza potrzeb lokalnych, zatrudnianie odpowiednich specjalistów znających tematykę rynku pracy i przygotowanie różnorodnego zespołu. Sam zespół wymaga szkolenia i wymiany doświadczeń kadry. Potrzebne jest sieciowanie i kontakt z instytucjami rynku pracy, JST, przedsiębiorcami, środowiskiem akademickim i współpraca z LGD. W tego typu stosunkowo dużych projektach potrzebne jest odpowiednie zarządzanie. Pożyteczne jest wykorzystanie do tego odpowiedniego systemu informatycznego, np. takiego z którego korzysta niniejszy projekt. Opisywane przedsięwzięcie okazało się sukcesem również mocno z powodu odpowiedniego rozpoznania potrzeb regionu – to pomaga w pozyskiwaniu informacji, edukowaniu i docieraniu do różnych grup odbiorców. Respondent wspomina też o istotności zatrudniania zróżnicowanego zespołu i wykorzystywania mocnych strony każdego z członków tego zespołu. Nie ma potrzeby często zmieniać kadry, ale za to należy rozwijać ją w kierunku ich poszczególnych umiejętności. Projekt wspierający osoby w poszukiwaniu pracy zarobkowej powinien być kompleksowy i zakładać zarówno rozpoznanie jak i dotarcie do grup odbiorców i animację/doradztwo/pomoc w odnalezieniu się na rynku pracy – powinien przeprowadzić taką osobę przez cały proces poszukiwania pracy.

Projekt 4. Wypracowanie z pomocą otoczenia postaw wymaganych na rynku pracy

Dobra praktyka: współpraca z otoczeniem osób wykluczonych oraz wypracowanie podstawowych cech potrzebnych do utrzymania się na rynku pracy

Oś priorytetowa: IX

Działanie: 9.1

Projektodawca: Stowarzyszenie Druga Szansa

Tytuł projektu: *Centrum Integracji Społecznej szansą rozwoju ekonomii społecznej w Gminie Kłobuck*

Cele projektu: zwiększenie zdolności do zatrudnienia 64 osób w tym 39 Mężczyzn i 25 Kobiet zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym będących mieszkańcami Gminy Kłobuck poprzez wsparcie reintegracji społeczno-zawodowej w nowo powstałym Centrum Integracji Społecznej w okresie realizacji projektu.

Grupa docelowa projektu: osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym w tym osoby bezrobotne, które zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy zostały sprofilowane jako oddalone od rynku pracy.

Opis wdrażania dobrych praktyk

Niniejszy projekt zakładał stworzenie pracowni artystyczno-krawieckiej, stolarskiej, hodowlano-ogrodniczej, remontowo-budowlano-brukarskiej jak i Centrum Integracji Społecznej w Kłobucku. W projekcie prowadzone były kursy podnoszące kwalifikacje zawodowe, staże zawodowe oraz zadania związane z pracą socjalną. Organizowane były plenerowe i wyjazdowe spotkania dla uczestników i ich rodzin. Projekt zakładał również angażowanie uczestników w akcje charytatywne prowadzone przez Stowarzyszenie Druga Szansa.

Projektodawca znał potrzeby lokalnego rynku pracy. Dostrzeżony został na terenie powiatu brak innego Centrum Integracji Społecznej. Projektodawca zaznajomiony był z regulaminami projektowymi, SzOOP czy zasadami przygotowania projektów. Istotnym elementem uzyskania dofinansowania było realne określenie możliwości projektu.

Projekt zakładał współpracę z gminą Kłobuck, która była owocna - pojawiło się zaangażowanie ze strony gminy choćby w obszarze wsparcia księgowości.

Projekt zakładał pracę z osobami wykluczonymi społecznie i zawodowo, a zatem ze stosunkowo trudną grupą docelową. Przede wszystkim istotnym elementem projektu było nauczenie tych osób rutyny, punktualności, systematyczności, dbania o wygląd zewnętrzny, naukę kontaktów interpersonalnych i współpracy w grupie czy relacji przełożony-współpracownik. Każdy warsztat wymagał nauczenia się przez uczestników odpowiedzialności i samodzielności. Dobór osób do warsztatów zakładał również dostosowanie się do ich stanu zdrowia – przykładowo osoby z drżącymi dłońmi nie powinny pracować przy niektórych maszynach w warsztacie stolarskim.

W projekcie istotnym elementem były dobre relacje z jego otoczeniem – współpraca z samorządem, pracodawcami, lokalnym otoczeniem oznaczająca wymianę dokumentacji, wywiady, rozmowy z otoczeniem uczestników czy wizyty w ich domach odnośnie dalszego uczestnictwa.

Uzyskane efekty

1. Integracja społeczna uczestników CIS i otoczenia.
2. Zdobycie doświadczenia zawodowego przez uczestników projektu.
3. Wejście i pozostanie na rynku pracy większej ilości uczestników projektu niż zakładano.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

Na przykładzie projektu rekomenduje się prowadzenie ścisłej współpracy z otoczeniem projektowym zarówno w środowisku rodzinnym odbiorców wsparcia jak i otoczeniu społeczno-gospodarczym. Istotny jest właśnie dobry kontakt z podmiotami działającymi na rynku pracy czy współpraca z różnymi organizacjami w tym OWES. Znajomość choć jednej osoby w zespole projektowym regulaminów projektowych, SzOOP czy zasad przygotowania projektów. Biorąc pod uwagę skomplikowaną grupę docelową ważne jest nauczenie uczestników projektu zachowania rutyny, punktualności czy dbania o wygląd zewnętrzny. Do projektu należy dobrać grupę osób wykluczonych zawodowo czyli taką, która pomimo swoich deficytów zawodowych rokuje na wejście na rynek pracy.

