

Ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 11 Osi Priorytetowej RPO WL 2014-2020

Raport końcowy

Poznań/Warszawa, listopad 2022

Wykonawca:

Konsorcjum:

Piotr Fuchs Smart Research
ul. Wojskowa 5/73, 60-792 Poznań
Idea Instytut Sp. z o.o.
Wierzbica 57 b, 05-140 Serock

Zamawiający:

Województwo Lubelskie z siedzibą w Lublinie
ul. Artura Grottgera 4
20-029 Lublin

Spis treści

Spis treści	3
Wykaz skrótowców wykorzystanych w tekście	10
Streszczenie	13
Summary	18
1. Opis przedmiotu, celu i założeń badania ewaluacyjnego	23
1.1. Zakres przedmiotowy badania	23
1.2. Zakres czasowy badania	29
1.3. Cele badania	29
1.4. Pytania ewaluacyjne	30
1.5. Kryteria ewaluacyjne	32
2. Opis przebiegu badania oraz zastosowanych technik gromadzenia i analizy danych ..	33
2.1. Zastosowane metody i techniki badawcze	33
2.1.1. Analiza danych zastanych (desk research)	33
2.1.2. Wywiady CATI z uczestnikami projektów	33
2.1.3. Wywiady CAWI z beneficjentami	34
2.1.4. Ankiety CAWI z przedstawicielami JST, które nie realizowały projektów w obszarze usług społecznych użyteczności publicznej	34
2.1.5. Wywiady pogłębione (diady lub triady) z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za realizację RPO WL 2014-2020	35
2.1.6. IDI z uczestnikami projektów	35
2.1.7. IDI z beneficjentami	35
2.1.8. Studia przypadków (case study)	36
2.1.9. Warsztat implementacyjny	36
3. Wnioski z badania ewaluacyjnego	37
3.1. Zróżnicowanie wewnątrzregionalne zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym	37
3.1.1. Województwo lubelskie na tle kraju w zakresie zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym	37
3.1.2. Czynniki wpływające na poziom ubóstwa i wykluczenia społecznego – rynek pracy	42

3.1.3. Czynniki wpływające na poziom ubóstwa i wykluczenia społecznego – dostęp do usług społecznych	46
3.1.4. Zróżnicowanie wewnątrzregionalne w obszarze ubóstwa i wykluczenia społecznego	47
3.1.4.1. Odsetek osób w rodzinach, które korzystają ze świadczeń pomocy społecznej	47
3.1.4.2. Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej	49
3.1.4.3. Wydatki na świadczenia socjalne pieniężne i niepieniężne	49
3.1.4.4. Udział dzieci w wieku do lat 17, na które rodzice pobierają zasiłki rodzinne	52
3.1.4.5. Korzystanie z dodatków mieszkaniowych	54
3.1.4.6. Opieka nad dziećmi do lat 3	55
3.1.4.7. Usługi opiekuńcze	57
3.1.4.8. Dostęp do usług zdrowotnych	60
3.1.5. Podsumowanie	63
3.2. Ocena wsparcia w zakresie aktywnego włączenia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zarówno w wymiarze zatrudnieniowym, jak i społecznym	69
3.2.1. Wsparcie w zakresie aktywnego włączenia w RPO WL 2014-2020	69
3.2.2. Użyteczność wsparcia w zakresie aktywnego włączenia	72
3.2.2.1. Charakterystyka uczestników projektów w obszarze aktywnego włączenia .	72
3.2.2.2. Zakres wsparcia otrzymywanego przez uczestników w ramach projektów ..	74
3.2.2.3. Ogólna użyteczność wsparcia otrzymanego w projektach.....	75
3.2.2.4. Dopasowywanie wsparcia oferowanego w projektach do indywidualnych potrzeb uczestników	77
3.2.2.5. Podsumowanie	79
3.2.3. Skuteczność i trwałość wsparcia w zakresie aktywnego włączenia.....	80
3.2.3.1. Stan osiągnięcia wskaźników produktów i rezultatu w obszarze aktywnego włączenia	80
3.2.3.2. Efekty zawodowe projektów w zakresie aktywnego włączenia.....	83
3.2.3.2.1. Sytuacja na rynku pracy w momencie badania.....	83
3.2.3.2.2. Sytuacja osób pracujących	85
3.2.3.2.3. Wpływ uczestnictwa w projekcie na zatrudnienie.....	86

3.2.3.2.4. Sytuacja na rynku pracy uczestników projektów w PI 9i na podstawie danych ZUS	87
3.2.3.2.5. Sytuacja osób, które nie pracowały	89
3.2.3.2.6. Nauka po zakończeniu udziału w projekcie	92
3.2.3.2.7. Aktywność zawodowo-edukacyjna uczestników projektów.....	92
3.2.3.3. Efekty społeczne i materialne projektów w zakresie aktywnego włączenia..	93
3.2.3.4. Podsumowanie	98
3.3. Ocena dostępności usług społecznych i zdrowotnych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020.....	99
3.3.1. Wsparcie w zakresie usług społecznych i zdrowotnych w RPO WL 2014-2020	100
3.3.2. Użyteczność wsparcia w zakresie usług społecznych i zdrowotnych.....	105
3.3.2.1. Charakterystyka uczestników projektów w obszarze usług społecznych	105
3.3.2.2. Zakres wsparcia otrzymywanego przez uczestników w ramach projektów	108
3.3.2.3. Ogólna użyteczność wsparcia otrzymanego w projektach.....	110
3.3.2.4. Użyteczność poszczególnych form wsparcia zastosowanych w projektach	111
3.3.2.5. Dopasowywanie wsparcia oferowanego w projektach do indywidualnych potrzeb uczestników	115
3.3.2.6. Podsumowanie	116
3.3.3. Skuteczność wsparcia w zakresie usług społecznych i zdrowotnych.....	116
3.3.3.1. Stan osiągnięcia wskaźników produktów i rezultatu w obszarze usług społecznych i zdrowotnych oraz regionalnych programów zdrowotnych.....	116
3.3.3.2. Efekty projektów w zakresie aktywizacji społecznej	119
3.3.3.2.1. Efekty uniwersalne w zakresie aktywności społecznej uczestników projektów.....	119
3.3.3.2.2. Efekty specyficzne dla poszczególnych grup uczestników projektów	121
3.3.3.2.3. Podsumowanie	124
3.3.3.3. Efekty projektów w zakresie aktywności zawodowej uczestników projektów i ich rodzin	125
3.3.3.3.1. Teoria interwencji	125
3.3.3.3.2. Skuteczność projektów w obszarze usług społecznych w zakresie aktywizacji zawodowej ich uczestników.....	125

3.3.3.3.3. Skuteczność projektów w obszarze usług społecznych w zakresie aktywizacji zawodowej członków rodzin uczestników projektów	126
3.3.3.3.4. Efekty projektów w zakresie sytuacji materialnej uczestników projektów i ich rodzin	127
3.3.3.3.5. Podsumowanie	127
3.3.4. Trwałość efektów w zakresie aktywizacji społecznej uczestników projektów	128
3.3.5. Wsparcie dla osób świadczących usługi społeczne i zdrowotne.....	128
3.3.5.1. Podsumowanie	129
3.3.6. Wpływ projektów na dostępność usług społecznych i zdrowotnych	129
3.3.6.1. Skala wzrostu dostępności usług społecznych i zdrowotnych	129
3.3.6.2. Dostępność usług społecznych i zdrowotnych przed realizacją projektów .	130
3.3.6.3. Podsumowanie	136
3.3.7. Trwałość usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w ramach projektów..	136
3.3.7.1. Znaczenie trwałości usług po zakończeniu projektów	136
3.3.7.2. Trwałość usług po zakończeniu projektów.....	137
3.3.7.3. Podsumowanie	139
3.3.8. Usługi społeczne/formy wsparcia, na które popyt jest nadal niezaspokojony	139
3.4. Ocena inicjatyw na rzecz rozwoju ekonomii społecznej zrealizowanych w ramach osi priorytetowej 11 RPO WL 2014-2020.....	142
3.4.1. Wsparcie w zakresie ekonomii społecznej w RPO WL 2014-2020.....	142
3.4.2. Użyteczność wsparcia w zakresie ES	145
3.4.2.1. Charakterystyka uczestników projektów na rzecz rozwoju ekonomii społecznej.....	145
3.4.2.2. Porównanie uczestników projektów PI 9i oraz 9v.....	147
3.4.2.3. Zakres wsparcia otrzymywanego przez uczestników w ramach projektów	148
3.4.2.4. Ogólna użyteczność wsparcia otrzymanego w projektach.....	150
3.4.2.5. Podsumowanie	155
3.4.3. Skuteczność i trwałość wsparcia w zakresie ES.....	155
3.4.3.1. Stan osiągnięcia wskaźników produktów i rezultatu w zakresie ekonomii społecznej.....	155
3.4.3.2. Efekty projektów w zakresie aktywizacji zawodowej.....	158

3.4.3.2.1. Sytuacja osób pracujących w momencie badania.....	158
3.4.3.2.2. Sytuacja na rynku pracy uczestników projektów w PI 9v na podstawie danych ZUS	159
3.4.3.2.3. Sytuacja osób, które nie pracowały	161
3.4.3.2.4. Skuteczność wsparcia dla przedsiębiorstw społecznych.....	162
3.4.3.2.5. Porównanie z PI 9v	162
3.4.3.3. Efekty projektów w zakresie aktywizacji społecznej	162
3.4.3.4. Efekty projektów dla przedsiębiorstw społecznych	164
3.4.3.4.1. Miejsca pracy utworzone w przedsiębiorstwach społecznych	164
3.4.3.4.2. Kondycja przedsiębiorstw społecznych.....	167
3.4.3.5. Efekty projektów dla organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego.....	169
3.4.3.6. Podsumowanie	170
3.5. Ocena regionalnych programów zdrowotnych realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020.....	171
3.5.1. Użyteczność wsparcia w zakresie regionalnych programów zdrowotnych.....	171
3.5.1.1. Nabory projektów.....	171
3.5.1.2. Charakterystyka uczestników	171
3.5.1.3. Zakres wsparcia otrzymywanego przez uczestników w ramach regionalnych programów zdrowotnych	173
3.5.1.4. Ogólna użyteczność wsparcia	174
3.5.1.5. Użyteczność poszczególnych form wsparcia	175
3.5.1.6. Dopasowywanie wsparcia do potrzeb uczestników.....	177
3.5.1.7. Podsumowanie	177
3.5.2. Skuteczność wsparcia w zakresie regionalnych programów zdrowotnych	177
3.5.2.1. Podsumowanie	179
3.6. Efektywność projektów w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020	180
3.6.1. Alokacja w obszarze włączenia społecznego	180
3.6.2. Koszt jednostkowy projektów w obszarze włączenia społecznego	180
3.6.3. Efektywność kosztowa wsparcia w obszarze włączenia społecznego	182
3.7. Problemy i bariery zidentyfikowane podczas wdrażania i realizacji projektów.....	184
3.7.1. Podsumowanie	189

3.8.	Partnerstwa projektowe, w tym udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego i ich użyteczność	189
3.8.1.	Udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego	189
3.8.1.1.	Podsumowanie	193
3.8.2.	Partnerstwa projektowe i współpraca międzysektorowa w zakresie wdrażania OP 11 RPO WL 2014-2020.....	194
3.8.2.1.	Skala występowania partnerstw projektowych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020	194
3.8.2.2.	Liderzy partnerstw projektowych.....	194
3.8.2.3.	Partnerzy (członkowie partnerstw projektowych z wyłączeniem liderów) .	196
3.8.2.4.	Powiązania pomiędzy liderami a partnerami ze względu na ich formę prawną	198
3.8.2.5.	Czynniki decydujące o składzie partnerstw projektowych.....	204
3.8.2.6.	Efekty partnerstw projektowych	205
3.8.2.7.	Rozwój współpracy międzysektorowej dzięki realizacji projektów	205
3.8.2.8.	Podsumowanie	207
3.9.	Komplementarność projektów	208
3.9.1.	Komplementarność inwestycji współfinansowanych z EFS i EFRR	208
3.9.2.	Komplementarność projektów w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020.....	210
3.9.3.	Odgórna koordynacja działań komplementarnych.....	211
3.9.4.	Komplementarność projektów realizowanych w ramach Działania 11.1 i 11.2 z Programem Operacyjnym Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020.....	211
3.9.5.	Podsumowanie	212
3.10.	Wpływ pandemii COVID-19 na realizację projektów	213
3.10.1.	Wpływ pandemii COVID-19 na realizację działań w ramach OP 11 i Działania 13.2	213
3.10.2.	Konsekwencje pandemii COVID-19 na efekty projektów	216
3.10.3.	Podsumowanie	216
3.11.	Dobre praktyki	217
4.	Wnioski i rekomendacje	232
5.	Spis tabel, wykresów, map i schematów.....	245

5.1.	Spis tabel.....	245
5.2.	Spis wykresów.....	246
5.3.	Spis map.....	250
5.4.	Spis schematów	250

Wykaz skrótowców wykorzystanych w tekście

BDL	Bank Danych Lokalnych
CATI	Komputerowo wspomagany wywiad telefoniczny (Computer Assisted Telephone Interview)
CAWI	Komputerowo wspomagany wywiad internetowy (Computer Assisted Web Interview)
CIS	Centrum Integracji Społecznej
DEGURBA	Klasyfikacja jednostek przestrzennych wg stopnia ich urbanizacji (degree of urbanization)
DW EFS	Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego
DZ RPO	Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
ES	Ekonomia społeczna
FEL	Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IDI	Indywidualny wywiad pogłębiony (Individual in-Depth Interview)
IPD	Indywidualny Plan Działania
IP RPO	Instytucja Pośrednicząca w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
IZ RPO	Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

JST	Jednostka samorządu terytorialnego
KIS	Klub Integracji Społecznej
MFIPR	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
NGO	Organizacja pozarządowa (Non-Governmental Organization)
OP	Oś Priorytetowa
OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
OWES	Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej
OZPS	Ocena Zasobów Pomocy Społecznej
PCPR	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
PES	Podmiot Ekonomii Społecznej
PI	Priorytet Inwestycyjny
PO	Program operacyjny
PO PŻ	Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020
PS	Przedsiębiorstwo społeczne
PUP	Powiatowy Urząd Pracy
PW	Pytanie Wykonawcy (zaproponowane przez Wykonawcę badania)
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie

RPO WL 2014-2020	Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
SL2014	Centralny system teleinformatyczny
UE	Unia Europejska
UMWL	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie
WTZ	Warsztat Terapii Zajęciowej
WUP	Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie
ZAZ	Zakład Aktywności Zawodowej
ZIT LOF	Zintegrowane Inwestycje Terytorialne Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Streszczenie

Koncepcja, zakres i metodologia badania

Głównym celem ewaluacji była ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 11 osi priorytetowej na promowanie włączenia społecznego oraz przeciwdziałanie ubóstwu i dyskryminacji.

W zakres przedmiotowy badania weszła Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, w tym:

- Działanie 11.1 Aktywne włączenie oraz Działanie 11.4 Aktywne włączenie w ramach ZIT LOF (PI 9i),
- Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne (PI 9iv), w ramach którego realizowane były projekty w obszarze usług społecznych i zdrowotnych oraz regionalne programy zdrowotne,
- Działanie 11.3 Ekonomia społeczna (PI 9v).

W badaniu zastosowano analizę danych zastanych, wywiady CATI z uczestnikami projektów, wywiady CAWI z beneficjentami, wywiady CAWI z przedstawicielami JST, wywiady pogłębione z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za realizację RPO WL 2014-2020, wywiady pogłębione z uczestnikami projektów, wywiady pogłębione z beneficjentami, studia przypadków oraz warsztat implementacyjny.

Badania pierwotne zrealizowano w okresie lipiec – wrzesień 2022 r.

Obszar aktywnego włączenia (PI 9i)

Projekty są oceniane przez uczestników jako dostosowane do potrzeb i użyteczne. Istnieje jednak jeszcze przestrzeń do ich doskonalenia i lepszego dopasowania do oczekiwań użytkowników. Poprawie użyteczności projektów mogłoby służyć:

- Zwiększanie elastyczności projektów,
- Lepsze uwzględnienie w projektach potrzeb osób w szczególnej sytuacji, w tym osób z niepełnosprawnościami i seniorów,
- Zatrudnianie jako kadry projektów zaangażowanych profesjonalistów, osób o najwyższych kompetencjach i bardzo dobrym przygotowaniu do pracy z osobami w najtrudniejszej sytuacji,
- Nacisk na kształtowanie kompetencji praktycznych, które będą potrzebne w pracy,
- Silniejsze orientowanie projektów na podjęcie pracy przez uczestników projektów. Należy położyć większy nacisk na pośrednictwo pracy, współpracę z pracodawcami w miejscu zamieszkania uczestników projektów w celu wsparcia ich w znalezieniu i utrzymaniu pracy.

Na podstawie badania ankietowego, można stwierdzić, że w momencie zakończenia udziału w projekcie pracowało 51% uczestników projektów realizowanych w PI 9i. Jednak zatrudnienie dużej części osób było nietrwałe. Około 40% spośród osób, które pracowały na zakończenie projektu, nie pracowało już w momencie badania.

Dane te pokazują, że choć odsetek osób pracujących jest znaczący, to sytuacja zawodowa tych osób jest niestabilna. Stosunkowo często osoby te traciły pracę lub ją zmieniały. Również ich zatrudnienie jest w większości przypadków kwalifikowane jako niestabilne. Wskazuje to na potrzebę wsparcia uczestników projektów również po podjęciu zatrudnienia.

Uczestnicy projektów bardzo często deklarują osiągnięcie innych efektów społecznych i materialnych. Osoby uczestniczące w projektach wskazują na poprawę kompetencji oraz uzyskanie nowych kwalifikacji. Uczestnicy zauważają też wzmocnienie kompetencji społecznych: łatwiej jest im nawiązywać kontakty, porozumiewać się z ludźmi, lepiej radzą sobie z problemami. Osoby niepracujące częściej niż osoby pracujące deklarowały, że dzięki udziałowi w projekcie odnieśli korzyści społeczne.

Ponad połowa uczestników projektów deklaruje, że sytuacja finansowa ich gospodarstwa poprawiła się. Znacznie częściej efekt ten występuje w przypadku osób pracujących niż niepracujących w momencie badania.

Obszar ekonomii społecznej (PI 9v)

Wszystkie grupy klientów OWES wysoko oceniały użyteczność otrzymanego wsparcia. Klienci indywidualni najlepiej oceniali usługi integracji zawodowej i społecznej. Dla przedsiębiorstw społecznych najbardziej użyteczne było wsparcie finansowe.

Czynniki, które miały decydujący wpływ na użyteczność wsparcia:

- indywidualizacja wsparcia, czyli dopasowanie zakresu świadczonych usług do potrzeb i oczekiwań poszczególnych odbiorców usług, przy równoczesnej umiejętności łączenia potrzeb osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i przedsiębiorstw społecznych,
- kompleksowość wsparcia – rozumiana jako umiejętność łączenia różnych form wsparcia w pakiet, który odpowiada w pełni na potrzeby danego odbiorcy,
- wysokie kompetencje pracowników podmiotów realizujących usługi wsparcia.

We wszystkich grupach odbiorców widoczne są efekty zgodne z założeniami interwencji. W przypadku osób zagrożonych wykluczeniem społecznym widoczny jest stosunkowo duży odsetek osób, które pracowały w momencie badania. Co więcej, ich miejsca pracy były stosunkowo stabilne. Uczestnicy projektów podnosili też swoje kompetencje, odnotowywali szereg korzyści społecznych oraz poprawę sytuacji finansowej rodziny.

Wsparte przedsiębiorstwa społeczne również się rozwijały. Choć pojedyncze z badanych PS upadły, to ogólna liczba miejsc pracy netto w badanych przedsiębiorstwach zwiększyła się. Sytuacja przedsiębiorstw społecznych była silnie zróżnicowana. Są wśród nich zarówno

podmioty słabsze, balansujące na granicy upadłości, jak i silne, rozwijające się przedsiębiorstwa.

Wsparte organizacje pozarządowe również się rozwijają. W przypadku JST widoczna jest poprawa wiedzy o ekonomii społecznej i wzrost zaangażowania w działania na rzecz ekonomii społecznej.

Obszar usług społecznych i zdrowotnych (PI 9iv)

Uczestnicy projektów wysoko lub bardzo wysoko oceniają użyteczność otrzymanego wsparcia, choć w wielu przypadkach nie zaspokajało ono w pełni ich potrzeb.

Oferowane wsparcie w wysokim stopniu wpłynęło na włączenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w wymiarze społecznym.

Skala zmian w postaci poprawienia sytuacji materialnej/niwelacji ubóstwa uczestników projektów i członków ich rodzin jest raczej niewielka. Niewielki jest także spadek odsetka uczestników projektów i ich rodzin korzystających z pomocy społecznej. Powyższe są konsekwencją jedynie niewielkich zmian w zakresie aktywności zawodowej (a tym samym zmian w zakresie dochodów uzyskiwanych z pracy) uczestników projektów i członków ich rodzin.

W wyniku realizacji RPO WL 2014-2020 znacząco wzrosła dostępność do usług społecznych i zdrowotnych w regionie.

Trwałość usług społecznych użyteczności publicznej świadczonych w gminach i powiatach w ramach projektów ocenić należy jako umiarkowaną.

Obszar regionalnych programów zdrowotnych (PI 9iv)

Uczestnicy programów zdrowotnych raczej wysoko oceniają przydatność otrzymanego wsparcia.

W wyniku realizacji wsparcia istotnie wzrosła dostępność do usług zdrowotnych rozumianych jako programy zdrowotne/profilaktyczne. Działania podejmowane w projektach RPO WL 2014-2020 nie ograniczały bowiem skali realizacji tego typu programów finansowanych z innych źródeł.

Zrealizowane regionalne programy zdrowotne uznać można za skuteczne w zakresie diagnozowania chorób i wad u dzieci oraz za umiarkowanie skuteczne w zakresie rozpoczynania leczenia i poprawy stanu zdrowia ich uczestników.

Problemy i bariery zidentyfikowane podczas wdrażania i realizacji projektów

W toku badania zidentyfikowano szereg problemów podczas wdrażania i realizacji projektów w obszarze włączenia społecznego, spośród których najistotniejsze to trudności związane z pandemią COVID-19 oraz niska motywacja uczestników do udziału w projektach. Przyczyną występowania tego drugiego problemu jest specyfika grupy docelowej – osoby zagrożone wykluczeniem społecznym charakteryzują się co do zasady niską motywacją do aktywności społecznej i zawodowej.

Partnerstwa projektowe i współpraca międzysektorowa

Udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego uznać należy za znaczący. Zdecydowanie najwyższy jest udział NGO we wdrażaniu działań w obszarze ekonomii społecznej. NGO mają wysoki udział także we wdrażaniu projektów w obszarze aktywnego włączenia, a nieco niższy – w obszarze usług społecznych i zdrowotnych.

Skala występowania projektów partnerskich jest wysoka – 46% wszystkich projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 to projekty partnerskie.

W roli liderów partnerstwa najczęściej występują organizacje pozarządowe, następnie zaś przedsiębiorstwa prywatne oraz JST. W obszarze usług społecznych i zdrowotnych sytuacja jest nieco inna – liderami partnerstw są najczęściej NGO, na drugim miejscu występują JST, a dopiero na trzecim – przedsiębiorstwa prywatne.

Zdecydowanie dominują partnerstwa międzysektorowe, co oznacza, że liderzy zawiązują partnerstwa z podmiotami innego typu. Zdecydowanie najczęściej występującym powiązaniem partnerskim jest partnerstwo pomiędzy NGO a JST.

Czynniki decydujące o składzie partnerstw to przede wszystkim chęć zwiększenia jakości wsparcia udzielanego w ramach projektu, następnie zaś wymagania instytucji organizującej konkurs oraz możliwość łatwiejszego dotarcia do grupy docelowej projektu.

Dzięki projektom realizowanym w ramach EFS istotnie zwiększyła się skala i jakość współpracy między instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy oraz trzecim sektorem. Współpraca ta podejmowana była nie tylko w ramach formalnych partnerstw projektowych.

Komplementarność

Komplementarność inwestycji współfinansowanych z EFS i EFRR jest niska – zaledwie ok. 2% projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 było powiązanych z projektami współfinansowanymi ze środków EFRR, przy czym zdecydowanie dominują w tej grupie projekty realizowane w obszarze usług społecznych. Z drugiej strony aż 54% spośród analizowanych projektów w ramach Działania 13.2 jest powiązanych z projektami realizowanymi w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020. Przyczyną braku komplementarności – oprócz znaczącej rozbieżności w liczebności projektów infrastrukturalnych (mało projektów) i miękkich (bardzo dużo projektów), są przede wszystkim niespójne ze sobą harmonogramy projektów realizowanych w ramach EFS i EFRR.

Znacznie częściej projekty w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 powiązane są z innymi projektami realizowanymi w ramach tej samej osi priorytetowej.

Komplementarność wsparcia oferowanego w ramach Działania 11.1 i 11.2 z Programem Operacyjnym Pomoc Żywnościowa 2014-2020 rozumiana jako objęcie wsparciem w ramach RPO WL 2014-2020 uczestników PO PŻ jest bardzo wysoka – w aż 80% projektów uczestnikami były osoby korzystające z PO PŻ.

Wpływ pandemii COVID-19 na realizację projektów

Trudności w realizacji projektów związanych z pandemią COVID-19 doświadczyła ponad połowa beneficjentów OP 11 RPO WL 2014-2020. Znacznie mniej istotny był wpływ pandemii COVID-19 na realizację projektów infrastrukturalnych w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020. Pandemia COVID-19 przede wszystkim wymusiła na beneficjentach zmianę pierwotnie założonych planów realizacji projektu.

Rekomendacje

W ramach badania wypracowano szereg rekomendacji:

1. Ukierunkowanie finansowania usług społecznych dedykowanych osobom starszym na gminy, w których dotychczas nie były one realizowane w ramach RPO WL 2014-2020 i nie są one dostępne dla mieszkańców.
2. Częstsze stosowanie w projektach w obszarze usług społecznych i zdrowotnych dla wychowanków pieczy zastępczej form wsparcia takich jak mieszkania chronione i treningowe oraz objęcie wsparciem wychowanków od 16 roku życia.
3. Wprowadzenie w regionalnych programach zdrowotnych dla dzieci i młodzieży obowiązku dostarczenia ich rodzicom wyników badań przesiewowych oraz wsparcia informacyjnego w zakresie leczenia/rehabilitacji.
4. Położenie większego nacisku na aktywizację zawodową w projektach w obszarze aktywnego włączenia.
5. Uwzględnienie w projektach działań służących utrzymaniu zatrudnienia przez uczestników projektów.
6. Promowanie wśród beneficjentów projektów w obszarze aktywnego włączenia rozwiązań umożliwiających większą indywidualizację wsparcia.

Summary

Concept, scope and methodology of the study

The main objective of the evaluation was to assess the impact of the support offered under 11th Priority Axis on promoting social inclusion and counteracting poverty and discrimination.

The subject scope of the study included 11th Priority Axis Social Inclusion of the Regional Operational Programme for the Lubelskie Voivodeship 2014-2020, including:

- Operation 11.1 Active Inclusion and Operation 11.4 Active Inclusion within the ZIT LOF (PI 9i),
- Operation 11.2 Social and health services (PI 9iv), under which projects in the area of social services, health services and regional health programmes were implemented,
- Operation 11.3 Social Economy (PI 9v).

The study used a desk research, CATI interviews with project participants, CAWI interviews with beneficiaries, CAWI interviews with representatives of JST, in-depth interviews with representatives of institutions responsible for the implementation of the OPERATION 2014-2020, in-depth interviews with project participants, in-depth interviews with beneficiaries, case studies and an implementation workshop.

The primary research was carried out between July and September 2022.

Active inclusion area (PI 9i)

Projects are assessed by participants as tailored to their needs and useful. However, there is still room to improve them and make them more relevant to users' expectations. Improving the usability of projects could be achieved by:

- Increasing the flexibility of projects,
- Taking better account of the needs of people in vulnerable position in projects, including people with disabilities and seniors,
- Recruiting as project staff committed professionals, people with the highest competencies and very good preparation to work with the most vulnerable,
- Emphasis on developing practical competences that will be needed in the work,
- Stronger orientation of projects on getting project participants into work. There should be more emphasis put on job placement, cooperation with employers in the place of residence of project participants to support them in finding and keeping a job.

Based on the survey, it can be concluded that 51% of the participants of the projects implemented under PI 9i were working at the end of their participation in the project. However, the employment of a large proportion of people was not sustainable. Around 40%

of those who were working at the end of the project were no longer working at the time of taking the survey.

These data show that although the percentage of people working is significant, the employment situation of these people is unstable. It was relatively common for these people to lose or change jobs. Also, their employment is mostly classified as unstable. This indicates the need to support project participants also after they have started employment.

Project participants very often declare achieving other social and material effects. Project participants indicate improved competences and the acquisition of new qualifications. Participants also see a strengthening of social competences: it is easier for them to establish contacts, communicate with people and they cope with problems better. Non-working people declared more often than working people that they benefited socially by participating in the project.

More than half of the project participants declare that the financial situation of their household has improved. This effect is much more frequent for those who are working than for those who were not working at the time of taking the survey.

Social economy area (PI 9v)

All groups of OWES clients rated the usefulness of the support they received highly. Individual clients rated vocational and social integration services best. For social enterprises, financial support was the most useful.

Factors that had a decisive impact on the usefulness of the support:

- individualisation of the support, meaning adaptation of the scope of provided services to the needs and expectations of individual services recipients, with simultaneous ability to combine the needs of people at risk of social exclusion and social enterprises,
- comprehensiveness of the support - understood as the ability to combine various forms of support in a package, which fully meets the needs of a given recipient,
- high competences of employees of entities providing support services.

In all groups of recipients, effects fit in with the assumptions of the intervention are visible. In the case of people at risk of social exclusion, a relatively high percentage of people who were working at the time of taking the survey is visible. Moreover, their jobs were relatively stable. Project participants also improved their competences, reported a range of social benefits and an improvement in their family's financial situation.

The supported social enterprises also grew. Although some of the surveyed PSs collapsed, the overall net number of jobs in the surveyed enterprises grew. The situation of social enterprises varied strongly. They range from weaker entities balancing on the brink of bankruptcy to strong, growing enterprises.

Supported NGOs are also growing. In the case of JSTs, an improvement in knowledge of the social economy and an increase in involvement in social economy activities is evident.

Area of social and health services (PI 9iv)

Project participants rated the usefulness of the support received highly or very highly, although in many cases it did not fully meet their needs.

The support offered had a high impact on the inclusion of people at risk of poverty or social exclusion in the social dimension.

The scale of change in the form of improvement in the material situation/alleviation of poverty of project participants and their family members is rather small. There is also a slight decrease in the percentage of project participants and their family members benefiting from social assistance. The above are a consequence of only small changes in the vocational activity (and thus changes in the income received from work) of project participants and their family members.

As a result of the implementation of the OPERATION 2014-2020, accessibility to social and health services in the region has increased significantly.

The sustainability of social services of general interest provided in municipalities and districts under the projects should be assessed as moderate.

Area of regional health programmes (PI 9iv)

Participants in health programmes rate the usefulness of the support received rather highly.

As a result of the implementation of the support, the availability of health services understood as health/prophylaxis programmes has significantly increased. This is because the activities undertaken in the projects of the WL ROP 2014-2020 did not limit the scale of implementation of such programmes financed from other sources.

The implemented regional health programmes can be considered effective in terms of diagnosing diseases and defects of children and moderately effective in terms of initiating treatment and improving the health status of their participants.

Problems and barriers identified during project implementation and delivery

The study identified a number of problems during the implementation and delivery of projects in the area of social inclusion, the most significant of which are the difficulties related to the COVID-19 pandemic and the low motivation of participants to participate in the projects. The reason for the latter problem is the specificity of the target group - people at risk of social exclusion are generally characterised by low motivation to be socially and vocationally active.

Project partnerships and intersectoral cooperation

The participation of NGOs in the implementation of social inclusion activities should be considered significant. The share of NGOs in the implementation of Operations in the field of social economy is definitely the highest. NGOs also have a high share in the implementation of projects in the area of active inclusion, and a slightly lower share in the area of social and health services.

The scale of partnership projects is high - 46% of all projects implemented under OP 11 of the RPO WL 2014-2020 are partnership projects.

Non-governmental organisations most often play the role of partnership leaders, followed by private enterprises and JST. In the area of social and health services, the situation is slightly different - the leaders of partnerships are most often NGOs, but in second place are JST and only in third place are private enterprises.

Cross-sector partnerships are by far the most prevalent, meaning that leaders form partnerships with entities of a different types. By far the most common partnership is between NGO and JST.

Factors determining the composition of partnerships are, first of all, the desire to increase the quality of support provided under the project, followed by the requirements of the institution organising the competition and the possibility to more easily reach the target group of the project.

Thanks to the projects implemented under the EFS, the scale and quality of cooperation between social assistance and labour market institutions and the third sector has significantly increased. This cooperation was undertaken not only within the framework of formal project partnerships.

Complementarity

The complementarity of investments co-financed by the EFS and EFRR is low - only about 2% of projects implemented under OP 11 RPO WL 2014-2020 were linked to projects co-financed by the EFRR, with projects implemented in the area of social services definitely dominating in this group. On the other hand, as many as 54% of the analysed projects under Operation 13.2 are linked to projects implemented under OP 11 WL RPO 2014-2020. The reason for the lack of complementarity - apart from the significant discrepancy in the number of infrastructural projects (few projects) and soft projects (a lot of projects), is mainly the inconsistent schedules of projects implemented under the EFS and EFRR.

Much more often, projects under OP 11 RPO WL 2014-2020 are linked to other projects implemented under the same priority axis.

The complementarity of the support offered under Operations 11.1 and 11.2 with the Operation Programme Food Aid 2014-2020, understood as the support given in terms of RPO WL 2014-2020 to PO PŽ 2014-2020 participants is very high - in as many as 80% of the projects the participants were people benefiting from PO PŽ.

Impact of the COVID-19 pandemic on project implementation

Difficulties in the implementation of projects related to the COVID-19 pandemic were experienced by more than half of the beneficiaries of OP 11 RPO WL 2014-2020. The impact of the COVID-19 pandemic on the implementation of infrastructure projects under Operation 13.2 of the RPO WL 2014-2020 was much less significant. The COVID-19 pandemic primarily forced beneficiaries to change their original project implementation plans.

Recommendations

A number of recommendations were developed as part of the study:

1. Targeting funding for social services dedicated to the elderly to municipalities where they have not yet been implemented within the RPO WL 2014-2020 and are not available to residents.
2. More frequent use in projects in the area of social and health services, for people who have left foster care, of forms of support such as sheltered and training flats and extending support to alumni from the age of 16.
3. Introduction in regional health programmes for children and young people of an obligation to provide screening results to parents and information support for treatment/rehabilitation.
4. Putting more emphasis on vocational activation in projects in the area of active inclusion.
5. Including in the projects activities aimed at maintaining employment by project participants.
6. Promoting among the beneficiaries of projects in the field of active inclusion solutions enabling greater individualisation of support.

1. Opis przedmiotu, celu i założeń badania ewaluacyjnego

1.1. Zakres przedmiotowy badania

W zakres przedmiotowy badania weszła Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.

W SZOOP¹ wskazano następujące **cele szczegółowe** 11 Osi Priorytetowej:

1. Wzrost integracji społecznej oraz poprawa dostępu do rynku pracy osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w regionie poprzez realizację kompleksowych programów aktywizacji oraz usług reintegracji i rehabilitacji społeczno-zawodowej;
2. Wzrost dostępności wysokiej jakości usług społecznych użyteczności publicznej, w szczególności w formach zdeinstytucjonalizowanych, dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w regionie;
3. Wzrost dostępności usług zdrowotnych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w regionie;
4. Rozwój i upowszechnianie ekonomii społecznej, w tym wzrost zatrudnialności w sektorze ekonomii społecznej w regionie.

W ramach OP 11 wsparcie realizowane jest w ramach następujących **priorytetów inwestycyjnych**:

- 9i - Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie,
- 9iv - Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym,
- 9v - Wspieranie przedsiębiorczości społecznej i integracji zawodowej w przedsiębiorstwach społecznych oraz ekonomii społecznej i solidarnej w celu ułatwiania dostępu do zatrudnienia.

W ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 wdrażane są cztery Działania:

- 11.1 Aktywne włączenie (PI 9i),
- 11.4 Aktywne włączenie w ramach ZIT LOF (PI 9i),
- 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne (PI 9iv),
- 11.3 Ekonomia społeczna (PI 9v).

Na potrzeby realizacji badania wyróżniono kilka grup uczestników projektów. Zakres potencjalnych efektów udziału w projektach dla poszczególnych grup jest odmienny.

¹ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Lublin, 13 października 2022 r.

Tabela 1 Grupy/kategorie uczestników projektów realizowanych w poszczególnych Działaniach RPO WL 2014-2020 oraz przypisanie do nich zakresu potencjalnych/oczekiwanych efektów projektów

Numer i nazwa Działania	Grupy / kategorie uczestników projektów	Zakres potencjalnych / oczekiwanych efektów projektów w odniesieniu do tej kategorii uczestników, które będą analizowane w ewaluacji
<p>11.1 Aktywne włączenie oraz 11.4 Aktywne włączenie w ramach ZIT LOF</p>	<p>Osoby wykluczone społecznie/zagrożone wykluczeniem społecznym, w zdecydowanej większości niepracujące (bezrobotne lub bierne zawodowo).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktywizacja / wzrost integracji społecznej uczestników projektów (poprawa funkcjonowania w społeczeństwie i w grupach społecznych np. w rodzinie), 2. Aktywizacja / wzrost integracji zawodowej uczestników projektów (podjęcie zatrudnienia lub – w przypadku osób pracujących w momencie przystąpienia do projektu – poprawa jakości zatrudnienia np. jego stabilności, warunków pracy, wynagrodzenia), 3. Zaprzestanie lub zmniejszenie intensywności korzystania z pomocy społecznej przez uczestników projektów i/lub ich rodziny (jako efekt wzrostu ich integracji społecznej i zawodowej).
<p>11.2 Usługi społeczne i zdrowotne</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Osoby wykluczone społecznie /zagrożone wykluczeniem społecznym, zarówno pracujące (zagrożone wykluczeniem społecznym z powodów innych niż bezrobocie/bierność zawodowa), jak i niepracujące (bezrobotne lub bierne zawodowo, które mogą być dodatkowo zagrożone wykluczeniem społecznym z innych powodów/przesłanek) oraz ich 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktywizacja / wzrost integracji społecznej uczestników projektów (poprawa funkcjonowania w społeczeństwie i w grupach społecznych np. w rodzinie) jako efekt skorzystania z usług społecznych, 2. Aktywizacja zdrowotna uczestników projektów (poprawa ich stanu zdrowia i/lub profilaktyczna ochrona przed zachorowaniem) jako efekty skorzystania z usług zdrowotnych, 3. Aktywizacja / wzrost integracji zawodowej uczestników projektów i/lub członków ich rodzin – jako efekt wyższego rzędu – aktywizacja zawodowa nie jest w tym wypadku bezpośrednim efektem udziału w projekcie, ale może być dalszym efektem aktywizacji społecznej i/lub zdrowotnej uczestników projektów. Przykładowo, poprawa stanu zdrowia psychicznego uczestnika projektu (jako efekt korzystania z usług zdrowotnych w ramach projektów) może być kluczowym

Numer i nazwa Działania	Grupy / kategorie uczestników projektów	Zakres potencjalnych / oczekiwanych efektów projektów w odniesieniu do tej kategorii uczestników, które będą analizowane w ewaluacji
	<p>otoczenie (w szczególności rodziny/gospodarstwa domowe),</p> <p>2. Noworodki / niemowlęta i dzieci w odniesieniu do działań w zakresie ochrony zdrowia,</p> <p>3. Kobiety w ciąży i połogu.</p>	<p>czynnikiem ułatwiającym mu wejście/powrót na rynek pracy. Z kolei uzyskanie dostępu do usług opiekuńczych przez uczestnika projektu - osobę z niepełnosprawnościami, która dotychczas pozostawała pod opieką członka rodziny może być kluczowym czynnikiem ułatwiającym temu członkowi rodziny wejście/powrót na rynek pracy (następuje uwolnienie puli czasu dotychczas poświęcanego na pełnienie funkcji opiekuna rodzinnego osoby z niepełnosprawnościami, który teraz, po uzyskaniu dostępu do usług opiekuńczych) może zostać przeznaczony na aktywność zawodową.</p>
	<p>Personel/osoby świadczące usługi społeczne użyteczności publicznej i usługi zdrowotne (zarówno w formie środowiskowej, jak i instytucjonalnej).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przygotowanie/uzyskanie zdolności do świadczenia/poprawa jakości świadczenia usług społecznych użyteczności publicznej i usług zdrowotnych przez personel/osoby świadczące te usługi, 2. Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego w procesie świadczenia usług społecznych i zdrowotnych w warunkach pandemii COVID-19 (dotyczy typu projektu nr 13).
<p>11.3 Ekonomia społeczna</p>	<p>Osoby wykluczone społecznie /zagrożone wykluczeniem społecznym, niepracujące (bezrobotne lub bierne zawodowo).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktywizacja / wzrost integracji zawodowej uczestników projektów poprzez podjęcie zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (nowoutworzonym lub już istniejącym), 2. Aktywizacja / wzrost integracji społecznej uczestników projektów (poprawa funkcjonowania w społeczeństwie i w grupach społecznych np. w rodzinie), przede wszystkim jako efekt wyższego rzędu – aktywizacja społeczna nie jest w tym wypadku bezpośrednim efektem udziału w projekcie (choć pewne formy aktywizacji społecznej osób zakładających przedsiębiorstwa społeczne są zazwyczaj stosowane przez OWES-y), ale może być wtórnym efektem aktywizacji zawodowej uczestników projektów. Przykładowo, podjęcie zatrudnienia w przedsiębiorstwie

Numer i nazwa Działania	Grupy / kategorie uczestników projektów	Zakres potencjalnych / oczekiwanych efektów projektów w odniesieniu do tej kategorii uczestników, które będą analizowane w ewaluacji
		społecznym (jako bezpośredni efekt udziału w projekcie) może być kluczowym czynnikiem poprawiającym funkcjonowanie społeczne uczestnika projektu (np. wskutek pozyskania wynagrodzenia za pracę w przedsiębiorstwie społecznym/środków finansowych, które mogą zostać przeznaczone na uczestnictwo w kulturze itp.).
	Pracownicy, w tym kadra zarządzająca przedsiębiorstw społecznych (mogą to być zarówno osoby zagrożone wykluczeniem społecznym z innych powodów/przesłanek niż bezrobocie/bierność zawodowa, jak i osoby, które nie są zagrożone wykluczeniem społecznym).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podniesienie kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, a w konsekwencji poprawa efektywności świadczonej pracy zawodowej, 2. Poprawa pozycji rynkowej/ konkurencyjności, a w konsekwencji trwałości przedsiębiorstw społecznych, w których zatrudnieni są uczestnicy projektów.
	<p>Osoby, które nie są zagrożone wykluczeniem społecznym, w tym w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przedstawiciele organizacji pozarządowych (NGO) deklarujących chęć przekształcenia się w przedsiębiorstwo społeczne, 2. Przedstawiciele JST zainteresowanych rozwojem ekonomii społecznej, np. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poprawa jakości i/lub zmiana zakresu działalności NGO reprezentowanych przez uczestników projektów; podjęcie inicjatyw/projektów/działań w obszarze ekonomii społecznej przez NGO, 2. Podjęcie inicjatyw/projektów/działań w obszarze ekonomii społecznej przez JST.

Numer i nazwa Działania	Grupy / kategorie uczestników projektów	Zakres potencjalnych / oczekiwanych efektów projektów w odniesieniu do tej kategorii uczestników, które będą analizowane w ewaluacji
	założeniem spółdzielni socjalnej osób prawnych.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 2020, Lublin, 13 października 2022 r.

Oprócz projektów realizowanych w ramach 11 Osi Priorytetowej RPO WL 2014-2020, w zakresie przedmiotowy badania weszły także projekty realizowane w ramach 13 Osi Priorytetowej Infrastruktura społeczna w ramach Działania 13.2 Infrastruktura usług społecznych. W ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020 możliwa jest realizacja tzw. projektów „twardych”, infrastrukturalnych, polegających na:

1. Budowie, rozbudowie, nadbudowie, przebudowie, adaptacji, remoncie, modernizacji, wyposażeniu infrastruktury usług społecznych (bezpośrednio wykorzystywanej przez osoby wykluczone lub zagrożone wykluczeniem społecznym), w tym:
 - a. ośrodków wsparcia, w tym m.in. środowiskowych instytucji aktywizujących osoby z niepełnosprawnościami, dziennych i rodzinnych domów pomocy dla osób starszych,
 - b. placówek środowiskowych i dziennego wsparcia dla dzieci i młodzieży,
 - c. pieczy zastępczej,
 - d. ośrodków wsparcia w tym specjalistycznych ośrodków wsparcia,
 - e. placówek środowiskowych form wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, środowiskowych domów samopomocy,
 - f. ośrodków interwencji kryzysowej,
 - g. podmiotów reintegracyjnych,
 - h. placówek instytucjonalnych form pomocy społecznej – warunkowo jedynie w przypadku objęcia wsparciem grupy osób, wobec której nie jest możliwe świadczenie usług w innej formie niż instytucjonalna ze względu na stan zdrowia lub inne istotne przesłanki lub w celu przejścia od form instytucjonalnych do deinstytucjonalizacji świadczenia usług.
2. Modernizacji, adaptacji (do potrzeb osób potrzebujących) oraz zakupie wyposażenia infrastruktury niezbędnej do świadczenia środowiskowych form wsparcia w miejscu zamieszkania.
3. Remoncie, przebudowie, modernizacji i wyposażeniu infrastruktury szkół przysposabiających do pracy.
4. Remoncie, przebudowie, adaptacji (w uzasadnionych przypadkach także zakupie lokali mieszkalnych) i wyposażeniu infrastruktury mieszkalnictwa chronionego, wspomaganego i treningowego.
5. Remoncie przebudowie, adaptacji i wyposażeniu infrastruktury mieszkalnictwa socjalnego.
6. Budowie, rozbudowie, nadbudowie, przebudowie, adaptacji, remoncie, modernizacji i wyposażeniu infrastruktury usług opieki nad dziećmi do lat 3, w tym żłobków, klubów

dziecięcych i oddziałów żłobkowych m.in. w celu zwiększenia liczby miejsc w istniejących instytucjach².

Celem Działania 13.2 jest upowszechnienie dostępu do usług społecznych poprzez wsparcie infrastruktury niezbędnej do jej sprawnego świadczenia oraz zwiększenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu, m.in. poprzez wzrost dostępności usług opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3³.

Jako że głównym celem badania ewaluacyjnego była „ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 11 Osi Priorytetowej RPO WL 2014-2020”, analiza projektów realizowanych w ramach 13 Osi Priorytetowej nie była tak pogłębiona, jak w przypadku projektów realizowanych w ramach 11 OP. Nacisk położony został przede wszystkim na ocenę, czy projekty realizowane w ramach obu Osi Priorytetowych są względem siebie komplementarne (w tym w szczególności, czy infrastruktura powstała/zmodernizowana w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020 jest wykorzystywana do świadczenia usług społecznych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020). Przeanalizowany został także wpływ pandemii COVID-19 na realizację Działania 13.2.

1.2. Zakres czasowy badania

Badanie objęło okres od zatwierdzenia RPO WL 2014-2020 (12 lutego 2015 roku) do 30 czerwca 2022 roku.