Projekt 5. Kompleksowe wsparcie uzyskane dzięki powiązaniu działań infrastrukturalnych ze wsparciem społeczno-edukacyjnym

Dobra praktyka: odpowiedni dobór kadry w projekcie wsparcia osób wykluczonych

Oś priorytetowa: X

Działanie: 10.2

Projektodawca: Chorzów – miasto na prawach powiatu

Tytuł projektu: *Remont wyodrębnionych lokali Zakładu Komunalnego PGM wraz z kompleksowym remontem budynku mieszkalnego przy ul. Truchana 64 w Chorzowie w celu adaptacji ich na lokale socjalne.*

Cele projektu: przygotowanie i zarządzanie projektem, prowadzenie prac remontowych dotyczących mieszkań oraz promocja projektu

Grupa docelowa projektu: Nie Dotyczy

Opis wdrażania dobrych praktyk

Projekt zakładał remont lokali/budynku w celu ich adaptacji do wymagań lokali socjalnych. Powstałe mieszkania miały zapewniać dobry start osobom z nich korzystającym. Osoby te

miały otrzymywać wsparcie społeczne i edukacyjne niwelujące problemy i trudności w kompetencjach opiekuńczo-wychowawczych (pomoc pochodziła ze strony terapeutów, psychologów, pedagogów, pediatrów, prawników, asystentów rodzin itp.)

Zdaniem respondenta największym wyzwaniem w projekcie było znalezienie i zatrudnienie asystentów rodziny, którzy wspieraliby osoby wybrane w projekcie. Problem ten został rozwiązany poprzez uruchomienie odpowiednich kontaktów w ośrodku pomocy społecznej.

Uzyskane efekty

1. Kompleksowość wsparcia uzyskana dzięki powiązaniu działań infrastrukturalnych ze wsparciem społeczno-edukacyjnym.
2. Integracja działań realizowanych w obszarze oddziaływania EFRR i EFS.
3. Doposażenie mieszkań na dobry start.
4. Kompleksowe wsparcie społeczno-edukacyjne dla uczestników projektu.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

Respondent rekomendował w tego typu projektach zatrudnienie asystentów rodzin – ci pracownicy socjalni mają być bezwzględnie potrzebni, a ich kompetencje bardzo istotne - ten zespół powinien być szczególnie starannie dobrany. Posiadanie przez kadrę projektu doświadczenia we współpracy z ośrodkami pomocy społecznej będzie w procesie doboru kadr bardzo pomocne. Należy pamiętać, że zarówno dobór uczestników jak i osób, które będą nimi kierowały jest równie ważny.

Projekt 6. Kompleksowe rozpoznanie potrzeb i wsparcie osób starszych i niesamodzielnych

Dobra praktyka: precyzyjne poznanie potrzeb regionu w kontekście grupy docelowej projektu oraz prowadzenie rekrutacji skupiającej się na przyszłych relacjach uczestników

Oś priorytetowa: IX

Działanie: 9.2

Projektodawca: Justyna Noculak-Moskal – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rehabilitacja”

Tytuł projektu: *Poprawa dostępności i efektywności usług medycznych poprzez utworzenie Domowego Ośrodka Rehabilitacji Środowiskowej (DORS) w Pisarzowicach*

Cele projektu: zwiększenie możliwości korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych, zdrowotnych i opieki środowiskowej ukierunkowanych na poprawę funkcjonowania i stanu zdrowia 56 osób (38K, 18M) po 65 roku życia w tym 20 osób (13K, 7M) wymagających opieki środowiskowej z terenu powiatu bielskiego, zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Wsparcie w zakresie aktywizacji społecznej 18 osób (16K, 2M) z ich otoczenia poprzez utworzenie i działanie Domowego Ośrodka Rehabilitacji Środowiskowej zapewniającego usługi rehabilitacji medycznej i psychofizycznej, organizacja opieki środowiskowej dla osób zależnych po 65 r.ż. oraz wielowymiarowe wsparcie osób z otoczenia uczestników projektu.

Grupa docelowa projektu: osoby starsze lub/i wymagające opieki, wykluczone lub zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenie

Opis wdrażania dobrych praktyk

Niniejszy projekt zakładał utworzenie Domowego Ośrodka Rehabilitacji Środowiskowej, leczenie w oparciu o indywidualny program leczenia rehabilitacyjnego oraz zapewnienie

uczestnikom opieki środowiskowej. W projekcie powiązano ze sobą komponent medyczny i integracyjny wsparcia – okazał się on sukcesem ponieważ dzięki niemu aktywizacja uczestników występowała nie tylko w trakcie jego trwania, ale także poza nim.

Projekt był poprzedzony wnikliwą analizą potrzeb uczestników – stwierdzono, że dostępność usług medycznych z zakresu rehabilitacji osób 65+ w rejonie powiatu bielskiego i Bielska-Białej jest niewystarczająca o czym miały świadczyć sprawdzone dane statystyczne. Wynikało z nich m.in., że średni okres oczekiwania na usługę w zakresie rehabilitacji jest bardzo długi i wynosi 5-6 lat w oddziałach rehabilitacyjnych oraz minimum pół roku w przypadku oddziałów dziennych. Dodatkowo negatywną sytuację pogłębiał fakt braku oddziału geriatrycznego w powiecie i Bielsku-Białej. Ośrodki opieki seniorów jak i zorganizowanie dostępu do nich również okazało się być problemem w regionie. W projekcie dokonano nawet analizy procesu starzenia się i wpływu tego procesu na zdrowie psychofizyczne – na podstawie zebranych danych dobrane zostały narzędzia wsparcia. Ważnym komponentem projektu było odciążenie osób zajmujących się osobami starszymi i niesamodzielnymi, które też uprzednio poparto analizą danych na temat sprawowania opieki. Określone zostały bariery dostępu do wsparcia takich osób: brak środków finansowych, trudności z transportem, brak możliwości edukacji/aktywizacji zawodowej opiekunów z otoczenia ze względu na konieczność sprawowania opieki.

Promocja projektu odbywała się poprzez zróżnicowane ścieżki komunikacji: stronę www, ulotki, plakaty, gazetki parafialne czy miejsca, w których istnieje największa możliwość dotarcia do informacji o projekcie do potrzeb osób starszych. W projekcie też wystąpiła współpraca z OPS i POZ, których zadaniem było informowanie o projekcie.

W procesie rekrutacyjnym przeprowadzono ankiety dla opiekunów – czy opieka nad osobą niesamodzielną blokuje im realizację celów zawodowych i edukacyjnych. Wywiad zakładał wypełnienie formularza, ocenę pacjenta wg skali Barthel i jego analizę formalną.

Zespół projektowy składał się z osób, które dobrze znały potrzeby regionu pod względem wsparcia osób niesamodzielnych / starszych. Zdaniem respondenta pomoc kierowana do tych osób musi mieć charakter systematyczny. Duże znaczenie ma w tym przypadku odpowiednie podejście psychosocjologiczne, które pozwoliło nie tylko na skuteczną rekrutację 12 uczestników, ale także zapewnienie ich partycypacji przez okres 9 miesięcy (przy założeniu odbywania codziennych spotkań, wspólnych zajęć i posiłków). Projekt zakładał nie tylko zajęcia w jednej lokalizacji - co jakiś czas organizowane były wyjścia do parku czy zajęcia w ogrodzie.

Dla sukcesu projektu istotny był dobór zespołu i podział obowiązków: była jedna osoba, która była opiekunem grupy, ale równocześnie ta osoba była odpowiedzialna za całą dokumentację projektu. Drugim ogniwem kluczowym dla skutecznej realizacji projektu była firma doradcza, która obsługiwała kwestie finansowo-administracyjne. Trzecim ogniwem tego zespołu była ta grupa medyczna – ona obejmowała fizjoterapeutów, rejestratorów medycznych, którzy koordynowali naszych pacjentów.

Uzyskane efekty

1. Utrzymywanie przyjaźni, kontaktów i aktywizacja uczestników nawet po zakończeniu projektu.
2. Dodatkowe działania (oprócz opisanych w projekcie) integrujące uczestników tj. wycieczki, uroczystości, ciekawe wykłady i zajęcia, które zostały sfinansowane w ramach kosztów pośrednich.
3. Odciążenie rodziny i opiekunów w zajmowaniu się potrzebami danej osoby.

4. Lepszy stan psychiczny i fizyczny osób 65+ co przekłada się na lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym.
5. Duże zaangażowanie personelu aby stworzyć odpowiednią atmosferę dla osób 65+.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

Na przykładzie niniejszego projektu można zarekomendować ogół kompleksowych rozwiązań. Rozpoczęcie jakiegokolwiek działania od skrupulatnego poznania potrzeb regionu, poszczególnych grup osób i deficytów pomocy jest przydatnym rozwiązaniem. Projekt mający na uwadze wsparcie i aktywizację osób starszych oraz niesamodzielnych może w celu poszukiwania uczestników prowadzić promocję poprzez różne środki masowego przekazu oraz we współpracy z podmiotami mającymi bezpośredni dostęp do takich osób. Rekrutacja powinna również zakładać dobór osób, które przez dłuższy okres będą potrafiły wspólnie spędzać czas. Ostatecznie żeby przedsięwzięcie osiągnęło sukces, obowiązki należy podzielić między osoby i grupy osób, które zajmują się zawodowo/mają kompetencje w swoich obszarach działania.

Wnioski i rekomendacje

Poniżej przedstawiono tabelę wniosków i rekomendacji sformułowanych w oparciu o wyniki przeprowadzonej analizy. Tabela zawiera informacje dotyczące: wniosku, rekomendacji, adresata rekomendacji, szczegółowego sposobu wdrożenia rekomendacji, terminu wdrożenia rekomendacji (z uwzględnieniem daty dziennej kończącej dany kwartał) oraz klasy rekomendacji. Jeśli chodzi o klasy rekomendacji, to są one następujące:

- rekomendacja horyzontalna – dotycząca realizacji polityki spójności, wykraczająca poza jeden program operacyjny,
- rekomendacja programowa – dotycząca tylko jednego PO,
- rekomendacja pozasystemowa (zewnętrzna) – dotycząca instytucji lub obszarów zlokalizowanych poza systemem realizacji polityki spójności.