1.3. Cele badania

Głównym celem ewaluacji była ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 11 osi priorytetowej na promowanie włączenia społecznego oraz przeciwdziałanie ubóstwu i dyskryminacji.

Cel główny badania został zrealizowany poprzez osiągnięcie następujących celów szczegółowych:

1. Ocena wsparcia w zakresie aktywnego włączenia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zarówno w wymiarze zatrudnieniowym, jak i społecznym.
2. Ocena dostępności usług społecznych i zdrowotnych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020.
3. Ocena inicjatyw na rzecz rozwoju ekonomii społecznej zrealizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020.

² Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Lublin, 13 października 2022 r.

³ Tamże.

4. Ocena regionalnych programów zdrowotnych realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020.
5. Określenie dobrych praktyk oraz wskazanie rekomendowanych działań mających na celu dalszy rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu na terenie województwa lubelskiego w perspektywie 2021-2027, zarówno w zakresie działań realizowanych ze środków EFS, jak i EFRR.

1.4. Pytania ewaluacyjne

- 1/ W jakim stopniu oferowane wsparcie wpłynęło na aktywne włączenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zarówno w wymiarze zatrudnieniowym, jak i społecznym?
- 2/ Jaka jest skuteczność programów aktywizacji społecznej/zawodowej dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ich rodzin oraz innych osób z ich otoczenia?
- 3/ Jaka jest skala zmian sytuacji społecznej uczestników projektów z zakresu aktywnej integracji, w tym uczestników podmiotów ekonomii społecznej (w tym m.in. poziom ubóstwa, korzystanie ze świadczeń, poziom integracji społecznej)?
- 4/ Jaka jest trwałość zmiany sytuacji uczestników w zakresie otrzymanego wsparcia?
- 5/ Jakie problemy / bariery zostały zidentyfikowane podczas wdrażania i realizacji projektów w obszarze włączenia społecznego RPO WL 2014-2020? Jakie były ich przyczyny?
- 6/ Jaki jest udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego i jaka jest ich użyteczność?
- 7/ Jaka jest komplementarność wsparcia oferowanego w ramach Działań 11.1 i 11.2 z Programem Operacyjnym Pomoc Żywnościowa 2014-2020?
- 8/ Czy w wyniku realizacji wsparcia wzrosła dostępność do usług społecznych i zdrowotnych?
- 9/ Jaki jest wpływ interwencji na rozwój przedsiębiorstw społecznych w województwie lubelskim?
- 10/ Jaki wpływ na realizację działań w ramach OP 11 i Działania 13.2 miała pandemia COVID-19?
- 11/ Czy dzięki projektom realizowanym w ramach EFS zwiększyła się skala i jakość współpracy między instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy oraz trzecim sektorem mającej na celu wsparcie osób w szczególnej sytuacji na rynku pracy? Jeżeli nie, to jakie bariery stały na przeszkodzie?
- 12/ Jaka jest skuteczność zrealizowanych regionalnych programów zdrowotnych w ramach 11 OP?
- 13/ Jaka jest skala występowania projektów partnerskich w podziale na rodzaje partnerów (partnerstwa między podmiotami publicznymi, między podmiotami prywatnymi,

partnerstwa mieszane podmiotów publicznych z prywatnymi, itp.)? Jakie podmioty najczęściej występują w roli liderów partnerstwa? Co decyduje o składzie partnerstwa? Czy możliwe jest wyodrębnienie pewnych rodzajów partnerstw?

14/ Które typy projektów są najbardziej efektywne, tj. mierzone stosunkiem poniesionych nakładów do osiągniętych efektów?

15/ Jaka jest komplementarność inwestycji współfinansowanych z EFS i EFRR, a także z działaniami finansowanymi z innych źródeł? Jakie wystąpiły trudności w zapewnieniu przez Beneficjenta komplementarności projektów?

16/ Jakie przykłady dobrych praktyk można wskazać w celu ich ewentualnego wykorzystania w perspektywie finansowej 2021-2027 (zarówno w zakresie działań realizowanych ze środków EFS, jak i EFRR)?

17/ Jakie są rekomendowane działania mające na celu dalszy rozwój usług społecznych i infrastruktury społecznej województwa lubelskiego w perspektywie 2021-2027?

PW1/ Jak uczestnicy projektów oceniają przydatność otrzymanego wsparcia?

PW2/ Jaka jest skuteczność programów w postaci zapewnienia dostępu do usług społecznych/zdrowotnych dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ich rodzin oraz innych osób z ich otoczenia?

PW3/ Jaka jest skala zmian sytuacji społecznej uczestników projektów z zakresu usług społecznych i zdrowotnych (w tym m.in. poziom ubóstwa, korzystanie ze świadczeń, poziom integracji społecznej)?

PW4/ W jakim stopniu w gminach i powiatach województwa lubelskiego wzrosła skala świadczenia poszczególnych usług społecznych użyteczności publicznej i usług zdrowotnych wskutek wdrażania interwencji?

PW5/ W jakim stopniu w gminach i powiatach województwa lubelskiego zaczęto świadczyć nowe, dotychczas nieświadczone usługi społeczne użyteczności publicznej i usługi zdrowotne wskutek wdrażania interwencji?

PW6/ W jakim stopniu osoby świadczące usługi społeczne przeszkolone w ramach projektów nabyły lub podniosły umiejętności/ kompetencje/ kwalifikacje do świadczenia usług?

PW7/ Czy skala świadczenia usług społecznych użyteczności publicznej w gminach i powiatach, w których wdrażano projekty, po zakończeniu realizacji projektów zmieniła się w stosunku do okresu wdrażania projektu?

PW8/ Jaka jest trwałość usług społecznych użyteczności publicznej świadczonych w gminach i powiatach w ramach projektów?

PW9/ W jakim stopniu osoby świadczące usługi społeczne przeszkolone w ramach projektów nadal (w momencie realizacji badania) wykorzystują nabyte umiejętności/ kompetencje/ kwalifikacje do świadczenia usług społecznych lub zdrowotnych w województwie lubelskim?

PW10/ Jaka jest skuteczność programów w zakresie ekonomii społecznej dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ich rodzin oraz innych osób z ich otoczenia?

PW11/ Jaka jest skala zmian sytuacji społecznej uczestników projektów z zakresu ekonomii społecznej, w tym uczestników podmiotów ekonomii społecznej (w tym m.in. poziom ubóstwa, korzystanie ze świadczeń, poziom integracji społecznej)?

PW12/ Jaka część wspartych przedsiębiorstw społecznych nadal (w momencie realizacji badania) funkcjonuje?

PW13/ Jaki jest poziom zatrudnienia we wspartych przedsiębiorstwach społecznych (wyższy/nniższy/bez zmian w stosunku do momentu otrzymania wsparcia)?

PW14/ W jakim stopniu organizacje pozarządowe, których przedstawiciele otrzymali wsparcie w ramach Działania 11.3 poprawiły jakość i/lub zmieniły zakres działalności?

PW15/ W jakim stopniu organizacje pozarządowe i JST, których przedstawiciele otrzymali wsparcie w ramach Działania 11.3 podjęły inicjatywę/projekt/działanie w obszarze ekonomii społecznej?

1.5. Kryteria ewaluacyjne

W badaniu zastosowane zostały następujące kryteria ewaluacyjne:

- **Skuteczność** – rozumiana jako ocena czy założone cele wsparcia zdefiniowane na etapie programowania są osiągnięte dzięki projektom realizowanym w obszarze włączenia społecznego;
- **Efektywność** – rozumiana jako efektywność kosztowa (wydajność), a więc ocena wielkości nakładów finansowych poniesionych w stosunku do osiągniętych efektów;
- **Użyteczność** – rozumiana jako ocena tego, na ile wsparcie dostarczone w ramach projektów realizowanych w obszarze włączenia społecznego okazało się przydatne i jest wykorzystywane przez jego odbiorców;
- **Trwałość** – rozumiana jako ocena tego, na ile zastosowane wsparcie w obszarze włączenia społecznego okazało się wystarczające i trwałe w stosunku do zidentyfikowanych potrzeb i/lub problemów grup docelowych.

2. Opis przebiegu badania oraz zastosowanych technik gromadzenia i analizy danych

2.1. Zastosowane metody i techniki badawcze

2.1.1. Analiza danych zastanych (desk research)

Analiza danych zastanych została przeprowadzona przede wszystkim w pierwszym etapie badania, jeszcze na etapie prac nad raportem metodologicznym i narzędziami badawczymi. Analiza posłużyła do szczegółowego rozpoznania i ustrukturyzowania przedmiotu badania i do stworzenia adekwatnych do specyfiki badania narzędzi badawczych. Analiza danych zastanych była podstawą do sporządzenia analizy różnicowania wewnątrzregionalnego ubóstwa w województwie lubelskim (w podziale na gminy i powiaty). Oprócz tego dane i wnioski płynące z analizy danych zastanych zostały wykorzystane do uzyskania odpowiedzi na niektóre z pytań ewaluacyjnych (najczęściej jako jedno z kilku źródeł danych).

W ramach analizy desk research przeanalizowano akty prawne, dokumenty strategiczne, dokumenty programowe, sprawozdania z realizacji programu, dane statystyczne z systemu statystyki publicznej.

2.1.2. Wywiady CATI z uczestnikami projektów

Badanie ilościowe z uczestnikami projektów przeprowadzone zostało techniką CATI (wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo) na losowo dobranej próbie uczestników projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020. Zrealizowano 1121 efektywnych wywiadów CATI. Nastąpiły nieznaczne przesunięcia w strukturze próby badawczej w stosunku do pierwotnych założeń.

Tabela 2 Struktura populacji i próby badawczej w badaniu CATI uczestników projektów w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020

Działanie RPO WL 2014-2020	Liczba uczestników projektów	Założona liczba wywiadów CATI	Zrealizowana liczba wywiadów CATI
11.1 Aktywne włączenie	20 054	283	285
11.2 Usługi społeczne i zdrowotne	66 663	734	707
11.3 Ekonomia społeczna	4 071	64	89
11.4 Aktywne włączenie w ramach ZIT LOF	581	40	40
Razem	91 369	1 121	1 121

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy danych zastanych.

Wyniki badania CATI posłużyły do uzyskania odpowiedzi na większość pytań badawczych dotyczących efektów projektów, ich użyteczności i efektywności.

2.1.3. Wywiady CAWI z beneficjentami

Badanie ilościowe z beneficjentami projektów przeprowadzone zostało techniką CAWI (poprzez wspomagany komputerowo wywiad internetowy). Zaproszenie do wypełnienia ankiety wysłano do wszystkich beneficjentów OP 11 oraz Działania 13.2 RPO WL 2014-2020. Uzyskano łącznie 163 wypełnione ankiety od beneficjentów. Rozkład próby odzwierciedlał rozkład populacji ze względu na Działanie RPO WL 2014-2020.

Tabela 3 Struktura populacji i próby badawczej w badaniu CAWI beneficjentów w ramach OP 11 oraz Działania 13.2 RPO WL 2014-2020

Działanie RPO WL 2014-2020	Liczba beneficjentów	Założona liczba ankiet CAWI	Zrealizowana liczba ankiet CAWI
11.1 Aktywne włączenie	162	162	68
11.2 Usługi społeczne i zdrowotne	141	141	77
11.3 Ekonomia społeczna	4	4	2
11.4 Aktywne włączenie w ramach ZIT LOF	8	8	3
13.2 Infrastruktura usług społecznych	23	23	13
Razem	338	338	163

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy danych zastanych.

Wywiady CAWI z beneficjentami pozwoliły na rozpoznanie przebiegu projektów z punktu widzenia beneficjentów.

2.1.4. Ankiety CAWI z przedstawicielami JST, które nie realizowały projektów w obszarze usług społecznych użyteczności publicznej

Badanie ilościowe z gminami i powiatami, które nie realizowały projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych przeprowadzone zostało techniką CAWI (poprzez wspomagany komputerowo wywiad internetowy). Zaproszenie do wypełnienia ankiety wysłano do

wszystkich JST spełniających ten warunek (117 JST). Uzyskano łącznie 77 wypełnionych ankiet od JST.

Badanie posłużyło do rozpoznania sytuacji w zakresie usług społecznych i zdrowotnych w gminach/powiatach, w których nie realizowano projektów w tym obszarze.

2.1.5. Wywiady pogłębione (diady lub triady) z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za realizację RPO WL 2014-2020

Wywiady pogłębione (diady lub triady) przeprowadzone zostały z przedstawicielami następujących jednostek zaangażowanych w realizację RPO WL 2014-2020:

- Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego w Lublinie,
- Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego w Lublinie,
- Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie.

W badaniach udział wzięło łącznie 7 osób – przedstawiciele ww. jednostek.

Wywiady zrealizowane zostały w pierwszej fazie badania. Stanowiły m.in. ważne uzupełnienie analizy danych zastanych w zakresie odtworzenia logiki interwencji.

2.1.6. IDI z uczestnikami projektów

Zrealizowanych zostało 12 indywidualnych wywiadów pogłębionych z uczestnikami projektów. Zastosowano celowy dobór próby tak, by zróżnicować respondentów pod kątem Działań RPO WL 2014-2020, w których realizowane były projekty, w których brali udział, typów projektów, grup uczestników projektów wyróżnionych w tabeli nr 2, płci oraz miejsca zamieszkania.

Indywidualne wywiady pogłębione z uczestnikami projektów stanowiły komplementarną technikę badawczą wobec badania ilościowego uczestników projektów. Zakres tematyczny obydwu badań (ilościowego i jakościowego) był zbliżony. Badanie jakościowe pozwoliło na pozyskanie pogłębionych wniosków na temat przyczyn osiągnięcia bądź nie osiągnięcia założonych efektów projektów oraz ich trwałości lub braku trwałości.

2.1.7. IDI z beneficjentami

Zrealizowanych zostało 7 indywidualnych wywiadów pogłębionych z beneficjentami. Zastosowano celowy dobór próby tak, by zróżnicować respondentów pod kątem Działań RPO WL 2014-2020, w których realizowane były projekty, wielkości projektów oraz zastosowanych form wsparcia.

Indywidualne wywiady pogłębione z beneficjentami stanowiły komplementarną technikę badawczą wobec badania ilościowego beneficjentów. Zakres tematyczny obydwu badań (ilościowego i jakościowego) był zbliżony. Badanie jakościowe pozwoliło na pozyskanie pogłębionych wniosków na temat przebiegu projektów, problemów i barier, na jakie napotkali beneficjenci w toku realizacji projektów itd.

2.1.8. Studia przypadków (case study)

Studia przypadków miały na celu dogłębną analizę projektów objętych badaniem, w tym w szczególności przyczyn ich sukcesu (do analizy wybrano projekty, które uznać można, na podstawie różnych kryteriów, za projekty zakończone sukcesem, które okazały się skuteczne w zakresie osiągnięcia założonych celów interwencji).

Zrealizowano 3 studia przypadków – po jednym w ramach Działania 11.1 Aktywne włączenie, Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne i Działania 11.3 Ekonomia społeczna. W ramach każdego studium przypadku przeprowadzono 3 wywiady pogłębione (z beneficjentem, uczestnikami projektów, a także – w jednym przypadku – z przedstawicielem JST, na terenie której realizowane były działania w ramach projektu). Dodatkowo przeprowadzono analizę dokumentów związanych z projektem.

2.1.9. Warsztat implementacyjny

Warsztat implementacyjny został przeprowadzony na samym końcu badania ewaluacyjnego. Jego celem było omówienie i doprecyzowanie opracowanych przez Wykonawcę propozycji rekomendacji z badania ewaluacyjnego, w kontekście zasadności i możliwości ich wdrożenia. W warsztacie udział wzięli przedstawiciele DZ RPO, DW EFS, WUP w Lublinie, ROPS w Lublinie oraz Wykonawcy.

3. Wnioski z badania ewaluacyjnego

3.1. Zróżnicowanie wewnątrzregionalne zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym

3.1.1. Województwo lubelskie na tle kraju w zakresie zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym

Podstawowym celem Unii Europejskiej w obszarze ubóstwa i wykluczenia społecznego jest zmniejszenia liczby ludności zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w krajach Wspólnoty o 15 mln do 2030 r. Cel ten zawarty jest w „Planie działania w ramach Europejskiego Filaru Praw Socjalnych”⁴. Głównym wskaźnikiem pomiaru osiągnięcia tego celu jest złożony wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, obliczany na podstawie Europejskiego badania dochodów i warunków życia ludności (EU-SILC – EU Statistics on Income and Living Conditions).

Odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (AROPE) obliczany jest w oparciu o trzy miary cząstkowe:

- wskaźnik zagrożenia ubóstwem (po uwzględnieniu w dochodach transferów społecznych),
- wskaźnik pogłębionej deprivacji materialnej oraz
- wskaźnik niskiej intensywności pracy.

Wskaźnik ten uwzględnia wszystkie osoby zaliczane do jednej z powyższych trzech kategorii, przy czym każda osoba jest liczona tylko raz.

Poniżej zaprezentowano definicje trzech składowych wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po uwzględnieniu w dochodach transferów społecznych (ARPR) – odsetek osób z rocznym ekwiwalentnym dochodem do dyspozycji poniżej granicy ubóstwa, która wynosi 60% krajowej mediany rocznych ekwiwalentnych dochodów do dyspozycji uwzględniających transfery społeczne.

Wskaźnik bardzo niskiej intensywności pracy (VLWI) – Odsetek osób w wieku 0–64 lat będących członkami gospodarstw domowych, w których osoby dorosłe w wieku 18–64 lata przepracowały w roku odniesienia dla dochodów mniej niż 20% ich potencjalnego pełnego czasu pracy. Osoby dorosłe, to osoby w wieku 18–64 lata, nie wliczając:

- studentów w wieku 18–24 lata;
- osób, które określiły się jako osoby będące na emeryturze (samodzielnie określony status ekonomiczny);

⁴ [link](#)

- osób, które otrzymują jakiegokolwiek świadczenie emerytalne z tytułu ukończenia wieku uprawniającego do ich uzyskania (z wyjątkiem renty rodzinnej);
- osób w przedziale wiekowym 60–64 lata, które są nieaktywne zawodowo i mieszkają w gospodarstwie domowym, w którym głównym dochodem są emerytury (z wyjątkiem rent rodzinnych).

Wskaźnik pogłębionej deprivacji materialnej i społecznej (SMSD) – Odsetek osób, które ze względów finansowych nie mogły zaspokoić co najmniej 7 z 13 potrzeb materialnych i społecznych (6 potrzeb dotyczących poszczególnych osób i 7 ustalanych na poziomie gospodarstwa domowego).

Lista potrzeb:

a) Poziom gospodarstwa domowego:

- Opłacenie tygodniowego wyjazdu wszystkich członków gospodarstwa domowego na wypoczynek raz w roku;
- Spożywanie mięsa, ryb (lub wegetariańskiego odpowiednika) co drugi dzień;
- Ogrzewanie mieszkania odpowiednio do potrzeb;
- Pokrycie niespodziewanego wydatku (w wysokości odpowiadającej miesięcznej wartości granicy ubóstwa relatywnego, przyjętej w danym kraju);
- Terminowe regulowanie opłat związanych z mieszkaniem, spłatą rat i kredytów;
- Posiadanie samochodu (w tym służbowego, firmowego, wykorzystywanego do celów prywatnych).

b) Poziom osoby:

- Wymiana zużytej odzieży na nową;
- Posiadanie przynajmniej dwóch par odpowiednio dopasowanego obuwia;
- Wydawanie raz w tygodniu niewielkiej sumy pieniędzy na własne potrzeby;
- Regularne uczestnictwo w różnych formach spędzania czasu wolnego;
- Spotykanie się co najmniej raz w miesiącu z przyjaciółmi/rodziną na posiłku/drinku;
- Posiadanie dostępu do Internetu;
- Wymiana zniszczonych mebli.

Źródło: [link](#)

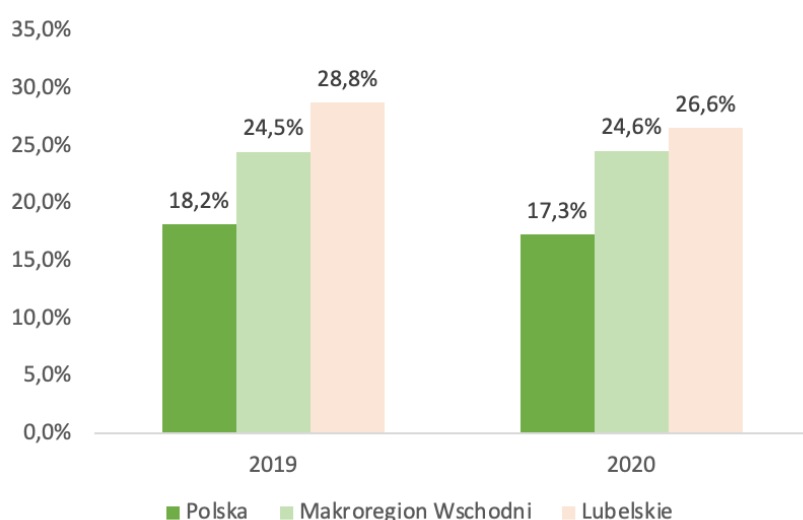
GUS, Ubóstwo w Polsce w latach 2019 i 2020, Warszawa 2021

W województwie lubelskim odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest większy niż średni poziom dla Polski. Według ostatnich dostępnych danych

Eurostat, w roku 2020 w województwie lubelskim 26,6% ludności było zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Dla makroregionu wschodniego⁵ odsetek ten wynosił 24,6%, a dla Polski: 17,3%, czyli ponad 9 pkt. proc. mniej.

W stosunku do 2019 r. poziom zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w województwie lubelskim obniżył się z poziomu 28,8% do 26,6%. Spadek wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w województwie lubelskim był szybszy (-2,2 pkt. proc) niż przeciętnie w Polsce (-0,9 pkt. proc)⁶.

Wykres 1 Odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w roku 2019 i 2020



Źródło: Eurostat

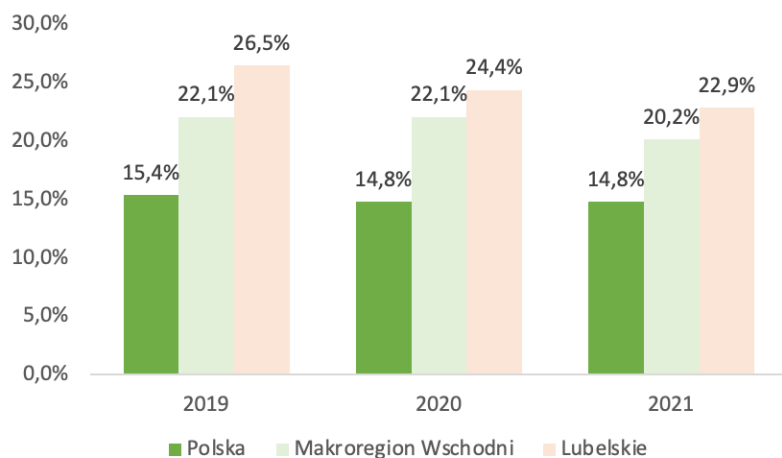
Województwo lubelskie charakteryzuje wyższy niż przeciętny w Polsce i w makroregionie wschodnim poziom zagrożenia ubóstwem. W roku 2021 wskaźnik zagrożenia ubóstwem po transferach socjalnych w województwie lubelskim, według Eurostatu, wynosił 22,9% (dane wstępne). W tym samym okresie dla Polski poziom ubóstwa wyniósł 14,8%, a dla makroregionu wschodniego 20,2%.

Wskaźnik zagrożenia ubóstwem w województwie lubelskim w ciągu trzech lat, dla których dostępne są dane, spadał szybciej niż średnio w Polsce. W efekcie luka pomiędzy poziomem zagrożenia ubóstwem przeciętnie w Polsce i w województwie lubelskim zmniejszała się z 11,1 pkt. proc. do 8,1 pkt. proc.

⁵ Makroregion wschodni obejmuje województwa: lubelskie, podkarpackie, podlaskie.

⁶ [link](#)

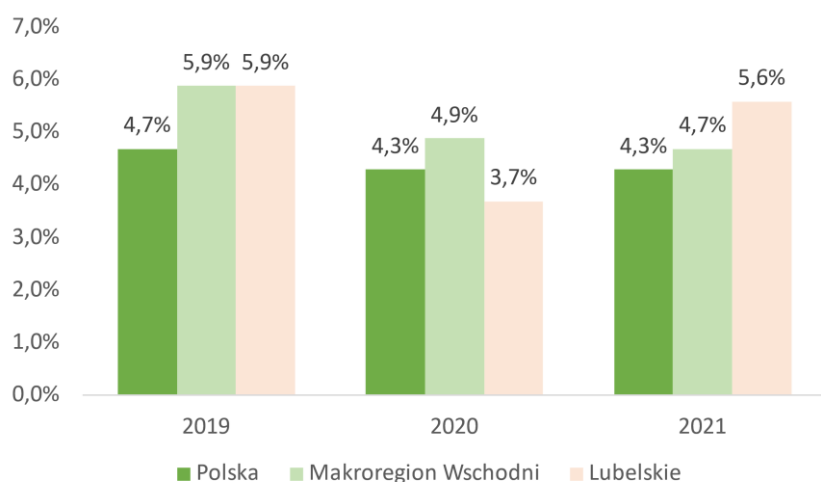
Wykres 2 Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po uwzględnieniu transferów socjalnych w latach 2019 - 2021



Źródło: Eurostat

Wskaźnik niskiej intensywności pracy w województwie lubelskim był w latach 2019 i 2021 wyższy niż średnio w Polsce. W roku 2021 wskaźnik ten dla Polski wyniósł 4,3%, podczas gdy dla województwa lubelskiego 5,6%. W 2020 r. wskaźnik niskiej intensywności pracy w województwie lubelskim był niższy niż w roku wcześniejszym i w roku następnym, a także był niższy niż średnia dla Polski. Wydaje się jednak, że dane te, ze względu na jednoroczne odchylenie, wskazują raczej na błąd pomiaru.

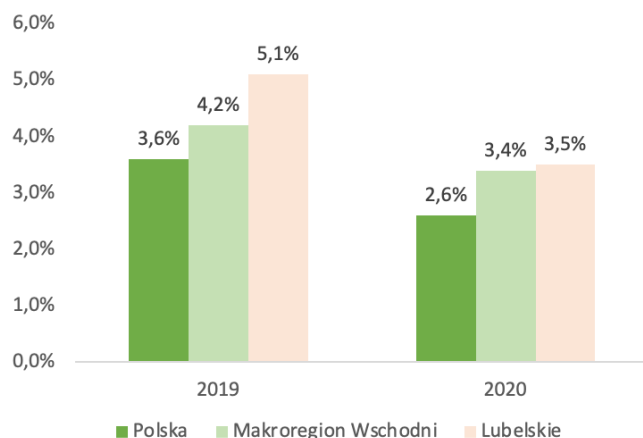
Wykres 3 Wskaźnik niskiej intensywności w latach 2019 - 2021



Źródło: Eurostat

Wskaźnik pogłębionej deprywacji materialnej i społecznej w województwie lubelskim w roku 2020 r. (ostatnie dostępne dane) wynosił 3,5% i był wyższy niż średnia dla Polski (2,6%) i średnia dla makroregionu wschodniego (3,4%). W stosunku do roku 2019 wskaźnik pogłębionej deprywacji w województwie lubelskim spadł o 1,6 pkt. proc. Średnio w Polsce wskaźnik ten obniżył się o 1 pkt. proc.

Wykres 4 Wskaźnik pogłębionej deprywacji materialnej i społecznej w latach 2019 - 2021



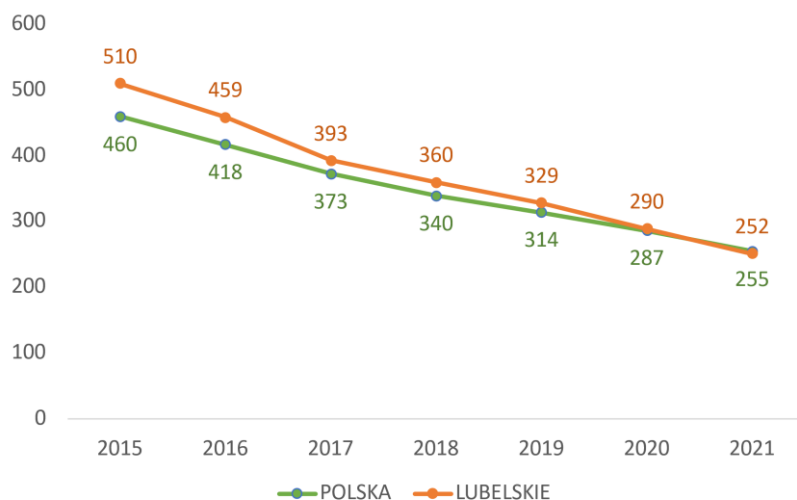
Źródło: Eurostat

Podsumowując analizę czterech głównych wskaźników monitorowania sytuacji w obszarze ubóstwa i wykluczenia społecznego można stwierdzić, że sytuacja w województwie lubelskim jest istotnie gorsza niż średnio w Polsce, ale występuje pozytywny mechanizm konwergencji, czyli zmniejszania się luki pomiędzy poziomem ubóstwa i wykluczenia społecznego w Polsce i w województwie lubelskim.

Pomiar ubóstwa i wykluczenia społecznego może też być prowadzony na podstawie danych administracyjnych i krajowych danych statystycznych. Kluczowe wydają się dane z systemu pomocy społecznej. Analiza tych danych prowadzi do podobnych wniosków.

Liczba osób, którym przyznano świadczenie z pomocy społecznej na 10 tys. ludności w 2021 r. wyniosła w województwie lubelskim 252 osoby i była nieznacznie niższa niż średnia dla Polski (255 os.). Rok 2021 był pierwszym od 2015, kiedy liczba osób pobierających świadczenie z pomocy społecznej w województwie lubelskim była mniejsza niż średnio w Polsce. Pomiędzy rokiem 2015 a 2021 liczba osób, którym przyznano świadczenia z pomocy społecznej spadała zarówno w Polsce, jak i w województwie lubelskim. Przy czym spadek ten był szybszy w województwie lubelskim (51%) niż średnio w Polsce (44%). **W porównaniu z innymi województwami sytuacja w województwie lubelskim poprawiała się najszybciej w kraju.** W efekcie województwo lubelskie przesunęło się z pozycji 10 w kraju na pozycję 8.

Wykres 5 Liczba osób, którym przyznano świadczenie z pomocy społecznej na 10 tys. ludności w latach 2015-2021



Źródło: GUS, BDL

Przedstawiciele instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020 potwierdzają powyższe wyniki, stwierdzając, że w województwie lubelskim problem ubóstwa i wykluczenia społecznego jest, na tle całego kraju i UE, nasilony. Jednocześnie dostrzegają, że sytuacja ta znacząco się poprawiła w okresie wdrażania RPO WL 2014-2020.

3.1.2. Czynniki wpływające na poziom ubóstwa i wykluczenia społecznego – rynek pracy

Analizując sytuację województwa lubelskiego w zakresie ubóstwa i wykluczenia społecznego należy wziąć pod uwagę również szereg czynników, które mają wpływ na poziom ubóstwa.

Kluczowe znaczenie ma sytuacja na rynku pracy. Liczba osób zatrudnionych, bezrobotnych oraz biernych zawodowo, a także poziom wynagrodzeń przekładają się bezpośrednio na poziom zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku produkcyjnym w województwie lubelskim jest niższy niż przeciętnie w Polsce. W 2020 r. różnica pomiędzy wskaźnikiem zatrudnienia w Polsce i w województwie lubelskim wynosiła prawie 3 pkt. proc. Była ona wyraźnie większa dla mężczyzn (4 pkt. proc) niż dla kobiet (2 pkt. proc.). Różnica pomiędzy województwem lubelskim a województwem mazowieckim, w którym w 2020 r. był najwyższy wskaźnik zatrudnienia, wynosiła 7 pkt. proc.

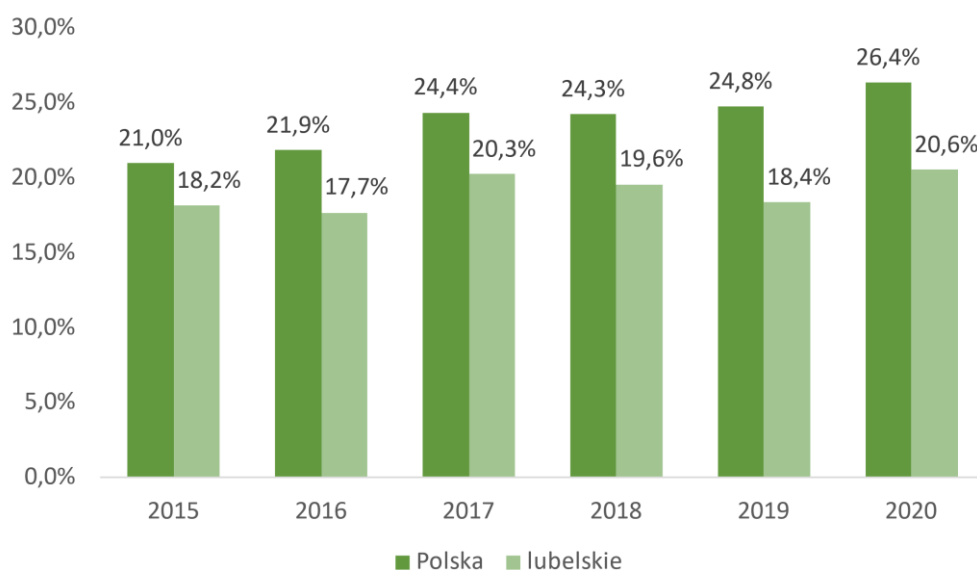
Wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku produkcyjnym w województwie lubelskim rósł wolniej niż w innych regionach. Pomiedzy 2015 r. a 2020 r. wzrósł on o 4,6 pkt. proc., podczas gdy średnio w Polsce wskaźnik ten wzrósł o 6,2 pkt. proc., co zaprezentowano na poniższym wykresie. Wzrost wskaźnika zatrudnienia w województwie lubelskim był jednym z najniższych w kraju. Najszybciej wzrastał wskaźnik zatrudnienia m.in. w warmińsko-

mazurskim (7,8 pkt. proc.), łódzkim (7,5 pkt. proc.), świętokrzyskim (7,2 pkt. proc.) i podkarpackim (7,2 pkt. proc.).

Poziom wynagrodzeń w województwie lubelskim również należy do jednego z niższych w kraju. W 2020 r. przeciętne wynagrodzenie w województwie lubelskim wynosiło 89% przeciętnego wynagrodzenia w Polsce. Proporcja ta utrzymywała się przez cały analizowany okres (2015-2020). Przeciętnie niższe wynagrodzenia w województwie lubelskim przekładają się na wyższe ryzyko wystąpienia tzw. ubogich pracujących w regionie.

W województwie lubelskim jest najniższy w kraju wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami. W roku 2020 w województwie lubelskim pracowało tylko 20,6% osób niepełnosprawnych w wieku 16-64 lata. Średnia dla Polski wynosiła 26,4%. W województwie lubuskim, w którym wartość wskaźnika była najwyższa w Polsce, pracowało 35% osób niepełnosprawnych. Pomiędzy 2015 a 2020 r. wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wzrastał w województwie lubelskim dwa razy wolniej niż w kraju. Niski wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami świadczy o wysokim poziomie zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem tej grupy.

Wykres 6 Wskaźnik zatrudnienia dla osób z niepełnosprawnościami w wieku 16-64 w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2020



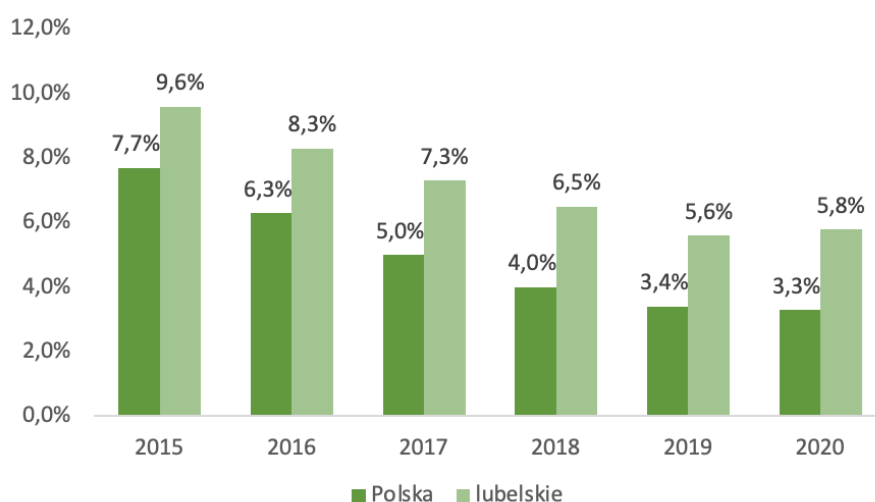
Źródło: GUS, BDL

Problem marginalizacji na rynku pracy osób z niepełnosprawnościami dostrzegają też przedstawiciele instytucji regionalnych: Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego oraz Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Lublinie. Według nich osoby te doświadczają szczególnie poważnych problemów ze znalezieniem zatrudnienia, nawet w przypadku poprawiającej się sytuacji na rynku pracy. Należy podkreślić, że zgodnie ze Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych, osoby te powinny pracować przede

wszystkim na otwartym rynku pracy. Tymczasem w wywiadach z przedstawicielami instytucji regionalnych pojawiały się opinie, zgodnie z którymi instrumentem aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami powinna być ekonomia społeczna.

Podobnie jak w całym kraju, w województwie lubelskim zdecydowanie spadła stopa bezrobocia. Nadal jest jednak wyższa od średniej krajowej. W 2020 r. stopa bezrobocia, liczona na podstawie BAEL, wynosiła w województwie lubelskim 5,8%. Średnia dla Polski wyniosła 3,3%. A w województwie wielkopolskim, w którym stopa bezrobocia była najniższa, wyniosła ona 1,9%. Luka pomiędzy stopą bezrobocia dla Polski a stopą bezrobocia dla województwa lubelskiego również się powiększa. W 2015 r. wynosiła ona 1,9 pkt. proc. a w 2020 r. 2,5 pkt. proc.

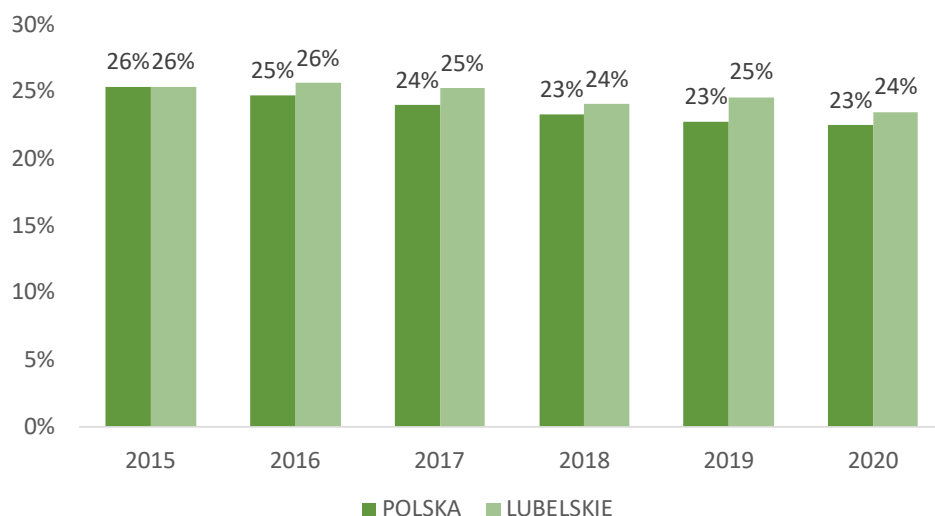
Wykres 7 Stopa bezrobocia BAEL w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2020



Źródło: GUS, BDL

W województwie lubelskim spada odsetek osób biernych zawodowo w wieku produkcyjnym, ale wolniej niż średnio w kraju. Odsetek biernych zawodowo w województwie lubelskim w 2020 r. był w efekcie o 1,5 pkt. proc. większy niż średnia w kraju, a województwo lubelskie było na 10 pozycji wśród województw, jeśli chodzi o wskaźnik bierności zawodowej. Wśród osób biernych zawodowo, na co zwracają przedstawiciele instytucji regionalnych, istotną grupą są kobiety sprawujące opiekę nad osobami zależnymi. Wskazuje to na konieczność rozwoju dostępnych i wysokiej jakości usług opiekuńczych.

Wykres 8 Odsetek osób biernych zawodowo w wieku produkcyjnym (18-59/64 lata) w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2020



Źródło: GUS, BDL

Podsumowując, sytuacja na rynku pracy w województwie lubelskim jest trudniejsza niż przeciętnie w Polsce. Co więcej, luka pomiędzy sytuacją w województwie lubelskim i przeciętną sytuacją w Polsce powiększa się. W opinii przedstawicieli instytucji regionalnych, jednym z problemów jest nadal niewystarczająca liczba dużych przedsiębiorstw funkcjonujących w regionie, które pozytywnie wpływają na rynek pracy, tworząc wysokiej jakości, dobrze płatne miejsca pracy, co ułatwia rozwój lokalnych firm. Wynika to m.in. z niewielkiej skali bezpośrednich inwestycji zagranicznych, które koncentrują się w zachodniej części Polski i w województwie mazowieckim⁷. Głębsze przyczyny strukturalnych słabości regionalnego rynku pracy to m.in. słaba dostępność komunikacyjna regionu, ograniczająca jego atrakcyjność inwestycyjną oraz rolniczy charakter regionu (siła robocza ulokowana jest w najmniej efektywnym gospodarczo sektorze rozdrobnionego rolnictwa).

Czynnikiem negatywnie wpływającym na sytuację na rynku pracy są również migracje. W opinii przedstawicieli instytucji regionalnych, migrują poza region głównie osoby młode, dobrze wykształcone, co osłabia potencjał rynku pracy. Jest to równocześnie efekt słabości rynku pracy. Można tu zatem mówić o negatywnym sprzężeniu zwrotnym. Zjawisko to pogłębia problem starzenia się społeczeństwa. Istniejące niedobory rąk do pracy wypełniają migracje, głównie z Ukrainy. W opinii przedstawicieli instytucji regionalnych, dotychczasowy napływ uchodźców z Ukrainy po agresji Rosji nie stanowi problemu społecznego.

⁷ OECD (2021), Regional Economic Inactivity Trends in Poland, OECD Reviews on Local Job Creation, OECD Publishing, Paris, [link](#)

W opinii przedstawicieli instytucji regionalnych, **problemem jest nadal niedopasowanie podaży pracy do popytu na pracę** pod kątem kompetencji/kwalifikacji potencjalnych pracowników.

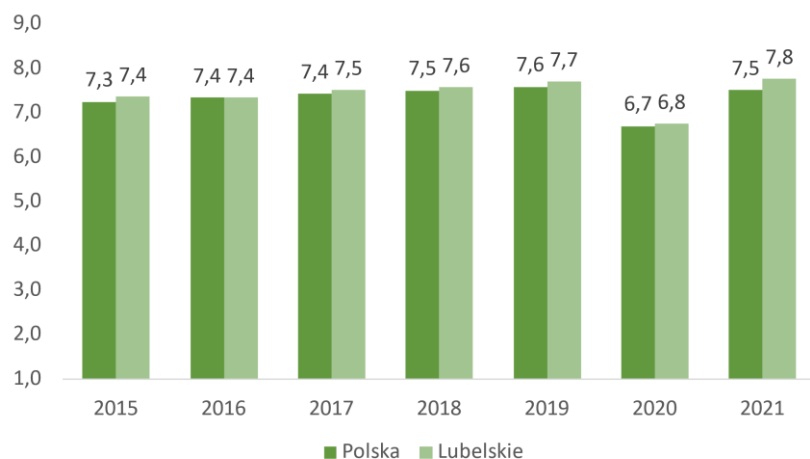
3.1.3. Czynniki wpływające na poziom ubóstwa i wykluczenia społecznego – dostęp do usług społecznych

Z punktu widzenia sytuacji społecznej ważny jest również dostęp do usług społecznych.

Mogą one mieć wpływ na poziom ubóstwa i wykluczenia społecznego. Brak dostępu do usług społecznych oznacza konieczność finansowania tych usług ze środków prywatnych, co wpływa negatywnie na sytuację dochodową rodziny. Brak dostępu do usług, np. opiekuńczych, transportowych, może też wpływać negatywnie na możliwość aktywności społecznej i zawodowej.

Dostęp do usług medycznych na poziomie ambulatoryjnym w województwie lubelskim jest zbliżony do średniego dla kraju. W roku 2021 r. średnio jeden mieszkaniec województwa korzystał z 7,8 wizyt w ciągu roku. Średnia dla Polski wyniosła 7,5, a więc była nieznacznie niższa. W stosunku do 2015 r. liczba wizyt lekarskich na jednego mieszkańca utrzymuje się na mniej więcej stałym poziomie. Wyjątkiem był rok 2020, kiedy to z powodu pandemii COVID-19 liczba wizyt lekarskich widocznie spadła.

Wykres 9 Liczba wizyt lekarskich na jednego mieszkańca w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2021

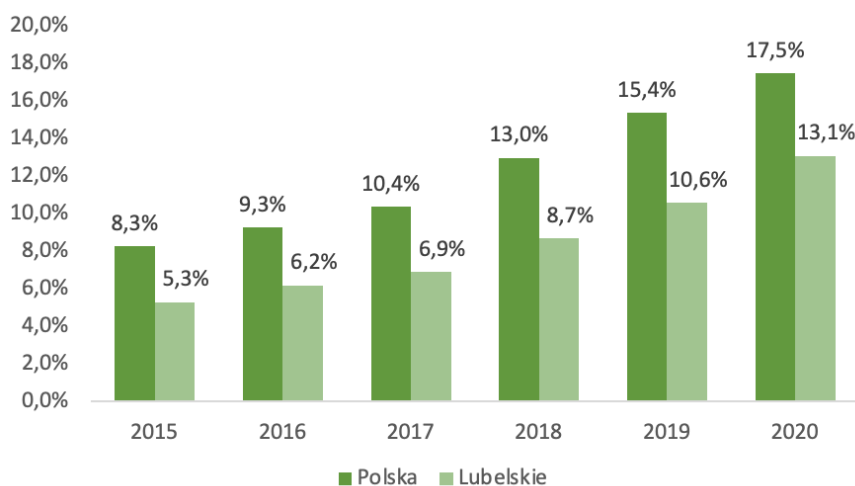


Źródło: GUS, BDL

W województwie lubelskim poprawia się dostęp do usług opiekuńczych dla dzieci do lat 3, choć wolniej niż średnio w Polsce. Dostęp do usług opiekuńczych dla dzieci w wieku 0-3 lat jest jednym z kluczowych wyzwań w Polsce, istotnym także w kontekście ograniczenia bierności zawodowej, w szczególności kobiet w wieku rozrodczym. W 2020 r. w województwie lubelskim tylko 13,1% dzieci w wieku 0-3 lata było objętych opieką

instytucjonalną (o 4,4 pkt. proc. mniej niż średnio w kraju). W stosunku do 2015 r. odsetek dzieci objętych opieką instytucjonalną wzrósł o 7,8 pkt. proc. W tym samym czasie w Polsce średnio odsetek ten wzrósł o 9,2 pkt. proc. A zatem, pomimo poprawy sytuacji, luka pomiędzy województwem lubelskim a średnią dla kraju powiększa się.

Wykres 10 Odsetek dzieci w wieku 0-3 lata objętych opieką instytucjonalną w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2020



Źródło: GUS, BDL

3.1.4. Zróżnicowanie wewnątrzregionalne w obszarze ubóstwa i wykluczenia społecznego

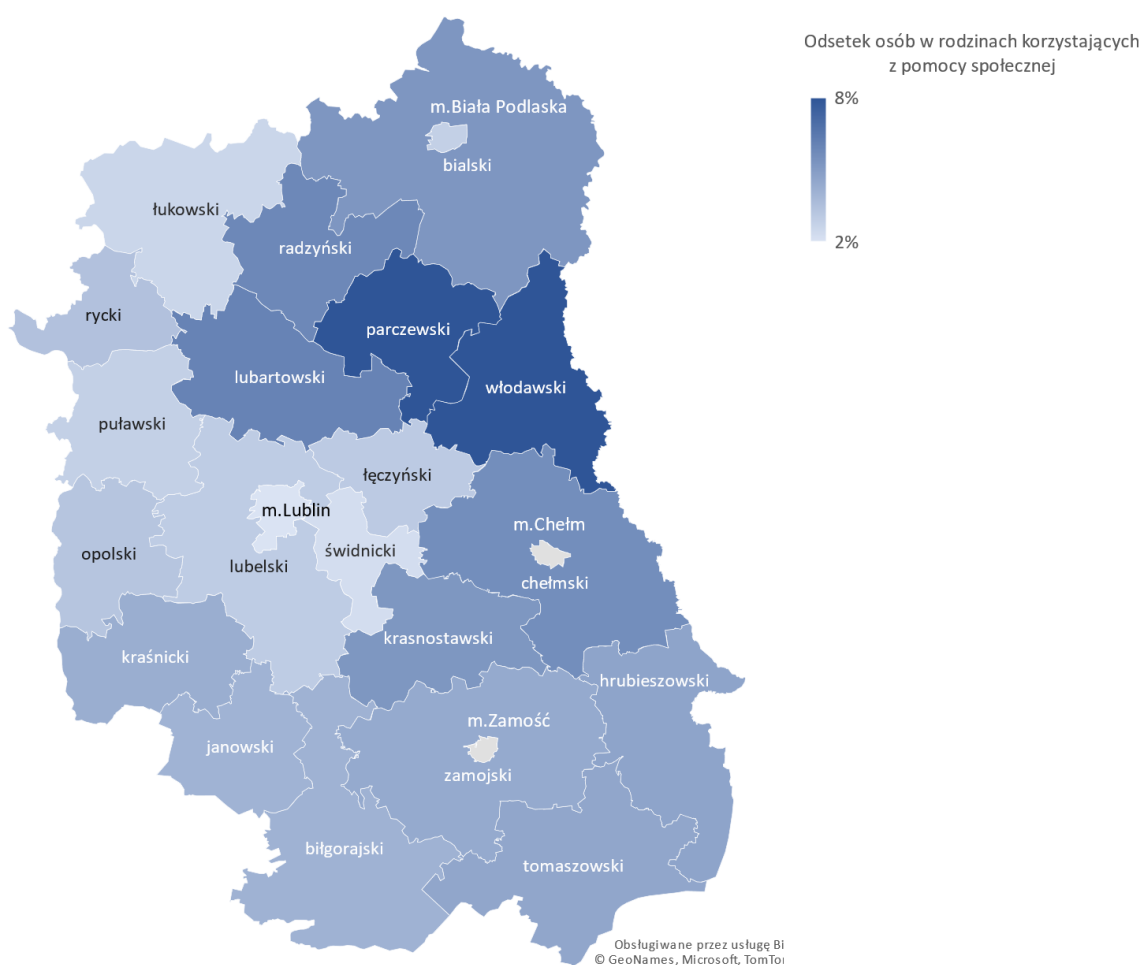
Na poziomie powiatów i gmin nie ma dostępnych wyników badań prowadzonych na reprezentatywnych próbach mieszkańców, takich jak EU-SILC lub BAEL. Dlatego konieczne jest bazowanie na danych administracyjnych, które mają swoje mocne i słabe strony. Do mocnych stron należy niewątpliwie dokładność tych danych – nie bazują one na próbie, lecz dotyczą całej populacji. Słabością tych danych jest wpływ rozwiązań administracyjnych i prawnych na uzyskiwane wyniki. Przykładowo, zmiana lub brak zmiany progu dochodowego, uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej może mieć większy wpływ na liczbę osób pobierających świadczenia niż zmiana sytuacji tych osób. Dlatego też należy ostrożnie interpretować te dane.

3.1.4.1. Odsetek osób w rodzinach, które korzystają ze świadczeń pomocy społecznej **Wskaźnikiem mierzącym poziom zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym może być odsetek osób w rodzinach, które korzystają ze świadczeń pomocy społecznej.** W 2021 r. wartość tego wskaźnika osiągnęła w województwie lubelskim 4,2%. Było to o ponad połowę mniej niż w 2015 r., kiedy w rodzinach korzystających ze świadczeń pomocy społecznych żyło 9,1% mieszkańców województwa.

Pomiędzy powiatami i gminami jest duże zróżnicowanie wartości tego wskaźnika.

Najwyższą wartość wskaźnik ten przyjmuje w powiatach leżących we środkowo-wschodniej części województwa: włodawskim i parczewskim (8,4%). Najniższe wartości wskaźnik ten osiągał w stolicy regionu, czyli Lublinie, a także w powiecie świdnickim. Generalnie niższe wartości wskaźnik ten osiąga w głównych miastach oraz w części zachodniej i środkowej województwa.

Mapa 1 Odsetek osób w rodzinach, które korzystają ze świadczeń pomocy społecznej w 2021 r.



Źródło: ROPS w Lublinie, OZPS 2021 r.

Na poziomie powiatów widoczna jest duża stabilność zróżnicowania pomiędzy powiatami.

Sytuacja mierzona powyższym wskaźnikiem poprawiła się we wszystkich powiatach. Wskaźnik korelacji pomiędzy wartościami wskaźnika dla powiatów w 2015 i 2019 r. wynosi 0,9, a współczynnik regresji 0,85. Nieznacznie pogłębiło się zróżnicowanie pomiędzy powiatami. Współczynnik zmienności wzrósł z 30% do 33%. **Pokazuje to, że różnica pomiędzy powiatami, w których sytuacja jest najlepsza i tymi, w których sytuacja jest najgorsza, pogłębia się, choć nieznacznie.**

Odsetek osób w rodzinach otrzymujących świadczenia z pomocy społecznej jest średnio skorelowany ze stopą bezrobocia rejestrowanego. Współczynnik korelacji wynosi 0,55, a współczynnik R-kwadrat 0,3. Oznacza to, że stopa bezrobocia wyjaśnia ok. jednej trzeciej zmienności wskaźnika korzystania z pomocy społecznej. Pokazuje to, że na skalę korzystania z pomocy społecznej wpływają inne czynniki, takie jak np. stan zdrowia, uzależnienia itd.

Odsetek osób w rodzinach korzystających z pomocy społecznej jest dużo bardziej zróżnicowany pomiędzy gminami. W 2021 r. wynosił od 1,4% w Nałęczowie w powiecie puławskim do 27,6% w gminie Wiryki w powiecie włodawskim.

Pomimo, że sytuacja poprawiła się we wszystkich gminach, wzrosło zróżnicowanie. W 2015 r. współczynnik zmienności wyniósł 50%, a w 2021 r. 67%. W gminach, w których sytuacja była najlepsza w 2021 r., liczba osób w rodzinach, które korzystały ze świadczeń społecznych zmniejszała się w stosunku do 2015 r. prawie dwa razy szybciej w porównaniu do roku 2015 niż w gminach, w których sytuacja w 2015 r. była najgorsza. Dla 20 gmin, w których sytuacja pod względem wskaźnika była najlepsza, liczba osób w rodzinach korzystających ze świadczeń pomocy społecznej spadła średnio o 66%. Natomiast w gminach, w których sytuacja była trudniejsza, liczba ta spadła o 38%. Pokazuje to, że w województwie lubelskim nierówności pomiędzy gminami w zakresie odsetka osób w rodzinie korzystających z pomocy społecznej pogłębiają się, co ocenić należy negatywnie.

3.1.4.2. Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej

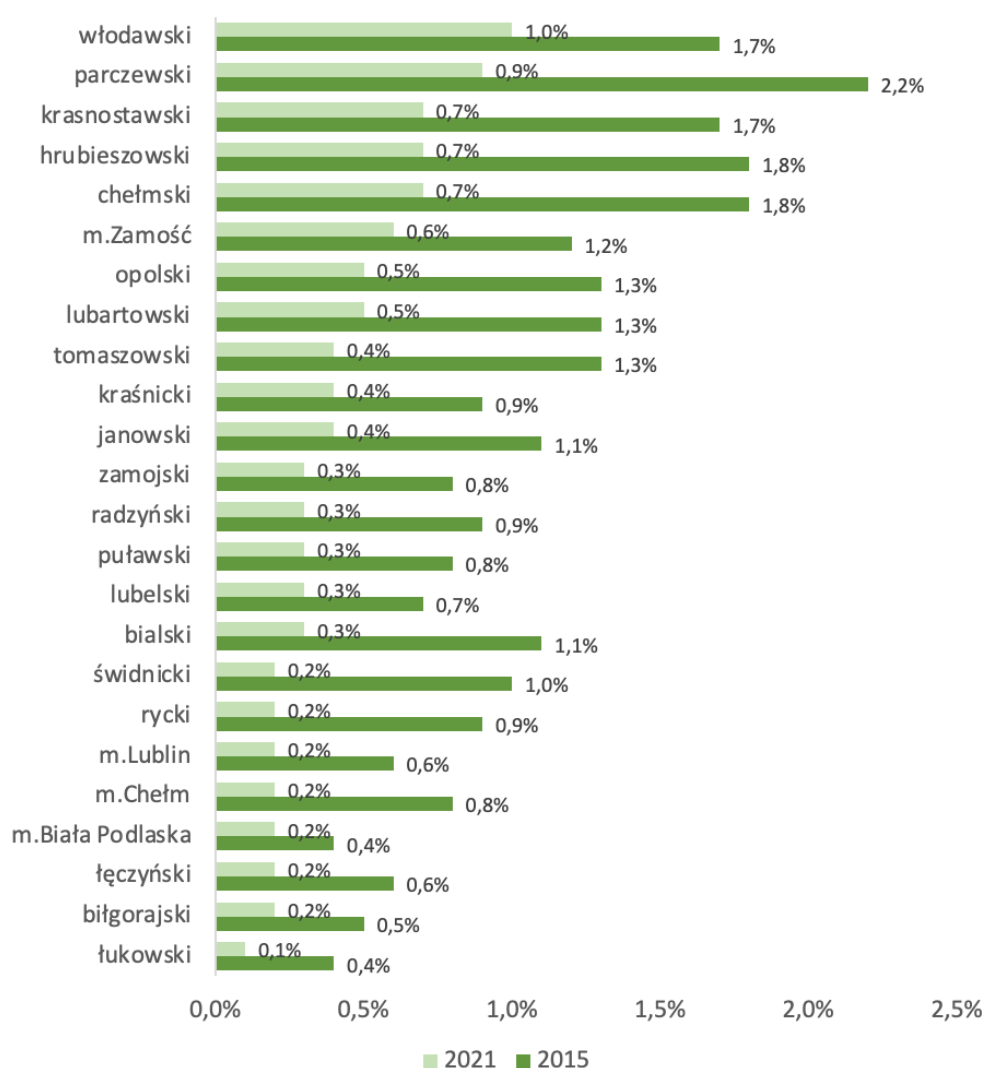
Inną miarą zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest wskaźnik beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej jako procent ludności. Wskaźnik ten jest jednak bardzo silnie skorelowany ze wskaźnikiem odsetek osób w rodzinach korzystających z pomocy społecznej. Na poziomie powiatów współczynnik R-kwadrat wynosi 0,97, a zatem występuje niemalże pełna zbieżność tych dwóch wskaźników. Dlatego też wskaźnik beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej jako procent ludności nie będzie poddawany szczegółowej analizie na poziomie gmin i powiatów.

3.1.4.3. Wydatki na świadczenia socjalne pieniężne i niepieniężne

Odsetek osób mieszkających w rodzinach, które korzystają ze świadczeń społecznych jest również silnie skorelowany z udziałem wydatków na świadczenia socjalne pieniężne i niepieniężne w wydatkach bieżących gmin ogółem. Wydatki na świadczenia socjalne z pomocy społecznej mierzone są jako wydatki w rozdziale 85214 klasyfikacji budżetowej – Zasiłki i pomoc w naturze oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Udział tych wydatków w wydatkach bieżących pomiędzy 2015 r. a 2021 r. spadł w województwie lubelskim z 0,9% wydatków bieżących do 0,3%. Pokazuje to wyraźnie, że spadek liczby klientów pomocy społecznej przedkłada się na wymierne korzyści dla budżetów gmin.

Na poziomie powiatów najtrudniejsza sytuacja w 2021 r. była w powiatach włodawskim, parczewskim i krasnostawskim. Te trzy powiaty znajdowały się również wśród powiatów w najtrudniejszej sytuacji w 2015 r., co zaprezentowano na poniższym wykresie. W pięciu powiatach, w których sytuacja była najgorsza w 2015 r., spadek udziału wydatków na świadczenia pomocy społecznej był mniejszy niż średnio w pięciu powiatach, w których sytuacja była najlepsza. Powoduje to, że wzrosło zróżnicowanie sytuacji pomiędzy powiatami. Współczynnik zmienności wzrósł z 44% do 58%. Wskazuje to na stosunkowo trudną sytuację gmin leżących w najbiedniejszych powiatach województwa, które muszą większą część swojego budżetu przeznaczyć na wypłatę świadczeń społecznych.

Wykres 11 Odsetek wydatków w rozdziale 85214 klasyfikacji budżetowej – Zasiłki i pomoc w naturze oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w ogóle wydatków bieżących gmin w 2015 i 2021 r. w podziale na powiaty



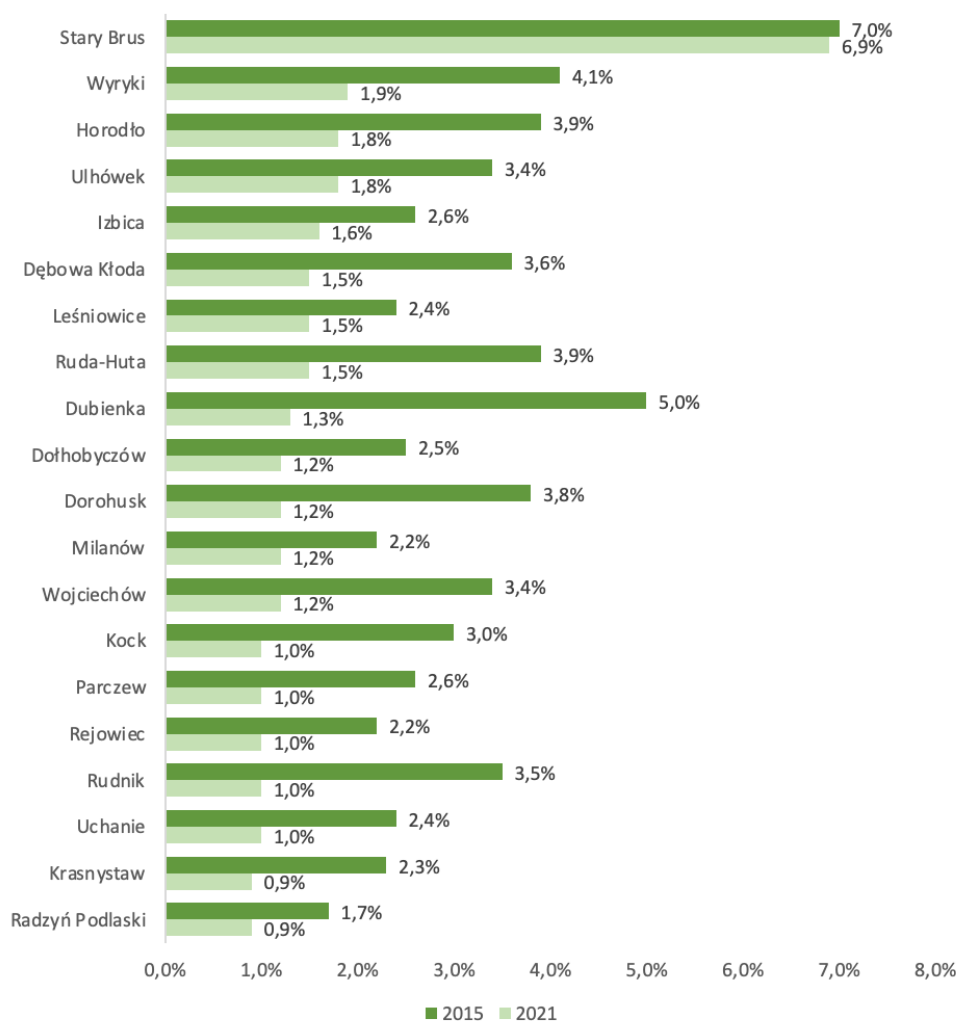
Źródło: GUS, BDL

Analogicznie jak w przypadku poprzedniego wskaźnika, pomiędzy gminami rozpiętość wartości udziału wydatków na świadczenie z pomocy społecznej jest większa niż w przypadku powiatów. Wartość maksymalną w 2021 r. odnotowano w gminie wiejskiej Stary Brus (powiat włodawski). W tej gminie odsetek wydatków bieżących, przeznaczonych na świadczenia pomocy społecznej, prawie się nie zmienił w stosunku do 2015 r. Gmina ta wyraźnie odstawała od innych gmin, pod względem wartości wskaźnika. W województwie lubelskim było 6 gmin, w których w 2021 r. nie wydawano żadnych środków na świadczenia z pomocy społecznej. Na poniższym wykresie przedstawiono gminy, w których wartość wskaźnika była największa.

Pomiędzy 2015 a 2021 r. znacznie pogłębiły się nierówności pomiędzy gminami.

Współczynnik zmienności wzrósł z 83% do 127%.

Wykres 12 Odsetek wydatków w rozdziale 85214 klasyfikacji budżetowej – Zasiłki i pomoc w naturze oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w ogóle wydatków bieżących gmin – 20 gmin, w których odsetek był największy w 2021 r.



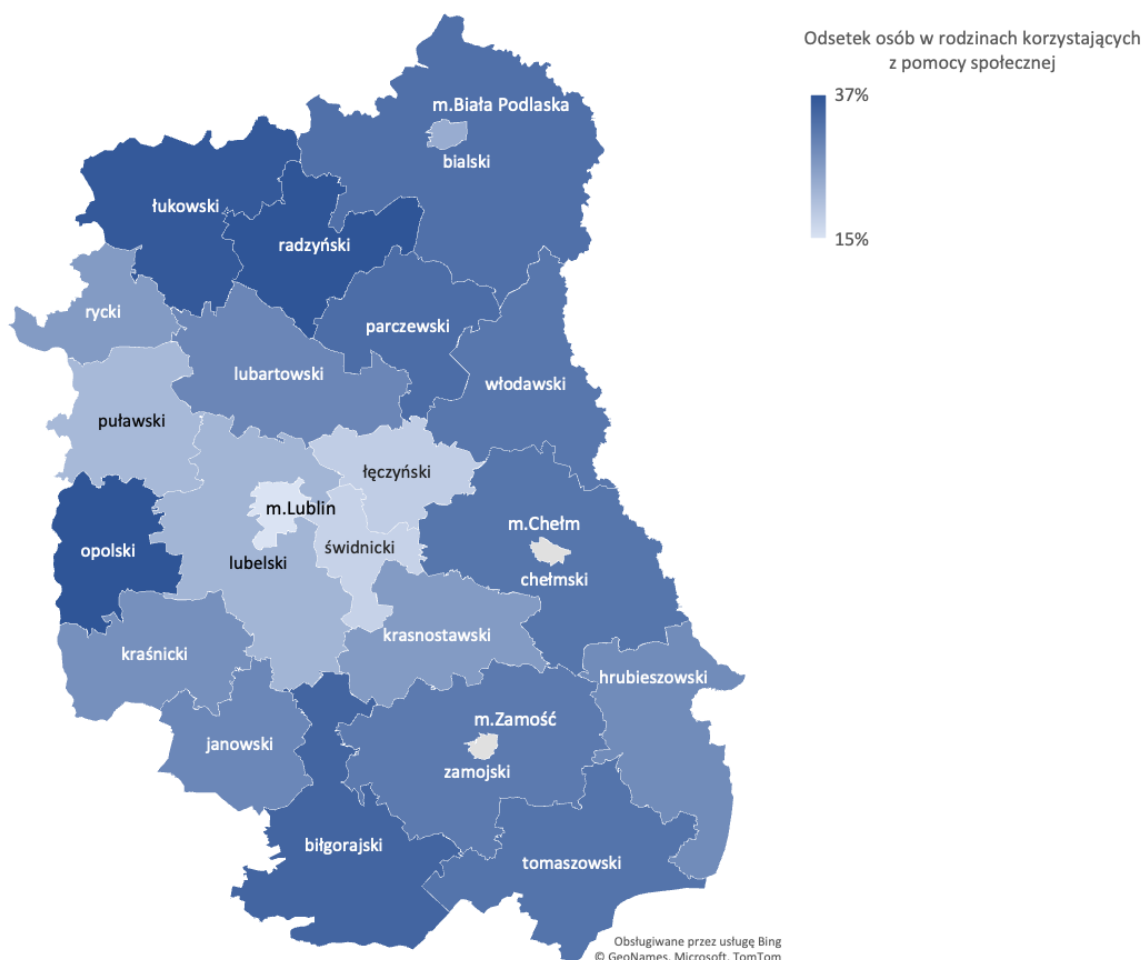
Źródło: GUS, BDL

3.1.4.4. Udział dzieci w wieku do lat 17, na które rodzice pobierają zasiłki rodzinne

Miarą zagrożenia ubóstwa lub wykluczenia społecznego może być też pobieranie zasiłków rodzinnych, które przyznawane są na podstawie kryterium dochodowego. W 2021 r. w województwie lubelskim udział dzieci w wieku do lat 17, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny w ogólnej liczbie dzieci w tym wieku wyniósł 26% i był niższy niż 2015 r. o 10 pkt. proc. Należy jednak zaznaczyć, że na odsetek dzieci uprawnionych do zasiłku rodzinnego wpływa też brak waloryzacji progu dochodowego, uprawniającego do świadczenia.

Najniższy odsetek dzieci w wieku do lat 17, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny był w Lublinie (15%) i powiatach centralnych województwa: świdnickim i łęczyńskim (po 18%). Natomiast powiaty, w których odsetek dzieci, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny był najwyższy, były rozproszone po terenie województwa. Najwyższe wartości odnotowano w dwóch powiatach znajdujących się na północy województwa: radzyńskim (37%) i łukowskim (36%) oraz w powiecie znajdującym się w zachodniej części województwa: opolskim (37%).

Mapa 2 Odsetek dzieci w wieku do lat 17, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny według powiatów w 2021 r.

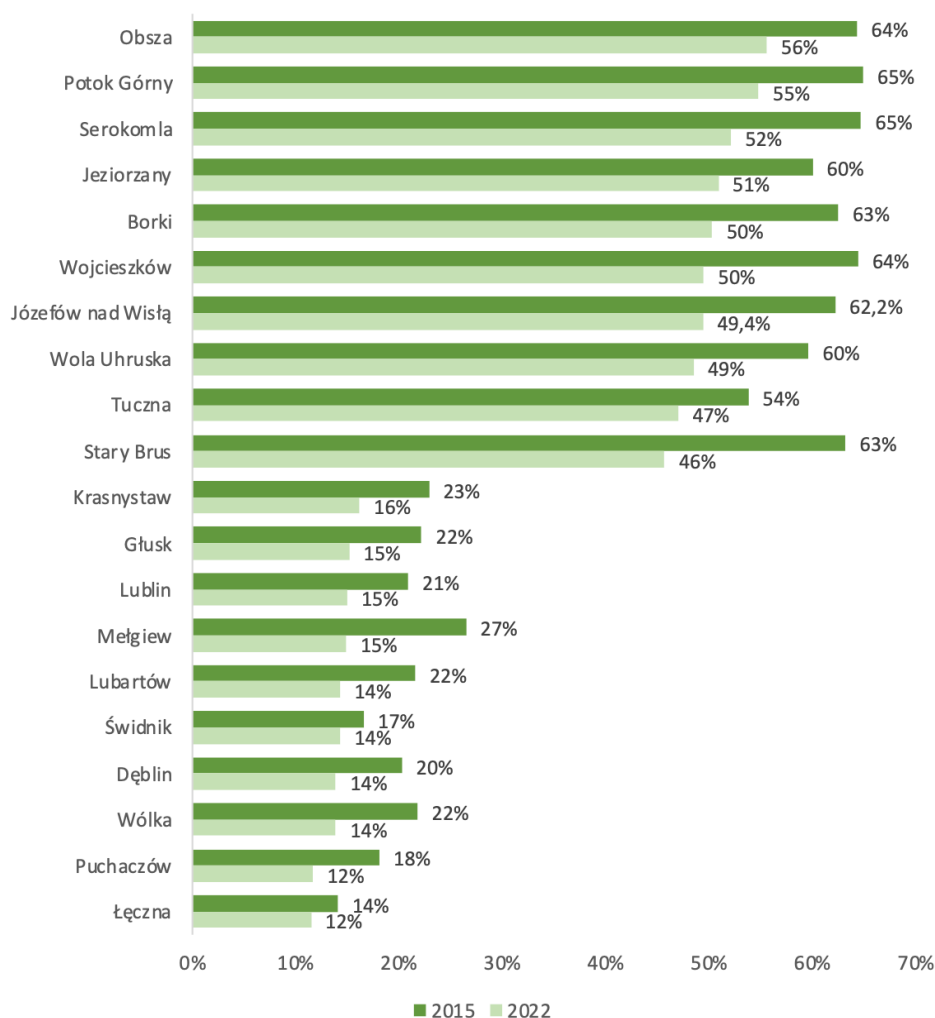


Źródło: GUS, BDL

Odsetek dzieci, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny był umiarkowanie skorelowany z odsetkiem osób w rodzinach korzystających ze świadczeń pomocy społecznych. Wskaźnik korelacji wynosił 0,5. Natomiast współczynnik regresji R-kwadrat wyniósł 0,3. Pokazuje to, że wskaźniki te mierzą zjawiska, które tylko częściowo się pokrywają. Dwa powiaty znacząco odstają pod względem odsetka osób w rodzinach korzystających z pomocy społecznej, a w których udział dzieci pobierających świadczenia rodzinne jest wysoki, ale nie najwyższy, czyli powiaty włodawski i parczewski.

Widoczne jest znaczące zróżnicowanie wskaźnika w podziale na gminy. Najwyższą wartość wskaźnik osiąga w gminie wiejskiej Obsza (powiat biłgorajski) – 56%. Najwyższe wartości odnotowano również w gminie Potok Górny (55%) oraz Serokomla (52%). Najniższe wartości odnotowano w gminach Łęczna (powiat łęczyński) – 12%, a także w gminie Puchaczów (12%).

Wykres 13 Odsetek dzieci do 17 roku życia, na które rodzice otrzymują świadczenie rodzinne w latach 2015 i 2021 r. – 10 gmin z najwyższą i 10 gmin z najniższą wartością wskaźnika w 2021 r.



Źródło: GUS, BDL

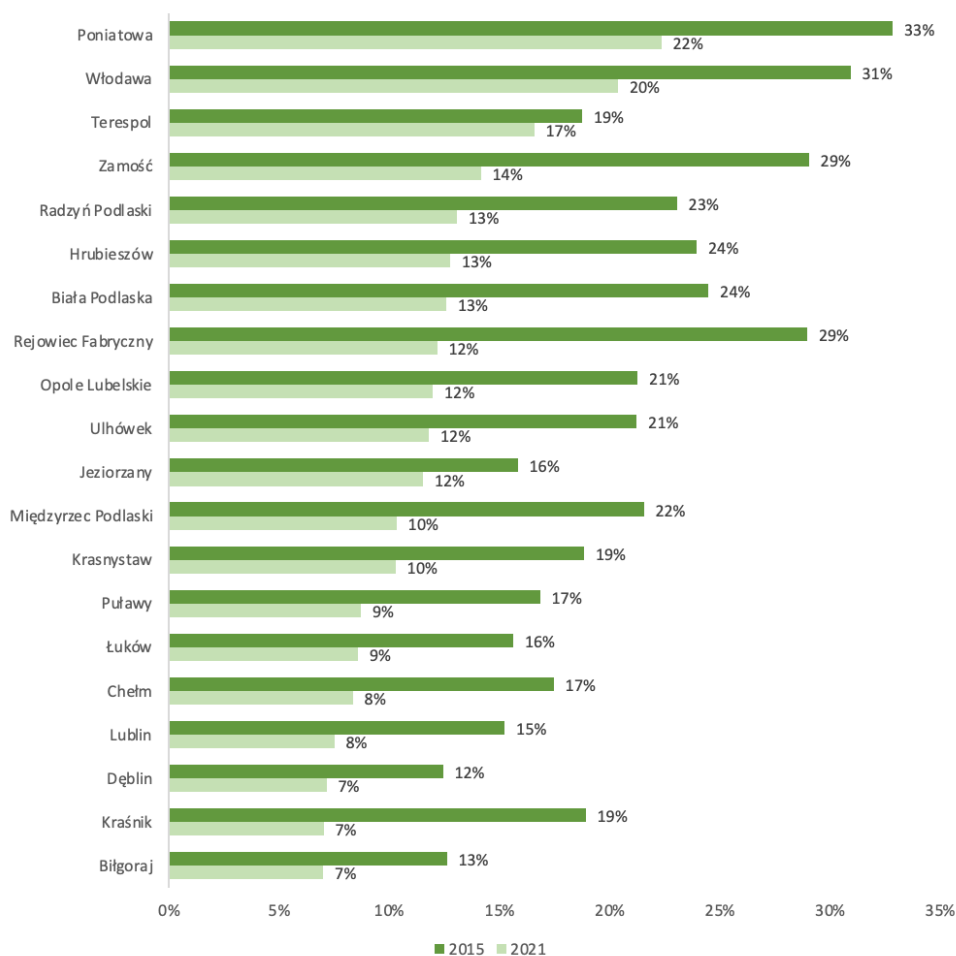
Poziom zmienności wskaźnika odsetek dzieci, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny w badanym okresie nie zmieniał się. Współczynnik zmienności w 2021 r. wyniósł 22% dla powiatów i 28% dla gmin, był więc stosunkowo niski. Pokazuje to, że sytuacja jest w miarę jednolita w całym województwie.

3.1.4.5. Korzystanie z dodatków mieszkaniowych

Inną miarą zagrożenia ubóstwem, bazującą na źródłach statystycznych, jest odsetek osób korzystających z dodatków mieszkaniowych. Pomiędzy 2015 a 2021 r. odsetek ten w województwie lubelskim spadł o ponad połowę, z 9% do 4%. Należy jednak zaznaczyć, że dodatek mieszkaniowy jest przyznawany na podstawie dwóch kryteriów: dochodu na osobę w gospodarstwie domowym oraz liczby metrów kwadratowych przypadających na rodzinę. Ponieważ przyjęte kryteria koncentrują wsparcie na rodzinach żyjących w małych mieszkaniach, w efekcie odsetek osób korzystających z dodatków mieszkaniowych jest wyraźnie większy w gminach miejskich niż wiejskich.

Poniżej przedstawiono listę 20 gmin, w których odsetek ludności otrzymującej dodatki mieszkaniowe był największy w 2021 r. **Wśród tych gmin wyraźnie dominują gminy miejskie.** Na 20 gmin są tylko dwie gminy miejsko-wiejskie i dwie gminy wiejskie. Natomiast było 117 gmin, w których odsetek ludności otrzymujących dodatki mieszkaniowe wynosił 0%. Były to w przeważającej większości gminy wiejskie. Największy odsetek ludności otrzymywał dodatki mieszkaniowe w Poniatowej, Włodawie i Terespolu. Wydaje się, że wskaźnik ten może być przydatnym instrumentem w analizie sytuacji miast lub gmin miejsko-wiejskich. Jednak ze względu na swoją konstrukcję nie powinien być wykorzystywany do analizy zróżnicowania sytuacji w zakresie ubóstwa/wykluczenia społecznego w całym województwie.

Wykres 14 Odsetek ludności otrzymującej dodatki mieszkaniowe w 2015 i 2021 r. – 20 gmin o najwyższej wartości wskaźnika



Źródło: GUS, BDL

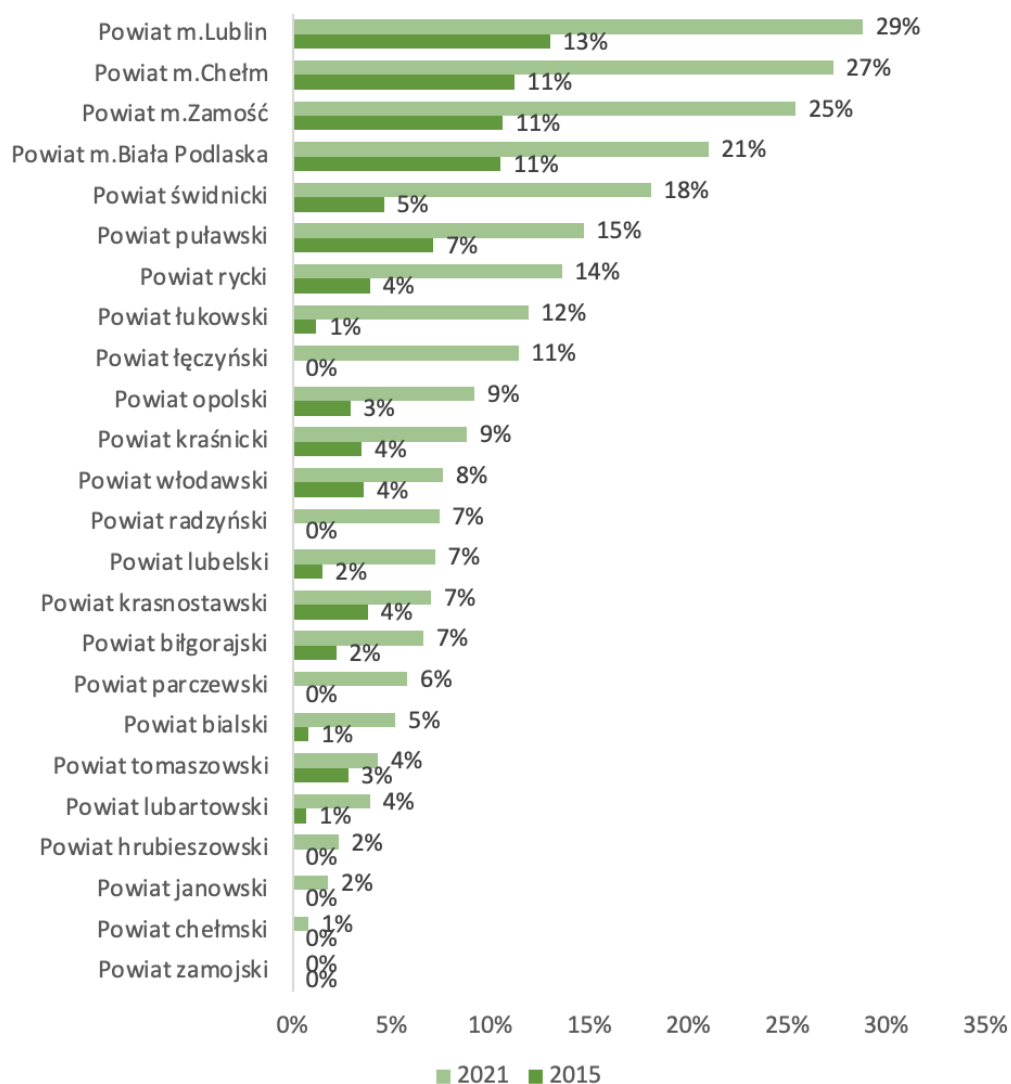
3.1.4.6. Opieka nad dziećmi do lat 3

W województwie lubelskim poprawia się dostęp do opieki nad dziećmi do lat 3, ale nadal jest on niski i widoczne są duże różnice pomiędzy powiatami i gminami. Jak wskazano wcześniej, w województwie lubelskim w 2021 r. 87% dzieci w wieku do 3 lat nie było objętych opieką w żłobku lub innej placówce.

Sytuacja poprawiła się we wszystkich powiatach z wyjątkiem powiatu zamojskiego, w którym w 2021 r. nadal żadne dziecko w wieku do lat 3 nie było objęte opieką instytucjonalną. W 2015 r. żadne dziecko nie było objęte opieką instytucjonalną w siedmiu powiatach. Najlepsza jest sytuacja w miastach na prawach powiatu: Lublinie (29%), Chełmie (27%), Zamościu (25%). Najtrudniejsza zaś jest sytuacja w powiatach rolniczych, leżących we wschodniej części województwa.

Zmniejszyły się również nierówności w dostępie do usług opieki nad dziećmi do lat 3 pomiędzy powiatami. Choć nadal w 2021 r. były one duże. Współczynnik zmienności spadł ze 113% w 2015 r. do 78% w 2021 r.

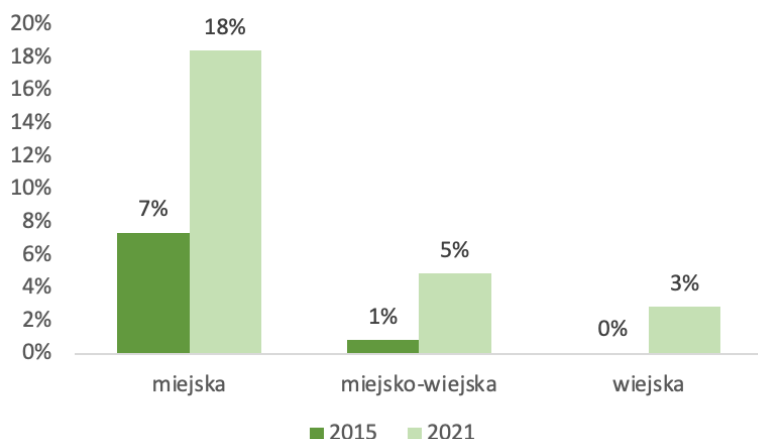
Wykres 15 Odsetek dzieci do lat 3 objętych różnymi formami opieki instytucjonalnej w 2015 r. i 2021 r. w powiatach województwa lubelskiego



Źródło: GUS, BDL

Poprawa, a równocześnie nadal nierówny dostęp do usług opieki nad dziećmi do lat 3 widoczne są na poziomie gmin. W 2015 r. w aż 190 gminach żadne dziecko w wieku do lat 3 nie było objęte opieką żłobkową. W 2021 r. sytuacja taka występowała nadal w 152 gminach. Dotyczy to przede wszystkim gmin wiejskich. Średnio w gminach miejskich opieką żłobkową objętych było 18% dzieci, podczas gdy w gminach miejsko-wiejskich 5%, a w gminach wiejskich tylko 3%. Pokazuje to, że poprawa dostępu do usług opieki nad dziećmi do lat 3 na obszarach wiejskich nadal pozostaje wielkim wyzwaniem w województwie lubelskim.

Wykres 16 Odsetek dzieci do lat 3 objętych różnymi formami opieki instytucjonalnej w podziale na typ gminy w województwie lubelskim w 2015 r. i 2021 r.



Źródło: GUS, BDL

3.1.4.7. Usługi opiekuńcze

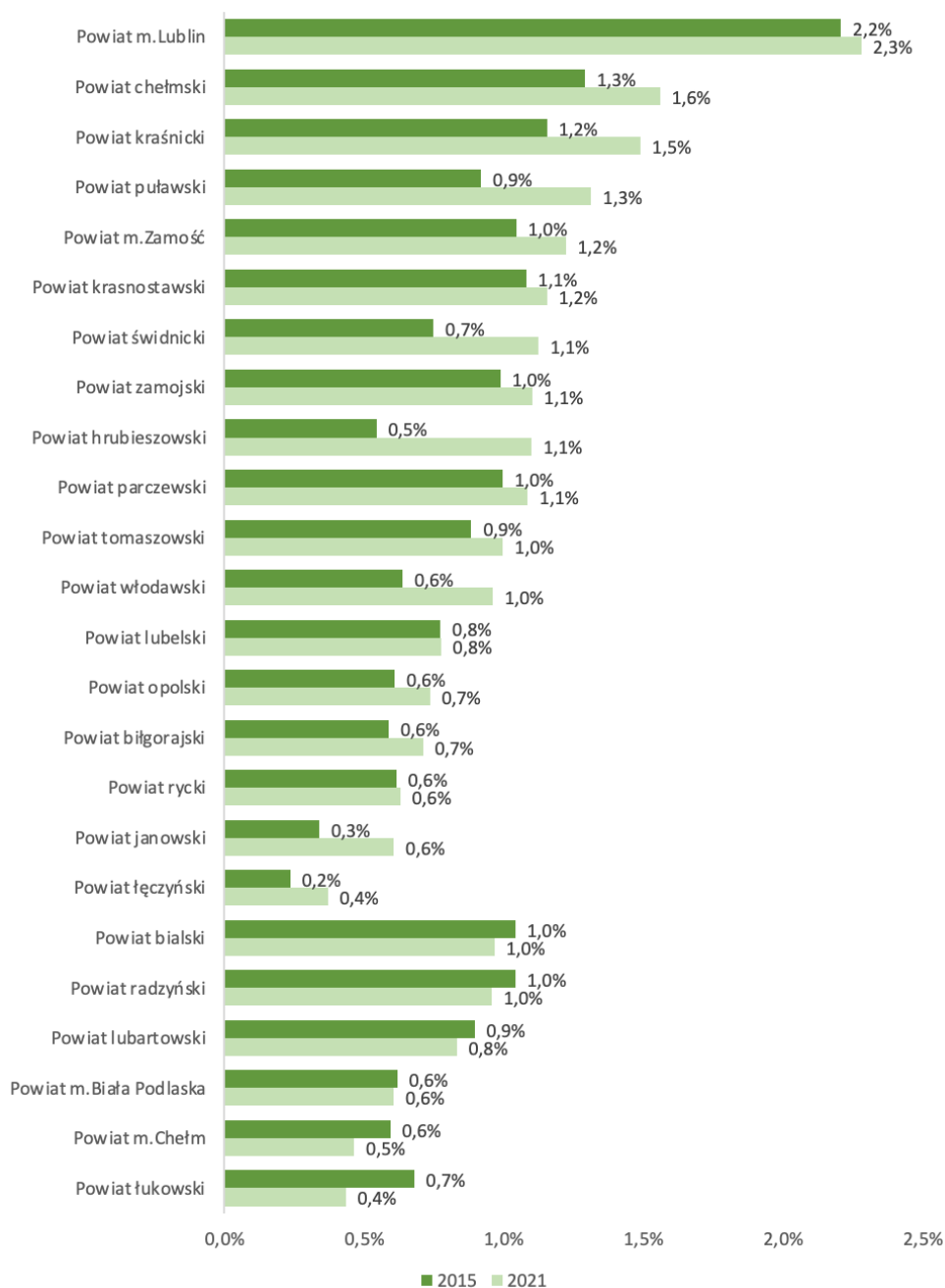
Ważnym czynnikiem wpływającym na zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym jest dostęp do usług opiekuńczych. Dotyczy to w szczególności osób starszych i osób z niepełnosprawnościami. Brak jest publikowanych danych na temat dostępu do usług opiekuńczych. Pewnym wskaźnikiem w tym zakresie może być skala wydatków z budżetów gmin na domy pomocy społecznej oraz usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze. Dane o wydatkach na usługi opiekuńcze w celu zapewnienia porównywalności przedstawiono jako odsetek wydatków bieżących ogółem.

W latach 2015-2021 udział wydatków na usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących ogółem w województwie lubelskim nieznacznie wzrósł z 1,1% do 1,2%. Kwota wydatków na usługi opiekuńcze rosła szybciej niż wydatki bieżące ogółem. Wydatki na usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze wzrosły w województwie lubelskim w tym okresie o 92%, wydatki na domy pomocy społecznej wzrosły o 71%, a wydatki bieżące ogółem wzrosły o 67%. W tym samym okresie liczba osób korzystających z domów pomocy społecznej, według danych OZPS, spadła o 4%. Jednak o 17% wzrosła liczba osób korzystających z domów pomocy społecznej, za które gminy dopłacają do pobytu w domu pomocy społecznej, z 2,7 tys. do 3,2 tys.

Pomiędzy powiatami widoczne są znaczące różnice w poziomie wydatków na usługi opiekuńcze. W mieście Lublinie samorząd wydaje na ten cel 2,3% wydatków bieżących, w powiecie chełmskim 1,6%, w powiecie kraśnickim 1,5%. A w powiatach łęczyńskim i łukowskim 0,4%, w mieście Chełm 0,5%. Równocześnie zróżnicowanie poziomu wydatków na usługi opiekuńcze, mierzone współczynnikiem zmienności, było średnie i nawet nieznacznie spadło pomiędzy 2015 r. i 2022 r. z 44% do 42%.

W większości powiatów udział wydatków na usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących wzrósł. Natomiast w sześciu powiatach udział wydatków zmalał. Dotyczy to powiatów: łukowskiego, m. Chełm, m. Biała Podlaska, lubartowskiego, radzyńskiego i bialskiego. W tych sześciu powiatach wydatki w ujęciu nominalnym rosły, jednak rosły wolniej niż wydatki bieżące ogółem. Pokazuje to, że priorytety samorządów w tych powiatach były inne niż usługi opiekuńcze.

Wykres 17 Wydatki w rozdziale 85202 – Domy pomocy społecznej i w rozdziale 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących ogółem dla powiatów w latach 2015 i 2021

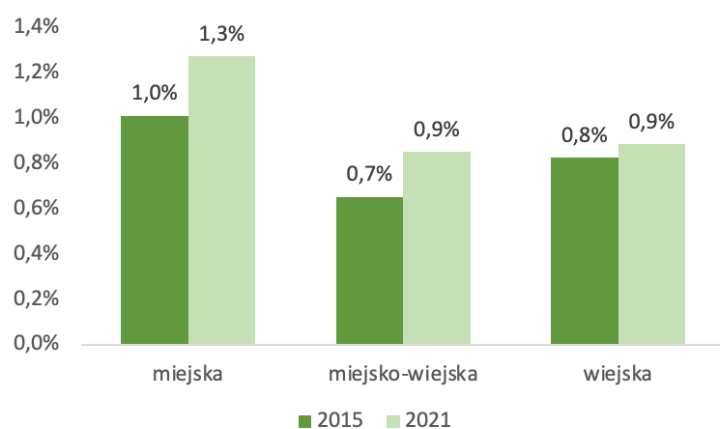


Źródło: GUS, BDL

Okolo 30% gmin wydawało mniej niż 0,5% swoich wydatków na usługi opiekuńcze.

Odsetek ten nie zmienił się pomiędzy 2015 r. a 2021 r. Pokazuje to, że część gmin była stosunkowo mało aktywna w tym obszarze. Średnio mniejszą część swojego budżetu wydawały na usługi opiekuńcze gminy wiejskie. Różnica pomiędzy gminami miejskimi a wiejskimi wyniosła w 2021 r. 0,4 pkt. proc. W roku 2015 różnica ta wynosiła 0,2 pkt. proc., a więc wydatki na usługi społeczne średnio rosły szybciej w gminach miejskich niż w gminach wiejskich.