W ramach klas: horyzontalnej i programowej wyróżnia się podklasy:

- rekomendacja operacyjna – dotyczy kwestii wdrożeniowych programu (-ów) oraz usprawnień w tym zakresie,
- rekomendacja strategiczna – dotyczy strategicznych kwestii w obszarze realizacji programu lub całej polityki spójności.

Zgodnie z przyjętymi celami niniejszej ewaluacji oraz uwzględniając moment jej przeprowadzenia, całość rekomendacji dotyczy przyszłego okresu finansowania.

Tabela 16. Tabela wniosków i rekomendacji

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
1.	<p>W ramach prowadzonej analizy dotyczącej trwałości rezultatów projektów nie zidentyfikowano istotnych problemów związanych z wymaganym formalnie okresem trwałości rezultatów wsparcia, natomiast istnieje problem utrzymania rezultatów projektów w dłuższym horyzoncie czasowym. (s. 95-103)</p>	<p>Wprowadzenie rozwiązań zwiększających prawdopodobieństwo utrzymania rezultatów projektów współfinansowanych ze środków EFS nie tylko w wymaganym okresie trwałości, ale także po jego zakończeniu. (s. 103)</p>	<p>Instytucja Zarządzająca FE SL 2021-2027</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doprecyzowanie kwestii trwałości rezultatów projektów w ramach wsparcia współfinansowanego ze środków EFS rozumianej jako gotowość do świadczenia określonych usług (określenie warunków brzegowych i swoista „formalizacja” gotowości) i/lub rozważenie premiowania w ramach EFS projektów zapewniających trwałość rozumianą jako faktyczne świadczenie określonych usług w danym zakresie, a nie tylko gotowość do ich świadczenia (dot. EFS). ▪ Rozważenie wprowadzenia w projektach w ramach EFS rozwiązań zwiększających znaczenie w procesie aplikacyjnym kwestii doświadczenia podmiotu aplikującego w pracy z daną grupą docelową – kwestia posiadania doświadczenia w 	<p>30.06.2022</p>	<p>Programowa – Operacyjna</p>

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>pracy z grupą docelową zbieżną z grupą objętą pomocą w planowanym projekcie powinna stanowić warunek brzegowy otrzymania dofinansowania w obszarze usług społecznych i aktywnej integracji (ew. cechujący się bardzo dużą wagą w procesie oceny), a ewentualne dodatkowe doświadczenie projektowe (w tym: odnoszące się do projektów o charakterze zbliżonym do charakteru planowanego przedsięwzięcia) powinno stanowić element premiowany w procesie oceny wniosków o dofinansowanie (dot. EFS).</p>		
2.	<p>W toku przeprowadzonej analizy zidentyfikowano określone czynniki zewnętrzne istotnie oddziałujące na skalę efektów osiągniętych w projektach dotyczących</p>	<p>Podjęcie działań zorientowanych na wzmocnienie pozytywnego oddziaływania i ograniczenie oddziaływania negatywnego</p>	<p>Instytucja Zarządzająca FE SL 2021-2027</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uwzględnienie w procesie dystrybucji wsparcia czynników mających duże znaczenie dla efektów osiągniętych w projektach: <ul style="list-style-type: none"> - W przypadku projektów współfinansowanych ze środków EFS 	30.06.2022	<p>Programowa – Operacyjna</p>

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
	<p>ewaluowanej interwencji. (s. 118-124)</p>	<p>wybranych czynników zewnętrznych istotnie wpływających na skalę efektów osiągniętych w projektach dotyczących ewaluowanej interwencji. (s. 123-124)</p>		<p>skierowanych do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i niesamodzielnych – położenie dużego nacisku na wsparcie środowiskowe i pracę z najbliższym otoczeniem rodzinnym i społecznym ostatecznych odbiorców pomocy (np. poprzez wprowadzenie kryteriów premiujących dotyczących stosowania w projektach tego rodzaju rozwiązań) (dot. EFS).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poszerzenie dostępności wsparcia współfinansowanego ze środków EFS dla podmiotów sektora pozarządowego poprzez rozwiązania dotyczące: tworzenia zachęt dla JST do udostępniania swoich zasobów organizacjom pozarządowym / podmiotom ekonomii społecznej na potrzeby realizacji projektów w obszarze społecznym – np. poprzez preferencje w innych obszarach wsparcia w ramach FE SL 2021-2027 dla tych JST, 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				które decydują się na takie udostępnienie); stosowanych kryteriów oceny projektów; organizacji naborów kierowanych wyłącznie do podmiotów sektora pozarządowego (dot. EFS).		
3.	W toku przeprowadzonej analizy zidentyfikowano określone czynniki wewnętrzne istotnie oddziałujące na skalę efektów osiągniętych w projektach dotyczących ewaluowanej interwencji. (s. 124-131)	Podjęcie działań zorientowanych na wzmocnienie pozytywnego oddziaływania i ograniczenie oddziaływania negatywnego czynników wewnętrznych istotnie wpływających na skalę efektów osiągniętych w projektach dotyczących ewaluowanej interwencji. (s. 131)	Instytucja Zarządzająca FE SL 2021-2027	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wprowadzenie w obszarze usług zdrowotnych podziału na typy projektów wyodrębnione ze względu na charakter prowadzonej działalności (podmioty lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, podstawowa opieka zdrowotna), co pozwoliłoby na precyzyjniejsze kierunkowanie wsparcia, prowadzenie bardziej przejrzystej oceny, a jednocześnie nie wykluczałoby możliwości prowadzenia naborów uwzględniających wszystkie typy projektów (dot. EFS). ▪ Rozważenie – w ramach wsparcia współfinansowanego ze środków EFS –zwiększenia 	30.06.2022	Programowa – Operacyjna