Wykres 18 Wydatki w rozdziale 85202 – Domy pomocy społecznej i w rozdziale 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących ogółem według typu gminy w latach 2015 i 2021

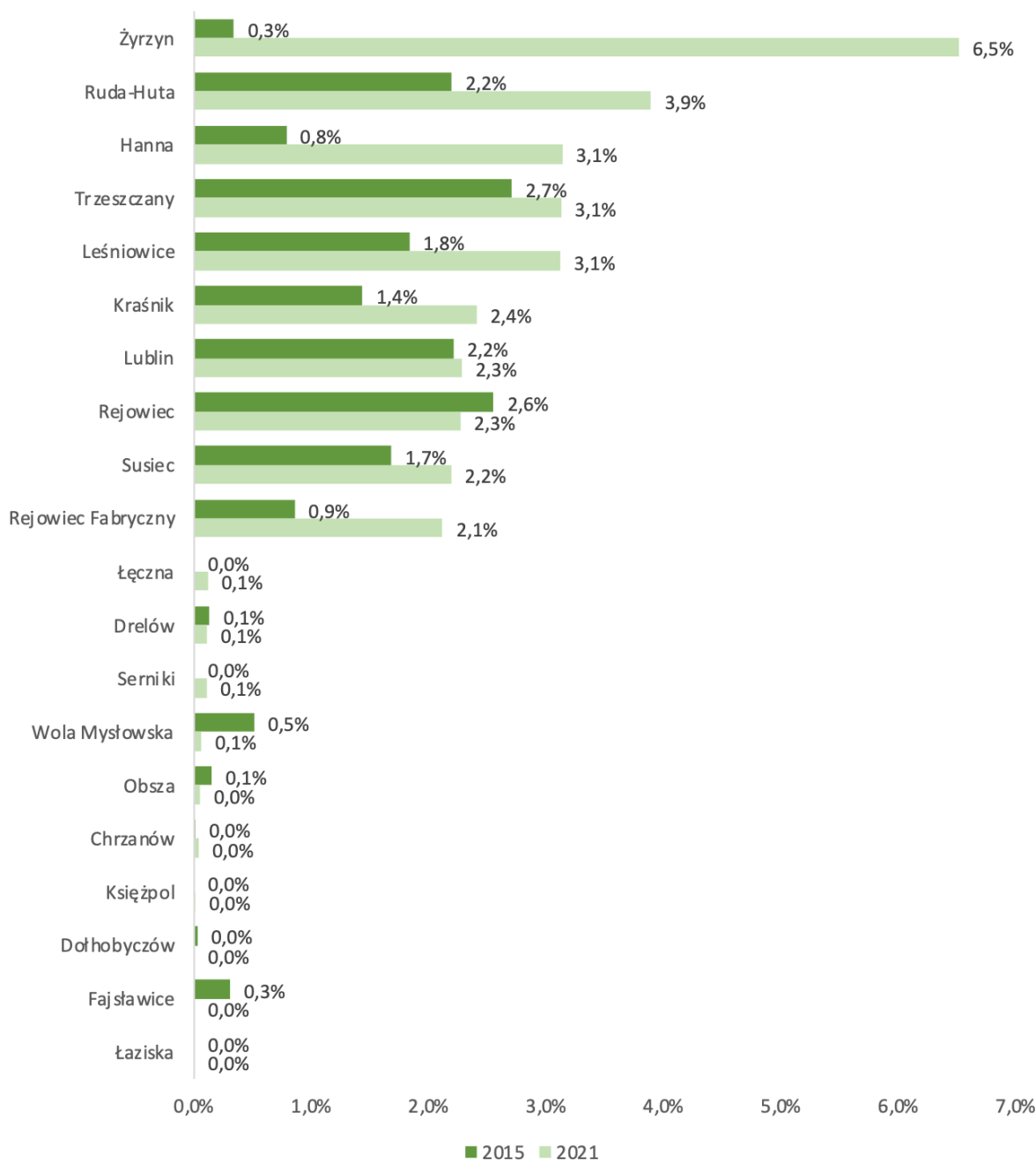


Źródło: GUS, BDL

Na poniższym wykresie zaprezentowano dane dla 10 gmin z najwyższym i 10 gmin z najniższym udziałem wydatków na usługi społeczne w 2015 i 2021 r. Widoczny jest znaczący wzrost udziału wydatków na usługi opiekuńcze w niektórych gminach. Przykładowo, w gminie Żyrzyn wzrost wydatków może wiązać się z uruchomieniem nowego domu pomocy społecznej. W gminach, w których udział wydatków na usługi opiekuńcze był najniższy w 2021 r. widoczny jest brak zmian lub nawet w kilku przypadkach regres w tym zakresie.

Pomiędzy 2015 r. a 2021 r. zróżnicowanie sytuacji gmin w zakresie wydatków na usługi opiekuńcze zwiększyło się. Współczynnik zmienności wzrósł z 75% do 81%.

Wykres 19 Wydatki w rozdziale 85202 – Domy pomocy społecznej i w rozdziale 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących ogółem dla 10 gmin z najwyższym i 10 gmin z najniższym udziałem w 2015 i 2021 r.



Źródło: GUS, BDL

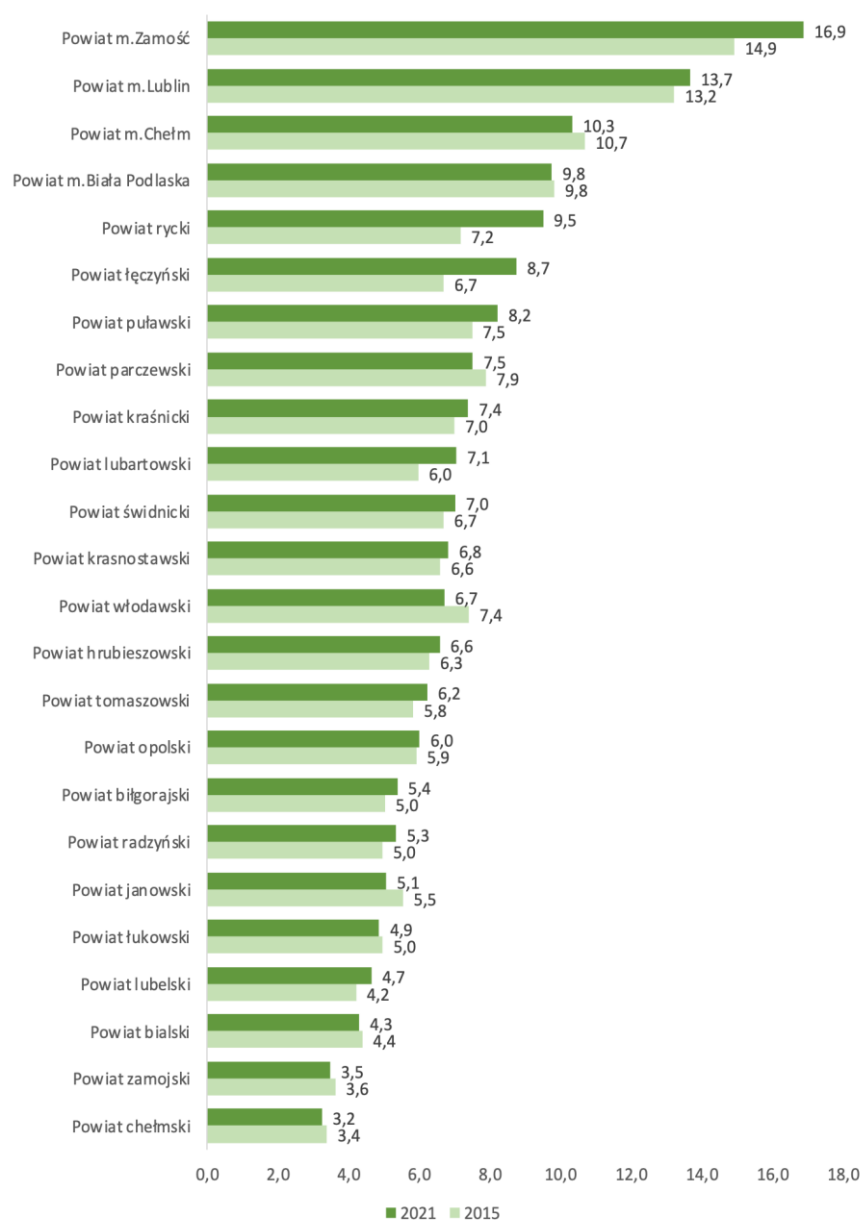
3.1.4.8. Dostęp do usług zdrowotnych

Z punktu widzenia przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu kluczowe znaczenie ma też dostęp do usług zdrowotnych. Jak wykazano w poprzednim rozdziale, dostęp do usług medycznych, mierzony liczbą wizyt u lekarza w leczeniu ambulatoryjnym (co obejmuje podstawową opiekę medyczną oraz wizyty u lekarzy specjalistów) nieznacznie

wzrósł pomiędzy 2015 r. a 2021 r. W 2020 r. odnotowano znaczący spadek liczby wizyt, lecz był on czasowy i był spowodowany ograniczeniami wprowadzonymi w związku z pandemią COVID-19.

Wskaźnik liczba porad lekarskich na jednego mieszkańca jest silnie zróżnicowany pomiędzy powiatami. Najwięcej porad lekarskich było udzielanych w miastach na prawach powiatów. Wynikało to przede wszystkim z umiejscowienia infrastruktury zdrowotnej w tych miejscowościach. Najniższa wartość wskaźnika była obserwowana w powiatach ziemskich, otaczających miasta na prawach powiatu. Oznacza to, że mieszkańcy powiatów otaczających miasta korzystają z usług zdrowotnych w tych miastach.

Wykres 20 Liczba porad lekarskich w leczeniu ambulatoryjnym na jednego mieszkańca według powiatów w latach 2015 i 2021.



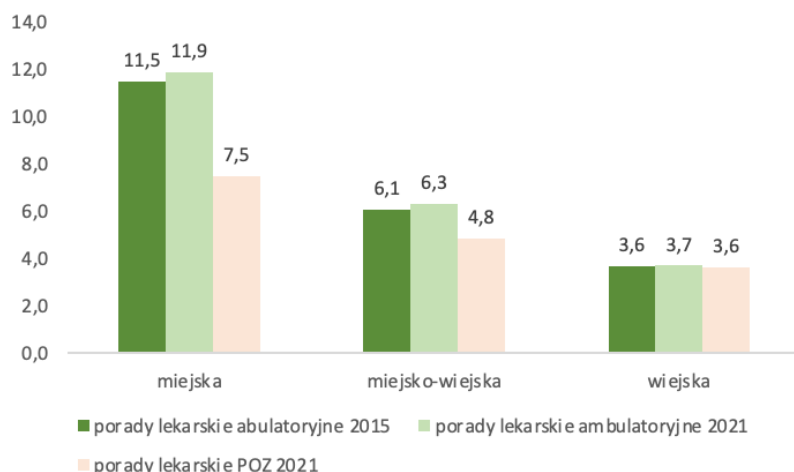
Źródło: GUS, BDL

Poza miastami na prawach powiatu i otaczającymi je powiatami ziemskimi, najlepszy dostęp do usług medycznych odnotowano w powiatach centralnej i zachodniej części województwa: w powiatach ryckim, puławskim, łęczyńskim. Najtrudniejszy dostęp był natomiast w powiatach: łukowskim, radzyńskim i janowskim.

Na poziomie gmin widoczne jest duże zróżnicowanie dostępu do porad lekarskich w opiece ambulatoryjnej pomiędzy gminami miejskimi i wiejskimi. W gminach miejskich na jednego mieszkańca przypadało ponad 3 razy więcej wizyt lekarskich niż w gminach wiejskich i prawie dwa razy więcej niż w gminach miejsko-wiejskich. Co istotne, różnice pomiędzy poszczególnymi typami gmin nie zmieniły się w pomiedzy 2015 a 2021 r.

Zróżnicowanie pomiędzy gminami miejskimi i wiejskimi dotyczy przede wszystkim porad lekarzy specjalistów. Jeśli pod uwagę wzięto tylko porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, to zróżnicowanie okazuje się istotnie mniejsze, choć nadal na jednego mieszkańca gminy wiejskiej przypada około połowy mniej porad lekarskich w porównaniu z gminami miejskimi. W przypadku gmin wiejskich liczba porad lekarskich w ramach opieki ambulatoryjnej na jednego mieszkańca równa jest liczbie porad lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pokazuje to, że mieszkańcy obszarów wiejskich, aby skorzystać z porad lekarza specjalisty muszą jechać do miasta, co podnosi z ich punktu widzenia koszty korzystania z opieki zdrowotnej.

Wykres 21 Liczba porad lekarskich w opiece ambulatoryjnej na 1 mieszkańca w latach 2015 i 2021 i porad lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) według typu gminy



Źródło: GUS, BDL

3.1.5. Podsumowanie

Sformułowanie jednoznacznych wniosków na podstawie przedstawionych danych jest trudne. Dlatego też opracowano indeks, który bazuje na kilku wskaźnikach mierzących zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym na poziomie powiatów i gmin. Indeks ten bazuje na pięciu wskaźnikach, które dotyczą różnych aspektów zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

- beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej jako procent ludności,
- odsetek dzieci w wieku do lat 17, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny,
- wydatki w rozdziale 85202 - Domy pomocy społecznej i w rozdziale 85228 - Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących ogółem gmin i miast na prawach powiatu,
- odsetek dzieci w wieku 0-3 lata objętych opieką w różnych formach instytucjonalnych,
- liczba porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej na jednego mieszkańca.

Powyższy dobór wskaźników spełnia kryteria budowy indeksów:

- wskaźniki dotyczą różnych obszarów i nie są silnie skorelowane – w związku z tym ograniczone jest ryzyko, że kilka razy mierzone jest to samo,
- rozkłady wartości wskaźników nie są silnie uzależnione od czynników legislacyjnych lub administracyjnych,
- wskaźniki dotyczą kluczowych kwestii związanych z ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Na podstawie zebranych wskaźników oszacowano indeks zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym na poziomie powiatów i gmin. Oszacowanie indeksu przebiegało według schematu opisanego poniżej.

1. Normalizacja zmiennej - w celu porównania poszczególnych zmiennych, które są wyrażane w różnych jednostkach, należało przeprowadzić proces normalizacji. Wykorzystano do tego metodę min-max. Metoda ta daje wartości od 0 do 1. W przypadku, kiedy dana gmina/powiat osiąga wartość najlepszą dla całej populacji, uzyskuje wartość 1. Kiedy osiąga wartość najgorszą, otrzymuje wartość 0. Pozostałe gminy/powiaty otrzymują wartości pośrednie, które pokazują, czy dana jednostka analizy jest bliżej najlepszych czy też najgorszych jednostek.

Przy analizie indeksu wykorzystano zmienne, dla których wartość najlepsza może być wartością najniższą (np. beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej jako procent ludności) lub wartością najwyższą (np. odsetek dzieci objętych opieką w żłobkach). Dlatego też do normalizacji wykorzystano dwa wzory.

Kiedy wartość najlepsza (najbardziej pożądana) jest wartością najwyższą w zbiorze:

$$I_c = \frac{c - Min}{Max - Min}$$

Gdzie:

I_c – Wartość indeksu dla obserwacji c

c – wartość zmiennej dla obserwacji c

Min – wartość minimalna dla danej zmiennej

Max – wartość maksymalna dla danej zmiennej

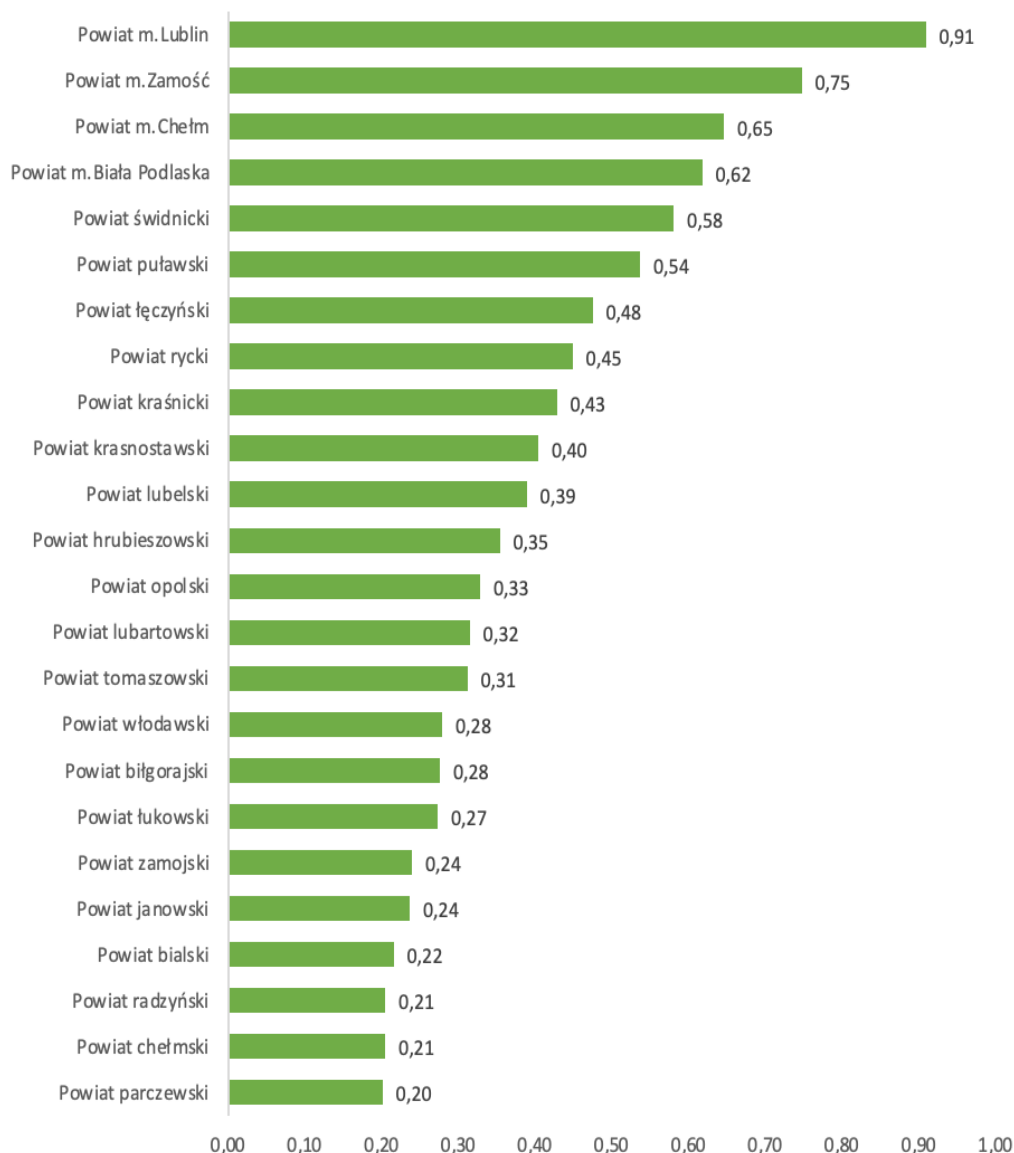
Kiedy wartość najlepsza (najbardziej pożądana) jest wartością najniższą w zbiorze:

$$I_c = \frac{Max - c}{Max - Min}$$

- 2. Uśrednienie wartości zmiennej dla lat 2015-2021** – dla każdej zmiennej obliczono średnią arytmetyczną indeksu dla lat 2015-2021. W ten sposób ograniczono wpływ krótkoterminowych zmian w wartości danej zmiennej.
- 3. Obliczenie indeksu** - następnie obliczono indeks jako średnią arytmetyczną dla wszystkich zmiennych.

Na poniższym wykresie przedstawiono wartość indeksu dla powiatów. Najmniejsze zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym występuje w miastach na prawach powiatu, a także w powiatach świdnickim i puławskim. Natomiast największe ryzyko zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym doświadczają mieszkańcy powiatów: parczewskiego, chełmskiego i radzyńskiego.

Wykres 22 Wartość indeksu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym dla powiatów (średnia wartość dla lat 2015-2021 r.)

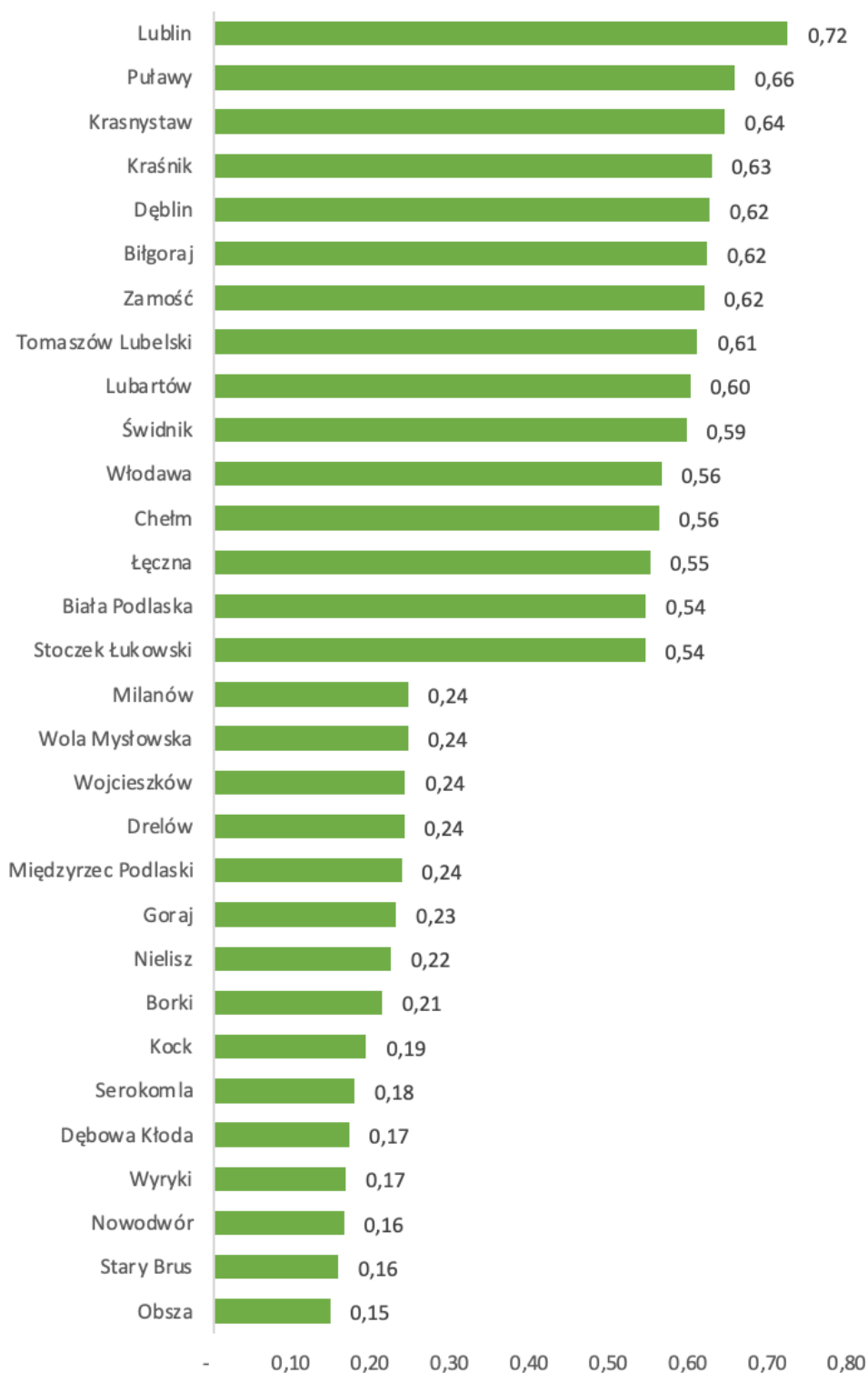


Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS, BDL

Uwaga: Kiedy dana gmina/powiat osiąga wartość najlepszą dla całej populacji, uzyskują wartość 1. Kiedy osiąga wartość najgorszą, otrzymują wartość 0.

Na kolejnym wykresie przedstawiono wartość indeksu dla 30 gmin: 15 gmin, w których mieszkańcy są najbardziej zagrożeni ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz 15 gmin, w których zagrożenie jest najmniejsze.

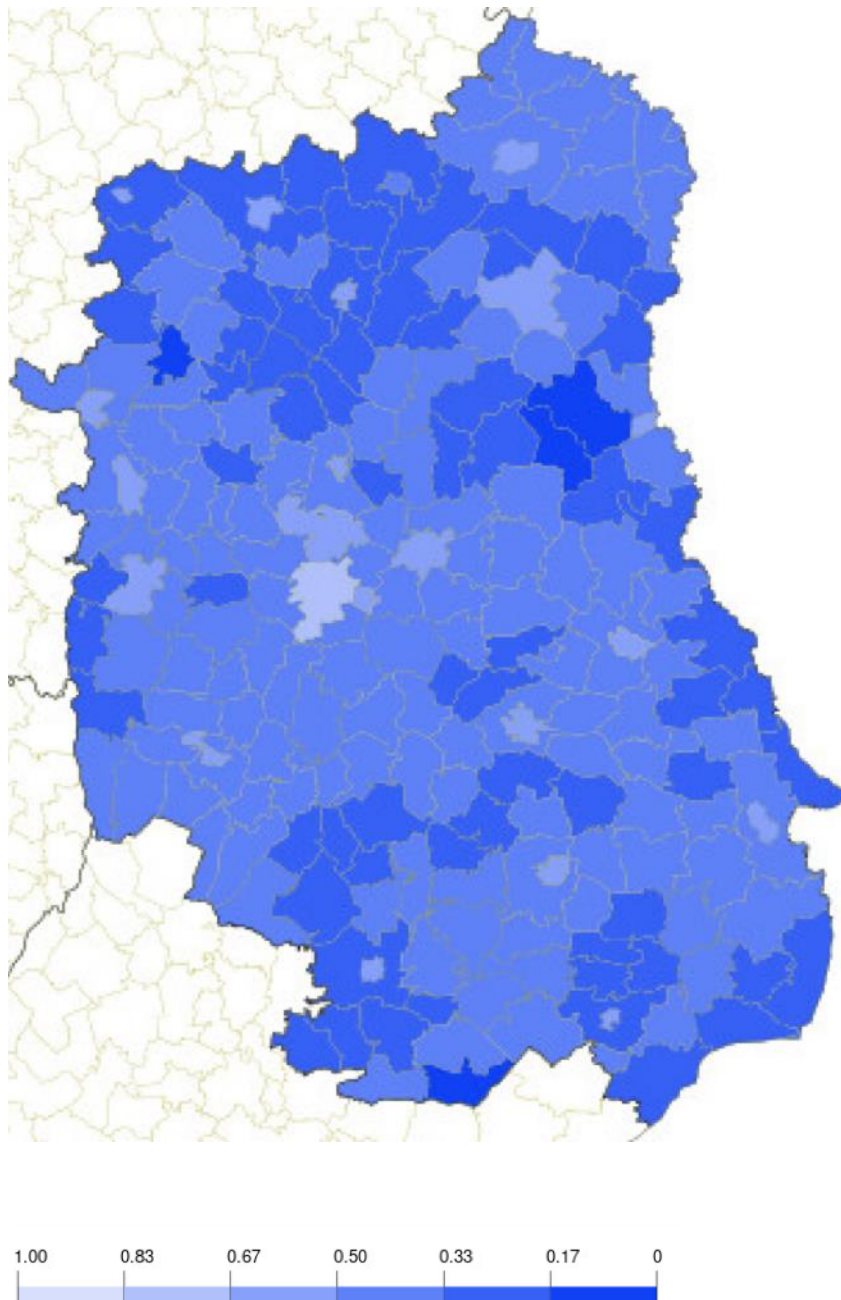
Wykres 23 Wartość indeksu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym dla 15 gmin, w których ryzyko ubóstwa i wykluczenia społecznego jest najmniejsze i 15 gmin, w których zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest największe



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS, BDL

Uwaga: Kiedy dana gmina/powiat osiąga wartość najlepszą dla całej populacji, uzyskują wartość 1. Kiedy osiąga wartość najgorszą, otrzymują wartość 0.

Mapa 3 Wartość indeksu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym gmin województwa lubelskiego

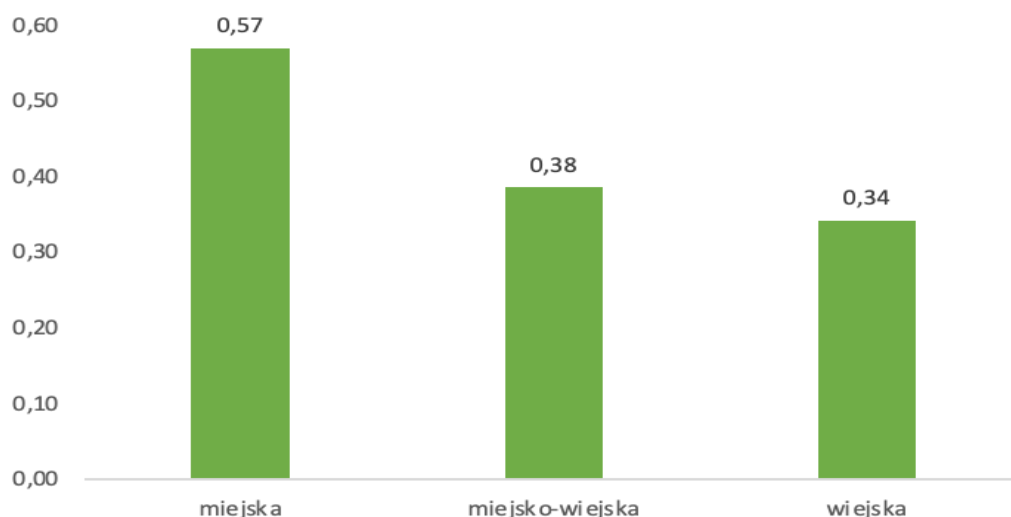


Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS, BDL

Uwaga: Kiedy dana gmina/powiat osiąga wartość najlepszą dla całej populacji, uzyskują wartość 1. Kiedy osiąga wartość najgorszą, otrzymują wartość 0.

Porównanie wartości indeksu dla wszystkich gmin w województwie wskazuje na duże różnice w gminach miejskich, miejsko – wiejskich i wiejskich. Generalnie w wyraźnie lepszej sytuacji są mieszkańcy gmin miejskich, natomiast mieszkańcy gmin wiejskich są znacznie bardziej zagrożeni ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Wykres 24 Wartość indeksu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym według typów gmin



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS, BDL

Uwaga: Kiedy dana gmina/powiat osiągną wartość najlepszą dla całej populacji, uzyskują wartość 1. Kiedy osiągną wartość najgorszą, otrzymują wartość 0.

Wnioski te potwierdzają również przedstawiciele instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, podkreślając, że czynnikiem istotnie różnicującym natężenie ubóstwa/wykluczenia społecznego wewnątrz województwa lubelskiego jest charakter obszaru/gminy. Obszary/gminy wiejskie, o charakterze rolniczym, charakteryzują się największym nasileniem problemu ubóstwa/wykluczenia społecznego. Związane jest to z charakterem rolnictwa w regionie – najczęściej bardzo rozdrobnionego, niskowydajnego. Tego typu działalność rolnicza nie przynosi mieszkańcom dochodów, które uchroniłyby ich przed zagrożeniem ubóstwem. Wnioski te znajdują też potwierdzenie w strategii rozwoju województwa lubelskiego.

Obszary wiejskie charakteryzują się także niższym dostępem do usług publicznych, co związane jest m.in. z wykluczeniem komunikacyjnym tych obszarów (utrudniony dojazd do miejsc świadczenia usług w miastach), na które nakłada się również wykluczenie cyfrowe mieszkańców obszarów wiejskich. Problem ten ujawnił się w szczególności w okresie pandemii COVID-19.

3.2. Ocena wsparcia w zakresie aktywnego włączenia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zarówno w wymiarze zatrudnieniowym, jak i społecznym

Pytania badawcze:

PW1/ Jak uczestnicy projektów oceniają przydatność otrzymanego wsparcia?

1/ W jakim stopniu oferowane wsparcie wpłynęło na aktywne włączenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zarówno w wymiarze zatrudnieniowym, jak i społecznym?

2/ Jaka jest skuteczność programów aktywizacji społecznej/zawodowej dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ich rodzin oraz innych osób z ich otoczenia?

3/ Jaka jest skala zmian sytuacji społecznej uczestników projektów z zakresu aktywnej integracji, w tym uczestników podmiotów ekonomii społecznej (w tym m.in. poziom ubóstwa, korzystanie ze świadczeń, poziom integracji społecznej)?

4/ Jaka jest trwałość zmiany sytuacji uczestników w zakresie otrzymanego wsparcia?

3.2.1. Wsparcie w zakresie aktywnego włączenia w RPO WL 2014-2020

Wsparcie w obszarze aktywnego włączenia realizowane jest w dwóch Działaniach: 11.1 Aktywne włączenie oraz 11.4 Aktywne włączenie w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Lubelskiego Obszaru Funkcjonalnego.

Cel szczegółowy dla PI 9i brzmi: Wzrost integracji społecznej oraz poprawa dostępu do rynku pracy osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w regionie poprzez realizację kompleksowych programów aktywizacji oraz usług reintegracji i rehabilitacji społeczno-zawodowej.

W Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych wskazano, **w jaki sposób realizowany będzie ten cel**. Przewidziano, że jednym z instrumentów będą **programy na rzecz integracji osób i rodzin wykluczonych bądź zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** ukierunkowane na aktywizację oraz reintegrację społeczno-zawodową. Założono, że programy te będą obejmowały co najmniej jeden z poniższych elementów:

- programy na rzecz społeczności marginalizowanych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym na obszarach objętych działaniami rewitalizacyjnymi,
- programy integracji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami,
- programy wychodzenia z bezdomności,

- programy aktywizacji społecznej i zawodowej wychowanków, m.in. placówek opiekuńczo – wychowawczych, młodzieżowych ośrodków wychowawczych i socjoterapeutycznych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, podopiecznych jednostek o charakterze opiekuńczo - wychowawczym prowadzonych przez Ochotnicze Hufce Pracy,
- programy usamodzielniania wychowanków opuszczających instytucjonalne oraz rodzinne formy pieczy zastępczej, w tym działania profilaktyczne przeciwdziałające wykluczeniu mieszkaniowemu i bezdomności.

Ponadto założono realizację kompleksowych programów reintegracji i rehabilitacji społeczno-zawodowej, realizowanych głównie przez Zakłady Aktywizacji Zawodowej, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Centra Integracji Społecznej, Kluby Integracji Społecznej.

W dokumentach programowych wskazano również grupy docelowe, które będą w szczególności wspierane. Są to osoby wykluczone (w tym dotknięte ubóstwem) lub osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym w szczególności:

- osoby bierne zawodowo,
- osoby bezrobotne, zagrożone wykluczeniem ze względu na przesłanki inne niż tylko bezrobocie, wobec których zastosowanie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług aktywnej integracji o charakterze społecznym,
- osoby o niskich kwalifikacjach,
- osoby z niepełnosprawnościami (w tym z zaburzeniami psychicznymi),
- dzieci i młodzież wykluczona lub zagrożona wykluczeniem społecznym,
- osoby bezdomne,
- otoczenie osób wykluczonych społecznie (w tym rodziny osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym),
- osoby uciekające z terenu Ukrainy w związku z atakiem Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, które przybyły legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od dnia 24 lutego 2022 r.

Uszczegółowieniem powyższych zapisów są kryteria wyboru projektów. Do końca czerwca 2022 r. w obu działaniach ogłoszono łącznie 14 naborów, w tym 13 w Działaniu 11.1. Alokacja na obszar Aktywne włączenie wyniosła 345,8 mln zł. Podpisano 332 umowy lub decyzje o dofinansowaniu projektów na łączną wartość 431,8 mln zł, w tym dofinansowanie UE 367 mln, co stanowiło 106% alokacji.

Od momentu ogłoszenia pierwszego naboru kryteria wyboru projektów podlegały pewnym zmianom, jednak kierunek wskazywany przez kryteria pozostaje stały. Należy tu wymienić

kilka elementów, które mogą mieć szczególnie istotny wpływ na zakres realizowanych projektów i osiągnane efekty.

Beneficjenci zobowiązani są do osiągnięcia minimalnego poziomu efektywności społecznej i zawodowej⁸. W ostatnich konkursach wymagana efektywność społeczna wynosiła 34%, a efektywność zatrudnieniowa 25%. W przypadku osób z niepełnosprawnościami minimalny poziom efektywności społecznej wynosił 34%, zaś minimalny poziom efektywności zatrudnieniowej – 12%.

Indywidualizacja wsparcia zapewniona jest przez obowiązek prowadzenia diagnozy potrzeb uczestników projektów oraz przygotowania ścieżki reintegracji, zgodnej ze zdiagnozowanymi potrzebami, zasobami, potencjałem i predyspozycjami dane osoby, rodziny lub środowiska. Indywidualizacji wsparcia może też sprzyjać obowiązek podpisania z uczestnikami projektów umowy na wzór kontraktu socjalnego.

Jakość wsparcia jest zapewniana przez wymóg minimalnego dwuletniego doświadczenia beneficjentów, a także wymóg organizowania w projektach szkoleń, które kończą się uzyskaniem dokumentu potwierdzającego kompetencje lub kwalifikacje uczestników. Ogranicza to ryzyko niskiej jakości szkoleń.

Koncentracja na osobach w najtrudniejszych warunkach zapewniona jest przez obowiązek uwzględnienia w kryteriach rekrutacji uczestników projektów preferencji dla osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji. W naborach wskazywano takie grupy:

- osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych,
- członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnościami,
- osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego,
- osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnościami intelektualnymi i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,
- osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

⁸ Sposób definiowania efektywności społecznej i zawodowej został określony w Wytocznych Ministra Inwestycji i Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.

Koncentracja terytorialna zapewniona była poprzez kryteria dotyczące obszaru, na którym może być realizowany projekt. W kryteriach wskazywano obszary objęte rewitalizacją, gminy wiejskie, w których odsetek osób korzystających z pomocy społecznej jest powyżej średniej dla województwa. W kryteriach premiujących również premiowano mieszkańców gmin wiejskich wśród uczestników projektów, a także uczestnictwo osób lub rodzin korzystających z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. To ostatnie kryterium wynika z zapisów RPO WL 2014-2020 w zakresie komplementarności z PO PŻ.

W konkursach premiowana była też realizacja projektów przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej. Część konkursów była ograniczona do tego typu podmiotów.

Ograniczało to z jednej strony konkurencję, lecz z drugiej strony pozwalało rozłożyć wsparcie bardziej równomiernie pod względem terytorialnym.

Powyższe wnioski z analizy potwierdzają również przedstawiciele instytucji regionalnych, biorący udział w wywiadach indywidualnych. Podkreślali oni, że premiowane były osoby zamieszkujące obszary wiejskie, stosowane były preferencje dla uczestników PO PŻ oraz preferencje dla beneficjentów – JST. Ponadto, zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, każdy uczestnik musiał zostać objęty IPD, stąd zapewne dość duża indywidualizacja wsparcia i dopasowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb uczestników.

Analiza kryteriów wyboru projektów pokazuje, że były one dobrze skoncentrowane na osobach i grupach oraz obszarach znajdujących się w najtrudniejszych sytuacjach. Stosowana koncentracja wsparcia pozwalała optymalizować trafność i skuteczność w wykorzystaniu środków.

3.2.2. Użyteczność wsparcia w zakresie aktywnego włączenia

3.2.2.1. Charakterystyka uczestników projektów w obszarze aktywnego włączenia

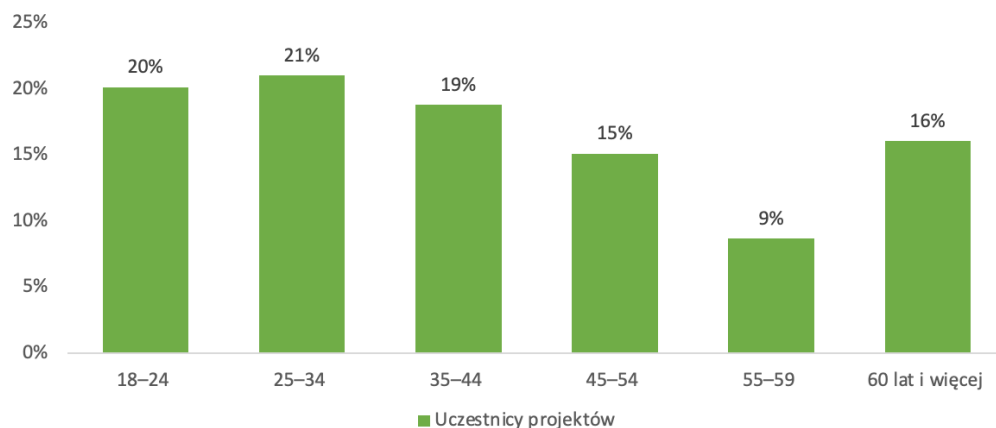
Projekty z zakresu aktywnego włączenia kierowane były do osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, a celem interwencji był wzrost integracji społecznej oraz poprawa dostępu do rynku pracy.

Interwencja skierowana była do osób w najtrudniejszej sytuacji. Wśród uczestników projektów w obszarze aktywnego włączenia 70% stanowiły osoby bierne zawodowo, a więc w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy. 23% stanowiły osoby bezrobotne, zarejestrowane w urzędach pracy, a 7% osoby bezrobotne niezarejestrowane w urzędach pracy.

Wśród uczestników dominowały kobiety, które stanowiły 61,4% uczestników. Potwierdza to zjawisko obserwowane w wielu województwach o większej skłonności kobiet do uczestnictwa w przedsięwzięciach dotyczących aktywizacji zawodowej.

Wśród uczestników projektów stosunkowo licznie reprezentowane były osoby najmłodsze, do 24 roku życia i najstarsze, w wieku 60 lat i więcej. Pierwsza grupa stanowiła 20% uczestników pozostających bez pracy, a druga 16%. Pokazuje to, że wśród uczestników projektów stosunkowo licznie reprezentowane były osoby znajdujące się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy. Sytuację tę należy ocenić pozytywnie.

Wykres 25 Struktura uczestników projektów w obszarze aktywnego włączenia ze względu na wiek



ŹRÓDŁO: SL2014.

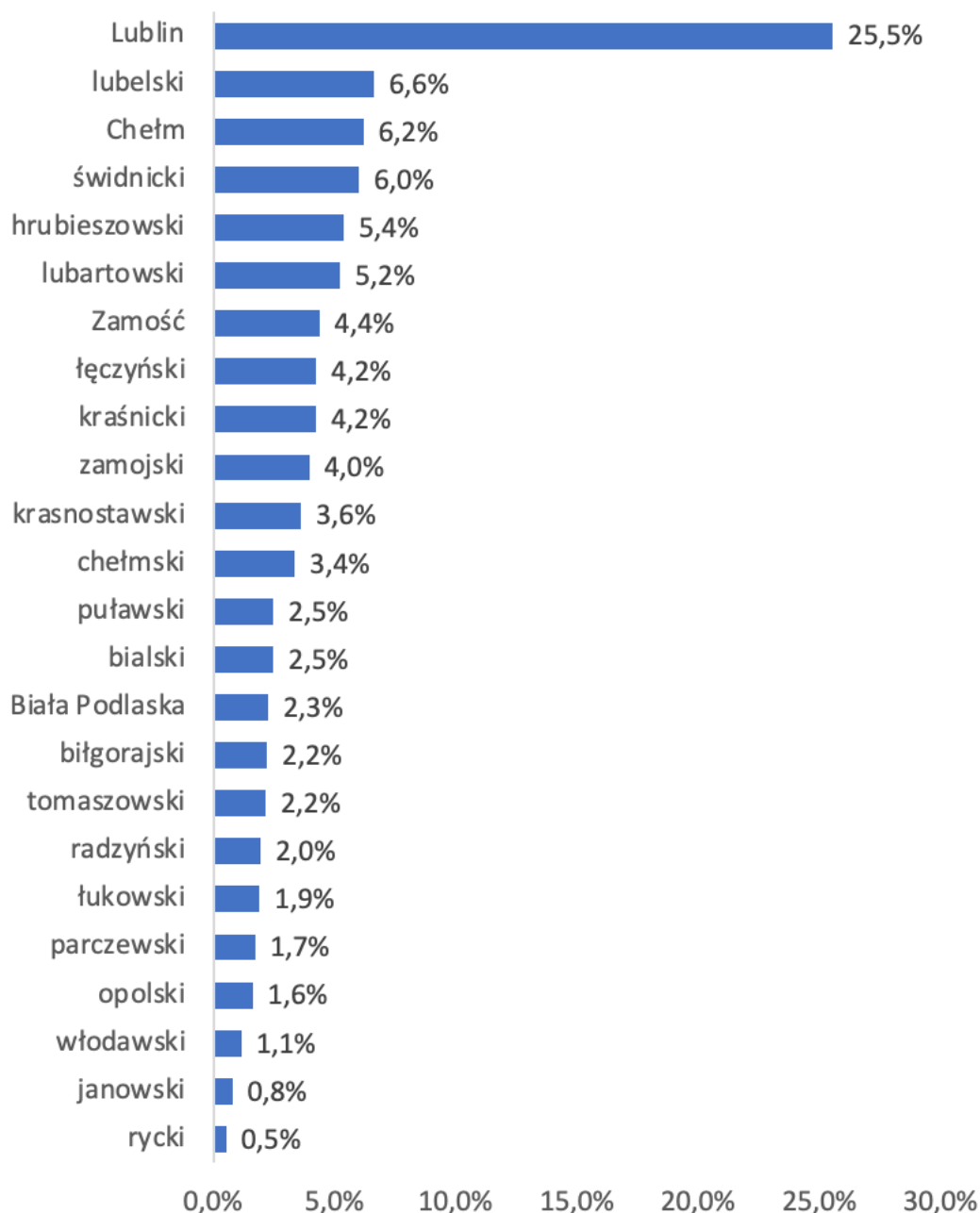
Wśród uczestników projektów dominowały osoby z wykształceniem ponadgimnazjalnym (55%). Tylko 11% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, 24% stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym i niższym niż podstawowe, a 10% stanowiły osoby z wykształceniem policealnym.

36% uczestników projektów pochodziło z terenów gęsto zaludnionych według klasyfikacji DEBURGA. W praktyce oznacza to teren trzech największych miast: Chełma, Lublina i Zamościa. 39% uczestników projektów pochodziło z terenów wiejskich, słabo zaludnionych. A 25% z terenów pośrednich, czyli miast lub przedmieść⁹.

Najwięcej uczestników pochodziło z Lublina i powiatu lubelskiego. Łącznie stanowili oni 33% wszystkich uczestników. Najmniej uczestników pochodziło z powiatów ryckiego, janowskiego i włodawskiego.