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				zakresu zmian (tj. skali odstępstw od przyjętych wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu) możliwych do zastosowania (bez konsekwencji finansowych) w odniesieniu do realizacji wskaźników projektowych w przypadku przedsięwzięć o dużym stopniu trudności / złożoności i/lub skierowanych do grup docelowych w szczególnie trudnej sytuacji (dot. EFS).		
4.	W ramach analizy stosowanych w RPO WSL 2014-2020 różnorodnych formuł wyboru projektów w ramach ewaluowanej interwencji zidentyfikowano najważniejsze mocne i słabe strony poszczególnych trybów. (s. 133-138)	Wprowadzenie w przyszłym okresie finansowania rozwiązań dyskontujących najważniejsze atuty poszczególnych formuł realizacji projektów. (s. 138)	Instytucja Zarządzająca FE SL 2021-2027	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uwzględnienie w ramach wsparcia dotyczącego usług zdrowotnych współfinansowanego ze środków EFS stosowania trybów: konkurencyjnego (w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej) oraz niekonkurencyjnego (w odniesieniu do leczenia szpitalnego, z zachowaniem elementu wojewódzkiej 	30.06.2022	Programowa – Operacyjna

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>koordynacji procesu kierunkowania wsparcia w tym obszarze i ze szczególnym uwzględnieniem realizacji zadań związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych w formule środowiskowej lub wynikających z zapisów Regionalnych Programów Zdrowotnych), co jednocześnie będzie wymagało wyodrębnienia typów projektów odzwierciedlających trzy ww. formuły świadczenia usług zdrowotnych (dot. EFS).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uwzględnienie w ramach wsparcia dotyczącego usług społecznych współfinansowanego ze środków EFS stosowania trybu niekonkurencyjnego w odniesieniu do projektów realizowanych przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej (dot. EFS). 		
5.	Analiza aktualności dotychczasowych kierunków wsparcia potwierdziła celowość	Podjęcie działań zorientowanych na zapewnienie dostępności wsparcia	Instytucja Zarządzająca FE SL 2021-2027	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dążenie – w przypadku braku ograniczeń wynikających z regulacji nadrzędnych i przyjętej demarkacji pomiędzy 	30.06.2022	Programowa – Strategiczna