⁹ Opis klasyfikacji DEBURBA dla województwa lubelskiego dostępny jest tutaj ([link](#))

Wykres 26 Struktura uczestników projektów w obszarze aktywnego włączenia ze względu na powiat

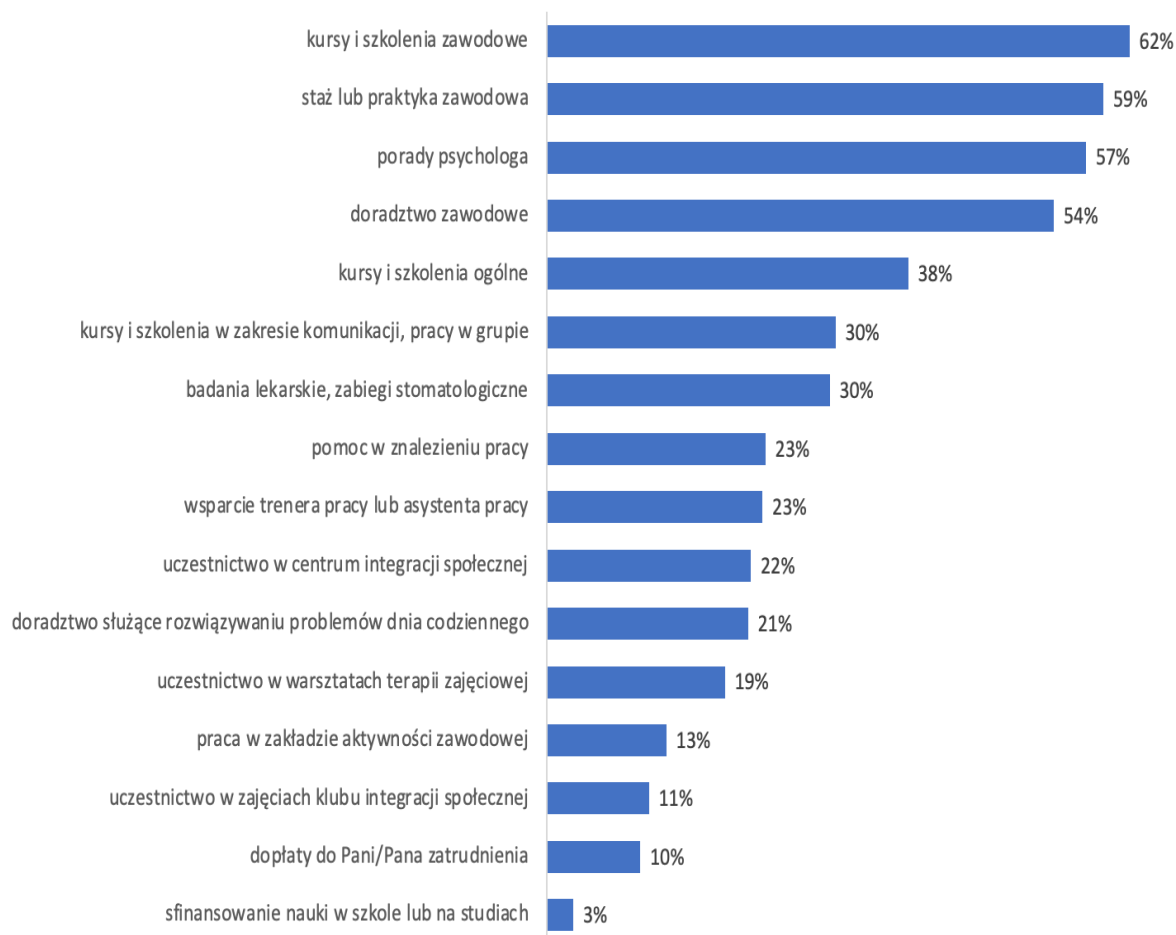


ŹRÓDŁO: SL2014.

3.2.2.2. Zakres wsparcia otrzymywanego przez uczestników w ramach projektów
Uczestnicy projektów najczęściej deklarowali uczestnictwo w formach związanych z aktywizacją zawodową (kursy i szkolenia zawodowe, staż lub praktyka zawodowa, doradztwo zawodowe) oraz integracją społeczną (porady psychologa, kursy w zakresie kompetencji społecznych). Wyraźnie rzadziej wskazywane było korzystanie z usług jednostek

reintegracyjnych (CIS, WTZ, KIS, ZAZ), zatrudnienie subsydiowane lub dofinansowanie edukacji.

Wykres 27 Formy wsparcia deklarowane przez uczestników Działania 11.1 i 11.4 RPO WL 2014-2020



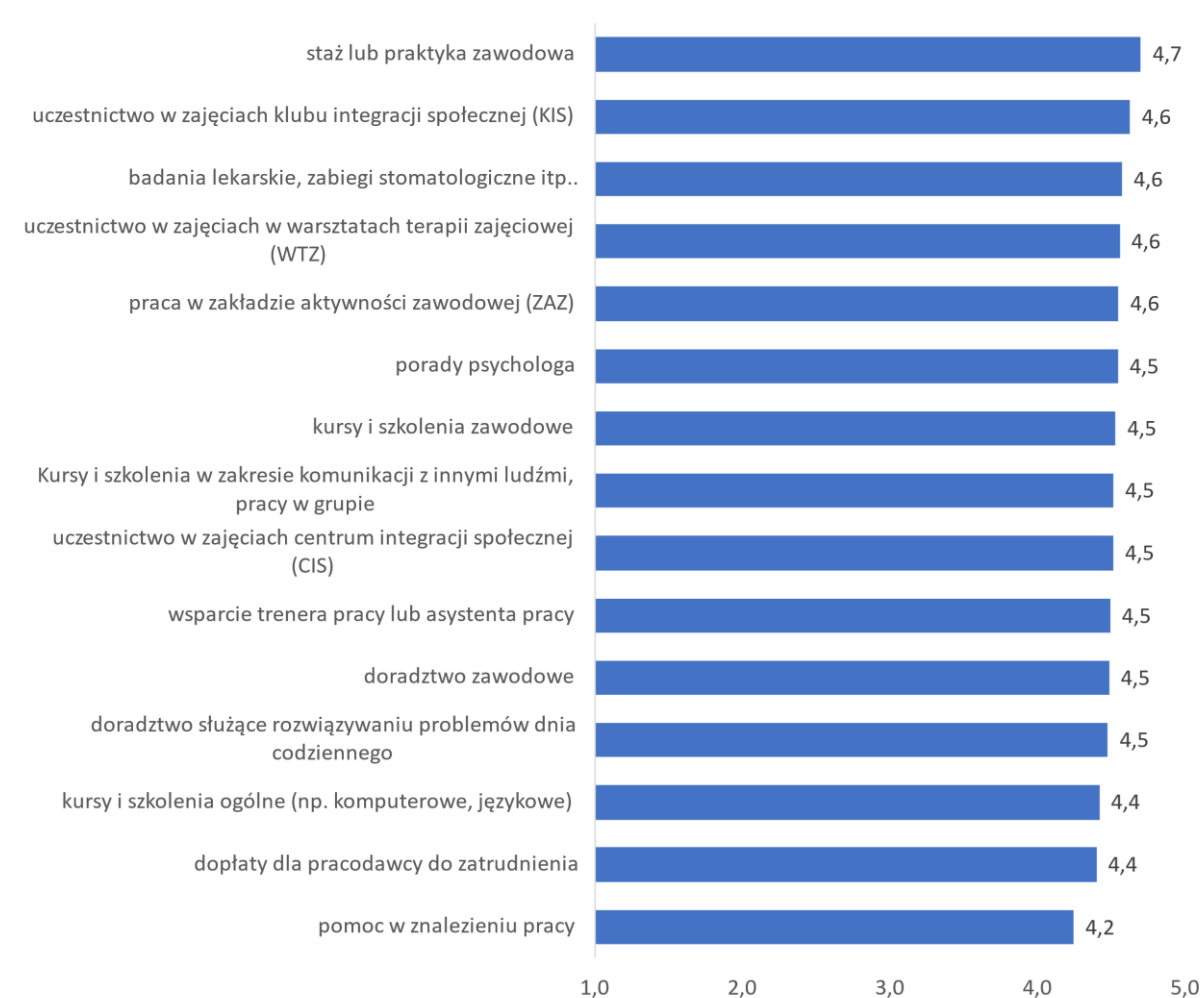
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=325

3.2.2.3. Ogólna użyteczność wsparcia otrzymanego w projektach

89% uczestników oceniło otrzymane formy wsparcia jako przydatne, w tym 66% oceniło je jako bardzo przydatne. Widoczne są niewielkie różnice w ocenie poszczególnych form wsparcia. Jako najbardziej użyteczne oceniane są formy związane bezpośrednio z zatrudnieniem, czyli staże lub praktyki zawodowe. Wysoko oceniana jest też przydatność różnych form reintegracji społeczno-zawodowej, czyli usług, które integrują formy wsparcia różnego typu, np. z zakresu aktywizacji społecznej, zawodowej i zdrowotnej. Uczestnicy też stosunkowo wysoko cenią działania z zakresu integracji zdrowotnej. Relatywnie naj słabiej (choć nadal pozytywnie) oceniono pomoc w znalezieniu pracy. Być może wynikało to z

oczekiwać respondentów, że takie wsparcie doprowadzi do zatrudnienia, a nie zawsze tak się działo.

Wykres 28 Średnia ocena użyteczności form wsparcia przez uczestników Działań 11.1 i 11.4 RPO WL 2014-2020 na skali od 1 – zupełnie nieprzydatne do 5 – bardzo przydatne



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=200

Uczestnicy projektów oceniają przydatności poszczególnych form wsparcia podobnie, bez względu na różnice w sytuacji na rynku pracy przed przystąpieniem do udziału w projekcie.

Należy jednak podkreślić, że dla poprawy sytuacji uczestników kluczowe było dopasowanie wiązki usług do ich specyficznej sytuacji. Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym często doświadczają szeregu wzajemnie powiązanych problemów. W ich przypadku zwykle jedna forma wsparcia nie jest wystarczająca do tego, aby doprowadzić do zmiany sytuacji. Dopiero oferta składająca się z szeregu form wsparcia, dopasowanych do potrzeb uczestnika, może przełożyć się na zmianę jego sytuacji. Jak wykazano w studium przypadku, to **zapewnienie kompleksowego wsparcia było niezbędnym czynnikiem sukcesu.** W projekcie

analizowanym w ramach studium przypadku nacisk został położony na wsparcie psychologiczne oraz aktywizację zawodową (doradztwo zawodowe, kurs zawodowy, staże zawodowe).

3.2.2.4. Dopasowywanie wsparcia oferowanego w projektach do indywidualnych potrzeb uczestników

Wysoka użyteczność projektów mogła być zapewniona m.in. przez indywidualizację wsparcia. 87% uczestników twierdzi, że na początku ich udziału w projekcie rozmawiano z nimi o ich potrzebach i oczekiwaniach dotyczących projektu. A spośród tych osób 92% twierdzi, że w wyniku tych rozmów wsparcie w projekcie zostało dostosowane do ich oczekiwań.

Uczestnicy projektów, z którymi rozmawiano o ich potrzebach i oczekiwaniach na początku ich udziału w projekcie, częściej oceniają projekt jako dopasowany do ich potrzeb. 94% osób, z którymi rozmawiano o ich potrzebach, ocenia projekt jako dopasowany do ich potrzeb, a spośród osób, z którymi nie rozmawiano o ich potrzebach 84%.

Wyniki te potwierdzają wywiady indywidualne z uczestnikami projektów oraz beneficjentami. Indywidualizacja wsparcia była dokonywana przede wszystkim na podstawie wstępnych diagnoz, obejmujących zwykle rozmowy z psychologiem, doradcą zawodowym i innymi członkami kadry projektu. Choć oczywiście zdarzali się też uczestnicy, którzy mieli jasno zdefiniowane oczekiwania wobec projektu i w ich przypadku ta wstępna diagnoza okazywała się mało przydatna.

Rozpoznanie potrzeb uczestników odbywało się nie tylko poprzez wstępną diagnozę. Beneficjenci deklarują, że często znali uczestników projektów i ich specyficzną sytuację, dlatego łatwiej im było zaproponować wsparcie dopasowane do ich potrzeb. Były to też instytucje doświadczone w realizacji projektów skierowanych do specyficznej grupy docelowej, np. wychowanków pieczy zastępczej, klientów pomocy społecznej, organizacji pozarządowej zajmującej się wspieraniem osób z niepełnosprawnościami.

Beneficjenci podkreślają również, że rozpoznanie potrzeb uczestników projektów trwało także w trakcie projektu. Uczestnicy, nabierając zaufania do beneficjentów zgłaszali dodatkowe potrzeby, na które Beneficjenci, w miarę dostępnych środków, starali się odpowiadać. Przykładowo, w jednym z projektów starsi uczestnicy zgłosili potrzebę indywidualnego doradztwa i szkoleń podnoszących kompetencje cyfrowe, a beneficjent w ramach oszczędności zorganizował dla nich te formy wsparcia.

Indywidualizacja wsparcia wyrażała się m.in. w doborze szkoleń do potrzeb uczestników projektów. Przyjęte założenia projektów umożliwiały niemal pełną indywidualizację kursów zawodowych, czyli dopasowanie ich oferty do oczekiwań konkretnej osoby. Choć też uczestnicy projektów naturalnie łączyli się w grupy, co w opinii beneficjentów dodawało im odwagi. W niektórych projektach stawiano warunki, zgodnie z którymi uczestnik mógł

wybrać kurs zawodowy zgodnie ze swoimi preferencjami, pod warunkiem jednak, że zebrała się odpowiednio duża grupa osób zainteresowanych podobnym kursem.

Wsparcie w obszarze aktywnego włączenia jest dobrze oceniane, ale uczestnicy wskazali kilka kwestii, które powinny być wzmocnione, np.: ograniczona indywidualizacja wsparcia, niedostosowanie wsparcia do potrzeb grup w szczególnej sytuacji, np. osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, zbyt mały nacisk na nabywanie praktycznych kompetencji. Kwestie te są omówione poniżej:

- **Indywidualizacja, lepsze dopasowanie oferty do potrzeb uczestników** – uczestnicy wskazywali na konieczność lepszego doboru kursów do indywidualnych preferencji i zagwarantowanie możliwości odbywania kursów zgodnych z indywidualnymi preferencjami, likwidację sytuacji, kiedy uczestnicy muszą uczestniczyć w projektach pomimo braku takiej potrzeby, podporządkowanie projektów indywidualnym potrzebom uczestników, a nie zapisom wniosku o dofinansowanie. Niektórzy uczestnicy wskazywali również na potrzebę lepszego dopasowania projektu do potrzeb osób starszych, z niepełnosprawnościami. Niektórzy respondenci wskazywali, że pomimo braku potrzeby musieli korzystać z form wsparcia przewidzianych w projekcie (np. wizyty u psychologa). Wskazywano też potrzebę zwiększenia liczby szkoleń / zajęć skierowanych do seniorów, osób z niepełnosprawnościami, wydłużenia czasu trwania zajęć komputerowych dla seniorów itd.
- **Większe wsparcie w znalezieniu pracy po zakończeniu udziału w projekcie** – uczestnicy wprost wskazywali, że oczekiwali pomocy w znalezieniu pracy po zakończeniu uczestnictwa w projekcie. Niektórzy też oczekiwali pomocy w znalezieniu stażu, co może sugerować, że uczestnicy sami musieli wynajdować oferty stażu. **Pokazuje to, że projekty z zakresu aktywnego włączenia powinny być w większym stopniu zorientowane na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia przez uczestników projektów.**
- **Wydłużenie czasu trwania projektu** – część uczestników postulowało w szczególności wydłużenie czasu trwania niektórych szkoleń, tak aby możliwe było faktyczne nabycie konkretnych kompetencji, np. szkoleń komputerowych czy językowych.
- **Poprawa kompetencji osób prowadzących** – kompetencje były rozumiane przez respondentów szeroko i w praktyce często odwoływano się do postaw (np. zaangażowanie prowadzących, bardziej indywidualne podejście do uczestników) lub zachowań kadry projektów do jego uczestników, np.: unikanie faworyzowania grupy uczestników.
- **Zwiększenie wymiaru praktycznego** – uczestnicy zwracali uwagę na potrzebę większego nacisku na kształtowanie kompetencji praktycznych, potrzebnych w miejscu pracy. Związane to być mogło z wcześniejszym postulatem wydłużenia

kursów, tak aby można było w nich uwzględnić kompetencje teoretyczne i praktyczne. Niektórzy uczestnicy wprost wskazywali, że zbyt krótkie kursy, bez wystarczającego komponentu praktycznego, nie pozwoliły w wystarczającym stopniu nabyć kompetencji potrzebnych w miejscu pracy.

Uczestnicy generalnie pozytywnie oceniają uczestnictwo w projektach zrealizowanych w PI 9i. 97% poleciłoby uczestnictwo w tego typu projektach osobom w podobnej sytuacji życiowej.

3.2.2.5. Podsumowanie

Projekty są oceniane przez uczestników jako dostosowane do potrzeb. Istnieje jednak jeszcze przestrzeń do ich doskonalenia i lepszego dopasowania do oczekiwań użytkowników. Wydaje się, że kluczowe zalecenia, które można sformułować na podstawie analizy zebranego materiału to:

- **Zwiększenie elastyczności projektów**, tak aby jeszcze lepiej odpowiadać w projektach na indywidualne potrzeby i oczekiwania (także te dotyczące braku zapotrzebowania na wybrane formy wsparcia).
- **Lepsze uwzględnienie w projektach potrzeb osób w szczególnej sytuacji**, w tym osób z niepełnosprawnościami i seniorów. Należy pamiętać, że osoby te mogą potrzebować więcej czasu na naukę.
- **Zatrudnianie w projektach zaangażowanych profesjonalistów**, osób o najwyższych kompetencjach i bardzo dobrym przygotowaniu do pracy z osobami w najtrudniejszej sytuacji.
- **Nacisk na kształtowanie kompetencji praktycznych potrzebnych w pracy**. Projekty szkoleń powinny być silnie skorelowane z potrzebami rynku pracy. Wskazane jest położenie dużego nacisku na kształcenie w miejscu pracy.
- **Silniejsze orientowanie projektów na podjęcie pracy** przez uczestników projektów. W przypadku usług z zakresu aktywnego włączenia powinien być położony większy nacisk na aktywizację zawodową uczestników. Jest to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę niską wartość wskaźnika aktywności zawodowej w województwie lubelskim. Kwestia podjęcia pracy jest też bardzo ważna dla uczestników. Podkreślają oni, że najbardziej użyteczne było wsparcie związane z przygotowaniem do podjęcia zatrudnienia. Wskazują również, że oczekują od projektów większego wsparcia w podjęciu pracy. Praca decyduje w wielu przypadkach o faktycznym usamodzielnieniu się i wyjściu z sytuacji wykluczenia społecznego. Wyniki badania pokazują, że zbyt słaby jest nacisk na pośrednictwo pracy, czyli pomoc w znalezieniu odpowiedniego zatrudnienia.

3.2.3. Skuteczność i trwałość wsparcia w zakresie aktywnego włączenia

3.2.3.1. Stan osiągnięcia wskaźników produktów i rezultatu w obszarze aktywnego włączenia

Na koniec czerwca 2022 r. zakontraktowano 106% alokacji i wydatkowano 87% alokacji. Realizacja wskaźników produktu i rezultatu również nie była zagrożona. Przekroczono wartości docelowe dla wszystkich wskaźników produktu. Przekroczono również wartości docelowe dla wszystkich wskaźników rezultatu.

Warto też zaznaczyć, że wartości wskaźników rezultatu faktycznie osiągnięte na koniec czerwca 2022 r. w projektach przekraczają wartości planowane do osiągnięcia, określone w umowach o dofinansowanie. Pokazuje to, że beneficjenci osiągają efekty lepsze niż zapisane w projektach. Może to też wskazywać, że podchodzą oni ostrożnie do szacowania wartości wskaźników rezultatu we wnioskach o dofinansowanie.

W sprawozdaniu rocznym z realizacji RPO WL 2014-2020 za 2018 r. pierwszy raz przedstawiono dane z pomiaru wartości wskaźnika rezultatu długoterminowego: „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących 6 miesięcy po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek)”. Wartość osiągnięta wskaźnika w 2018 r. wyniosła 1 551 osób. Wartość ta w każdym roku jest odnoszona do wskaźnika referencyjnego, jakim jest „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie” i na tej podstawie obliczany jest poziom osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika rezultatu długoterminowego. W 2021 osiągnięta wartość liczbowa wskaźnika rezultatu długoterminowego stanowiła 65% zakładanej wartości docelowej¹⁰.

¹⁰ Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego (2019), Sprawozdanie roczne z realizacji RPO WL za 2021 r., [link](#).

Tabela 4 Stan realizacji wskaźników produktu i rezultatu według stanu na 30.06.2022 r. dla obszaru aktywne włączenie

	Wartość docelowa wskaźnika dla roku 2023	Wartość na podstawie formularzy uczestników/ wniosków o płatność 30.06.2022 r.	Wartość wskaźnika na podstawie podpisanych umów 30.06.2022 r.	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie zatwierdzonych formularzy/ wniosków o płatność	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie podpisanych umów
Wskaźniki produktu					
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie	19 725	20 619	21 431	104,53%	108,65%
Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie	11 925	13 676	13 446	114,68%	112,75%
Liczba osób biernych zawodowo objętych wsparciem w programie	11 095	14 211	0	128,08%	0%
Wskaźniki rezultatu					
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu / Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje po opuszczeniu programu	32%	13 553	10 058	205,41%	146,66%

	Wartość docelowa wskaźnika dla roku 2023	Wartość na podstawie formularzy uczestników/ wniosków o płatność 30.06.2022 r.	Wartość wskaźnika na podstawie podpisanych umów 30.06.2022 r.	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie zatwierdzonych formularzy/ wniosków o płatność	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie podpisanych umów
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy po opuszczeniu programu	30%	7 852	8 741	184,18%	Nie wyliczono ¹¹
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek)	16%	5 129	4 931	155,47%	143,80%

Źródło: UMWL.

¹¹ Wartość wskaźnika nie została wyliczona w związku z faktem, że przy wskaźniku odniesienia tj. Liczba osób biernych zawodowo objętych wsparciem w programie wartość na podstawie podpisanych umów wynosi 0.

3.2.3.2. Efekty zawodowe projektów w zakresie aktywnego włączenia

Jednym z celów interwencji w obszarze aktywnego włączenia jest „poprawa dostępu do rynku pracy osób wykluczonych bądź zagrożonych wykluczeniem społecznym w regionie”.

Podstawowym miernikiem sukcesu w tym obszarze jest podjęcie pracy przez uczestników projektów. Zatrudnienie jest też kluczowym elementem szerszej pojętego włączenia społecznego i ograniczenia ryzyka ubóstwa. Podjęcie pracy wiąże się z szeregiem korzyści społecznych, takich jak wzmocnienie relacji społecznych. Sprzyja też poprawie samooceny i motywacji do zmiany. Podjęcie pracy jest też niezbędnym warunkiem wzrostu dochodów gospodarstwa domowego i ograniczenia ryzyka ubóstwa. Podkreślali to również uczestnicy wywiadów indywidualnych, którzy pytani o efekty projektów koncentrowali się przede wszystkim na pracy uczestników.

51% przebadanych uczestników projektów PI 9i deklarowało, że posiadało pracę zarobkową po zakończeniu udziału w projekcie. Odsetek ten należy uznać za wysoki.

Poziom indywidualizacji wsparcia w projektach jest pozytywnie skorelowany z wykonywaniem pracy zarobkowej na zakończenie udziału w projekcie. Częściej deklarują posiadanie pracy na zakończenie projektu osoby, z którymi na początku projektu rozmawiano o ich potrzebach (52%) niż osoby, według których takich rozmów nie było (42%). Częściej też pracują osoby, które oceniają wsparcie otrzymane w projekcie jako dopasowane do ich potrzeb (53%) niż osoby, które są przeciwnego zdania (39%). **Może to wskazywać, że indywidualizacja wsparcia może poprawić skuteczność projektów.**

Sytuacja na rynku pracy przed rozpoczęciem udziału w projekcie również miała wpływ na posiadanie pracy na zakończenie udziału w projekcie. Osoby bierne zawodowo przed rozpoczęciem udziału w projekcie, po jego zakończeniu pracowały rzadziej (49%) niż osoby bezrobotne (55%). Wśród uczestników projektów, którzy formalnie nie posiadali pracy, czyli mieli status osoby bezrobotnej lub biernej zawodowo, 9% deklarowało, że faktycznie wykonywały pracę zarobkową przed przystąpieniem do projektu. Mogły to być prace sezonowe, dorywcze lub wykonywane bez umowy. Jednak osoby, które deklarowały, że pracowały przed rozpoczęciem projektu, po jego zakończeniu pracowały znacznie częściej (79%) niż pozostali uczestnicy projektów (48%).

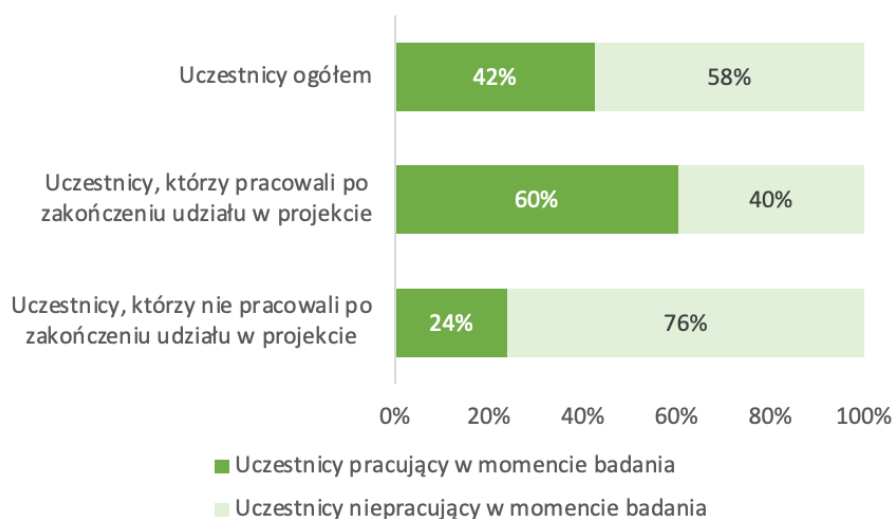
3.2.3.2.1. Sytuacja na rynku pracy w momencie badania

Ocenie trwałości osiągniętych efektów służyło zbadanie sytuacji uczestników projektów w momencie badania, czyli w sierpniu 2022 r. Porównanie sytuacji w momencie zakończenia udziału w projekcie i w momencie badania pozwala ocenić, na ile trwała była zmiana sytuacji zawodowej uczestników projektów.

W momencie badania pracę posiadało 42% przebadanych uczestników projektów. Jak zaprezentowano na poniższym wykresie, 40% osób, które pracowały w momencie zakończenia udziału w projekcie, do momentu badania przestało pracować. Natomiast spośród osób, które nie pracowały po zakończeniu projektu, w momencie badania

pracowało 24%. Następowaly więc naturalne przepływy pomiędzy statusami na rynku pracy. **Z grupy osób, które pracowały w momencie badania, więcej osób przestało pracować, niż zaczęło pracować z grupy osób niepracujących.** Dla 40% osób pracujących na zakończenie projektu efekt zatrudnieniowy okazał się nietrwały.

Wykres 29 Sytuacja na rynku pracy w momencie badania ze względu na sytuację na rynku pracy w momencie zakończenia udziału w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=325

Pracujący uczestnicy projektów stosunkowo często zmieniali też pracę po projekcie. 56% osób, które pracowały w momencie zakończenia udziału w projekcie i pracowały w momencie badania zmieniło pracę. Tylko 44% tej grupy pracowało w tej samej pracy, w której pracowali w momencie zakończenia udziału w projekcie. Wyniki te są zgodne z ustaleniami z wywiadów indywidualnych. Przedstawiciele beneficjentów, uczestniczący w wywiadach indywidualnych, podkreślali, że część uczestników dzięki projektowi weszła na rynek pracy, ale nadal szuka na nim swojego miejsca, często zmieniając pracę, jeśli im nie odpowiada.

Ryzyko niestabilności zatrudnienia dotyczy w szczególności osób w najtrudniejszej sytuacji. Tylko 37% osób biernych zawodowo, które pracowały na zakończenie udziału w projekcie, utrzymało tę samą pracę w momencie badania. A w przypadku osób bezrobotnych pracę utrzymało 62%.

Pokazuje to, że osoby zagrożone wykluczeniem społecznym nawet kiedy podejmują pracę, narażone są na niestabilność i zmienność zatrudnienia, a efekt zatrudnieniowy charakteryzuje się niską trwałością. Dlatego w przypadku tych osób **bardzo ważne jest wsparcie również po zakończeniu udziału w projekcie:** monitorowanie ich sytuacji i wspieranie w sytuacji kryzysu, tak aby nie stały się ponownie bezrobotne lub bierne

zawodowo. Niestety, w projektach z obszaru aktywnego włączenia wsparcie tego typu nie jest oferowane jako jedna z form wsparcia. Niektórzy beneficjenci w trakcie wywiadów indywidualnych wskazywali, że starają się motywować swoich byłych uczestników do aktywności zawodowej. Ale możliwe jest to w mniejszych ośrodkach pomocy społecznej, w których kadra projektu nadal spotyka się z uczestnikami projektów, również po ich zakończeniu.

Należy też dodać, że dla wielu osób wejście na rynek pracy, poszukiwanie i zmienianie pracy, może być uznane za sukces. Duża część uczestników projektów to osoby bierne zawodowo, które przed udziałem w projekcie nie podejmowały żadnej aktywności zawodowej. Zmotywowanie tych osób do aktywności na rynku pracy, podejmowanie prób znalezienia zatrudnienia, nawet jeśli nie zawsze kończą się sukcesem, należy uznać za pozytywny efekt projektu. Tym bardziej warto wysiłki tych osób wspierać również po zakończeniu ich udziału w projekcie.

Podsumowując, można stwierdzić, że sytuacja na rynku pracy osób, które podjęły pracę jest w wielu przypadkach nadal niestabilna. Osoby te stosunkowo często zmieniają lub tracą pracę. Część z nich pracuje na podstawie umów nie gwarantujących stabilizacji zatrudnienia. Można też przypuszczać, że jakość miejsc pracy jest niska.

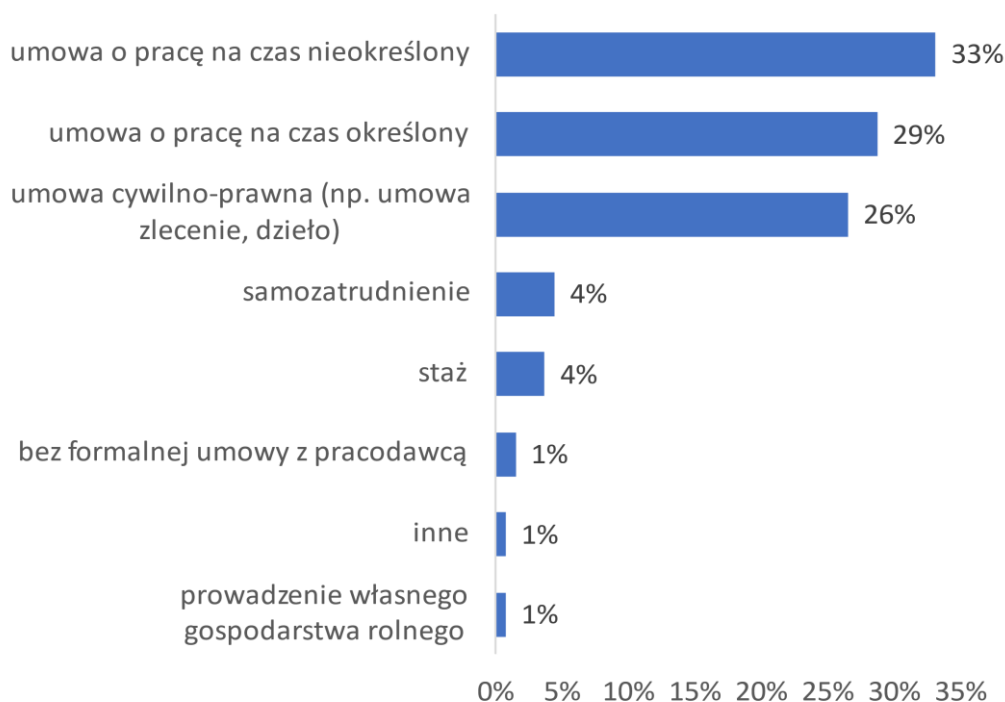
3.2.3.2.2. Sytuacja osób pracujących

62% osób pracujących w momencie badania pracowało na podstawie umowy o pracę. W tym 33% pracowało na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony. Pozostałe osoby pracowały na podstawie umowy cywilno-prawnej, jako samozatrudnieni lub na stażu¹². Pojedyncze osoby pracowały bez umowy, we własnym gospodarstwie rolnym.

Można zatem stwierdzić, że mniej niż 40% uczestników projektów miało stabilną sytuację zawodową (praca na podstawie umowy o pracę na czas określony, samozatrudnienie lub prowadzenie własnego gospodarstwa rolnego).

¹² Zgodnie z definicją stażu, osoba uczestnicząca w stażu otrzymuje stypendium, ale nadal formalnie jest osobą pozostającą bez zatrudnienia. W badaniu zdecydowano się jednak na zakwalifikowanie stażystów do kategorii osób pracujących, z uwagi na podejmowaną aktywność, zbliżoną do pracy zawodowej.

Wykres 30 Formy zatrudnienia pracujących uczestników projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=138

67% osób pracujących w momencie badania pracowała w pełnym wymiarze czasu pracy (40 godzin lub więcej tygodniowo). 12% osób pracujących w niepełnym wymiarze czasu pracy, chciałoby pracować w pełnym wymiarze czasu pracy, ale nie mogą znaleźć takiej pracy. Oznacza to, że osoby te, choć podjęły pracę, to być może nadal potrzebują wsparcia by podjąć pracę zgodną ze swoimi oczekiwaniami. Częściej w niepełnym wymiarze czasu pracy pracują osoby, które były bierne zawodowo przed rozpoczęciem udziału w projekcie niż osoby, które były bezrobotne. Jeszcze raz potwierdza to problem mniejszej stabilności zatrudnienia osób znajdujących się w trudniejszej sytuacji na rynku pracy.

Uczestnictwo w projekcie miało niewielki wpływ na sytuację zawodową rodziny uczestników. Tylko 12% spośród nich stwierdziło, że ich udział w projekcie ułatwił w jakiś sposób podjęcie pracy lub zwiększenie wymiaru pracy innym członkom ich rodziny. Wyniki te wynikają ze specyfiki grupy docelowej i charakteru wsparcia, które zorientowane było na wsparcie zatrudnienia uczestników projektów, a w niewielkim stopniu było skierowane do członków rodziny. **Zwiększenie aktywności zawodowej przez członków rodziny 12% uczestników można uznać za efekt dodatkowy projektów.**

3.2.3.2.3. Wpływ uczestnictwa w projekcie na zatrudnienie

Samo podjęcie pracy po zakończeniu udziału w projekcie nie oznacza, że jest to wpływ projektu. Niestety, ze względu na specyfikę grupy docelowej nie ma możliwości

przeprowadzenia badania kontrfaktycznego. Jednak uczestnikom badania, którzy pracowali w momencie badania, zadano pytanie o sytuację kontrfaktyczną, czyli jaka byłaby ich sytuacja, gdyby nie uczestniczyli w projekcie.

Tylko 24% pracujących uczestników projektów stwierdziło, że bez udziału w projekcie nie miałyby pracy. 58% stwierdziło, że również miałyby pracę. Pozostałe 18% nie ma zdania na ten temat. Może to wskazywać, że w projektach występował efekt jałowego biegu – w projektach uczestniczyły osoby, które również bez projektu znalazłyby pracę. Z drugiej strony w trakcie wywiadów indywidualnych przedstawiciele beneficjentów podkreślali, że być może część osób znalazłoby pracę, ale udział w projekcie pomógł im znaleźć lepszą pracę, lepiej dopasowaną do ich dyspozycji.

3.2.3.2.4. Sytuacja na rynku pracy uczestników projektów w PI 9i na podstawie danych ZUS Bardziej precyzyjnych danych na temat sytuacji na rynku pracy, w porównaniu z badaniami ankietowymi, dostarczają dane administracyjne. Na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej prowadzone jest regularne badanie wskaźników rezultatu długoterminowego dla wszystkich uczestników projektów we wszystkich programach współfinansowanych ze środków EFS. Dane na temat sytuacji na rynku pracy pochodzą z bazy danych ZUS. To źródło danych ma również swoje ograniczenia, bowiem nie uwzględnia pracujących w rolnictwie (ubezpieczonych w KRUS), a także osób migrujących oraz pracujących w szarej strefie. Ma jednak tę przewagę, że pozwala dostarczyć danych dla całej populacji.

Ostatnie dostępne oszacowanie wskaźników rezultatu długoterminowego zaprezentowane jest w raporcie pt.: „Badanie ewaluacyjne dotyczące wyliczenia wartości wskaźników rezultatu długoterminowego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Inicjatywy na rzecz zatrudnienia osób młodych; Raport cząstkowy (2022)”. Dane te obejmują okres od 1 lipca 2018 r. do końca grudnia 2020 r. Oznacza to, że w badaniu uwzględnione zostały osoby, które zakończyły udział w projekcie w tym okresie. Zgodnie z informacjami zawartymi w załączniku do raportu, dostępne są dane dla 5443 osób, które zakończyły udział w projekcie w PI 9i w RPO WL 2014-2020.

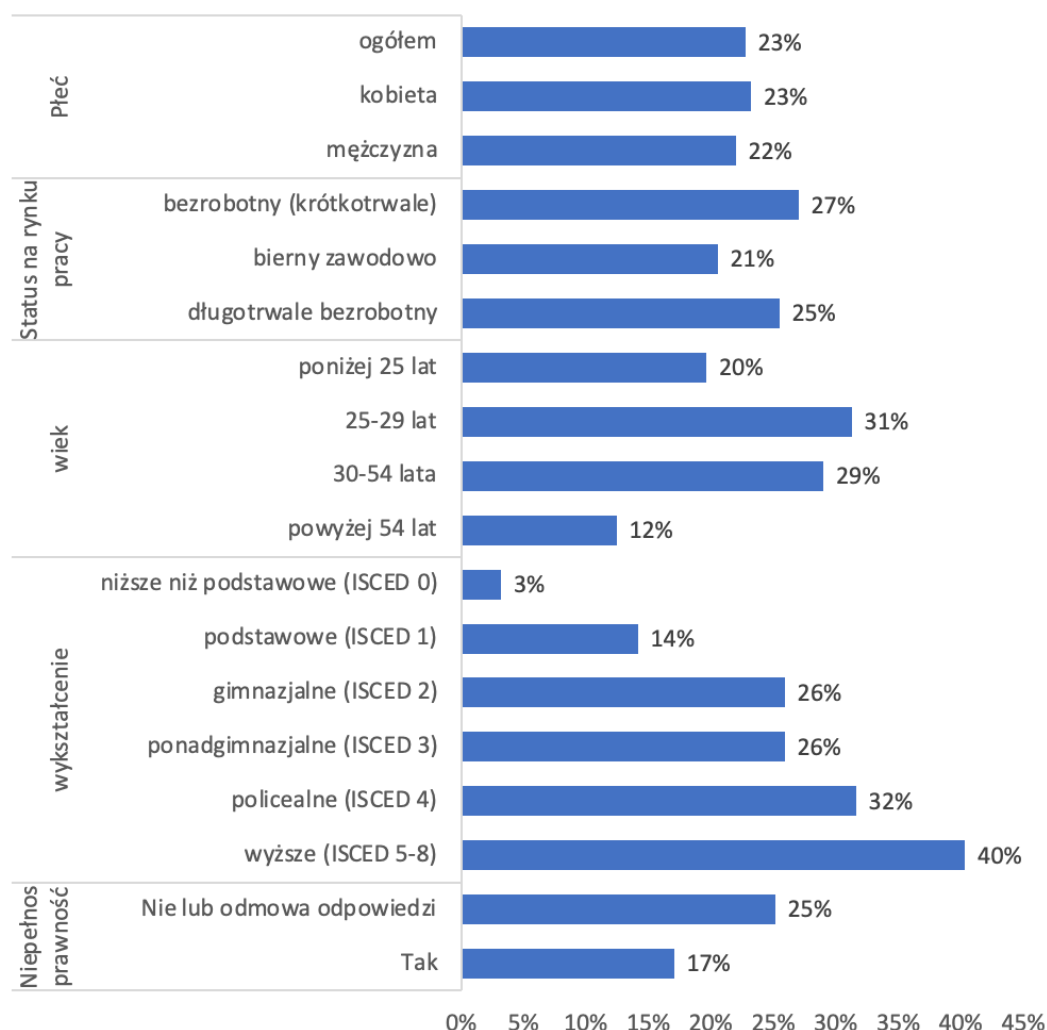
Sześć miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie pracowało 23% tych osób (23% kobiet oraz 22% mężczyzn). Wskaźnik ten jest niższy niż średnia dla wszystkich programów operacyjnych, która wyniosła 25%. W większości województw wartość wskaźnika była większa niż w województwie lubelskim. Największa wartość wskaźnika została osiągnięta w województwach: pomorskim (31%), opolskim (28%), podkarpackim (28%) oraz PO WER (28%). Najniższa zaś w województwie śląskim (20%), wielkopolskim (22%).

Wartość wskaźnika jest zróżnicowana ze względu na sytuację społeczno-demograficzną uczestników projektów. Znaczące różnice są ze względu na:

- status na rynku pracy: lepiej sobie radzą osoby krótkotrwale bezrobotne, a gorzej bierne,

- wiek: lepiej sobie radzą osoby w wieku mobilności zawodowej, a gorzej osoby młode i starsze,
- wykształcenie: im wyższe wykształcenie, tym większy odsetek uczestników pracuje,
- niepełnosprawność: lepiej sobie radzą osoby bez niepełnosprawności.

Wykres 31 Odsetek uczestników projektów w PI 9i pracujących 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie ze względu na płeć, status na rynku pracy, wiek, wykształcenie i niepełnosprawność



Źródło: MFIPR (2021), Badanie ewaluacyjne dotyczące wyliczenia wartości wskaźników rezultatu długoterminowego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Inicjatywy na rzecz zatrudnienia osób młodych; Raport cząstkowy (2022), Warszawa. N=5443

3.2.3.2.5. Sytuacja osób, które nie pracowały

Uczestnicy projektów, którzy nie pracowali w momencie badania, najczęściej byli bierni zawodowo. W ciągu 30 dni poprzedzających badanie 71% spośród nich nie poszukiwało aktywnie pracy. **Osoby bierne przed udziałem w projekcie częściej były też bierne w momencie badania.** 76% osób biernych zawodowo przed przystąpieniem do projektu i niepracujących w momencie badania deklarowało, że nie poszukiwało aktywnie pracy.

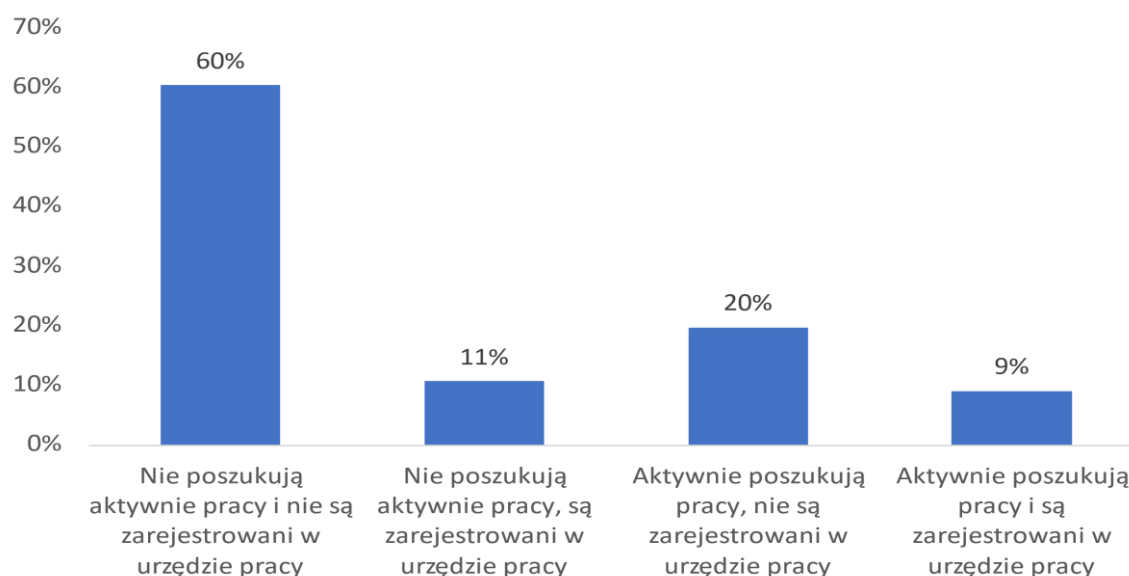
60% osób, które nie pracowały w momencie badania, nie poszukiwało aktywnie pracy i nie było zarejestrowanych w urzędzie pracy.

Większość uczestników aktywnie poszukujących pracy nie zarejestrowała się w urzędzie pracy. Wśród niepracujących uczestników było 20% takich osób. Pokazuje to, że osoby te nie postrzegają urzędu pracy jako źródła wsparcia, co może świadczyć o niedopasowaniu oferty urzędu pracy do potrzeb osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Wśród osób, które nie poszukiwały aktywnie pracy, część osób była zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy. Takie osoby stanowiły 11% niepracujących uczestników. Należy jednak zakładać, że część tych osób rejestrowała się w innych celach niż pomoc w znalezieniu pracy, np.: w celu zapewnienia dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Natomiast tylko 9% niepracujących uczestników projektów aktywnie poszukiwała pracy i była zarejestrowana w urzędzie pracy. Wydaje się, że jest to grupa osób najbardziej aktywnych na rynku pracy, spośród osób niepracujących, które mają największe szanse na podjęcie zatrudnienia, prawdopodobnie potrzebuje jednak dodatkowego wsparcia. Takich osób było wyraźnie więcej wśród osób bezrobotnych przed rozpoczęciem udziału w projekcie (17%) niż wśród osób biernych zawodowo (5%).

Wykres 32 Niepracujący uczestnicy projektów ze względu na aktywność w poszukiwaniu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=187

Osoby niepracujące zwykle jako powód braku pracy wskazują czynniki związane z sytuacją osobistą. Łącznie 74% uczestników projektów wskazuje na dwie, powiązane wzajemnie przyczyny, czyli: zły stan zdrowia, niepełnosprawność, wiek, jak również otrzymywanie świadczeń społecznych związanych z przytoczonymi ryzykami socjalnymi: emerytura lub renta. Wyniki badania nie pozwalają stwierdzić, na ile przyczyny te są obiektywnymi przyczynami braku pracy, na ile są wyrazem dyskryminacji na rynku pracy (osobom starszym,

z niepełnosprawnościami, chorym trudniej znaleźć pracę), a na ile są one pretekstem do braku pracy. Wydaje się, że **wyniki te wskazują na dosyć istotne problemy na etapie rekrutacji uczestników projektów**: są to osoby albo z niewielką szansą na zatrudnienie, albo nie zostały odpowiednio przygotowane do wejścia na rynek pracy. Choć, jak wynika z wywiadów indywidualnych, beneficjenci poszukują w trakcie rekrutacji osób zmotywowanych do podjęcia pracy.

Dopiero w dalszej kolejności wskazywane są przyczyny związane z rynkiem pracy, czyli brak ofert pracy lub mało atrakcyjne oferty pracy.

Część osób nie pracuje zarobkowo z powodu wykonywania pracy nieodpłatnej, czyli opieki nad osobami zależnymi, najczęściej nad dziećmi. Część osób, które zadeklarowały brak pracy zarobkowej, w rzeczywistości pracuje, choć wydaje się, że swojej pracy nie traktuje jako „pełnoprawnej pracy”. Są to osoby pracujące w gospodarstwie rolnym, w agroturystyce, wykonujące prace sezonowe. **Pokazuje to, że jest to grupa ludzi, którzy wykonują prace nie przynoszące zarobku lub zarobek ten jest zapewne niewielki lub nieregularny. Osoby te stanowią łącznie ok. 15% osób**, które zadeklarowały, że nie wykonują pracy zarobkowej w momencie badania. Wydaje się, że jest to znacząca grupa, która często umyka w statystykach rynku pracy.

Wykres 33 Niepracujący uczestnicy projektów ze względu na przyczyny braku pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=187

Podsumowując, można stwierdzić, że aktywność zawodowa osób, które nie pracowały w momencie zakończenia projektu jest niska. Tylko jedna piąta z nich podjęła pracę. Większość nie poszukuje aktywnie pracy.