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
	<p>generalnego utrzymania dotychczasowego zakresu interwencji. (s. 151-155)</p>	<p>w obszarach, które będąc wspieranymi w obecnym okresie finansowania utrzymują swoją aktualność jako wymagające określonego rodzaju pomocy. (s. 155-156)</p>		<p>regionalnym i krajowym poziomem interwencji – do utrzymania wsparcia w następujących obszarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - W przypadku wsparcia w zakresie zdrowia – utrzymanie wsparcia współfinansowanego ze środków EFS i zorientowanego na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, przy jednoczesnym monitorowaniu poziomu zapotrzebowania na konkretne usługi zdrowotne w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące liczby osób oczekujących na poszczególne rodzaje świadczeń medycznych oraz czasu oczekiwania na otrzymanie danego rodzaju świadczenia medycznego (dot. EFS). - W przypadku wsparcia w zakresie zdrowia – 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>utrzymanie wsparcia zorientowanego na wspomaganie profilaktyki zdrowotnej (w oparciu o finansowanie ze środków EFS lub w ramach <i>cross-financingu</i> stosowanego w projektach współfinansowanych ze środków EFRR), przy jednoczesnym zwiększeniu znaczenia działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży (ze szczególnym uwzględnieniem działań integrujących środowisko szkolne i rodzinne poprzez równoległe działania dla uczniów, rodziców i nauczycieli) (dot. EFS i EFRR).</p> <p>- W przypadku wsparcia w zakresie zdrowia – utrzymanie wsparcia w ramach dotychczas priorytetowych obszarów interwencji o profilu zdrowotnym, które dotyczą</p>		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>chorób nowotworowych, chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób cywilizacyjnych (dot. EFS i EFRR).</p> <p>- W przypadku wsparcia w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych – utrzymanie wsparcia w tym zakresie, przy jednoczesnym uwzględnieniu braku możliwości całkowitego przejścia do modelu zdeinstytucjonalizowanego (nie we wszystkich obszarach świadczenia usług społecznych i zdrowotnych formuła zdeinstytucjonalizowana jest możliwa do zastosowania) – deinstytucjonalizacja powinna być rozumiana nie tylko w wymiarze formalnym, ale także obejmującym działania w</p>		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>zakresie zmiany mentalnej w obszarze usług społecznych i zdrowotnych i wdrażania takiego podejścia także w ramach działań realizowanych w formie instytucjonalnej (dot. EFS i EFRR).</p> <ul style="list-style-type: none"> - W przypadku wsparcia w zakresie aktywnej integracji – utrzymanie wsparcia w tym zakresie, przy jednoczesnym zwiększeniu wsparcia środowiskowego i indywidualnie profilowanego, ew. odzwierciedlającego specyficzne potrzeby węższych grup osób dotkniętych różnymi aspektami wykluczenia społecznego (dot. EFS). - W przypadku wsparcia w zakresie ekonomii społecznej – utrzymanie wsparcia w tym zakresie (bazującego na trzech 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>filarach: pomocy finansowej, szkoleniach i doradztwie realizowanego poprzez OWES, które powinny być traktowane jako instytucje stabilizujące sytuację sektora ekonomii społecznej), przy jednoczesnym zapewnieniu pomocy w ramach dwóch modeli: (a) zatrudniania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym przez podmioty <i>stricto</i> komercyjne, (b) zatrudniania osób zagrożonych wykluczeniem społecznym przez organizacje społeczne rozwijające działalność gospodarczą; wsparcie dotyczące ekonomii społecznej i spółdzielczości socjalnej powinno być traktowane m.in. jako instrument zabezpieczenia osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym przed trwałym</p>		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>wypadnięciem z rynku pracy w rezultacie sytuacji kryzysowych (pandemia, dekonstrukcja gospodarcza); wsparcie w zakresie ekonomii społecznej powinno także obejmować świadczenie określonej pomocy ostatecznym odbiorcom, którymi są osoby wykluczone lub zagrożone wykluczeniem społecznym (w tym przypadku wskazane są także działania włączające wsparcie w zakresie ekonomii społecznej w realizację celów związanych z aktywną integracją oraz świadczeniem usług społecznych i zdrowotnych) (dot. EFS).</p> <p>- W przypadku wsparcia dotyczącego infrastruktury usług społecznych – utrzymanie wsparcia w zakresie</p>		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				mieszkalnictwa chronionego (mieszkania treningowe / wspierane), w oparciu o istniejącą infrastrukturę (dot. EFRR).		
6.	W obszarze oddziaływania interwencji z zakresu społecznego i zdrowotnego mamy do czynienia z pojawieniem się zapotrzebowania na różnorodne obszary / zakresy wsparcia. (s. 158-165)	Podjęcie działań zorientowanych na zapewnienie dostępności wsparcia w ramach różnorodnych obszarów / zakresów pomocy. (s. 158-165)	Instytucja Zarządzająca FE SL 2021-2027	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dążenie – w przypadku braku ograniczeń wynikających z regulacji nadrzędnych i przyjętej demarkacji pomiędzy regionalnym i krajowym poziomem interwencji – do zapewnienia dostępności wsparcia w następujących obszarach / zakresach pomocy: <ul style="list-style-type: none"> - wsparcie w zakresie leczenia psychiatrycznego, ze szczególnym uwzględnieniem usług wspierających zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży oraz wsparcia długoterminowego i środowiskowego, np. z wykorzystaniem centrów zdrowia psychicznego (przy 	30.06.2022	Programowa – Strategiczna

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>jednoczesnym podkreśleniu, że wsparcie psychiatryczne / psychologiczne nie może być ograniczane wyłącznie do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym) (dot. EFS i EFRR);</p> <ul style="list-style-type: none"> - wsparcie dla obywateli państw trzecich, w tym: migrantów (dot. EFS); - poprawa dostępu dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji do systemu ochrony zdrowia, np. poprzez premiowanie przedsięwzięć realizowanych na obszarach wiejskich lub przedsięwzięć zakładających określone działania rekrutacyjne / informacyjne wśród dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji (dot. EFS i EFRR); - wspomaganie rozwoju podejścia środowiskowego 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>w opiece hospicyjnej (dot. EFS i EFRR);</p> <ul style="list-style-type: none"> - wsparcie dla placówek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie prowadzonych działań profilaktycznych (ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki chorób metabolicznych i kardiologicznych oraz nadwagi i otyłości) (dot. EFS i EFRR); - wsparcie kadr realizujących usługi społeczne i zdrowotne, w tym: wsparcie szkoleniowe (dot. EFS); - wsparcie działań zorientowanych na zmniejszenie skali deficytu kadr medycznych, w szczególności poprzez rozwijanie kształcenia w zawodach pomocniczych: asystent / asystentka lekarza / lekarki; asystent / asystentka pielęgniarki / pielęgniarki; opiekun / 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>opiekunka z przygotowaniem medycznym; sekretarka medyczna; specjalista zdrowia publicznego (dot. EFS);</p> <ul style="list-style-type: none"> - wsparcie działań zorientowanych na zmniejszenie skali deficytu osób pełniących rolę asystentką / opiekunczą wobec osób niesamodzielnych (dot. EFS); - wsparcie tworzenia środowiskowej formuły pomocy bazującej na tzw. „kręgach wsparcia” i pomocy sąsiedzkiej (dot. EFS); - wsparcie w zakresie rehabilitacji, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji domowej (w tym: rehabilitacji dla pacjentów po przejściu COVID-19 i rehabilitacji 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>osób w wieku produkcyjnym) (dot. EFS i EFRR);</p> <ul style="list-style-type: none"> - wsparcie działań w zakresie rozwijania zdalnego zarządzania świadczeniem usług opiekuńczych i zdrowotnych, przy jednoczesnej promocji tego rodzaju podejścia – premiowanie projektów uwzględniających rozwiązania technologiczne i/lub organizacyjne z zakresu telemedycyny i/lub teleopieki (dot. EFS i EFRR); - wsparcie działań zorientowanych na włączanie mieszkańców w aktywność społeczno-obywatelską (dot. EFS); - wsparcie działań zorientowanych na zniwelowanie problemu „podwójnego starzenia się”, tj. opieki osób w wieku 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>senioralnym nad swoimi rodzicami (dot. EFS i EFRR);</p> <ul style="list-style-type: none"> - wsparcie na rzecz zindywidualizowanych działań w zakresie aktywnej integracji (bazujących na podejściu mentoringowym i coachingowym) (dot. EFS); - wsparcie na rzecz osób długotrwale bezrobotnych i osób starszych poprzez ich włączanie w przedsięwzięcia w zakresie ekonomii społecznej (dot. EFS); - wsparcie na rzecz działań o profilu międzypokoleniowym (wolontariat międzypokoleniowy) lub wewnątrzpokoleniowym (wolontariat dla osób w wieku senioralnym w ramach wsparcia dla innych osób w zbliżonym wieku) (dot. EFS). 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<ul style="list-style-type: none"> - wsparcie działań integrujących wsparcie z obszaru usług społecznych i zdrowotnych (dot. EFS i EFRR); - wsparcie na rzecz działań profilaktycznych w zakresie ergonomii pracy i edukacji zdalnej – dot. przedsięwzięć związanych ze wzrostem świadomości w zakresie prawidłowej ergonomii w ramach pracy i edukacji, które są realizowane w formie zdalnej (dot. EFS); - wsparcie w zakresie turystyki społecznej realizowane z wykorzystaniem instrumentów terytorialnych na obszarach wiejskich (chodzi o przedsięwzięcia angażujące i aktywizujące mieszkańców obszarów wiejskich w zakresie świadczenia usług turystycznych, które 		

Lp.	Treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	Adresat rekomendacji (instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	Termin wdrożenia rekomendacji (data dzienna kończąca dany kwartał)	Klasa rekomendacji
				<p>oferowane są w szczególności osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym, np. osobom starszym, osobom niesamodzielnym, osobom z niepełnosprawnościami) (dot. EFS i EFRR);</p> <ul style="list-style-type: none"> - wsparcie oddolnych inicjatyw mieszkańców w zakresie działań społecznych i zdrowotnych w środowisku lokalnym na rzecz dobra wspólnego (dot. EFS). 		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Spisy ilustracji

Poniżej przedstawiono spisy ilustracji zamieszczonych w niniejszym raporcie, tj. wykresów i tabel.

Spis wykresów

Wykres 1. Występowanie problemów z osiągnięciem wartości docelowych wskaźników	53
Wykres 2. Występowanie sytuacji przekroczenia wartości docelowych wskaźników	54
Wykres 3. Charakter działań realizowanych w ramach Działania 9.1.....	56
Wykres 4. Średnia ocena skuteczności podejmowanych działań w realizacji celów w ramach Działania 9.1	57
Wykres 5. Charakter działań realizowanych w ramach Działania 9.2.....	58
Wykres 6. Średnia ocena skuteczności podejmowanych działań w realizacji celów w ramach Działania 9.2	60
Wykres 7. Charakter działań realizowanych w ramach Działania 9.3.....	61
Wykres 8. Średnia ocena skuteczności podejmowanych działań w realizacji celów w ramach Działania 9.3	62
Wykres 9. Charakter działań podejmowanych w projektach Działania 10.1 i 10.2	63
Wykres 10. Średnia ocena skuteczności podejmowanych działań w realizacji celów w ramach Działania 10.1 i 10.2	64
Wykres 11. Kategorie osób, do których skierowane zostało wsparcie / działania realizowane w projektach.....	65
Wykres 12. Stopień niepełnosprawności uczestników projektów	66
Wykres 13. Efekty uzyskane przez uczestników projektów w poszczególnych Działaniach ..	68
Wykres 14. Efekty uzyskane w wybranych grupach uczestników projektów	70
Wykres 15. Efekty uzyskane przez uczestników projektów sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi.....	72
Wykres 16. Efekty uzyskane przez osoby niesamodzielne będące pod opieką uczestników projektów.....	73
Wykres 17. Wpływ wsparcia na zmianę oraz utrzymanie miejsca zamieszkania uczestników projektów w województwie śląskim.....	74
Wykres 18. Efekty uzyskane przez uczestników pracujących w instytucjach pomocowych ..	75
Wykres 19. Rodzaj placówki reprezentowany przez badaną instytucję.....	77
Wykres 20. Charakter wsparcia uzyskanego przez instytucje w projektach	78
Wykres 21. Efekty uzyskane przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.1	79
Wykres 22. Efekty uzyskane przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.2 w dziedzinie społecznej	80
Wykres 23. Efekty uzyskane przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.2 w dziedzinie zdrowia	81
Wykres 24. Efekty uzyskane przez instytucje objęte wsparciem w ramach Działania 9.3	82
Wykres 25. Występowanie dodatkowych efektów pozytywnych i negatywnych	86