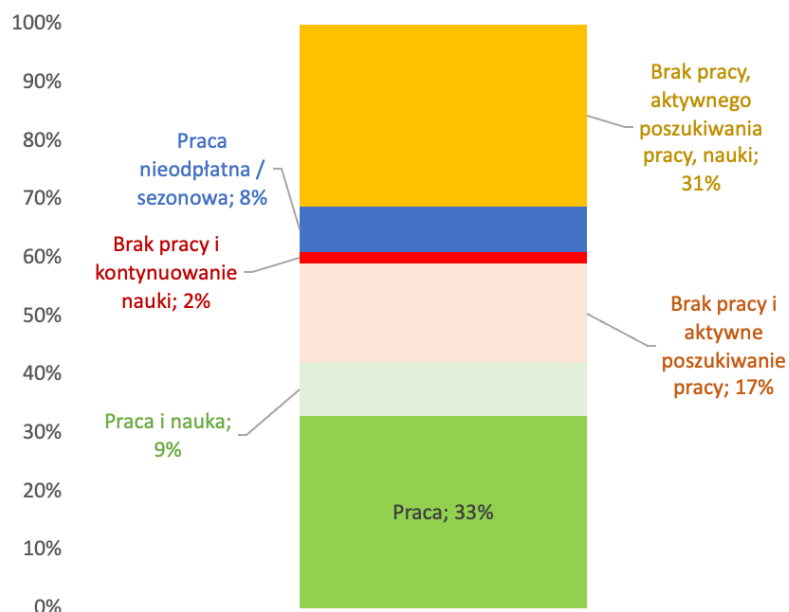
3.2.3.2.6. Nauka po zakończeniu udziału w projekcie

Część uczestników po zakończeniu udziału w projekcie nadal się uczy, podwyższając tym samym swoje szanse na przyszłe zatrudnienie lub lepszą pracę. Naukę kontynuuje 11% uczestników projektów. Jednak naukę zdecydowanie częściej deklarują osoby pracujące w momencie badania. Spośród tych osób 22% deklaruje kontynuację nauki. Natomiast wśród osób niepracujących tylko 3% podaje jako powód braku pracy kontynuowanie nauki. Stosunkowo wysoki odsetek osób kontynuujących naukę może wynikać z dość dużego udziału osób młodych wśród uczestników projektów, spośród których część może nadal kontynuować edukację formalną.

3.2.3.2.7. Aktywność zawodowo-edukacyjna uczestników projektów

Podsumowując przedstawione powyżej wyniki badania, dla uzyskania pełnego obrazu sytuacji uczestników projektów i ich aktywności zawodowo – edukacyjnej, należy zestawić przedstawione wcześniej informacje i odnieść je do całej populacji osób uczestniczących w projektach. **Analiza różnych form aktywności zawodowej i edukacyjnej pokazuje, że 69% uczestników wykazuje jakąś formę aktywności, czyli pracę, naukę, poszukiwanie pracy lub pracę nieodpłatną.** Tylko 31% uczestników projektów nie wykazuje żadnej z form aktywności zawodowej lub edukacyjnej. W tej grupie dominują osoby nieaktywne ze względu na pobieranie świadczeń społecznych (emerytura, renta) lub ze względu na stan zdrowia.

Wykres 34 Uczestnicy projektów według różnych form aktywności zawodowej i edukacyjnej w momencie badania



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=325

3.2.3.3. Efekty społeczne i materialne projektów w zakresie aktywnego włączenia

Uczestnicy projektów deklarują osiągnięcie również innych efektów. Nie dotyczą one bezpośrednio sytuacji na rynku pracy, ale mogą mieć wpływ na tę sytuację.

88% uczestników projektów deklarowało, że dzięki uczestnictwie w projekcie nabyło nowe umiejętności zawodowe, a 78% deklarowało nabycie kwalifikacji (np.: uprawnień zawodowych, prawa jazdy). Niewątpliwie efekty te mogą przyczynić się do poprawy sytuacji uczestników na rynku pracy. Również 76% uczestników projektów deklaruje, że dzięki udziałowi w projekcie łatwiej będzie im szukać pracy w przyszłości. Wyniki te potwierdzają wnioski z badań jakościowych. Wnioski te znajdują również potwierdzenie w badaniach jakościowych. Dzięki udziałowi w projektach uczestnicy nabyli nowe kompetencje oraz kwalifikacje, co poprawiło ich samoocenę i zwiększyło skłonność do aktywnego poszukiwania pracy. W niektórych przypadkach nabycie nowych kompetencji było warunkiem podjęcia wymarzonej pracy. Przykładowo, jedna z uczestniczek miała doświadczenie w pracy jako sprzedawczyni, jednak w tej pracy trudno jej było pogodzić obowiązki zawodowe z opieką nad dziećmi. Dlatego też marzyła o pracy biurowej. Po odpowiednim przeszkoleniu udało jej się znaleźć i utrzymać taką pracę.

Osoby pracujące w momencie badania wyraźnie częściej deklarują nabycie nowych kompetencji (93%) niż osoby, które nie pracowały (83%). Pokazuje to, że nabycie nowych kompetencji w trakcie projektu może przyczyniać się do poprawy sytuacji na rynku pracy. Podobna prawidłowość jest też widoczna w przypadku kwalifikacji, jednak w tym przypadku różnica jest mniejsza. 81% osób, które pracowały w momencie badania deklaruje nabycie

kwalifikacji oraz 76%, które nie pracowały. Może to wskazywać, że nabywanie „twardych” kwalifikacji nie musi tak mocno przekładać się na sytuację na rynku pracy jak nabywanie szerzej rozumianych kompetencji.

Zdecydowana większość uczestników projektów deklaruje, że dzięki udziałowi w projektach odczuwają efekty społeczne i poprawiła się ich jakość życia. Uczestnicy w szczególności zauważają wzmocnienie kompetencji społecznych: łatwiej jest im nawiązywać kontakty, porozumiewać się z ludźmi, mają lepsze samopoczucie, lepiej radzą sobie z problemami. Wyraźnie podkreślają to uczestnicy wywiadów jakościowych. Według nich aspekt społeczny był istotnym wymiarem efektów projektów w obszarze włączenia społecznego. Przedstawiciele beneficjentów podkreślali wpływ projektów na poprawę jakości życia codziennego ich uczestników i poprawę ich stanu zdrowia psychicznego. Bardzo duże znaczenie w tym kontekście miały różne formy pomocy psychologicznej, oferowanej w ramach projektów.

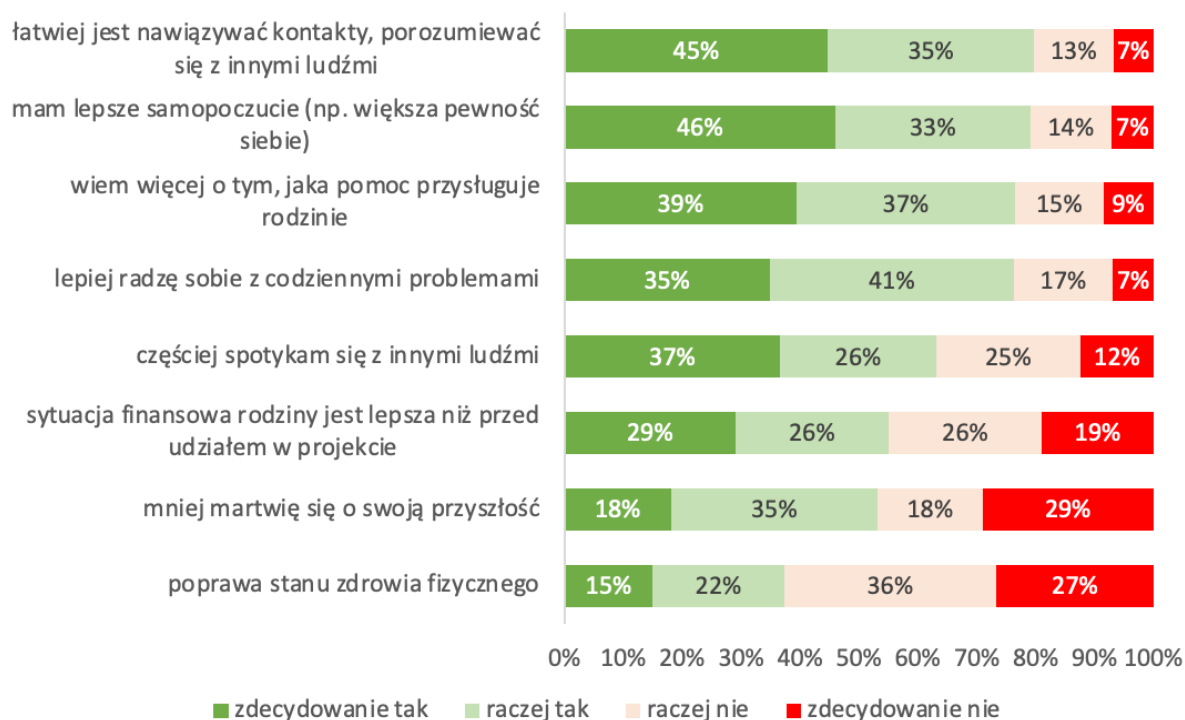
W trakcie wywiadów jakościowych rozmówcy podkreślali, że **poprawa funkcjonowania społecznego uczestników projektów jest jednym z kluczowych efektów projektów**, niezbędnym do osiągnięcia kluczowego rezultatu, czyli aktywizacji zawodowej uczestników. Rozmówcy podkreślali, że w przypadku części uczestników dużym osiągnięciem było wyjście z domu, ze swojego środowiska, poznanie nowych osób, zmiana postaw i zmiana spojrzenia na swoje dotychczasowe życie. W dłuższej perspektywie zmiany te mogą prowadzić do podjęcia zatrudnienia i usamodzielnienia się, jeśli będą podtrzymywane.

Wsparcie to było szczególnie istotne dla poprawy motywacji uczestników do poszukiwania pracy po zakończeniu udziału w projekcie. Kwestia motywacji do zmiany była szczególnie mocno podkreślana przez beneficjentów uczestniczących w wywiadach jakościowych. Zwracali oni uwagę, że wzmocnienie motywacji było warunkiem podstawowym osiągnięcia efektów projektu – podjęcia pracy, poszukiwania pracy lub nauki. W tym kontekście szczególnie istotne było wsparcie psychologiczne w początkowej fazie projektów.

Rozmówcy, w trakcie wywiadów indywidualnych, zwracali również uwagę, że zmiany zachodzące w postawach uczestników projektów mają również **pozytywny wpływ na ich relacje rodzinne**. Osoby te, dzięki nabyciu nowych kompetencji, poszukiwaniu lub podejmowaniu pracy są lepiej postrzegane w swoim środowisku. Wzrasta też ich samoocena i poziom samoakceptacji.

54% respondentów deklaruje, że sytuacja finansowa ich gospodarstwa poprawiła się. Jest to wynik pozytywny, ale należy zauważyć, że blisko połowa nie zauważa takiej poprawy. Podobny odsetek respondentów deklaruje, że mniej martwi się o swoją przyszłość. Pokazuje to, że pomimo poprawy w wielu sferach życia, uczestnicy nadal mają powody do niepokoju. Należy jednak zaznaczyć, że badanie było realizowane w okresie narastającego niepokoju związanego z wojną w Ukrainie, wzrostem cen, w tym cen energii oraz zagrożenia recesją. W takich warunkach zwykle narasta niepokój o przyszłość.

Wykres 35 Efekty społeczne i materialne uczestnictwa w projektach w PI 9i



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=325

Osoby, które pracowały w momencie badania, wyraźnie częściej deklarują poprawę sytuacji finansowej rodziny niż osoby niepracujące. Częściej też deklarują, że mniej martwią się o przyszłość, choć tutaj różnica jest niewielka, co wynika zapewne z dość dużej niestabilności zatrudnienia. Wyniki te pokazują, że praca zawodowa jest ważnym czynnikiem poprawy sytuacji finansowej gospodarstwa domowego, ale zapewne samo podjęcie pracy nie jest wystarczające, aby poprawić sytuację finansową rodziny. Choć w badaniu ta kwestia nie była uwzględniona, to należy zakładać, że istotne znaczenie może mieć tutaj też poziom wynagrodzeń, a także utrata świadczeń społecznych, związana z podjęciem pracy i uzyskaniem wyższych dochodów. Efekt netto, z punktu widzenia dochodów gospodarstwa domowego, nie zawsze musi być pozytywny.

Osoby niepracujące częściej niż osoby pracujące deklarowały, że dzięki udziałowi w projekcie odniosły korzyści społeczne. Osoby bez pracy częściej deklarowały, że łatwiej im nawiązywać kontakty, mają lepsze samopoczucie, lepiej radzą sobie z problemami dnia codziennego, częściej spotykają się z innymi ludźmi. Częściej też deklarują poprawę stanu zdrowia fizycznego. Kwestia ta wymaga niewątpliwie dalszych analiz, ale uzyskane wyniki mogą sugerować, że podjęcie pracy zawodowej nie musi być skorelowane z odczuwaniem innych korzyści społecznych.

Może to wynikać z warunków pracy podejmowanej przez uczestników projektów. Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym często podejmują pracę gorszej jakości, związaną z

nadmiernych obciążeniem, długimi, nieregularnymi godzinami pracy¹³. Tego typu praca może wpływać na spadek samopoczucia i spadek odczuwania korzyści społecznych. Może to też prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Wyniki te mogą jeszcze raz potwierdzać, że uczestnicy projektów mogą potrzebować wsparcia również po zakończeniu udziału w projekcie, np.: pomocy w znalezieniu lepszej pracy lub w radzeniu sobie z trudnościami.

Wykres 36 Odsetek osób odczuwających korzyści społeczne i ekonomiczne w związku z uczestnictwem w projekcie w podziale na osoby pracujące i niepracujące w momencie badania



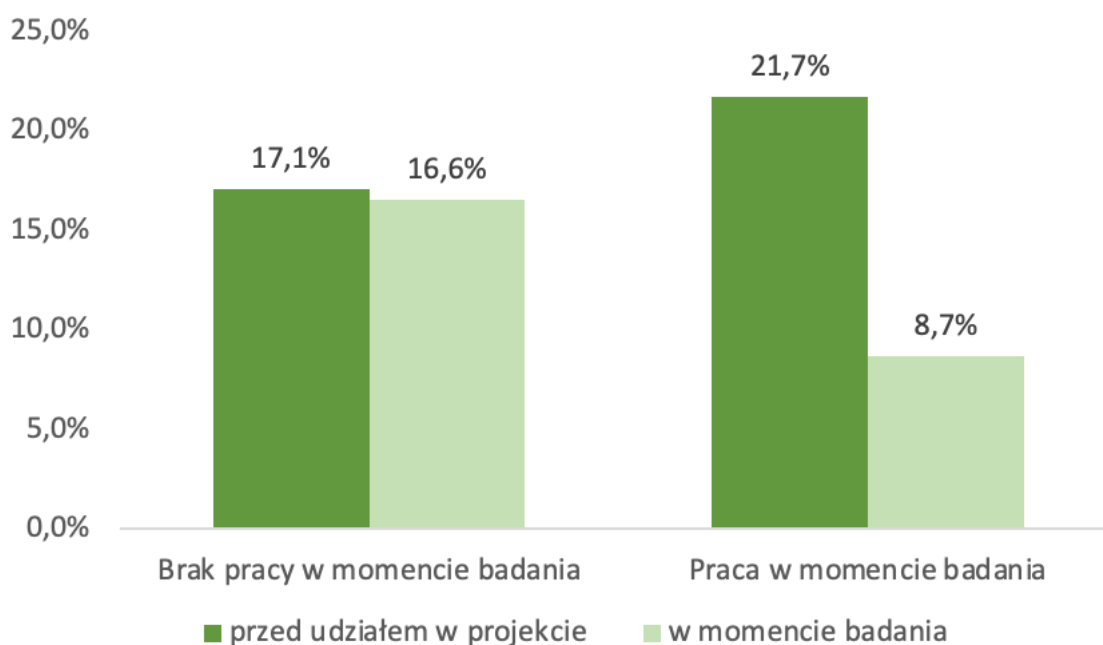
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=325

Inną miarą poprawy sytuacji uczestników projektu jest fakt korzystania z pomocy społecznej. Według deklaracji uczestników przed uczestnictwem w projekcie z pomocy społecznej korzystało 19% respondentów, natomiast w momencie badania 13%, czyli zauważalnie mniej.

¹³ Magda, I. (2020), Jak zwiększyć aktywność zawodową kobiet w Polsce, Instytut Badań Strukturalnych

Zmiana w częstotliwości korzystania z pomocy była dużo większa wśród osób, które pracowały w momencie badania. Jak zaprezentowano na poniższym wykresie, w przypadku tej grupy, odsetek osób korzystających z pomocy społecznej spadł o 13 pkt. proc. Natomiast wśród osób, które nie pracowały w momencie badania, odsetek osób korzystających z pomocy społecznej był w zasadzie taki sam przed projektem i w momencie badania. Wyniki te są spójne z wcześniejszymi. Ponieważ korzystanie z pomocy społecznej warunkowane jest sytuacją dochodową gospodarstwa domowego, poprawa sytuacji finansowej rodziny, wynikająca z pracy, przekłada się na zmniejszenie odsetka osób korzystających z pomocy społecznej.

Wykres 37 Odsetek osób deklarujących korzystanie z pomocy społecznej przed udziałem w projekcie i w momencie badania w zależności od sytuacji zawodowej w momencie badania



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=325

Wśród uczestników projektów spadło korzystanie zarówno ze wsparcia finansowego (z 14% do 10%) jak i ze wsparcia pozafinansowego (z 8% do 4%). Osoby niepracujące w momencie badania częściej korzystają ze wsparcia finansowego pomocy społecznej (o 1 pkt. proc.) a rzadziej korzystają ze wsparcia pozafinansowego (o 2 pkt. proc.). Natomiast osoby, które pracowały w momencie badania wyraźnie rzadziej korzystają zarówno ze wsparcia finansowego (-9 pkt. proc.) jak i wsparcia pozafinansowego (-7 pkt. proc.).

Osoby, które w momencie badania nie korzystały z pomocy społecznej, najczęściej wskazują, że nie potrzebują takiej pomocy (69%). Natomiast dla 24% osób potrzebne wsparcie nie jest dostępne. Kwestia ta wymaga zapewne dalszej analizy, pokazuje jednak, że część potrzeb jest niezaspokojonych.

Uczestnicy deklarują, że nadal odczuwają zmiany w swojej sytuacji, które zaszły w wyniku udziału w projekcie. 80% zgadza się z takim stwierdzeniem, w tym 41% zdecydowanie się zgadza. Pokazuje to, że w odczuciu uczestników projektu zachodzące zmiany są trwałe. Osoby niepracujące w momencie badania nieznacznie częściej deklarują, że nadal odczuwają zmiany w swojej sytuacji (81%) niż osoby pracujące (77,5%).

3.2.3.4. Podsumowanie

Wyniki badania wskazują, że w momencie zakończenia udziału w projekcie pracowało 51% uczestników projektów realizowanych w PI 9i. Natomiast w momencie badania odsetek ten spadł do 42%. Wynikało to z faktu, że więcej osób pracujących w chwili zakończenia projektu przestało pracować do momentu badania, niż osób niepracujących na zakończenie projektów rozpoczęło pracę.

Osoby pracujące w momencie zakończenia udziału w projekcie i w momencie badania stosunkowo często również zmieniały pracę. A mniej niż 40% osób pracujących w momencie badania miało stabilną pracę.

Dane te pokazują, że choć odsetek osób podejmujących pracę jest znaczący, to sytuacja na rynku pracy osób, które podjęły pracę jest w wielu przypadkach nadal niestabilna. Osoby te stosunkowo często zmieniają lub tracą pracę. Część z nich pracuje na podstawie umów nie gwarantujących stabilizacji zatrudnienia. Można też przypuszczać, że jakość miejsc pracy jest niska.

Z drugiej strony aktywność zawodowa osób, które nie pracowały w momencie zakończenia projektu jest niska. Tylko jedna piąta z nich podjęła pracę. Większość nie poszukuje aktywnie pracy.

Indywidualizacja wsparcia sprzyja podejmowaniu pracy po zakończeniu udziału w projektach.

Uczestnicy projektów bardzo często deklarują podniesienie kompetencji oraz uzyskanie nowych kwalifikacji. Osoby, które deklarują uzyskanie nowych kompetencji częściej pracowały po zakończeniu udziału w projekcie.

Większość uczestników deklarowało korzyści społeczne wynikające z udziału w projekcie. Szczególnie uczestnicy zauważają wzmocnienie kompetencji społecznych: łatwiej jest im nawiązywać kontakty, porozumiewać się z ludźmi, mają lepsze samopoczucie, lepiej radzą sobie z problemami. Osoby niepracujące częściej niż osoby pracujące deklarowały, że dzięki udziałowi w projekcie odniosły korzyści społeczne.

Ponad połowa uczestników projektów deklaruje, że sytuacja finansowa ich gospodarstwa poprawiła się. Osoby, które pracowały w momencie badania, wyraźnie częściej deklarują poprawę sytuacji finansowej rodziny niż osoby niepracujące.

3.3. Ocena dostępności usług społecznych i zdrowotnych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020

Pytania badawcze:

1/ W jakim stopniu oferowane wsparcie wpłynęło na włączenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zarówno w wymiarze zatrudnieniowym, jak i społecznym?

4/ Jaka jest trwałość zmiany sytuacji uczestników w zakresie otrzymanego wsparcia?

8/ Czy w wyniku realizacji wsparcia wzrosła dostępność do usług społecznych i zdrowotnych?

PW1/ Jak uczestnicy projektów oceniają przydatność otrzymanego wsparcia?

PW2/ Jaka jest skuteczność programów w postaci zapewnienia dostępu do usług społecznych/zdrowotnych dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ich rodzin oraz innych osób z ich otoczenia?

PW3/ Jaka jest skala zmian sytuacji społecznej uczestników projektów z zakresu usług społecznych i zdrowotnych (w tym m.in. poziom ubóstwa, korzystanie ze świadczeń, poziom integracji społecznej)?

PW4/ W jakim stopniu w gminach i powiatach województwa lubelskiego wzrosła skala świadczenia poszczególnych usług społecznych użyteczności publicznej i usług zdrowotnych wskutek wdrażania interwencji?

PW5/ W jakim stopniu w gminach i powiatach województwa lubelskiego zaczęto świadczyć nowe, dotychczas nieświadczone usługi społeczne użyteczności publicznej i usługi zdrowotne wskutek wdrażania interwencji?

PW6/ W jakim stopniu osoby świadczące usługi społeczne przeszkolone w ramach projektów nabyły lub podniosły umiejętności/ kompetencje/ kwalifikacje do świadczenia usług?

PW7/ Czy skala świadczenia usług społecznych użyteczności publicznej w gminach i powiatach, w których wdrażano projekty, po zakończeniu realizacji projektów zmieniła się w stosunku do okresu wdrażania projektu?

PW8/ Jaka jest trwałość usług społecznych użyteczności publicznej świadczonych w gminach i powiatach w ramach projektów?

PW9/ W jakim stopniu osoby świadczące usługi społeczne przeszkolone w ramach projektów nadal (w momencie realizacji badania) wykorzystują nabyte umiejętności/ kompetencje/ kwalifikacje do świadczenia usług społecznych lub zdrowotnych w województwie lubelskim?

3.3.1. Wsparcie w zakresie usług społecznych i zdrowotnych w RPO WL 2014-2020

Wsparcie w obszarze usług społecznych i zdrowotnych realizowane jest w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020.

Cele szczegółowe dla PI 9iv to:

1. Wzrost dostępności wysokiej jakości usług społecznych użyteczności publicznej, w szczególności w formach zdeinstytucjonalizowanych, dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w regionie,
2. Wzrost dostępności usług zdrowotnych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w regionie.

W Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych wskazano, **w jaki sposób realizowane będą te cele**. Typy projektów możliwe do realizacji w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 są następujące:

1. Realizacja zintegrowanych usług społecznych (socjalnych) o charakterze profilaktycznym, aktywizującym i interwencyjnym,
2. Rozwój środowiskowych form pomocy i samopomocy, w tym rozwój i upowszechnienie form wsparcia środowiskowego w miejscu zamieszkania,
3. Wsparcie dla tworzenia/funkcjonowania placówek świadczących usługi społeczne w społeczności lokalnej:
 - a. środowiskowych instytucji aktywizujących osoby niepełnosprawne,
 - b. dziennych i rodzinnych domów pomocy dla osób starszych.
4. Usługi z zakresu mieszkalnictwa chronionego oraz wspomaganego, w tym treningowego i wspieranego,
5. Tworzenie warunków do opieki domowej, m. in. funkcjonowanie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego,
6. Rozwój zintegrowanych usług uzupełniających i wspierających rolę rodziny, również o charakterze profilaktycznym, w tym:
 - a. rozwój środowiskowych form i placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży,
 - b. rozwój i upowszechnienie profesjonalnego i zintegrowanego poradnictwa rodzinnego oraz specjalistycznego poradnictwa rodzinnego (m.in. wsparcie tworzenia/funkcjonowania międzygminnych punktów konsultacyjno-doradczych, zapewnianie dostępności do bezpłatnego poradnictwa prawnego i obywatelskiego),
 - c. rozwój usług wspierających i interwencyjnych (w tym usług ośrodków wsparcia i usług pomocy całodobowej),

- d. upowszechnianie działań asystentów rodziny, działań rodzin wspierających,
 - e. rozwój placówek wsparcia dziennego.
7. Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej, w tym:
- a. wsparcie rozwoju rodzinnych form pieczy zastępczej,
 - b. upowszechnianie działań koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej,
 - c. podnoszenie jakości opieki nad dziećmi w instytucjonalnej pieczy zastępczej poprzez planowaną restrukturyzację tych placówek w celu zmniejszenia liczby dzieci oraz podwyższania wieku dzieci umieszczanych w tych placówkach.
8. Realizacja zintegrowanych usług o charakterze opiekuńczym i zdrowotnym, adresowanych w szczególności do osób starszych, osób niepełnosprawnych, osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
9. Wsparcie usług ochrony zdrowia psychicznego.

Dodatkowo, w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 możliwa była realizacja projektów – regionalnych programów zdrowotnych, które zostały przeanalizowane w rozdziale 3.5. niniejszego raportu. Typy projektów właściwe dla tego obszaru to:

- 10. Realizacja programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.
- 11. Realizacja działań na rzecz dzieci dotkniętych problemem nadwagi, otyłości, wad postawy oraz zaburzeniami rozwoju układu ruchu.
- 12. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem, w tym m.in. opieka w okresie ciąży i okołoporodowym, w zakresie szczepień oraz wykrywania, leczenia i rehabilitacji wad rozwojowych dzieci.

Oprócz tego, realizowano projekty, które nie były szczegółowo analizowane w ramach niniejszego badania, następującego typu:

- 13. Wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego na terenie regionu w związku z zagrożeniem epidemicznym/stanem epidemii.

W ramach projektów dopuszczono również szkolenia i przekwalifikowania osób świadczących usługi w ramach realizowanych projektów (np. opiekunów, wolontariuszy, kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej). Analizie efektów projektów w odniesieniu do tej grupy uczestników projektów (personelowi, który świadczył wsparcie w ramach projektów) poświęcono podrozdział 3.3.5 w niniejszym raporcie).

W dokumentach programowych wskazano również grupy docelowe, które będą w szczególności wspierane. Dla projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych są to:

- 1. Osoby wykluczone lub zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym m.in. osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami (w tym z zaburzeniami psychicznymi), osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, o ile mieszczą się w

katalogu osób wskazanym w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020,

2. Otoczenie osób wykluczonych społecznie, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,
3. Rodziny, w tym rodziny dysfunkcyjne,
4. Dzieci i młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym.
5. Personel służb świadczących usługi zdrowotne.
6. Podmioty/osoby świadczące usługi społeczne użyteczności publicznej z terenu woj. lubelskiego.

Dla projektów w obszarze regionalnych programów zdrowotnych są to:

1. Dzieci i młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym,
2. Noworodki / niemowlęta i dzieci w odniesieniu do działań w zakresie ochrony zdrowia (ta grupa docelowa nie była, jak do tej pory, wspierana w ramach regionalnych programów zdrowotnych),
3. Kobiety w ciąży i połogu (ta grupa docelowa nie była, jak do tej pory, wspierana w ramach regionalnych programów zdrowotnych).

Przewidziana alokacja na Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne wyniosła 302,5 mln zł.

Do końca czerwca 2022 r. w ramach Działania 11.2 ogłoszono łącznie 12 naborów, w tym 9 naborów projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych oraz 3 nabory projektów w obszarze regionalnych programów zdrowotnych. Dodatkowo, zrealizowano nabory pozakonkursowe i nadzwyczajne w związku z dwoma wydarzeniami: pandemią COVID-19 oraz napływem do regionu osób uciekających z Ukrainy. W związku z pandemią COVID-19 przyznano ROPS oraz Samodzielnemu Publicznemu Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Chełmie dofinansowanie na realizację projektów typu „Wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego na terenie regionu w związku z zagrożeniem epidemicznym/stanem epidemii”. Każdy ze wskazanych beneficjentów realizował po dwa projekty tego typu. ROPS realizował w ramach projektów działania w zakresie zapobiegania rozprzestrzenianiu się COVID-19 w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (np. domach pomocy społecznej, placówkach opiekuńczo-wychowawczych i in.), zaś Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie – w podmiotach leczniczych w regionie. W związku z napływem do regionu osób uciekających z Ukrainy przyznano ROPS dofinansowanie na realizację projektu typu „Integracja społeczna oraz wsparcie socjalno-bytowe osób uciekających z terenu Ukrainy w województwie lubelskim”. W ramach projektu realizowane jest podstawowe wsparcie socjalno-bytowe (np. finansowanie zakwaterowania

uchodźców) oraz usługi społeczne dedykowane uchodźcom (np. usługi doradcze, usługi tłumacza, wsparcie psychologiczne i in.).

Na koniec czerwca 2022 r. zatwierdzono 233 wnioski o dofinansowanie projektu oraz podpisano 222 umowy/decyzje o dofinansowaniu projektu o łącznej wartości 330,5 mln zł (wartość dofinansowania UE), w tym 8 umów na projekty w obszarze regionalnych programów zdrowotnych o łącznej wartości 10,5 mln zł (wartość dofinansowania UE). Zakontraktowano zatem 109,29% alokacji. Na 30 czerwca 2022 r. wydatkowano 201,5 mln zł (66,64%) alokacji.

Od momentu ogłoszenia pierwszego naboru kryteria wyboru projektów podlegały pewnym zmianom, jednak kierunek, wskazywany przez kryteria pozostaje stały. Należy tu wymienić kilka elementów, które mogą mieć szczególnie istotny wpływ na zakres realizowanych projektów i osiągnane efekty.

W obszarze usług społecznych, **beneficjenci zobowiązani byli do zachowania trwałości usług świadczonych w ramach projektu**. Stosowane w naborach kryterium formalne specyficzne zobowiązywało beneficjentów do zachowania trwałości po zakończeniu realizacji projektu przez określony czas, najczęściej odpowiadający okresowi realizacji projektu.

Dopasowanie wsparcia w zakresie usług społecznych do potrzeb społeczności lokalnych zapewnione miało być poprzez zastosowanie kryteriów formalnych specyficznych odnoszących się do diagnozy potrzeb. Zgodnie z tymi kryteriami, projekty miały odpowiadać na potrzeby i problemy w zakresie usług społecznych, zidentyfikowane na obszarze jego realizacji, biorąc pod uwagę trendy demograficzne i poziom dostępności usług.

Jakość wsparcia jest zapewniana m.in. przez wymóg minimalnego dwuletniego doświadczenia beneficjentów w świadczeniu usług społecznych (w przypadku usług typu środowiskowe centra zdrowia psychicznego – jednorocznego). Ogranicza to ryzyko niskiej jakości usług społecznych świadczonych w ramach projektów.

Koncentracja na osobach w najtrudniejszej sytuacji zapewniona jest przez obowiązek uwzględnienia w kryteriach rekrutacji uczestników projektów preferencji dla osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji. W naborach wskazywano takie grupy:

- rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością,
- osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek,
- osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi,
- osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie

gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

- osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Koncentracja terytorialna zapewniona była poprzez kryteria dotyczące obszaru, na którym może być realizowany projekt. W kryteriach wskazywano:

- gminy, w których zidentyfikowano brak takich usług wsparcia (jak świadczonych w ramach projektu) lub ich ograniczoną dostępność,
- gminy o wskaźniku korzystania z pomocy społecznej wyższym od średniej wojewódzkiej,
- obszary objęte rewitalizacją.

W konkursach premiowana była też realizacja projektów przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej i/lub organizacje pozarządowe. W niektórych naborach wskazano wprost, że wnioskodawcą (lub partnerem w projekcie) musi być JST. Częściej stosowano zapisy ograniczające katalog beneficjentów/partnerów do podmiotów uprawnionych do realizacji usług zgodnie z odpowiednimi regulacjami prawnymi (np. w przypadku usług wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej). W praktyce takie zapisy również ograniczały katalog beneficjentów do JST i NGO.

W konkursach **premiowana była także realizacja projektów w partnerstwach**, przy czym w zapisach kryteriów wyboru projektów wskazywano najczęściej na partnerstwa z JST lub NGO lub PES.

Powyższe wnioski z analizy potwierdzają również przedstawiciele instytucji regionalnych, biorący udział w wywiadach indywidualnych. Podkreślali oni, że premiowane były projekty realizowane w partnerstwie i ukierunkowane na osoby znajdujące się w najtrudniejszej sytuacji.

Analiza kryteriów wyboru projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych pokazuje, że były one dobrze skoncentrowane na osobach i grupach oraz obszarach znajdujących się w najtrudniejszych sytuacjach. Stosowana koncentracja wsparcia pozwalała optymalizować trafność i skuteczność w wykorzystaniu środków. Szczególnie wysoko należy ocenić działania ograniczające możliwość realizacji tego typu projektów przez podmioty niedoświadczone w zakresie realizacji usług społecznych, zarówno w ramach projektów EFS, jak i finansowane z innych źródeł (np. firmy konsultingowe).

W obszarze **regionalnych programów zdrowotnych** kryteria wyboru projektów ograniczały katalog beneficjentów do podmiotów uprawnionych (na mocy prawa) i faktycznie wykonujących działalność leczniczą. W jednym z naborów jako beneficjentów lub partnerów wskazano ponadto podmioty takie jak: JST, NGO, PES. W jednym z naborów premiowano

także podmioty doświadczone, posiadające co najmniej 3-letnie doświadczenie w obszarze zgodnym z RPZ.

3.3.2. Użyteczność wsparcia w zakresie usług społecznych i zdrowotnych

3.3.2.1. Charakterystyka uczestników projektów w obszarze usług społecznych

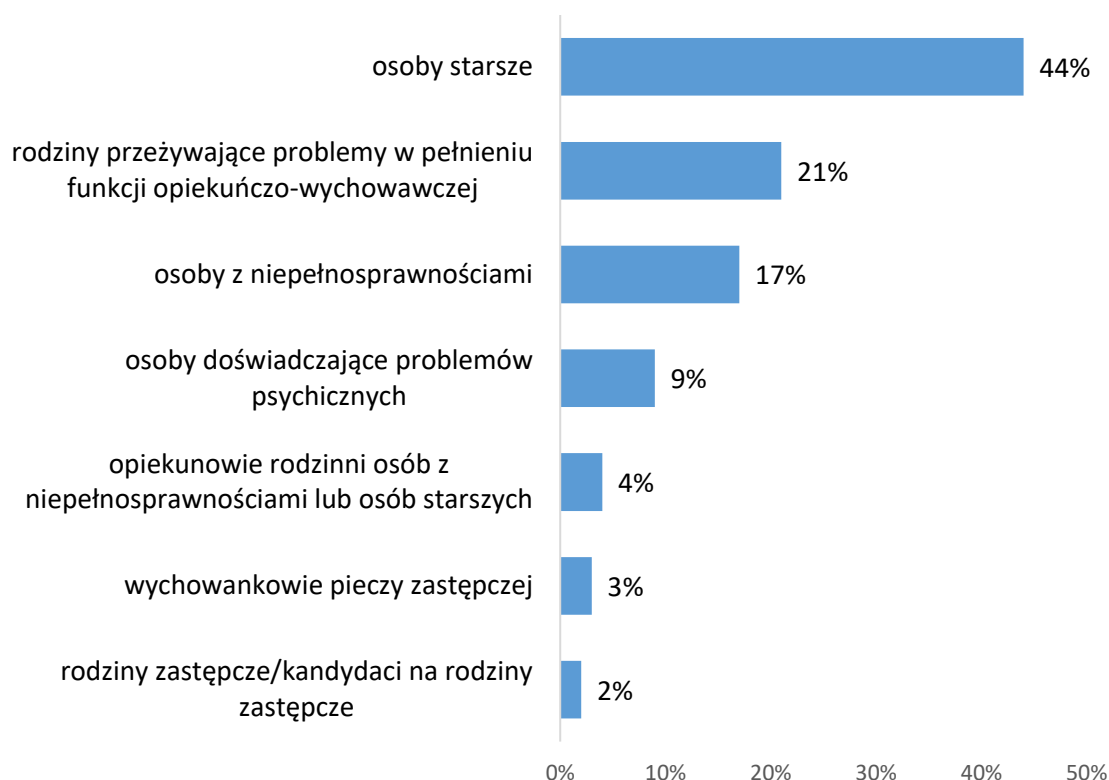
Zgodnie ze specyfiką osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, niektórzy uczestnicy projektów kwalifikowali się jednocześnie do kilku kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem (np. osoby starsze, które równocześnie są osobami z niepełnosprawnościami). Zjawisko to spowodowane jest też kryteriami wyboru projektów często stosowanymi przez IP RPO w naborach projektów w tym obszarze – zgodnie z kryteriami formalnymi specyficznymi, kryteria rekrutacji do projektu miały zapewniać preferencje m.in. dla osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 – 2020. Kryteria te zastosowano m.in. w naborach projektów następującego typu:

- typ nr 6 Rozwój zintegrowanych usług uzupełniających i wspierających rolę rodziny, również o charakterze profilaktycznym,
- typ nr 7 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej,

a więc projektów dedykowanych osobom i rodzinom, które często doświadczają złożonych problemów (np. oprócz problemów w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, a także problemu ubóstwa).

W grupie uczestników projektów wyraźnie dominują osoby starsze. Oprócz tego w projektach wzięło udział relatywnie dużo członków rodzin przeżywających problemy w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej oraz osób z niepełnosprawnościami. Na wykresie zaprezentowanym poniżej zaprezentowano rozkład uczestników projektów w obszarze usług społecznych (lub członków ich rodzin) ze względu na kategorię osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Wykres 38 Kategorie osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, którzy brali udział w projektach w obszarze usług społecznych w ramach RPO WL 2014-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI.

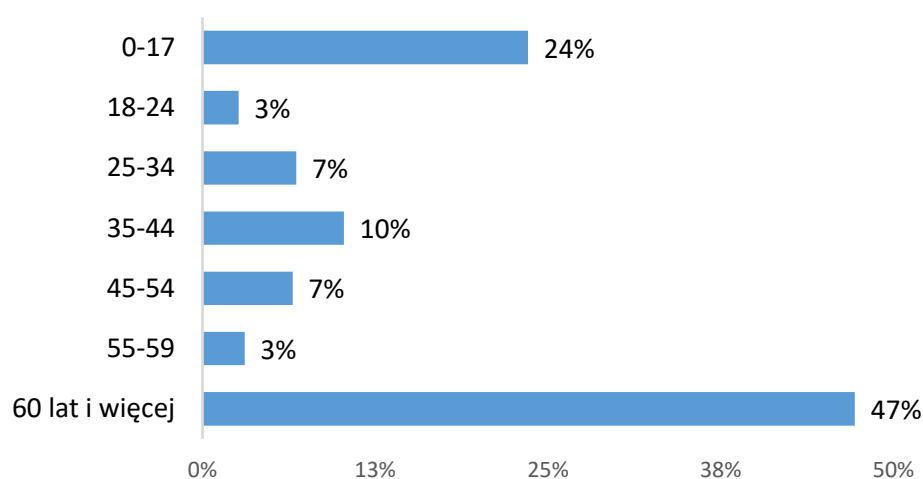
Badania jakościowe z uczestnikami projektów i z beneficjentami ujawniły także **zjawisko swego rodzaju selekcji uczestników projektów – do projektów w obszarze usług społecznych częściej trafiają osoby w relatywnie dobrej sytuacji, przede wszystkim w zakresie posiadanego kapitału społecznego** (sieci znajomości, udział w obiegu informacji o wsparciu dostępnym w ramach projektu) **i w zakresie motywacji** do skorzystania z oferty wsparcia. Pomimo tego, że formalne kryteria rekrutacji do projektu faworyzowały osoby w relatywnie najtrudniejszej sytuacji społecznej, to jednak w praktyce do udziału w projektach zgłaszały się raczej osoby, które po prostu miały dostęp do informacji o takiej możliwości (od znajomych, rodziny itd.).

Wśród uczestników dominowały kobiety, które stanowiły 66,5% uczestników. Z jednej strony wynika to z liczebnej dominacji kobiet wśród mieszkańców województwa lubelskiego powyżej 60 roku życia (grupa wiekowa zdecydowanie najliczniejsza wśród uczestników projektów w tym obszarze). Z drugiej strony wynika to z większej aktywności społecznej kobiet, zwłaszcza w przypadku osób starszych. To z kolei przekłada się na większą skłonność kobiet do partycypacji w tego typu projektach.

Prawie połowa uczestników projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych to osoby powyżej 60 roku życia. Jest to zrozumiałe przede wszystkim w kontekście typu usług

społecznych finansowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 – najczęściej były to właśnie usługi dedykowane osobom starszym. Dodatkowo, osoby w wieku poprodukcyjnym znacząco częściej niż osoby młodsze doświadczają problemów takich jak niepełnosprawność czy długotrwała i ciężka choroba, a tym samym w większym stopniu potrzebują także innego typu usług społecznych i zdrowotnych. Drugą najistotniejszą grupą wiekową uczestników projektów są osoby niepełnoletnie. Wynika to z faktu realizacji dość dużej liczby projektów w obszarze usług społecznych dedykowanych rodzinom przeżywającym trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej oraz rodzinom zastępczym.

Wykres 39 Struktura uczestników projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych ze względu na wiek



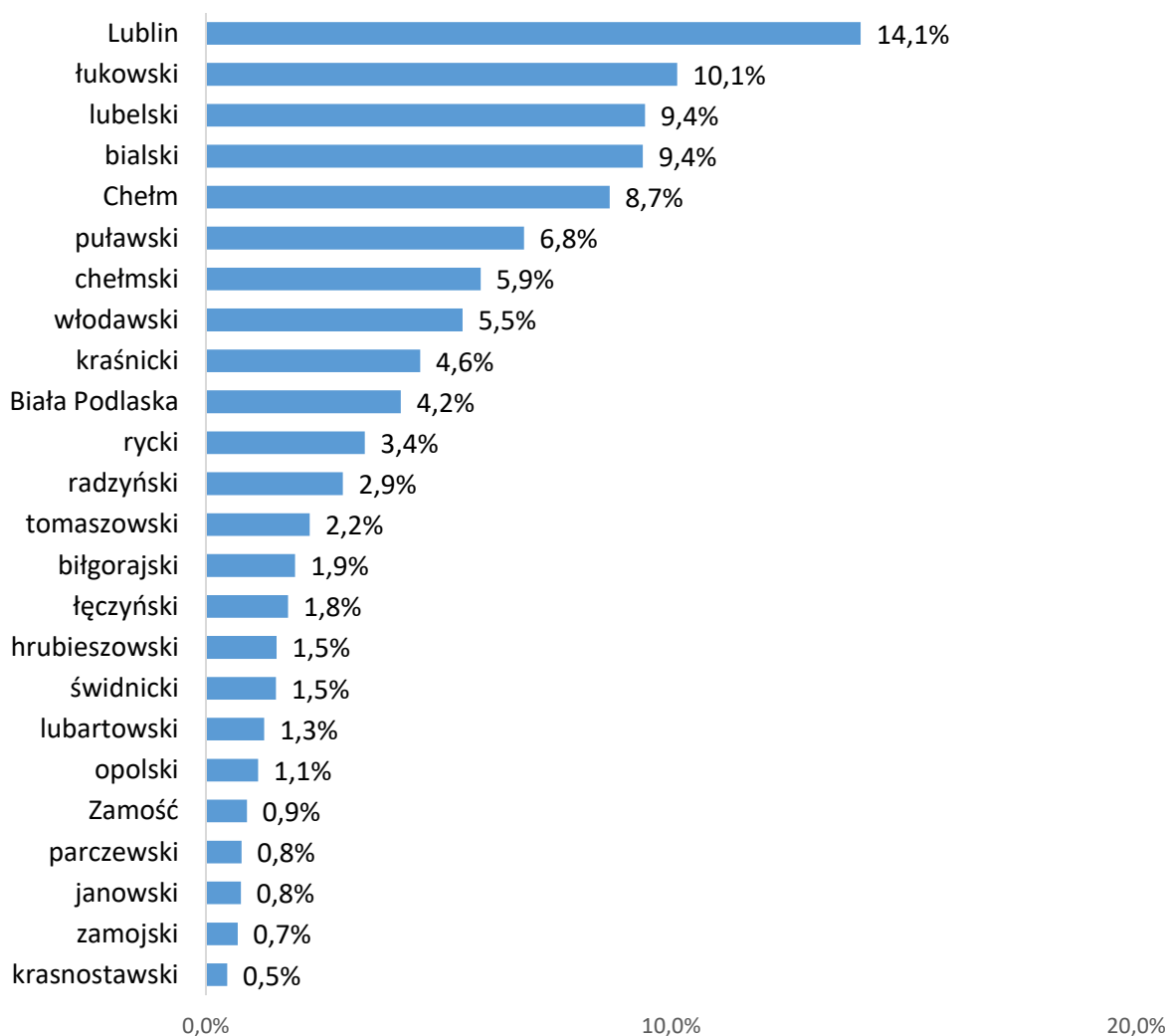
Źródło: SL2014

Wśród uczestników projektów dominowały osoby z relatywnie niskim poziomem wykształcenia. Osoby z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym i niższym niż podstawowe stanowiły łącznie 43% uczestników projektów. Osoby z wykształceniem ponadgimnazjalnym – 34%, policealnym – 11%, zaś wyższym – 12%.

58% uczestników projektów pochodziło z terenów wiejskich, słabo zaludnionych, według klasyfikacji DEGURBA. 18% uczestników projektów pochodziło z terenów pośrednich (miasta, przedmieścia), zaś 24% z terenów gęsto zaludnionych (największych miast regionu).

Najwięcej uczestników pochodziło z Lublina i powiatu lubelskiego. Łącznie stanowili oni 23,5% wszystkich uczestników. Relatywnie duża liczba uczestników projektów zamieszkuje także powiaty łukowski, bialski i miasto Chełm. Najmniej uczestników (poniżej 1%) pochodziło z powiatów krasnostawskiego, zamojskiego, janowskiego, parczewskiego i miasta Zamość.

Wykres 40 Struktura uczestników projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych ze względu na powiat



Źródło: SL2014

3.3.2.2. Zakres wsparcia otrzymywanego przez uczestników w ramach projektów

Osoby z niepełnosprawnościami otrzymywały różnego typu wsparcie w ramach projektów. Jak wynika z badania ankietowego uczestników projektów i ich rodzin, najczęściej było to korzystanie z pomocy psychologa lub terapeuty (62% badanych uczestników projektów), zajęcia aktywizujące (55%), rehabilitacja lub fizjoterapia (50%), trening samodzielności (26%) i udział w grupie wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami (21%). Znacznie rzadziej badani uczestnicy projektu brali udział w formach wsparcia takich jak pomoc opiekuna w miejscu zamieszkania (10%), korzystanie z wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego (10%), korzystanie z pomocy asystenta osoby z niepełnosprawnościami (7%), zamieszkanie w mieszkaniu chronionym lub wspomaganym (7%), korzystanie z

teleopieki (7%), czy ułatwienia w funkcjonowaniu (likwidacja barier w mieszkaniu, dowóz żywności, transport) (5%).

Także **osoby starsze** otrzymywały bardzo zróżnicowane wsparcie w ramach projektów, choć w tym wypadku da się wyróżnić trzy formy wsparcia szczególnie dominujące w projektach dedykowanych tej grupie docelowej. Jak wynika z badania ankietowego uczestników projektów i ich rodzin, najczęściej był to udział w zajęciach aktywizujących (59% badanych uczestników projektów), udział w rehabilitacji lub fizjoterapii (46%) oraz korzystanie z pomocy psychologa lub terapeuty (39%). Znacznie mniej osób badanych otrzymało takie formy wsparcia jak trening samodzielności (16%), korzystanie z pomocy opiekuna w domu (14%), korzystanie z wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego (9%), udział w grupie wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami (6%), korzystanie z pomocy asystenta (4%), ułatwienia w funkcjonowaniu (likwidacja barier w mieszkaniu, dowóz żywności, transport) (4%), korzystanie z teleopieki (4%). Żaden z badanych uczestników projektów nie skorzystał z zamieszkania w mieszkaniu chronionym lub wspomaganym. Wśród pozostałych form wsparcia, z których korzystali uczestnicy projektów – osoby starsze, wymienić można m.in. zajęcia sportowo-rekreacyjne, zajęcia kulturalne, zajęcia kulinarne, kursy komputerowe i językowe.

Opiekunowie osób z niepełnosprawnościami/osób starszych otrzymywali najczęściej wsparcie takie jak korzystanie z pomocy psychologa lub terapeuty (44% badanych uczestników projektów), udział w szkoleniach dotyczących pełnienia opieki (44%), udział w grupie wsparcia dla opiekunów (33%), korzystanie z opieki wytchnieniowej (11%) oraz wsparcie informacyjne (wykłady prowadzone przez lekarzy) (11%).

Rodziny przeżywające problemy w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej otrzymywały najczęściej wsparcie takie jak korzystanie z pomocy psychologa lub terapeuty (74% badanych uczestników projektu), korzystanie z poradnictwa rodzinnego (51%), udział dziecka w zajęciach w placówce wsparcia dziennego lub w świetlicy środowiskowej (32%) oraz integracja z innymi rodzinami (26%). Z pozostałych form wsparcia skorzystała mniejsza liczba badanych uczestników projektów: korzystanie z pomocy prawnika (17%), korzystanie z pomocy asystenta rodziny (11%), udział w grupie wsparcia dla rodzin (9%), udział w warsztatach lub szkoleniach np. dotyczących wychowywania dzieci (8%), korzystanie z pomocy w związku z problemem przemocy w rodzinie np. z terapii lub tymczasowego mieszkania poza domem (4%), przy czym należy zaznaczyć, że korzystanie z ostatniej z tych form wsparcia jest postrzegane jako szczególnie stygmatyzujące, a tym samym niektórzy respondenci mogli nie przyznawać się do korzystania z tego typu wsparcia.

Badane **rodziny zastępcze lub kandydaci na rodziny zastępcze** najczęściej w ramach projektów korzystały ze szkoleń dla rodzin zastępczych (60% badanych uczestników projektów), doradztwa dla rodzin zastępczych (40%), integracji z innymi rodzinami zastępczymi (40%). Po 20% badanych rodzin korzystało z grupy wsparcia dla rodzin zastępczych, ze wsparcia psychologa dla dzieci przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej oraz ze szkoleń dla kandydatów na rodziny zastępcze.

Wychowankowie pieczy zastępczej w ramach projektów korzystali najczęściej z pomocy psychologa lub terapeuty (57% badanych uczestników projektów) oraz z korepetycji (57%). Po 14% badanych korzystało z form wsparcia takich jak zamieszkanie w mieszkaniu chronionym lub wspomagany, korzystanie z rehabilitacji lub fizjoterapii, zajęcia z logopedą oraz z pomocy finansowej na usamodzielnienie.

Osoby doświadczające problemów psychicznych w ramach projektów korzystali najczęściej z pomocy psychologa lub terapeuty (96% badanych uczestników projektów). Znacznie rzadziej korzystali z pomocy psychiatry (35%) oraz z udziału w grupie wsparcia dla osób doświadczających problemów psychicznych (26%).

3.3.2.3. Ogólna użyteczność wsparcia otrzymanego w projektach

Wsparcie otrzymane w ramach projektów respondenci ogólnie oceniają jako dopasowane do ich potrzeb. Potwierdzają to wyniki badań uczestników projektów – zarówno ilościowych, jak i jakościowych z uczestnikami projektów.

Aż 92% badanych oceniło, że wsparcie, które otrzymali w projekcie było dopasowane do ich potrzeb. Przeciwnego zdania jest tylko 5% badanych uczestników projektów, zaś 3% nie wyraziło opinii w tym zakresie.

Jak wynika z badań ankietowych, aż 97% badanych uczestników projektów w obszarze usług społecznych lub członków ich rodzin poleciłoby udział w takim projekcie innym osobom w trudnej sytuacji życiowej. **Potwierdza to wniosek o wysokiej użyteczności tych projektów.**

Uczestnicy projektów w obszarze usług społecznych oddzielnie oceniali przydatność każdej z usług, z której skorzystali. Ocena dokonywana była na skali od 1 do 5, gdzie 1 – oznacza „wsparcie zupełnie nieprzydatne”, a 5 – „wsparcie bardzo przydatne”. Także na tej podstawie **użyteczność wsparcia oferowanego uczestnikom projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 uznać można za wysoką.** 69% ocenianych przez uczestników projektów (lub członków ich rodzin) form wsparcia ocenionych zostało jako bardzo przydatne, zaś 22% jako przydatne. W łącznie 91% ocenianych przypadków form wsparcia ocena ich przydatności/użyteczności była więc pozytywna, a w 9% - neutralna lub negatywna.

59% badanych uczestników projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych lub członków ich rodzin zadeklarowało, że projekt w pełni odpowiadał na ich potrzeby, zaś 32% stwierdziło, że w projekcie powinny nastąpić jakieś zmiany (9% badanych nie wyraziło opinii w tym zakresie). Spośród wszystkich zgłoszonych postulatów zmian w projekcie, respondenci wskazywali najczęściej na:

1. **konieczność zwiększenia intensywności otrzymywanego wsparcia w ramach form wsparcia dostępnych w projekcie (41% wszystkich postulatów zmian w projekcie),**
2. **konieczność wprowadzenia dodatkowych form wsparcia w ramach projektu (32%),** przy czym w przypadku dominujących grup respondentów – osób starszych i osób z

niepełnosprawnościami – najczęściej postulowano wprowadzenie form wsparcia w postaci rehabilitacji i innych usług o charakterze medycznym,

3. **konieczność zmiany/rozszerzenia zakresu działań w ramach realizowanych w projekcie form wsparcia, w tym także konieczność większej indywidualizacji wsparcia w ramach poszczególnych form tak, by dopasować je do indywidualnych potrzeb uczestników (15%),**
4. **konieczność zapewnienia lepiej wykwalifikowanego/bardziej kompetentnego personelu udzielającego wsparcia w ramach projektów (6%),**
5. **konieczność wprowadzenia innych zmian w projekcie (6%).**

Brak pełnego zaspokojenia potrzeb znacznej części uczestników projektów jest stanem naturalnym. Trudno bowiem oczekiwać, że w ramach projektu zaoferowane zostanie wsparcie w pełni odpowiadające na wszystkie, niekiedy złożone, potrzeby wszystkich uczestników. W ramach badań jakościowych z uczestnikami projektów oraz w ramach case study również ujawniały się potrzeby uczestników projektów, na które projekty nie odpowiadały. Nie zmieniało to jednak generalnie bardzo dobrej opinii uczestników o przydatności wsparcia otrzymanego w ramach projektów.

3.3.2.4. Użyteczność poszczególnych form wsparcia zastosowanych w projektach

Poniżej zamieszczono tabelę z rozkładem ocen poszczególnych form wsparcia zastosowanych w projektach w obszarze usług społecznych i zdrowotnych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020. Ze względu na niekiedy nieliczną grupę respondentów, którzy oceniali poszczególne formy wsparcia, do zaprezentowanych w tabeli wyników należy podchodzić z ostrożnością.

Tabela 5 Ocena uczestników projektów dotycząca przydatności poszczególnych form wsparcia zastosowanych w ramach projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych

Forma wsparcia	1 – zupełnie nieprzydatne	2 – raczej nieprzydatne	3 – Ani przydatne, ani nieprzydatne	4 – raczej przydatne	5 – bardzo przydatne	Liczba respondentów oceniających formę wsparcia
Pomocy psychologa, psychiatry lub terapeuty	0%	3%	6%	18%	72%	98
Zajęcia aktywizujące	0%	1%	8%	28%	63%	75
Rehabilitacja, fizjoterapia, turnusy rehabilitacyjne	0%	2%	6%	21%	71%	63
Grupy wsparcia	4%	4%	4%	26%	63%	27
Poradnictwo rodzinne	0%	0%	8%	16%	76%	25
Trening samodzielności	0%	5%	9%	27%	59%	22
Udział dziecka w zajęciach w placówce wsparcia dziennego lub w świetlicy środowiskowej	0%	0%	6%	13%	81%	16
Integracja z innymi rodzinami/rodzinami zastępczymi	0%	0%	6%	25%	69%	16
Pomocy opiekuna/usługi opiekuńcze	0%	7%	7%	7%	79%	14

Forma wsparcia	1 – zupełnie nieprzydatne	2 – raczej nieprzydatne	3 – Ani przydatne, ani nieprzydatne	4 – raczej przydatne	5 – bardzo przydatne	Liczba respondentów oceniających formę wsparcia
Szkolenia w zakresie pełnienia funkcji społecznych (np. opiekuńczych, wychowawczych)	0%	0%	0%	0%	100%	12
Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego	0%	9%	0%	36%	55%	11
Poradnictwo prawne	0%	0%	0%	22%	78%	9
Pomoc asystenta osoby z niepełnosprawnościami	0%	11%	11%	33%	44%	9
Ułatwienia w funkcjonowaniu (likwidacja barier w mieszkaniu, dowóz żywności, transport)	0%	0%	33%	33%	33%	6
Asystent rodziny	0%	0%	0%	33%	67%	6
Dzienny domu pobytu lub dom seniora	0%	0%	0%	0%	100%	5
Teleopieka	0%	0%	0%	75%	25%	4
Mieszkanie chronione lub wspomagane	33%	0%	0%	0%	67%	3

Forma wsparcia	1 – zupełnie nieprzydatne	2 – raczej nieprzydatne	3 – Ani przydatne, ani nieprzydatne	4 – raczej przydatne	5 – bardzo przydatne	Liczba respondentów oceniających formę wsparcia
Wsparcie w związku z problemem przemocy w rodzinie np. terapia lub tymczasowe mieszkanie	0%	0%	0%	0%	100%	2
Doradztwo dla rodzin zastępczych	0%	0%	0%	50%	50%	2
Pomoc finansowa	0%	0%	100%	0%	0%	1
Opieka wytchnieniowa	0%	0%	0%	0%	100%	1
Razem dla wszystkich form wsparcia	1%	2%	7%	22%	69%	427

W niektórych przypadkach suma wartości procentowych jest inna niż 100%, co wynika z zaokrągleń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI.

Na podstawie wyników zaprezentowanych w powyższej tabeli **nie można wskazać żadnych form wsparcia, które byłyby nieużyteczne lub nieadekwatne do potrzeb uczestników projektów.**

3.3.2.5. Dopasowywanie wsparcia oferowanego w projektach do indywidualnych potrzeb uczestników

Jak wykazało badanie jakościowe z beneficjentami i z uczestnikami projektów, **kluczowe znaczenie dla zapewnienia wysokiej użyteczności wsparcia ma jego dopasowanie do indywidualnych potrzeb uczestników projektów.** Choć projekty dedykowane były zazwyczaj do dość precyzyjnie zdefiniowanej kategorii społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (np. do osób starszych, do wychowanków pieczy zastępczej itd.), to jednak nawet tak wąsko zdefiniowane grupy nie są jednolite pod kątem doświadczanych problemów i potrzeb. Przykładowo, w projekcie realizowanym na rzecz osób doświadczających problemów psychicznych zmienną istotnie różnicującą potrzeby uczestników projektów był ich wiek i stan zdrowia. Te zmienne determinowały możliwość skorzystania z usług poza miejscem zamieszkania. Z reguły beneficjenci deklarowali możliwość dopasowania wsparcia do indywidualnych potrzeb uczestników w ich projektach. Beneficjenci tworzyli niekiedy diagnozy indywidualnych potrzeb uczestników, a na ich podstawie – indywidualne plany działania/wsparcia w ramach projektu.

Tym niemniej, w ramach badania jakościowego z beneficjentami **zidentyfikowano także projekty, w których beneficjenci, pomimo starań, niekiedy nie byli w stanie w pełni dopasować oferowanego wsparcia do potrzeb uczestników. Dotyczy to w szczególności projektów, w których dominują formy wsparcia realizowane grupowo.** Przykładowo, kluby/domy seniora oraz dzienne domy pobytu przygotowywały ofertę i realizowały działania raczej w odniesieniu do ogólnych potrzeb osób starszych z danej społeczności lokalnej, a nie w odpowiedzi na potrzeby poszczególnych uczestników projektów. Musiały też działać zazwyczaj w dość **wąskich ramach finansowych**, przez co nie mogły zrealizować wszystkich potrzeb uczestników (np. w zakresie specjalistycznej rehabilitacji wymagającej zakupu drogiego sprzętu i zatrudnienia specjalistów, czy w zakresie wycieczek/wyjazdów rekreacyjnych). W przypadku form wsparcia realizowanych grupowo, trudność beneficjentom sprawiało także ich dopasowywanie do potrzeb uczestników pod kątem organizacyjnym (np. w zakresie dogodnego miejsca i czasu świadczenia poszczególnych usług w sytuacji rozbieżnych oczekiwań uczestników projektu w tym zakresie).

Badania jakościowe projektów realizowanych w obszarze usług społecznych i zdrowotnych przeprowadzone z beneficjentami wykazały także, że **faktyczna skala zapotrzebowania na niektóre z tych usług ujawnia się dopiero, gdy zaczynają być one dostępne w społeczności lokalnej.** Tym samym w momencie przygotowywania projektu, nawet przy realizacji rzetelnej diagnozy, dopasowanie skali poszczególnych usług do potrzeb grupy docelowej sprawiało beneficjentem trudność. Przykładem mogą być tutaj usługi w zakresie ochrony zdrowia

psychicznego. Poprawa dostępu do tych usług spowodowała zjawisko zwiększonego zapotrzebowania na nie, m.in. z powodu zniwelowania efektu stygmatyzacji osób korzystających z usług psychiatry czy psychologa.

3.3.2.6. Podsumowanie

Uczestnicy projektów wysoko lub bardzo wysoko oceniają przydatność otrzymanego wsparcia, choć w wielu przypadkach nie zaspokajało ono w pełni ich potrzeb.

3.3.3. Skuteczność wsparcia w zakresie usług społecznych i zdrowotnych

3.3.3.1. Stan osiągnięcia wskaźników produktów i rezultatu w obszarze usług społecznych i zdrowotnych oraz regionalnych programów zdrowotnych

W niniejszym podrozdziale przedstawiono dane na temat alokacji oraz założonych i osiągniętych wartości wskaźników produktów i rezultatu dla Działania 11.2 RPO WL Usługi społeczne i zdrowotne – łącznie dla projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych oraz regionalnych programów zdrowotnych.

Zgodnie z danymi pozyskanymi od IZ RPO, **wszystkie wskaźniki produktu i rezultatu dla Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 zostały lub zostaną osiągnięte po zakończeniu realizacji wszystkich projektów**, które są w trakcie realizacji (zostały podpisane umowy na ich realizację).

Tabela 6 Stan realizacji wskaźników produktu i rezultatu według stanu na 30.06.2022 r. dla obszaru usług społecznych i zdrowotnych oraz regionalnych programów zdrowotnych

Wskaźnik	Wartość docelowa wskaźnika dla roku 2023	Wartość wskaźnika na podstawie formularzy uczestników/ wniosków o płatność	Wartość wskaźnika na podstawie podpisanych umów	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie zatwierdzonych formularzy/ wniosków o płatność	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie podpisanych umów
Wskaźniki produktu					
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie	19 300	22 605	21 017	117,12%	108,90%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	14 449	17 488	16 280	121,03%	112,67%
Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie	6 814	6 157	4 407	90,36%	64,68%
Liczba osób pochodzących z obszarów wiejskich	38 682	33 756	43 851	87,27%	113,36%

Wskaźnik	Wartość docelowa wskaźnika dla roku 2023	Wartość wskaźnika na podstawie formularzy uczestników/ wniosków o płatność	Wartość wskaźnika na podstawie podpisanych umów	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie zatwierdzonych formularzy/ wniosków o płatność	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie podpisanych umów
Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19	408	430	800	105,39%	196,08%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19	6 029 849 zł	7 287 606 zł	8 294 028 zł	120,86%	137,55%
Wskaźniki rezultatu					
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych, istniejących po zakończeniu projektu	8 700	6 226	10 397	71,56%	119,51%
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu	663	285	685	42,99%	103,32%

Źródło: UMWL.

3.3.3.2. Efekty projektów w zakresie aktywizacji społecznej

Efekty projektów w zakresie aktywizacji społecznej uczestników można podzielić na uniwersalne, wspólne dla wszystkich kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz efekty specyficzne dla poszczególnych kategorii społecznych uczestników projektów (efekty dotyczące zniwelowania problemów specyficznych dla danej grupy).

3.3.3.2.1. Efekty uniwersalne w zakresie aktywności społecznej uczestników projektów

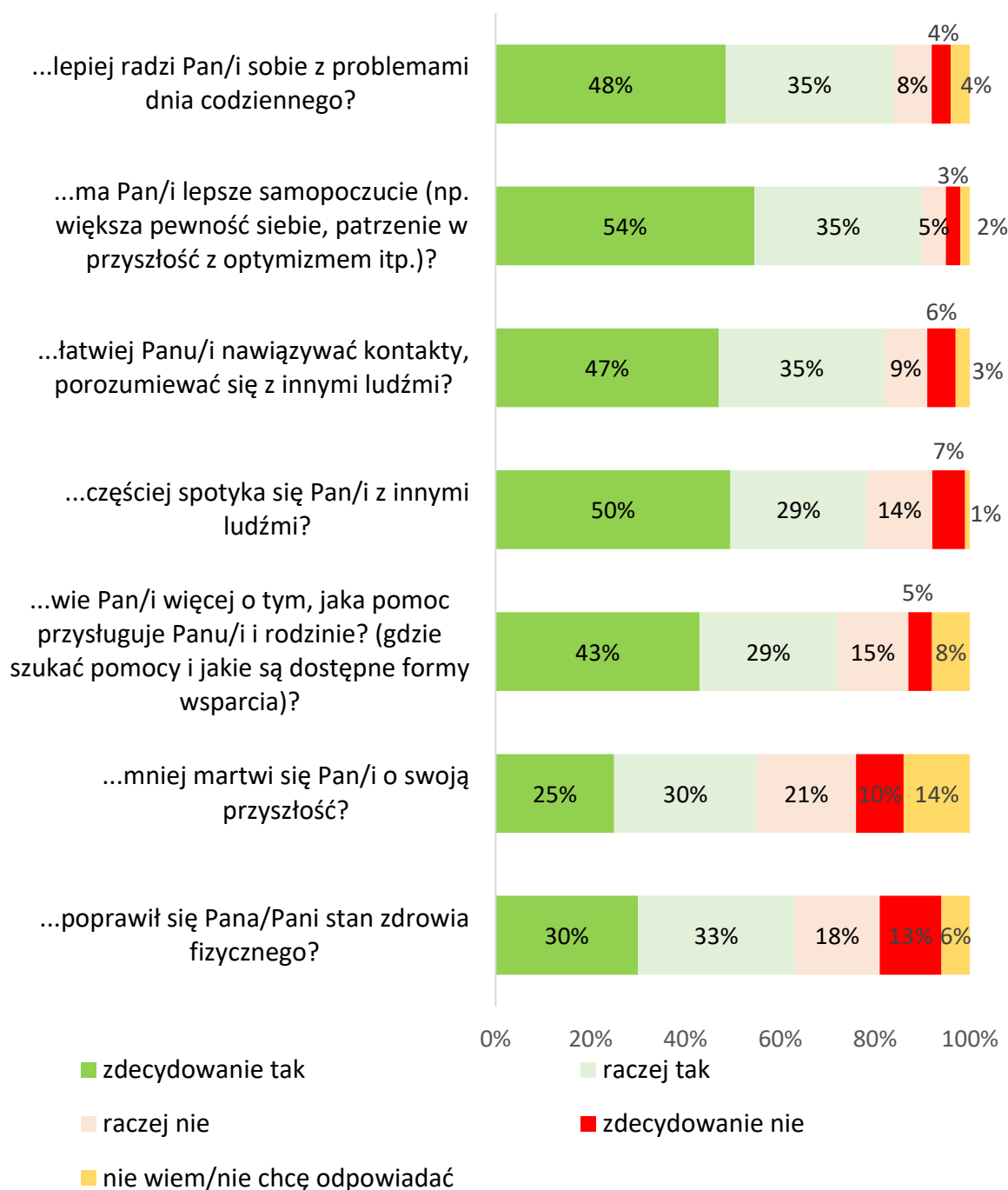
Oczekiwanym efektem projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych jest poprawa jakości życia ich uczestników w wymiarze funkcjonowania społecznego, stanu zdrowia, samopoczucia, zdolności do radzenia sobie z problemami życia codziennego. Tego typu efektów należy oczekiwać w odniesieniu do wszystkich kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które objęte zostały wsparciem w ramach projektów.

Jak wynika z przeprowadzonego badania ankietowego uczestników projektów, **prawie 90% z nich dzięki udziałowi w projekcie ma lepsze samopoczucie** rozumiane np. jako większą pewność siebie, patrzenie w przyszłość z optymizmem itp. **83% badanych lepiej radzi sobie z problemami dnia codziennego**, a **82% badanych przyznało, że łatwiej nawiązywać im kontakty i porozumiewać się z innymi ludźmi. Nieznacznie mniej (78%) przyznało, że dzięki udziałowi w projekcie częściej spotyka się z innymi ludźmi**, co z jednej strony jest logiczną konsekwencją poprawienia zdolności do porozumiewania się z innymi ludźmi, a z drugiej efektem powszechnego stosowania grupowych form wsparcia w ramach projektów (np. grupy wsparcia, zajęcia grupowe dla osób starszych i osób z niepełnosprawnościami itd.). **63% uczestników projektów przyznało, że poprawił się ich stan zdrowia fizycznego. 55% badanych przyznało, że dzięki udziałowi w projekcie mniej martwi się o swoją przyszłość.**

Istotnym efektem projektów w obszarze usług społecznych jest także poprawienie orientacji uczestników projektów w poruszaniu się po systemie pomocy społecznej i systemach powiązanych (np. ochrona zdrowia, edukacja) – **72% badanych przyznało, że dzięki udziałowi w projekcie wie więcej o tym, jaka pomoc przysługuje im oraz członkom ich rodzin.**

Szczegółowe dane na temat skali wystąpienia poszczególnych efektów uniwersalnych w zakresie aktywizacji społecznej uczestników projektów zaprezentowane zostały na poniższym wykresie.

Wykres 41 Uniwersalne efekty projektów w obszarze usług społecznych w zakresie aktywizacji społecznej ich uczestników - struktura odpowiedzi na pytanie kwestionariuszowe „Czy dzięki udziałowi w projekcie...”



W niektórych przypadkach suma wartości procentowych jest inna niż 100%, co wynika z zaokrągleń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI.

3.3.3.2.2. Efekty specyficzne dla poszczególnych grup uczestników projektów

Osoby z niepełnosprawnościami i osoby starsze

W przypadku osób z niepełnosprawnościami i osób starszych (kategorie te często pokrywają się ze sobą, co znalazło potwierdzenie w wynikach badania ankietowego, w którym respondenci kwalifikowali siebie zarówno do jednej, jak i do drugiej grupy uczestników projektów), podstawowym efektem udziału we wsparciu może być poprawa funkcjonowania tych osób w życiu codziennym. **W przypadku obydwu analizowanych kategorii społecznych zrealizowane projekty uznać należy za bardzo skuteczne w zakresie osiągnięcia tego efektu.** Zarówno w przypadku osób starszych, jak i osób z niepełnosprawnościami ok. 90% badanych przyznało, że dzięki udziałowi w projekcie lepiej funkcjonują w codziennym życiu np. w domu, przy czym dominowały odpowiedzi „zdecydowanie tak”. Jedynie ok. 10% badanych oceniło, że udział w projekcie nie wpłynął na poprawę jakości ich codziennego funkcjonowania.

Badania jakościowe z uczestnikami projektów i z beneficjentami potwierdzają wysoką skuteczność projektów w zakresie aktywizacji społecznej osób starszych i osób z niepełnosprawnościami. Przede wszystkim widoczne są efekty w postaci wzrostu aktywności społecznej, nawiązania więzi z innymi osobami ze społeczności lokalnej (co wpływa na poprawę stanu zdrowia psychicznego), a także poprawy stanu zdrowia fizycznego (przede wszystkim dzięki udziałowi w zajęciach sportowych i rekreacyjnych).

Opiekunowie rodzinni osób niesamodzielnych

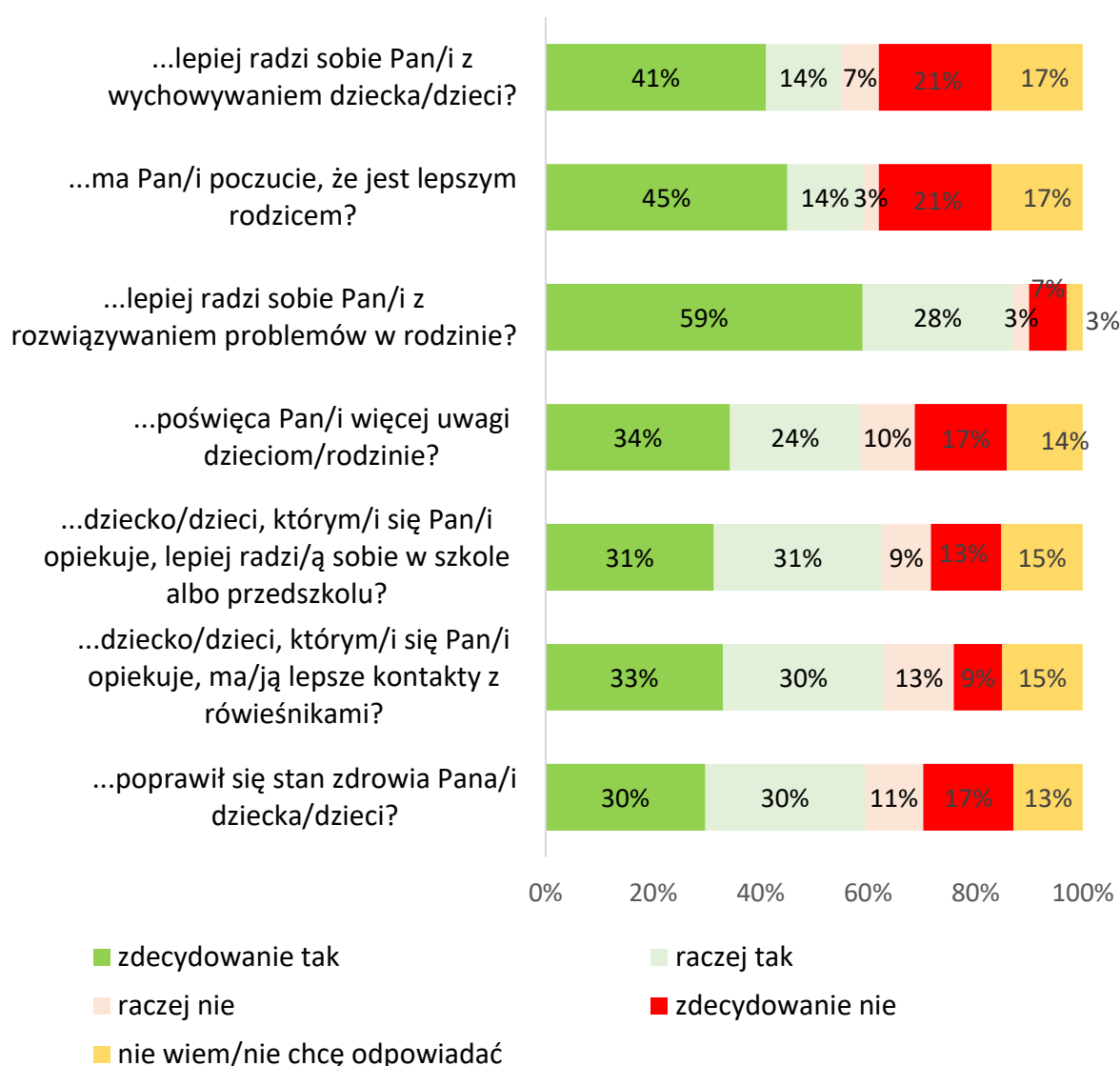
Wsparcie dedykowane opiekunom nieformalnym należy uznać za skuteczne w zakresie wzmacniania ich kompetencji do świadczenia opieki nad niesamodzielnymi członkami ich rodziny. 78% badanych opiekunów rodzinnych/nieformalnych osób niesamodzielnych (osób z niepełnosprawnościami, osób starszych), oceniło, że dzięki udziałowi w projekcie lepiej radzi sobie z opieką nad członkiem rodziny. **Nieznacznie słabsza jest skuteczność projektów w zakresie uwalniania puli czasu wolnego dla opiekunów rodzinnych osób niesamodzielnych (np. na skutek korzystania z usług opieki wytchnieniowej), choć także w tym wypadku projekty uznać można za skuteczne.** 67% badanych przyznało, że dzięki udziałowi w projekcie zyskało więcej czasu na zajęcie się innymi sprawami niż opieka nad członkiem rodziny.

Rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej i/lub dzieci z tych rodzin

W przypadku projektów dedykowanych rodzinom przeżywającym trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych analizowane specyficzne efekty projektów odnosiły się zarówno do poprawy skuteczności pełnienia tej funkcji przez rodzica/rodziców, jak i do poprawy jakości życia dzieci z tych rodzin. Spośród wszystkich analizowanych specyficznych

dla rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej efektów projektów, **najczęściej wystąpił efekt w postaci polepszenia zdolności uczestnika/uczestniczki projektu do rozwiązywania problemów w rodzinie** (łącznie w aż 86% analizowanych przypadków, w których w projekcie brał/a udział osoba dorosła). Pozostałe analizowane efekty wystąpiły – zgodnie z deklaracjami respondentów – w ok. 55-65% analizowanych przypadków. Szczegółowe dane zaprezentowane zostały na poniższym wykresie.

Wykres 42 Efekty projektów specyficzne dla rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej - struktura odpowiedzi na pytanie kwestionariuszowe „Czy dzięki udziałowi w projekcie...” (n=53)



W niektórych przypadkach suma wartości procentowych jest inna niż 100%, co wynika z zaokrągleń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI.

Badania jakościowe z uczestnikami projektów potwierdziły dość wysoką skuteczność projektów skierowanych do rodzin przeżywających problemy w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej w zakresie aktywizacji społecznej. Badanie potwierdziło, z jednej strony zróżnicowanie form wsparcia stosowanych w projektach (np. kurs komputerowy, doradztwo, wsparcie w zakresie dbałości o własny wizerunek), a z drugiej **ściśle powiązanie ze sobą poszczególnych efektów cząstkowych udziału w różnych formach wsparcia w ramach projektów**. Przykładowo, efekty w postaci kompetencji cyfrowych uczestników przekładają się na wyższe umiejętności samodzielnego, niezależnego od innych członków rodziny funkcjonowania w społeczeństwie. To z kolei stanowi fundamentalny element zapobiegania/profilaktyki zjawiska przemocy w rodzinie.

Rodziny zastępcze

Wszyscy respondenci, którzy wzięli udział we wsparciu dedykowanym rodzinom zastępczym przyznali, że dzięki udziałowi w projekcie:

- lepiej radzą sobie z wychowywaniem dziecka/dzieci umieszczonych w rodzinie zastępczej;
- mają poczucie, że są lepszymi rodzicami zastępczymi;
- dzieci umieszczone w ich rodzinie zastępczej lepiej radzą sobie w szkole albo w przedszkolu;
- dzieci umieszczone w ich rodzinie zastępczej mają lepsze kontakty z rówieśnikami;

W 80% analizowanych przypadków uczestnicy projektów przyznali, że lepiej radzą sobie z rozwiązywaniem problemów w rodzinie zastępczej, zaś w 60% przypadków, że poprawił się stan zdrowia dziecka/dzieci umieszczonych w ich rodzinie zastępczej.

Choć próba badawcza przedstawicieli rodzin zastępczych w badaniu CATI była bardzo mała (n=5), to na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że **projekty te były wysoce skuteczne w zakresie osiągnięcia efektów specyficznych dla rodzin zastępczych**.

Wychowankowie pieczy zastępczej

57% badanych wychowanków pieczy zastępczej przyznało, że ich udział w projekcie sprawił, że czują się lepiej przygotowani do dorosłego, samodzielnego życia. Choć próba badawcza wychowanków pieczy zastępczej w badaniu CATI była bardzo mała (n=7), to na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że **projekty te były umiarkowanie skuteczne w zakresie osiągnięcia efektów specyficznych dla wychowanków pieczy zastępczej**. Jak wynika z przeprowadzonych badań jakościowych z uczestnikami projektów i z beneficjentami (przeprowadzonymi także w ramach case study), najistotniejszą potrzebą usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej, która nie jest zaspokajana w wystarczającym stopniu w województwie lubelskim, jest potrzeba mieszkaniowa. Wsparcie

w postaci mieszkań chronionych/wspomaganych lub innego typu wsparcie w zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych jest oferowane wychowankom pieczy zastępczej bardzo rzadko, także w ramach RPO WL 2014-2020.

Osoby doświadczające kryzysów psychicznych

W przypadku osób doświadczających kryzysów psychicznych specyficznym efektem ich udziału w projektach może być poprawa stanu zdrowia psychicznego. Efekt ten wystąpił w przypadku 83% badanych uczestników projektów doświadczających kryzysów psychicznych.

Skuteczność projektów w tym obszarze uznać można za wysoką. Badanie jakościowe z uczestnikami projektów i z beneficjentami wykazało, że poprawa stanu zdrowia psychicznego objawia się przede wszystkim redukcją lęku przed kontaktami społecznymi.

Przeprowadzone badanie jakościowe z beneficjentami potwierdza pozytywny wpływ usług zdrowotnych świadczonych w ramach projektów, świadczonych przez środowiskowe centra zdrowia psychicznego, na funkcjonowanie w społeczeństwie osób doświadczających kryzysów psychicznych. Badanie wykazało, że **efekty korzystania z usług w zakresie ochrony zdrowia psychicznego pojawiają się zazwyczaj po dłuższym okresie korzystania z nich.**

3.3.3.2.3. Podsumowanie

Jak wynika z zaprezentowanych danych, oferowane wsparcie w zakresie usług społecznych i zdrowotnych w wysokim stopniu wpłynęło na włączenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w wymiarze społecznym. Skuteczność programów w postaci zapewnienia dostępu do usług społecznych/zdrowotnych dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ich rodzin oraz innych osób z ich otoczenia ocenić należy jako wysoką.

W obszarze usług społecznych i zdrowotnych (Działanie 11.2 RPO WL 2014-2020) spośród poszczególnych kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym najniższą użytecznością i skutecznością charakteryzowały się projekty realizowane na rzecz usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej. Najistotniejszą potrzebą, która nie jest zaspokojona (ani w ramach projektów RPO WL 2014-2020, ani w ramach działań finansowanych ze środków krajowych i powiatowych) w odniesieniu do tej grupy docelowej jest potrzeba mieszkaniowa. Choć ta kategoria społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym jest relatywnie nieliczna w województwie lubelskim, to zaniedbania w tym obszarze generują wysokie koszty społeczne dla regionu.

3.3.3.3. Efekty projektów w zakresie aktywności zawodowej uczestników projektów i ich rodzin

3.3.3.3.1. Teoria interwencji

Choć zasadniczym celem projektów w obszarze usług społecznych nie jest, co do zasady, aktywizacja zawodowa ich uczestników (w przeciwieństwie do projektów w obszarze aktywnego włączenia oraz ekonomii społecznej), to jednak wsparcie uzyskane w ramach tych projektów także może przyczynić się do wystąpienia efektów w postaci aktywizacji zawodowej/podjęcia zatrudnienia przez uczestników projektów lub członków ich rodzin.

Po pierwsze, jak wynika z przeprowadzonego badania, w projektach realizowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 realizowane były także formy aktywizacji zawodowej (np. doradztwo zawodowe dla osób z niepełnosprawnościami czy wychowanków pieczy zastępczej) lub takie, które można uznać za formy aktywizacji zawodowej (np. kursy komputerowe dla członków rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej). Efekty tych form wsparcia mogą bezpośrednio wpływać na zdolność do podjęcia zatrudnienia.

Po drugie, barierą w podjęciu pracy zawodowej są często problemy w funkcjonowaniu społecznym osób biernych zawodowo/bezrobotnych i ich zły stan zdrowia fizycznego i/lub psychicznego (np. w przypadku osób doświadczających kryzysów psychicznych) czy też wypełnianie obowiązków opiekuńczych wobec niesamodzielnych członków rodziny. W takich przypadkach formy aktywizacji społecznej lub zdrowotnej (np. terapia psychologiczna/psychiatryczna, zapewnienie usług opiekuńczych dla członków rodziny uczestnika projektu) mogą doprowadzić do niwelacji tych barier, co z kolei może przyczynić się do możliwości podjęcia zatrudnienia przez uczestnika projektu lub członka jego rodziny, który do tej pory pełnił funkcje opiekuńcze wobec niego.

3.3.3.3.2. Skuteczność projektów w obszarze usług społecznych w zakresie aktywizacji zawodowej ich uczestników

Spośród uczestników projektów biernych zawodowo lub bezrobotnych w momencie przystąpienia do projektu w obszarze usług społecznych **zatrudnienie w momencie realizacji badania posiada jedynie 4,6% badanych**. Spośród tych uczestników projektów, którzy aktualnie nie pracują zawodowo jedynie 1,7% było zarejestrowanych jako osoby bezrobotne w powiatowym urzędzie pracy i aktywnie poszukiwało pracy w ciągu ostatnich 30 dni. Reszta to osoby bierne zawodowo. **Skuteczność projektów w obszarze usług społecznych w zakresie aktywizacji zawodowej samych uczestników projektów jest zatem bardzo niska. Należy jednak pamiętać, że bardzo duża część tych uczestników projektów to osoby niezdolne do podjęcia zatrudnienia – osoby w wieku poprodukcyjnym (osoby starsze) i przedprodukcyjnym (dzieci)**, co potwierdza struktura odpowiedzi na pytanie o przyczyny braku zatrudnienia uczestników projektów. Aż **64,2%** spośród niepracujących w momencie badania uczestników projektów w obszarze usług społecznych to emeryci, zaś kolejne **20,8%**

to osoby kontynuujące naukę – w przeważającej większości osoby niepełnoletnie dalej uczące się w szkołach.

Spośród pozostałych powodów braku zatrudnienia podawanych przez uczestników projektów zdecydowanie dominuje zły stan zdrowia lub niepełnosprawność (6,9%).

Oznacza to, że choć uczestnicy projektów powszechnie deklarowali poprawę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, to jednak dla wielu z nich nadal jest to bariera utrudniająca podjęcie pracy lub też w miejscu ich zamieszkania brakuje miejsc pracy dostosowanych do specyfiki osób z niepełnosprawnościami (np. zakładów aktywności zawodowej lub zakładów pracy chronionej). Pozostałe powody braku podejmowania pracy zawodowej wskazywane były przez pojedyncze osoby, które wzięły udział w badaniu.

Jedynie 5% uczestników projektów spośród tych, którzy pracowali w momencie badania (zarówno osoby pracujące, jak i niepracujące w momencie przystąpienia do projektu) stwierdziło, że gdyby nie braли udziału w nim, to aktualnie nie mieliby pracy zarobkowej – ta część uczestników projektów dostrzega zatem wpływ wsparcia pozyskanego w projekcie na utrzymanie (w większości przypadków) lub podjęcie (w mniejszości przypadków) zatrudnienia. Pozostali uczestnicy projektów pracujący w momencie realizacji badania nie dostrzegają wpływu udziału w projekcie na fakt ich aktywności zawodowej. **Potwierdza to niską skuteczność projektów w obszarze usług społecznych na aktywność zawodową uczestników projektów.**

Badania jakościowe z uczestnikami projektów potwierdzają, że udział w projektach w obszarze usług społecznych i zdrowotnych nie wpływa na wzrost aktywności zawodowej ich uczestników. Ewentualna zmiana w sytuacji zawodowej uczestnika projektu nie jest postrzegana jako efekt otrzymania wsparcia w postaci usług społecznych i/lub zdrowotnych.

3.3.3.3.3. Skuteczność projektów w obszarze usług społecznych w zakresie aktywizacji zawodowej członków rodzin uczestników projektów

Zgodnie z przewidywaniami, **projekty w obszarze usług społecznych są skuteczniejsze w zakresie zwiększenia aktywności zawodowej członków rodzin uczestników projektów – 11% z nich przyznało, że ich udział w projekcie ułatwił podjęcie pracy innym członkom ich rodziny lub zwiększenie wymiaru ich pracy.** Opisane na początku niniejszego podrozdziału zjawisko pośredniego wpływu wsparcia w postaci usług społecznych i zdrowotnych na członków rodziny uczestników projektów miało miejsce także w konsekwencji realizacji projektów w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020, choć częstotliwość jego występowania (w przypadku co dziesiątego uczestnika projektu) ocenić należy jako **umiarkowaną.**

Badania jakościowe z uczestnikami projektów i beneficjentami również nie potwierdziły, by projekty w obszarze usług społecznych i zdrowotnych istotnie zwiększały aktywność zawodową ich uczestników lub ich rodzin. Nie zidentyfikowano takich przypadków w ramach badań jakościowych. Beneficjenci projektów w obszarze usług społecznych, z którymi

przeprowadzono wywiady jakościowe, nie monitorują wpływu projektów na aktywność zawodową ich uczestników i członków ich rodzin.

3.3.3.3.4. Efekty projektów w zakresie sytuacji materialnej uczestników projektów i ich rodzin

20% badanych uczestników projektów przyznało, że aktualnie sytuacja finansowa ich rodzin jest lepsza niż przed ich udziałem w projekcie. Spośród nich 48% twierdząco odpowiedziało na pytanie o to, czy wpływ na poprawę sytuacji finansowej ich rodzin miał ich udział w projekcie, zaś pozostali nie dostrzegają wpływu projektu na tę zmianę. Oznacza to, że **poprawa sytuacji finansowej rodzin uczestników projektów wskutek oddziaływania projektów nastąpiła w 9% analizowanych przypadków**. Jest to wartość zbliżona do podawanej wcześniej wartości 11% (odsetek uczestników, których udział w projekcie pozwolił członkom ich rodzin na podjęcie pracy lub zwiększenie jej wymiaru). **Skala zmian w zakresie poziomu ubóstwa doświadczanego przez uczestników projektów w obszarze usług społecznych jest zatem raczej niewielka.**

Zauważyć można także efekt projektów w postaci spadku częstotliwości korzystania z pomocy społecznej przez rodziny ich uczestników. Jak wynika z badania ankietowego, przed przystąpieniem do projektu z pomocy społecznej korzystało łącznie **21%** gospodarstw domowych rodzin uczestników projektu. 16% korzystało ze wsparcia finansowego (zasiłków, dodatków), a 8% ze wsparcia pozafinansowego (np. wsparcia pracownika socjalnego, psychologa, prawnika itd.). Na moment realizacji badania z pomocy społecznej korzysta łącznie **16% (-5 pkt. proc.)** gospodarstw domowych uczestników projektów.

12% (- 4 pkt. proc.) korzysta ze wsparcia finansowego, a 6% (-2%) ze wsparcia pozafinansowego. **Nieznacznie silniejszy jest zatem spadek częstotliwości korzystania z pomocy finansowej, co należy ocenić pozytywnie.** W znacznej mierze jest to zapewne efekt poprawy sytuacji finansowej rodzin uczestników projektów, który z kolei jest częściowo spowodowany wsparciem pozyskanym w ramach projektu przez ich uczestników. Spośród tych respondentów, których rodziny nie korzystają z pomocy społecznej 19% przyznało, że potrzebne wsparcie nie jest dostępne dla ich rodziny, co może świadczyć o dość dużym niezaspokojonym popycie na dalsze wsparcie o charakterze usługowym lub finansowym.

3.3.3.3.5. Podsumowanie

Projekty w obszarze usług społecznych w bardzo małym stopniu wpłynęły na włączenie społeczne osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w wymiarze zatrudnieniowym, natomiast w umiarkowanym stopniu na wzrost aktywności zawodowej członków rodzin uczestników projektów.

Skala zmian w postaci poprawienia sytuacji materialnej/niwelacji ubóstwa uczestników projektów w obszarze usług społecznych i członków ich rodzin jest raczej niewielka. Niewielki jest także spadek odsetka uczestników projektów i ich rodzin korzystających z pomocy

społecznej. Powyższe są konsekwencją jedynie niewielkich zmian w zakresie aktywności zawodowej (a tym samym zmian w zakresie dochodów uzyskiwanych z pracy) uczestników projektów i członków ich rodzin.

3.3.4. Trwałość efektów w zakresie aktywizacji społecznej uczestników projektów

Jak wynika z badania ankietowego uczestników projektów w obszarze usług społecznych, 83% z nich nadal, w momencie realizacji badania odczuwa pozytywne efekty w zakresie aktywizacji społecznej takie jak poprawa funkcjonowania społecznego, stanu zdrowia, samopoczucia, czy zdolności do radzenia sobie z problemami życia codziennego. **Trwałość zmiany sytuacji uczestników w wyniku otrzymanego wsparcia jest zatem wysoka.** W badaniu jakościowym z uczestnikami projektów zidentyfikowano przypadki braku trwałości pozytywnych efektów oddziaływania usług społecznych realizowanych w ramach projektów po zaprzestaniu korzystania z nich przez uczestnika projektu (obniżenie, w stosunku do okresu udziału w projekcie, aktywności społecznej osoby starszej, która zakończyła udział w zajęciach klubu seniora). Przykład ten nie zmienia jednak ogólnej, pozytywnej oceny trwałości efektów w zakresie aktywizacji społecznej uczestników projektów.