Wykres 26. Występowanie dodatkowych efektów dla instytucji objętych wsparciem oraz odbiorców ostatecznych spoza instytucji	88
Wykres 27. Świadczenie przez instytucje objęte wsparciem pomocy / usług / wsparcia innym osobom w wyniku udziału w projekcie	89
Wykres 28. Ocena możliwości wprowadzenia zmian w projekcie, które pozwoliłyby na uzyskanie podobnych efektów przy niższych kosztach.....	94
Wykres 29. Średnia ocena trwałości efektów projektów z EFS dla uczestników projektów oraz podmiotów pełniących rolę beneficjentów	96
Wykres 30. Przewidywany czas, przez który odczuwane będą efekty projektu.....	97
Wykres 31. Ocena trwałości efektów projektów dla instytucji objętych wsparciem oraz odbiorców ostatecznych spoza instytucji	98
Wykres 32. Ocena czasu, w jakim efekty odczuwalne przez uczestników projektów	99
Wykres 33. Ocena możliwości realizacji działań przewidzianych w projektach EFS w przypadku braku otrzymania dofinansowania	104
Wykres 34. Ocena możliwości realizacji działań przewidzianych w projektach EFRR w przypadku braku otrzymania dofinansowania	105
Wykres 35. Ocena możliwości uzyskania efektów podobnych do uzyskanych w projekcie bez uzyskania wsparcia projektowego	106
Wykres 36. Ocena dostępności wsparcia podobnego do otrzymanego w projekcie.....	107
Wykres 37. Charakter wpływu czynników na skalę efektów w projekcie	114
Wykres 38. Wpływ czynników na poziom efektów uzyskanych przez instytucje w projektach EFS	117
Wykres 39. Średni stopień realizacji wskaźników w projektach zakończonych przed i po rozpoczęciu pandemii COVID-19	122
Wykres 40. Średnia liczba zawartych aneksów do umów o dofinansowanie w projektach zakończonych przed i po rozpoczęciu pandemii COVID-19.....	123
Wykres 41. Średni czas wybranych procesów w latach 2015-2021 (w dniach).....	130
Wykres 42. Dostrzeganie wskaźników, które nie pasują do efektów w projekcie, a musiały być monitorowane ze względu na obowiązujące zasady	132
Wykres 43. Dostrzeganie istotnych efektów projektu, które nie mają swojego odzwierciedlenia we wskaźnikach monitorowanych w projekcie	132
Wykres 44. Ocena wpływu realizacji projektu w ramach poszczególnych instrumentów na poziom trudności realizacji	134
Wykres 45. Ocena możliwości uzyskania dodatkowych korzyści dzięki realizacji projektu w ramach poszczególnych instrumentów	135
Wykres 46. Charakter działań komplementarnych podejmowanych w projektach Działania 10.2	140
Wykres 47. Uzyskanie dodatkowych korzyści / efektów w wyniku realizacji projektów komplementarnych	141
Wykres 48. Występowanie problemów w przygotowaniu i realizacji przedsięwzięć komplementarnych	142
Wykres 49. Charakter komplementarności działań projektowych ze wsparciem świadczonym w ramach PO PŻ	143

Wykres 50. Występowanie nowych potrzeb i potrzeb, które uległy dezaktualizacji w ramach poszczególnych celów.....	152
Wykres 51. Występowanie nowych potrzeb i potrzeb, które uległy dezaktualizacji w poszczególnych obszarach wsparcia.....	153
Wykres 52. Aktualne problemy dotyczące uczestników projektów.....	154

Spis tabel

Tabela 1. Struktura próby w badaniu beneficjentów	22
Tabela 2. Struktura próby w badaniu instytucji objętych wsparciem	23
Tabela 3. Struktura próby w badaniu uczestników projektów.....	24
Tabela 4. Postęp realizacji wskaźników.....	46
Tabela 5. Postęp realizacji wskaźników w ramach ZIT i RIT.....	84
Tabela 6. Efektywność wykorzystania alokacji	91
Tabela 7. Wyniki analizy wpływu czynników na poziom efektywności.....	92
Tabela 8. Średni czas wybranych procesów w ramach poszczególnych trybów i instrumentów terytorialnych (w dniach).....	136
Tabela 9. Wyniki prognozowania wartości wskaźnika: Liczba nowo utworzonych mieszkań w istniejących budynkach.....	149
Tabela 10. Obszary / zakresy, które wymagają objęcia wsparciem Programu w perspektywie 2021+ (wraz z dodatkowym uzasadnieniem)	158
Tabela 11. Zróżnicowanie terytorialne projektów w obszarze społecznym.....	169
Tabela 12. Zróżnicowanie terytorialne uczestników projektów w obszarze społecznym	171
Tabela 13. Zróżnicowanie terytorialne projektów z dziedziny zdrowia	176
Tabela 14. Zróżnicowanie terytorialne uczestników projektów w obszarze zdrowotnym	178
Tabela 15. Średnia lokata powiatów i subregionów oraz kwota dofinansowania projektów.....	190
Tabela 16. Tabela wniosków i rekomendacji	203