3.3.5. Wsparcie dla osób świadczących usługi społeczne i zdrowotne

Oprócz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które korzystały z usług społecznych/zdrowotnych w projektach realizowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 wyróżnić można, zgodnie z SZOOP RPO WL 2014-2020, także drugą zasadniczą grupę uczestników projektów – personel/osoby świadczące usługi społeczne użyteczności publicznej i usługi zdrowotne (zarówno w formie środowiskowej, jak i instytucjonalnej) takie jak opiekunowie, wolontariusze itd. W programie dopuszczono możliwość ich szkolenia/przekwalifikowywania w ramach projektów. Oczekiwanym efektem tych działań ma być przygotowanie tych osób do świadczenia lub poprawa jakości świadczenia usług społecznych użyteczności publicznej lub usług zdrowotnych w ramach projektów. Nabyte umiejętności/kompetencje mogą być oczywiście także wykorzystane po zakończeniu realizacji usług w ramach projektów.

Uczestnicy projektów z tej grupy wzięli udział w badaniach ilościowych i jakościowych. Uzyskane wsparcie szkoleniowe w ramach projektu ocenione zostało przez 93% z nich jako bardzo przydatne lub raczej przydatne. 79% badanych nie wskazało żadnych postulatów zmian w projekcie, w którym brali udział. Pozostali wskazywali na konieczność wydłużenia okresu realizacji projektu (co zapewne wiązałyby się także z wydłużeniem okresu zatrudnienia tych osób do realizacji usług w ramach projektów) oraz na wprowadzenie dodatkowej formy wsparcia dla tej grupy uczestników (personelu projektu świadczącego usługi) w postaci możliwości skorzystania z indywidualnych spotkań ze specjalistami.

Otrzymane wsparcie dla tej grupy uczestników projektów ocenić należy zatem jako wysoce użyteczne.

93% badanych ocenia, że otrzymane przez nich wsparcie przyczyniło się do podniesienia przez nich kompetencji zawodowych. 86% badanych deklaruje z kolei, że wykorzystywało nabyte w projekcie umiejętności do świadczenia wsparcia (usług społecznych, w tym także w ramach wolontariatu lub usług zdrowotnych) w ramach projektu. **Wsparcie otrzymane w ramach projektów ocenić należy zatem jako wysoce skuteczne.** Badanie jakościowe z uczestnikami projektów wykazało, że choć dopuszczalną w RPO WL 2014-2020 formą wsparcia dla tej grupy uczestników projektów są szkolenia/przekwalifikowanie, to jednak wpływ na rozwój umiejętności/ kompetencji zawodowych personelu świadczącego usługi społeczne/zdrowotne ma przede wszystkim praktyczne świadczenie usług przy wsparciu różnego typu innych, często bardziej doświadczonych i wyżej wykwalifikowanych specjalistów (np. terapeutka środowiskowa współpracująca w ramach projektu z psychologami czy psychiatrami).

93% badanych przyznało, że nadal wykorzystuje nabyte umiejętności/kompetencje do świadczenia usług społecznych lub zdrowotnych. **Trwałość wsparcia ocenić należy zatem jako bardzo wysoką.**

3.3.5.1. Podsumowanie

Osoby świadczące usługi społeczne przeszkolone w ramach projektów nabyły lub podniosły umiejętności/ kompetencje/kwalifikacje do świadczenia usług w wysokim stopniu, zaś umiejętności te były powszechnie wykorzystywane do świadczenia wsparcia w ramach projektów, a aktualnie są nadal wykorzystywane do świadczenia usług społecznych/zdrowotnych.

3.3.6. Wpływ projektów na dostępność usług społecznych i zdrowotnych

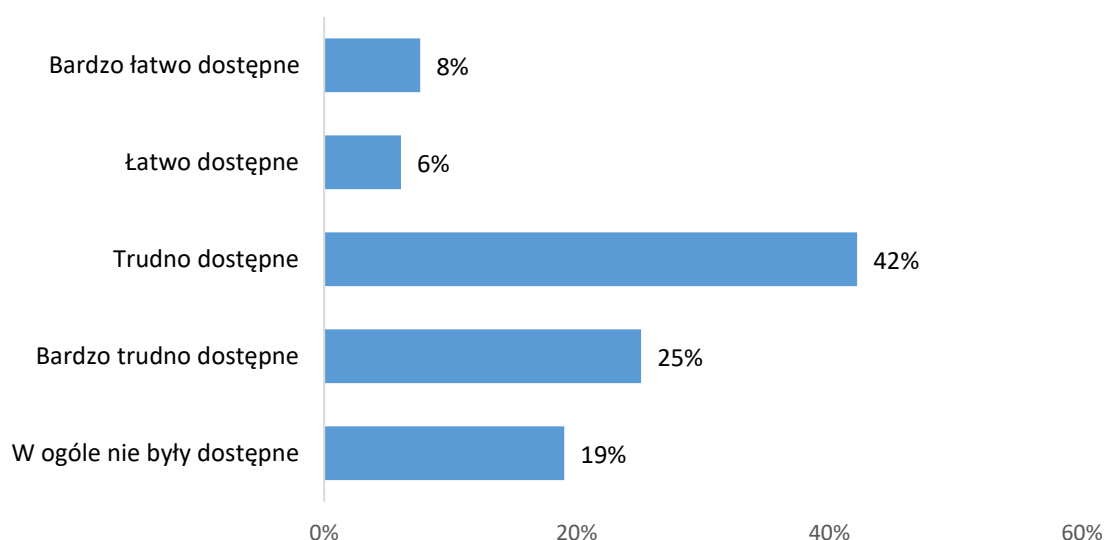
3.3.6.1. Skala wzrostu dostępności usług społecznych i zdrowotnych

Jak wynika z danych dotyczących uczestników projektów, z usług społecznych i zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WL 2014-2020, z wyłączeniem programów profilaktyki zdrowotnej, skorzystało jak dotychczas (stan na 30 czerwca 2022 r.) nieco ponad 27 tys. osób. W toku badania nie zidentyfikowano, by te usługi były świadczone zamiast usług finansowanych dotychczas z innych źródeł. Usługi świadczone w ramach projektów były zatem albo nowymi usługami w danej gminie/powiecie albo też świadczone były równolegle wobec innych tego typu usług finansowanych z innych źródeł. Stosowane w niektórych naborach w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 kryteria wyboru projektów (kryteria formalne specyficzne lub kryteria premiujące) ukierunkowały interwencję w tym obszarze na gminy/powiaty, w których dostęp do określonych usług społecznych był ograniczony lub też w ogóle nie były one dostępne, ewentualnie na gminy, w których relatywnie dużo mieszkańców, na tle całego regionu, korzysta z pomocy społecznej (a więc na gminy, w których występuje natężenie problemów społecznych). Można stwierdzić, że **w wyniku**

realizacji RPO WL 2014-2020 znacząco wzrosła dostępność do usług społecznych i zdrowotnych.

3.3.6.2. Dostępność usług społecznych i zdrowotnych przed realizacją projektów
Beneficjenci Działania 11.2 oceniają, że usługi społeczne i zdrowotne, które organizowali dla mieszkańców województwa lubelskiego w ramach projektów były najczęściej trudno dostępne (42%) lub bardzo trudno dostępne (25%) dla mieszkańców obszaru realizacji projektu bezpośrednio przed realizacją projektu. **W 19% analizowanych przypadków usługi świadczone w ramach projektów w ogóle nie były dostępne**, zdaniem beneficjentów, dla mieszkańców obszaru realizacji projektu. **Sytuacja, w której wskutek wdrażania interwencji świadczone są nowe, dotychczas nieświadczono usługi społeczne użyteczności publicznej i usługi zdrowotne występowała zatem dość rzadko.**

Wykres 43 Ocena dostępności usług społecznych i zdrowotnych przed realizacją projektu na obszarze jego realizacji



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI z beneficjentami Działania 11.2, n = 77

W odniesieniu do poszczególnych usług społecznych i zdrowotnych organizowanych w ramach projektów można zauważyć, że najwyższy stosunek usług ocenianych jako niedostępne przed realizacją projektu do usług ocenianych jako dostępne mają usługi takie jak usługi teleopieki; usługi aktywizujące i/lub rehabilitacja społeczna dla osób z niepełnosprawnościami; usługi wsparcia dziennego dla osób niesamodzielnych (np. osób z niepełnosprawnościami, osób starszych) i ich rodzin (np. Dzienny Dom Pomocy Społecznej); rehabilitacja lub fizjoterapia; usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami (np. asystent osoby niepełnosprawnej, asystent osobisty osoby niepełnosprawnej);

wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego oraz usługi opiekuńcze. Szczegółowe dane zostały zaprezentowane poniżej.

Tabela 7 Ocena dostępności usług społecznych i zdrowotnych przed realizacją projektu na obszarze jego realizacji w podziale na poszczególne usługi

	Liczba ocen danej usługi jako trudno dostępne, bardzo trudno dostępne lub niedostępne przed realizacją projektu	Liczba ocen danej usługi jako bardzo łatwo dostępne lub łatwo dostępne	Stosunek niedostępne/dostępne
Usługi teleopieki	11	0	-
Usługi aktywizujące i/lub rehabilitacja społeczna dla osób z niepełnosprawnościami	14	1	14,0
Usługi wsparcia dziennego dla osób niesamodzielnych (np. osób z niepełnosprawnościami, osób starszych) i ich rodzin (np. Dzienny Dom Pomocy Społecznej)	14	1	14,0
Rehabilitacja lub fizjoterapia	25	2	12,5
Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami (np. asystent osoby niepełnosprawnej, asystent osobisty osoby niepełnosprawnej)	11	1	11,0
Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego	10	1	10,0
Usługi opiekuńcze	18	2	9,0
Wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne	45	8	5,6
Pomoc prawna	28	6	4,7
Placówki wsparcia dziennego lub świetlice środowiskowe dla dzieci i młodzieży	12	3	4,0
Prowadzenie mieszkań o charakterze wspieranym	4	1	4,0

	Liczba ocen danej usługi jako trudno dostępne, bardzo trudno dostępne lub niedostępne przed realizacją projektu	Liczba ocen danej usługi jako bardzo łatwo dostępne lub łatwo dostępne	Stosunek niedostępne/dostępne
(mieszkanie chronione, treningowe i wspomagane)			
Usługi w zakresie integracji takie jak np. organizacja spotkań dla rodzin/osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, pikniki rodzinne, wycieczki itd.	9	3	3,0
Poradnictwo rodzinne	8	3	2,7
Kluby wsparcia dla rodzin, warsztaty z zakresu umiejętności rodzicielskich	2	1	2,0
Doradztwo zawodowe, pomoc w znalezieniu pracy	2	1	2,0
Szkolenia dla kandydatów na rodziny zastępcze	1	1	1,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI z beneficjentami Działania 11.2.

Badania jakościowe z przedstawicielami instytucji zaangażowanych w zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, beneficjentów i uczestników projektów potwierdzają, zaprezentowane powyżej wnioski. Oprócz tego, że realizacja projektów umożliwiła dostęp do dotychczas nieświadczonych w społecznościach lokalnych usług (np. usług klubu seniora) lub też znacząco ułatwiły dostęp do nich (np. usługi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego), w niektórych przypadkach umożliwiła także **integrację, koordynację świadczenia i kompleksowość niektórych usług**. Przykładem mogą być tutaj usługi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. W ramach jednego projektu świadczone były usługi terapeuty środowiskowego, wsparcia psychologicznego i leczenia psychiatrycznego. Przed okresem realizacji projektu każda z tych usług była co prawda dostępna dla społeczności lokalnej, dla której realizowany był projekt (choć trudniej, niż w ramach projektu), to świadczone one były przez różnych wykonawców, a nawet w różnych systemach (w systemie pomocy społecznej, w systemie edukacji, w systemie ochrony zdrowia), co znacząco utrudniało ich koordynację. Usługi w ramach projektu były z kolei świadczone w sposób kompleksowy i skoordynowany, co ułatwiało do nich dostęp osobom potrzebującym wsparcia. Przykładowo, terapeutka środowiskowa pełniła m.in. funkcję pośrednika pomiędzy osobami w kryzysie psychicznym a

innymi specjalistami (psychologami, psychiatrami, pielęgniarkami), do których te osoby samodzielnie mogłyby nie dotrzeć z różnych powodów (np. brak wiedzy, dokąd zgłosić się po wsparcie, brak wystarczającej motywacji do skorzystania ze wsparcia specjalisty, obawy przed korzystaniem z poszczególnych usług, niepełnosprawność fizyczna utrudniająca dotarcie do specjalistów itd.). Zaletą świadczenia usług w sposób skoordynowany, w ramach jednego projektu, jest także większa możliwość wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy specjalistami świadczącymi poszczególne usługi cząstkowe, co z kolei przyczynia się do zwiększenia skuteczności wsparcia.

Ponadto, badania jakościowe z beneficjentami i uczestnikami projektów (przeprowadzonymi także w ramach case study) wykazały, że **realizacja projektów w obszarze usług społecznych finansowanych ze środków RPO WL 2014-2020 była często niezbędnym katalizatorem do tego, by gminy rozwijały tego typu usługi w przyszłości, nawet bez ich finansowania ze źródeł zewnętrznych.** Przykładem mogą być tutaj kluby seniora powstające w gminach w ramach projektów RPO WL 2014-2020. Dofinansowanie ze środków RPO WL 2014-2020 pozwoliło na stworzenie atrakcyjnej oferty klubów seniora. Funkcjonowanie klubów zwiększa z kolei popyt na tego typu usługi (mieszkańcy uświadamiają sobie, że takie usługi mogą być dla nich świadczone, dostrzegają pozytywne efekty funkcjonowania klubów seniora), a samorzady lokalne dostrzegają korzyści z funkcjonowania tego typu klubów (wzrost jakości życia mieszkańców społeczności). Tym samym samorzady lokalne decydują się na kontynuację finansowania tego typu usług ze środków własnych JST po zakończeniu okresu realizacji projektu. Tego typu zależność zaobserwowano jednak jedynie w odniesieniu do usług dedykowanych osobom starszym.

Z drugiej strony badanie ankietowe z przedstawicielami JST, które nie realizowały projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych wykazały, że **dostęp do tego typu usług poprawił się w okresie wdrażania interwencji także w tych gminach i powiatach, które nie korzystały ze wsparcia w tym zakresie w ramach RPO WL 2014-2020.** Wniosek ten dotyczy zdecydowanej większości usług, które są organizowane dla mieszkańców przez poszczególne gminy i powiaty. Wyjątkiem są tutaj usługi rehabilitacji i fizjoterapii, a także trening samodzielności oraz usługi typu „kluby wsparcia dla rodzin, warsztaty z zakresu umiejętności rodzicielskich” oraz usługi medyczne psychiatryczne. Trzy ostatnie usługi oceniane były jednak tylko przez pojedynczych przedstawicieli JST. W tym kontekście należy zatem wskazać **usługi rehabilitacji lub fizjoterapii** jako te, których rozwój w szczególności uwarunkowany jest wdrażaniem Działania 11.2 RPO WL 2014-2020.

Tabela 8 Ocena zmian w dostępności dla mieszkańców usług społecznych i zdrowotnych organizowanych przez gminy i powiaty (aktualnie w stosunku do 2015 r.)

	Aktualnie trudniej dostępne	Aktualnie łatwiej dostępne	Trudno powiedzieć	Liczba JST oceniających dostępność usługi
Asystent rodziny	5,5%	83,6%	10,9%	55
Wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne	4,7%	90,6%	4,7%	43
Placówki wsparcia dziennego lub świetlice środowiskowe dla dzieci i młodzieży	0,0%	81,8%	18,2%	11
Interwencja kryzysowa, w tym telefon zaufania	0,0%	50,0%	50,0%	8
Poradnictwo rodzinne	0,0%	86,4%	13,6%	22
Pomoc prawna	2,2%	95,6%	2,2%	45
Kluby wsparcia dla rodzin, warsztaty z zakresu umiejętności rodzicielskich	100,0%	0,0%	0,0%	1
Prowadzenie mieszkań o charakterze wspieranym (mieszkanie chronione, treningowe i wspomagane)	0,0%	85,7%	14,3%	7
Wsparcie finansowe na wynajem mieszkania dla usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej lub MOW/MOS	0,0%	0,0%	100,0%	2
Doradztwo zawodowe, pomoc w znalezieniu pracy	8,3%	66,7%	25,0%	12
Usługi opiekuńcze	3,8%	79,2%	17,0%	53
Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami (np. asystent osoby niepełnosprawnej, asystent osobisty osoby niepełnosprawnej)	0,0%	96,9%	3,1%	32
Rehabilitacja lub fizjoterapia	42,9%	42,9%	14,2%	7
Usługi aktywizujące i/lub rehabilitacja społeczna dla osób z niepełnosprawnościami	9,1%	81,8%	9,1%	11

	Aktualnie trudniej dostępne	Aktualnie łatwiej dostępne	Trudno powiedzieć	Liczba JST oceniających dostępność usługi
Prowadzenie grup wsparcia (np. dla osób z niepełnosprawnościami, dla opiekunów osób niesamodzielnych, dla rodzin, dla rodzin zastępczych, dla osób doświadczających problemów psychicznych)	20,0%	60,0%	20,0%	5
Usługi wsparcia dziennego dla osób niesamodzielnych (np. osób z niepełnosprawnościami, osób starszych) i ich rodzin (np. Dzienny Dom Pomocy Społecznej)	0,0%	85,7%	14,3%	7
Usługi opieki wytchnieniowej dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów	0,0%	100,0%	0,0%	20
Adaptacja mieszkania (np. na potrzeby osób z niepełnosprawnościami lub osób starszych)	20,0%	80,0%	0,0%	5
Treningi samodzielności	50,0%	50,0%	0,0%	2
Usługi teleopieki	0,0%	100,0%	0,0%	15
Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego	0,0%	100,0%	0,0%	2
Usługi w zakresie integracji takie jak np. organizacja spotkań dla rodzin/osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, pikniki rodzinne, wycieczki itd.	0,0%	94,1%	5,9%	17
Szkolenia dla kandydatów na rodziny zastępcze	16,7%	83,3%	0,0%	6
Szkolenia dla rodzin zastępczych	0,0%	88,9%	11,1%	9
Doradztwo dla rodzin zastępczych	0,0%	90,0%	10,0%	10
Wyjazdy/turnusy rehabilitacyjne	11,1%	66,7%	22,2%	9
Usługi medyczne psychiatryczne	50,0%	50,0%	0,0%	2
Usługi medyczne pozostałe	25,0%	50,0%	25,0%	8

	Aktualnie trudniej dostępne	Aktualnie łatwiej dostępne	Trudno powiedzieć	Liczba JST oceniających dostępność usługi
Wsparcie finansowe	3,1%	65,6%	31,3%	32

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI z przedstawicielami JST, które nie realizowały projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych

Oznacza to, że **wsparcie w ramach RPO WL 2014-2020 nie jest jedynym czynnikiem wzrostu dostępu mieszkańców regionu do usług społecznych i zdrowotnych**. Jak wynika z badania ankietowego z przedstawicielami JST, które nie realizowały projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych, poszczególne usługi społeczne i zdrowotne organizowane przez te podmioty finansowane są najczęściej ze środków własnych JST (58% wskazań), następnie zaś programów rządowych (28%), z innych środków zewnętrznych (7%) oraz środków unijnych (7%). Czynnikiem zwiększającym dostępność mieszkańców regionu do usług społecznych i zdrowotnych może być zatem także wzrost przychodów samorządów lokalnych, który następował w okresie 2015-2021 r., co umożliwiło zwiększenie finansowania usług społecznych ze środków własnych JST, a także realizacja w tym obszarze programów finansowanych ze środków krajowych (np. program rządowy Senior +, w ramach którego dofinansowywano powstanie klubów seniora i dziennych domów pobytu) oraz z innych źródeł.

3.3.6.3. Podsumowanie

W wyniku realizacji RPO WL 2014-2020 znacząco wzrosła dostępność do usług społecznych i zdrowotnych w regionie. W 19% analizowanych przypadków usługi świadczone w ramach projektów w ogóle nie były dostępne dla mieszkańców obszaru realizacji projektów. Największy wzrost skali świadczenia usług wskutek wdrażania interwencji dotyczy usług takich jak usługi teleopieki; usługi aktywizujące i/lub rehabilitacja społeczna dla osób z niepełnosprawnościami; usługi wsparcia dziennego dla osób niesamodzielnych (np. osób z niepełnosprawnościami, osób starszych) i ich rodzin (np. Dzienny Dom Pomocy Społecznej); rehabilitacja lub fizjoterapia; usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnościami (np. asystent osoby niepełnosprawnej, asystent osobisty osoby niepełnosprawnej); wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego lub rehabilitacyjnego.

3.3.7. Trwałość usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w ramach projektów

3.3.7.1. Znaczenie trwałości usług po zakończeniu projektów

W przypadku projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych kluczowe dla sukcesu interwencji jest zachowanie ich trwałości. Jak wykazano w poprzednich rozdziałach, usługi

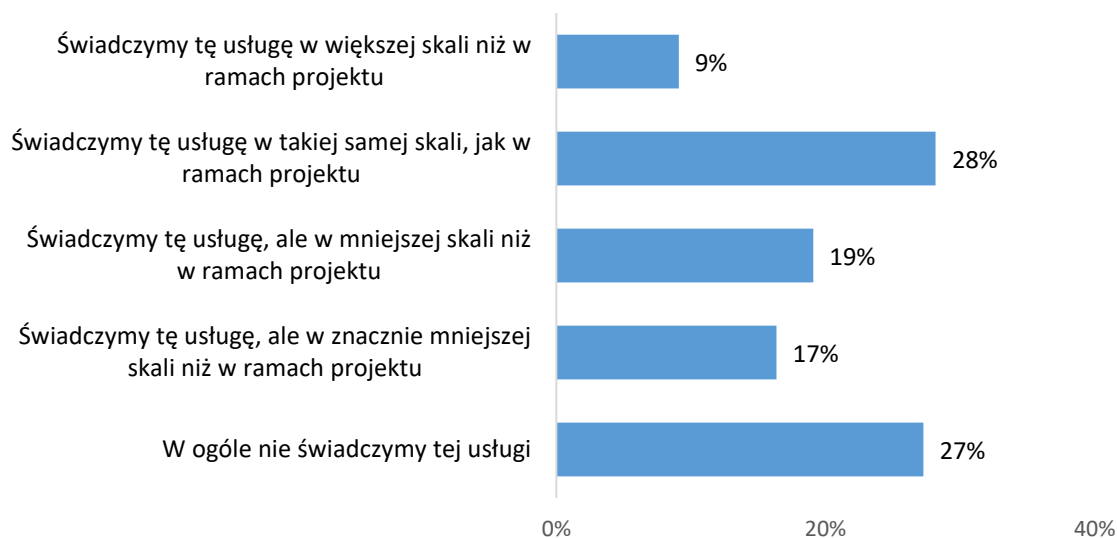
społeczne i zdrowotne świadczone w ramach projektów były co do zasady użyteczne (odpowiadały na potrzeby mieszkańców regionu) i skuteczne w zakresie ich aktywizacji społecznej i poprawy stanu zdrowia. Tym niemniej, utrzymanie tych efektów w dużej mierze zależne jest od kwestii utrzymania dostępu do tego typu usług. **W obszarze usług społecznych i zdrowotnych trwałość ich efektów jest w dużej mierze zależna od trwałości dostępu do nich po zakończeniu okresu realizacji projektu.** Przykładem mogą być tu usługi ochrony zdrowia psychicznego. Nawet po przezwyciężeniu kryzysu psychicznego (przejściu przez jego najcięższą fazę) osoby doświadczające problemów psychicznych potrzebują pewnego typu usług, by utrzymać pozytywne efekty intensywnego korzystania z usług w ramach projektów tak, by kryzys psychiczny nie powrócił. Podobnie jest w przypadku usług dedykowanych osobom starszym. Jak wynika z badań jakościowych z uczestnikami projektów i z beneficjentami, choć niektóre efekty udziału w projekcie mogą się utrzymywać po zakończeniu świadczenia usługi klubu seniora (np. efekt w postaci nawiązania więzi społecznych pomiędzy seniorami, którzy mogą spotykać się ze sobą także poza klubem seniora), to jednak prawdopodobieństwo utrzymania się tych efektów jest dużo niższe niż w sytuacji, w której nadal dostępna byłaby tego typu usługa. Badania jakościowe wykazały, że brak kontynuacji świadczenia usług na dotychczasowym poziomie (zarówno jeśli chodzi o ilość, jak i o jakość usług) może też powodować negatywne zjawiska takie jak np. przerwanie długo budowanej, dobrej relacji pomiędzy opiekunem a osobą z niepełnosprawnościami, której zawiązanie jest konieczne do osiągnięcia efektów wsparcia. Sytuacje tego typu zostały zidentyfikowane w toku badań jakościowych.

Jak wynika z analizy danych zastanych, wagę trwałości usług społecznych dostrzega także IZ RPO. W naborach projektów w tym obszarze stosowano kryterium formalne specyficzne odnoszące się do trwałości usług społecznych świadczonych w ramach projektu. Zobowiązywało ono beneficjentów do zachowania trwałości po zakończeniu realizacji projektu przez określony czas, najczęściej odpowiadający okresowi realizacji projektu. Z drugiej strony trwałość w opisie tych kryteriów definiowana była jako instytucjonalna gotowość podmiotów do świadczenia usług bez precyzowania tego, jaka ma być skala, czy też intensywność świadczenia usług po zakończeniu okresu realizacji projektu. W związku z powyższym faktyczna skala i intensywność świadczenia usług po zakończeniu okresu realizacji projektu w praktyce mogła być niższa niż w ramach projektu. Poniżej zaprezentowano analizę stanu faktycznego w tym zakresie.

3.3.7.2. Trwałość usług po zakończeniu projektów

Na podstawie deklaracji beneficjentów Działania 11.2 RPO WL 2014-2020, którzy zakończyli już realizację projektów, **trwałość usług świadczonych w ramach projektów ocenić należy jako umiarkowaną.**

Wykres 44 Trwałość usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w ramach projektów w ramach Działania 11.2 wedle deklaracji beneficjentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI z beneficjentami Działania 11.2, n = 37

Powyższe wnioski zostały potwierdzone w badaniach jakościowych z beneficjentami. Dodatkowo, beneficjenci zwracali uwagę na **trudności w zapewnieniu porównywalnego do okresu realizacji projektu poziomu finansowania usług**. W konsekwencji usługi świadczone w ramach projektu po jego zakończeniu często są świadczone, ale w mniejszym zakresie niż w projektach. Przykładowo, finansowanie usług ochrony zdrowia psychicznego ze środków NFZ jest za niskie, by utrzymać poziom świadczenia usług takich, jak w ramach projektu.

Zdarzają się również sytuacje, w których usługi po zakończeniu realizacji projektu są co prawda nadal świadczone, ale wymagana jest częściowa odpłatność za nie. W niektórych, zidentyfikowanych w toku badania przypadkach, sprawia to, że uczestnicy muszą zrezygnować z dalszego korzystania z usług.

Do podtrzymania trwałości świadczenia usług społecznych motywuje beneficjentów przede wszystkim **obowiązek zapewnienia ich trwałości** wynikający z umowy o dofinansowanie projektu. Beneficjenci byli zobowiązani do zachowania tzw. okresu trwałości, czyli do świadczenia usług realizowanych w ramach projektu przez taki okres, ile wynosił czas realizacji projektu.

Z drugiej strony badania jakościowe z beneficjentami i uczestnikami projektów, w tym także w ramach case study wykazały, że zapewnienie mieszkańcom usług społecznych w ramach projektu powoduje wzmożenie popytu na te usługi także po zakończeniu okresu realizacji projektu, a tym samym presję na samorządach lokalnych, by dalej organizować je dla mieszkańców. Należy zaznaczyć, że tego typu presję wywierać mogą przede wszystkim te kategorie osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które są bardzo liczne i tym samym

siła ich wpływu na władze lokalne jest duża. Dotyczy to w szczególności osób starszych. Znacznie mniejsze możliwości mają inne, znacznie mniej liczne grupy marginalizowane, np. wychowankowie pieczy zastępczej czy osoby w kryzysie bezdomności.

Na podstawie wyników badania ankietowego z przedstawicielami JST, które nie realizowały projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych można potwierdzić, że usługi te są umiarkowanie trwałe – w 67% analizowanych przypadków współpracy pomiędzy tymi JST a beneficjentami realizującymi projekty, współpraca po zakończeniu projektów jest mniej intensywna niż w ramach projektu. Na tej podstawie domniemywać można, że skala działalności beneficjenta w zakresie świadczenia usług jest niższa niż w ramach projektu. Jedynie w 33% analizowanych przypadków, badane JST współpracują z beneficjentami równie intensywnie, jak w okresie realizacji projektu.

3.3.7.3. Podsumowanie

Skala świadczenia usług społecznych użyteczności publicznej w gminach i powiatach, w których wdrażano projekty, po zakończeniu realizacji projektów zmieniła się w stosunku do okresu wdrażania projektów na niekorzyść w 63% analizowanych przypadków. Trwałość usług społecznych użyteczności publicznej świadczonych w gminach i powiatach w ramach projektów ocenić należy jako umiarkowaną.

Usługi społeczne dedykowane osobom starszym rozwijane w ramach RPO WL 2014-2020 ze środków EFS mają największe szanse na zachowanie trwałości poprzez ich organizację przez JST i finansowanie ze środków własnych JST i/lub programów innych niż RPO WL 2014-2020/FEL 2021-2027. Osoby starsze stanowią bowiem bardzo istotną w sensie ilościowym kategorię społeczną w regionie zdolną do skutecznego zabiegania o realizację własnych interesów, w tym także w zakresie finansowania dedykowanych im usług społecznych ze środków własnych gmin. Jak wynika z badania, usługi typu klub seniora są kontynuowane, a nawet rozwijane po zakończeniu finansowania ze środków RPO WL 2014-2020. Wsparcie w ramach RPO WL 2014-2020 stanowiło niezbędny impuls do rozwoju tych usług tam, gdzie nie były do tej pory dostępne.

3.3.8. Usługi społeczne/formy wsparcia, na które popyt jest nadal niezaspokojony

Choć dzięki realizacji działania 11.2 RPO WL 2014-2020 dostęp do usług społecznych w regionie uległ poprawie, to nadal można zidentyfikować usługi społeczne, na które popyt jest znacząco wyższy niż ich podaż.

Przeprowadzone badania jakościowe, przede wszystkim z beneficjentami, ale także z uczestnikami projektów i z przedstawicielami IP RPO, potwierdzają sygnalizowany m.in. w dokumentach strategicznych województwa (Strategia Polityki Społecznej Województwa Lubelskiego na lata 2021-2030) rosnący popyt na **usługi w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego**, na co wpływ mają m.in. dynamiczne zmiany w sytuacji społeczno-

gospodarczej (m.in. pandemia COVID-19 i jej konsekwencje, wojna w Ukrainie i napływ uchodźców, zmiany cywilizacyjne takie jak wzrost tempa życia, rosnąca presja społeczna/ekonomiczna na osiągnięcie sukcesów indywidualnych, osłabianie się więzi społecznych i in.). Problem ten dotyczy zarówno osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży.

Drugą istotną grupą usług społecznych, na które dynamicznie rośnie zapotrzebowanie, są **usługi dedykowane osobom starszym, zarówno usługi w zakresie aktywizacji społecznej (np. w ramach Klubu Seniora), jak i usługi opiekuńcze**. Ma to oczywiście związek z trendami demograficznymi (starzenie się społeczeństwa województwa lubelskiego) wskazywanymi jako istotne także w dokumentach strategicznych regionu. Przedstawiciele instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, którzy brali udział w badaniach jakościowych, również postrzegają problem starzenia się społeczeństwa jako kluczowy dla regionu. Oprócz wzrostu popytu na wskazane usługi zwrócili także uwagę na konsekwencje tego zjawiska dla rynku pracy – może to doprowadzić do zwiększenia się skali występowania już obserwowanego zjawiska ograniczania aktywności zawodowej przez kobiety wchodzące w rolę opiekunów rodzinnych osób starszych wymagających opieki.

Choć **osoby z niepełnosprawnościami** nie były wskazywane w badaniu jako kategoria społeczna o szczególnie ograniczonym dostępie do dedykowanych im usług społecznych, to przedstawiciele instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020 zwracali uwagę na problem bardzo niskiej aktywności zawodowej tych osób w regionie (znajduje to potwierdzenie w przytaczanych w raporcie danych GUS). Osoby z niepełnosprawnościami doświadczają szczególnie poważnych problemów ze znalezieniem zatrudnienia, nawet w przypadku poprawiającej się sytuacji na rynku pracy. Powinna to być jednak preferowana grupa docelowa w projektach w obszarze aktywnego włączenia i ES, a nie w obszarze usług społecznych.

W przypadku szeregu kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (m.in. osoby starsze, rodziny zastępcze, osoby z niepełnosprawnościami) kluczowym problemem jest niewystarczający dostęp do usług ochrony zdrowia, w tym w szczególności **dostęp do lekarzy specjalistów**. Problem ten wymaga rozwiązania przede wszystkim na poziomie krajowym. Potrzebne są rozwiązania w zakresie finansowania i organizacji systemu ochrony zdrowia. Doraźną odpowiedzią na te problemy może być natomiast finansowanie w ramach projektów usług zdrowotnych np. w formie bonu na prywatne usługi medyczne.

W ostatnich latach zauważalna była dość szybka poprawa sytuacji na regionalnym rynku pracy, w tym zwłaszcza zmniejszanie się liczby osób bezrobotnych, nawet w okresie pandemii COVID-19. Choć sytuacja na rynku pracy województwa lubelskiego może się w najbliższych miesiącach i latach zmienić na niekorzystną z powodu kryzysu spowodowanego wojną w Ukrainie i gwałtownym wzrostem cen energii, to jednak w perspektywie średniookresowej oczekiwać można raczej kontynuacji pozytywnego trendu na rynku pracy, a tym samym **spadku popytu na usługi aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych**. Badanie jakościowe z beneficjentami wykazało, że przedstawiciele JST (gmin i powiatów) zauważają ten trend. W związku z powyższym w kolejnej perspektywie finansowej spodziewać można

się większego zainteresowania realizacją projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych niż projektów w obszarze aktywnego włączenia (zorientowanych przede wszystkim na aktywizację zawodową osób biernych zawodowo/bezrobotnych).

W 2022 r. do regionu napłynęła znaczna liczba uchodźców z Ukrainy. W związku z powyższym w II kw. 2022 r. w ramach Działania 11.2 zrealizowano pozakonkursowy nabór projektów typu „Integracja społeczna oraz wsparcie socjalno-bytowe osób uciekających z terenu Ukrainy w województwie lubelskim”. Ze względu na nadal trwający konflikt wojenny w Ukrainie, potrzeby realizacji tego typu projektów mogą wystąpić także w przyszłości. Nie można wykluczyć napływu kolejnej fali uchodźców, których integracja może być trudniejsza niż do tej pory i wymagać będzie szerszej interwencji publicznej, w tym w ramach FEL 2021-2027.

3.4. Ocena inicjatyw na rzecz rozwoju ekonomii społecznej zrealizowanych w ramach osi priorytetowej 11 RPO WL 2014-2020

Pytania badawcze:

PW1/ Jak uczestnicy projektów oceniają przydatność otrzymanego wsparcia?

1/ W jakim stopniu oferowane wsparcie wpłynęło na włączenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zarówno w wymiarze zatrudnieniowym, jak i społecznym?

PW10/ Jaka jest skuteczność programów w zakresie ekonomii społecznej dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ich rodzin oraz innych osób z ich otoczenia?

PW11/ Jaka jest skala zmian sytuacji społecznej uczestników projektów z zakresu ekonomii społecznej, w tym uczestników podmiotów ekonomii społecznej (w tym m.in. poziom ubóstwa, korzystanie ze świadczeń, poziom integracji społecznej)?

4/ Jaka jest trwałość zmiany sytuacji uczestników w zakresie otrzymanego wsparcia?

9/ Jaki jest wpływ interwencji na rozwój przedsiębiorstw społecznych w województwie lubelskim?

PW12/ Jaka część wspartych przedsiębiorstw społecznych nadal (w momencie realizacji badania) funkcjonuje?

PW13/ Jaki jest poziom zatrudnienia we wspartych przedsiębiorstwach społecznych (wyższy/nizszy/bez zmian w stosunku do momentu otrzymania wsparcia)?

PW14/ W jakim stopniu organizacje pozarządowe, których przedstawiciele otrzymali wsparcie w ramach Działania 11.3 poprawiły jakość i/lub zmieniły zakres działalności?

PW15/ W jakim stopniu organizacje pozarządowe i JST, których przedstawiciele otrzymali wsparcie w ramach Działania 11.3 podjęły inicjatywę/projekt/działanie w obszarze ekonomii społecznej?

3.4.1. Wsparcie w zakresie ekonomii społecznej w RPO WL 2014-2020

Wsparcie w obszarze ekonomii społecznej realizowane jest w Działaniu 11.3 Ekonomia społeczna. W Działaniu tym ogłoszono trzy nabory na projekty konkursowe OWES oraz trzy nabory na projekty pozakonkursowe ROPS w Lublinie. Alokacja w ramach Działania 11.3 Ekonomia społeczna wyniosła 50,9 mln zł. Podpisano 11 umów lub decyzji o dofinansowaniu projektów na łączną wartość 61,5 mln zł, w tym dofinansowanie UE 52,3 mln, co stanowiło 103% alokacji.

Cel szczegółowy dla PI 9v brzmi: Rozwój i upowszechnianie ekonomii społecznej, w tym wzrost zatrudnialności w sektorze ekonomii społecznej w regionie.

W Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych wskazano, **w jaki sposób realizowany będzie ten cel**. Wskazano pięć głównych typów projektów:

- kompleksowe wsparcie na rzecz tworzenia i funkcjonowania podmiotów ekonomii społecznej, w szczególności przedsiębiorstw społecznych, w tym:
- wsparcie na założenie spółdzielni socjalnej,
- bezzwrotne wsparcie finansowe na tworzenie nowych podmiotów ekonomii społecznej, w tym podmiotów prowadzących działalność w sferze pożytku publicznego (np. spółdzielni socjalnych),
- wsparcie tworzenia miejsc pracy w sektorze ekonomii społecznej, w szczególności w przedsiębiorstwach społecznych, w tym:
- subsydiowane zatrudnienie,
- refundacja wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (wyłącznie w połączeniu z subsydiowanym zatrudnieniem),
- zatrudnienie przejściowe dla osób opuszczających podmioty reintegracyjne czy placówki opiekuńczo – wychowawcze,
- bezzwrotne wsparcie finansowe na przystąpienie oraz zatrudnienie w spółdzielni socjalnej,
- usługi wsparcia ekonomii społecznej i przedsiębiorstw społecznych świadczone przez akredytowane Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej (OWES), w tym:
- usługi animacji lokalne,
- usługi rozwoju ekonomii społecznej,
- usługi wsparcia rozwoju i funkcjonowania istniejących przedsiębiorstw społecznych,
- działania w zakresie podnoszenia kwalifikacji i doświadczenia zawodowego pracowników podmiotów ekonomii społecznej, zwłaszcza przedsiębiorstw społecznych,
- koordynacja obszaru ekonomii społecznej w regionie.

Projekty w obszarze ekonomii społecznej mogą być realizowane tylko przez akredytowane przez MRiPS ośrodki wsparcia ekonomii społecznej (OWES). Proces akredytacji zapewnia, że jakość usług świadczonych przez te podmioty spełnia minimalne wymagania jakościowe.

Kryteria wyboru projektów zapewniają odpowiednią skuteczność i koncentrację wsparcia.

Skuteczność wsparcia jest zapewniona przez określenie minimalnych wartości wskaźników. Określono, że co najmniej 20% osób wykluczonych lub osób zagrożonych

ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, opuszczających projekty podejmie pracę. W ramach kryteriów wyboru projektów określono, że projekty zobowiązane są do osiągnięcia **minimalnych wartości wskaźników specyficznych dla poszczególnych typów usług OWES**, określonych w regulaminie konkursu dla każdego z subregionów:

- liczba grup inicjatywnych, które w wyniku działalności OWES wypracowały założenia do utworzenia PES,
- liczba środowisk, które w wyniku działalności OWES przystąpiły do wspólnej realizacji przedsięwzięcia mającego na celu rozwój ekonomii społecznej,
- liczba miejsc pracy utworzonych w wyniku działalności OWES dla osób, wskazanych w definicji PS,
- liczba organizacji pozarządowych prowadzących działalność odpłatną pożytku publicznego lub działalność gospodarczą utworzonych w wyniku działalności OWES,
- procent wzrostu obrotów przedsiębiorstw społecznych objętych wsparciem.

Koncentracja na grupach w najtrudniejszej sytuacji jest zapewniona przez obowiązek prowadzenia rekrutacji uczestników projektów w sposób zapewniający preferencje dla osób należących do takich grup jak:

- osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego z powodu więcej niż jednej z przesłanek,
- osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- osób z niepełnosprawnościami sprzężoną oraz osoby z niepełnosprawnościami intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,
- osób z zaburzeniami psychicznymi,
- osób lub rodzin korzystających z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020,
- osób opuszczających podmioty reintegracyjne, wychowanków opuszczających instytucjonalne oraz rodzinne formy pieczy zastępczej, których ścieżka reintegracji wymaga dalszego wsparcia w ramach Działania 11.3 RPO WL 2014-2020.

Warto zwrócić uwagę na ostatnią grupę. Taki zapis zwiększa szansę na koordynację wsparcia w ramach PI 9i oraz PI 9v.

Poszczególne OWES zobowiązane są do realizacji swoich projektów w ramach subregionów wydzielonych w województwie lubelskim. W kryteriach nie określono bardziej szczegółowych zasad koncentracji tematycznej.

Analiza kryteriów wyboru projektów pokazuje, że były one dobrze skoncentrowane na osobach i grupach oraz obszarach znajdujących się w najtrudniejszych sytuacjach. Stosowana

koncentracja wsparcia pozwalała optymalizować trafność i skuteczność w wykorzystaniu środków.

3.4.2. Użyteczność wsparcia w zakresie ES

3.4.2.1. Charakterystyka uczestników projektów na rzecz rozwoju ekonomii społecznej

Uczestnicy projektów na rzecz rozwoju ekonomii społecznej stanowią bardzo niejednorodną grupę. Według danych pochodzących z systemu SL2014, 52% uczestników stanowiły osoby pracujące. Osoby pracujące to przede wszystkim pracownicy organizacji pozarządowych, firm, jednostek samorządu terytorialnego, będących odbiorcami wsparcia. W tej grupie są też pracownicy przedsiębiorstw społecznych.

Wśród uczestników projektów pozostających bez pracy w momencie rozpoczynania projektu, 74% stanowiły osoby bezrobotne, a 16% osoby bierne zawodowo.

Wśród uczestników dominowały kobiety, które stanowiły 68% uczestników, czyli więcej niż w PI 9i. Odsetek kobiet był większy wśród osób pracujących (71%) niż wśród osób niepracujących (65%).

Wśród niepracujących uczestników projektów stosunkowo licznie reprezentowane są osoby młode i w średnim wieku (25-44 lata). Osoby te stanowiły łącznie 48% wszystkich uczestników.

Wśród pracujących uczestników projektów 66% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym i praktycznie nie występowały osoby z wykształceniem niższym niż ponadgimnazjalne. Wśród osób niepracujących osób z wykształceniem wyższym było 19%. Natomiast osób z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym było łącznie 14%.

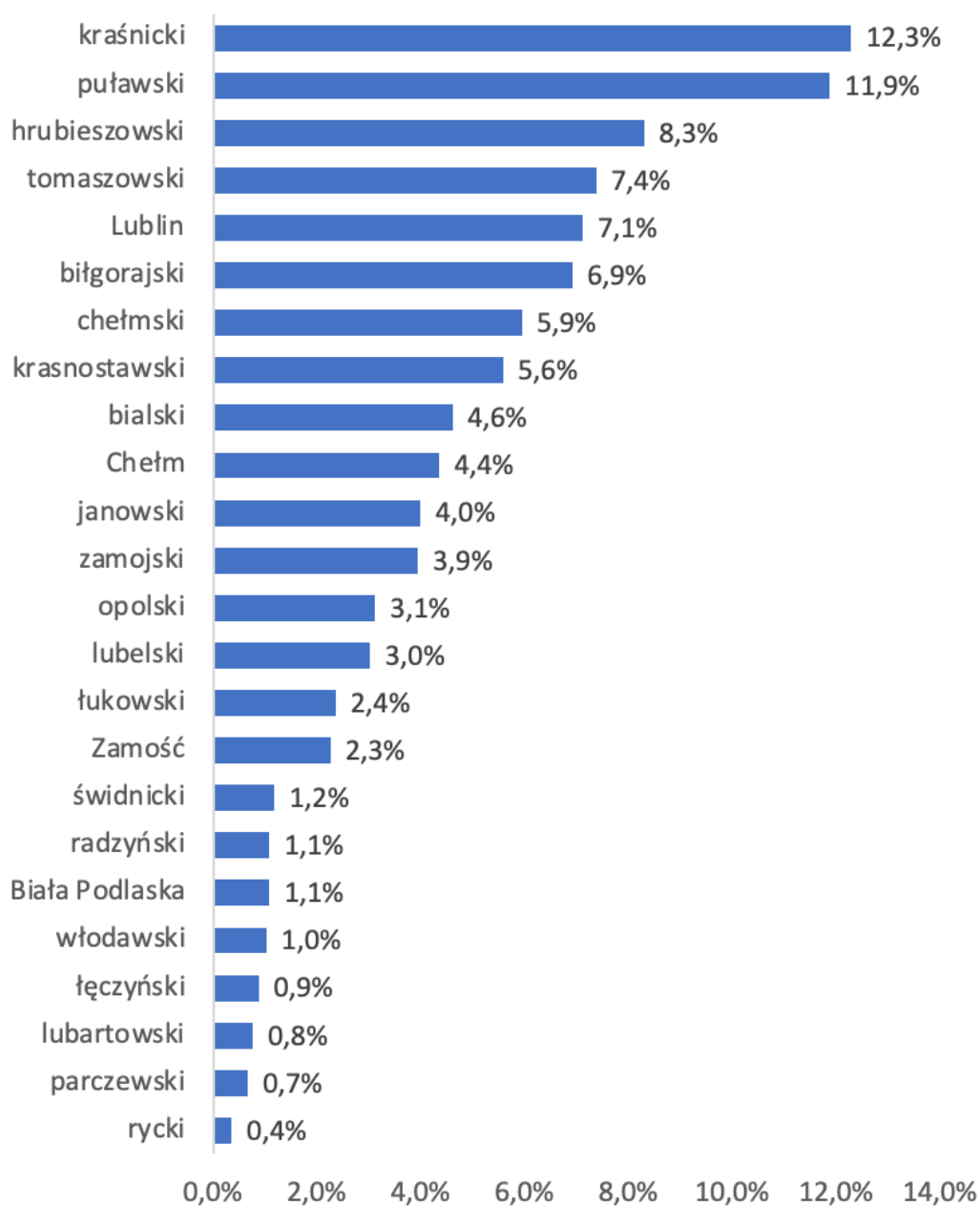
Należy podkreślić, że OWES kieruje swoje usługi do specyficznej grupy osób. Z jednej strony są to osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, czyli doświadczające różnego rodzaju deficytów, a z drugiej strony muszą to być osoby, które będą w stanie współprowadzić przedsiębiorstwo społeczne. W jednym z OWES rozwiązaniem na zniwelowanie tego problemu jest wskazywane już umiejętnie wytypowanie (często przy współpracy z JST) potencjalnych pracowników – osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, ale równocześnie z potencjałem do podjęcia możliwie efektywnej pracy). Z drugiej strony kluczowe jest intensywne wsparcie osób przygotowujących się do podjęcia pracy w PS – przygotowywane ich do podjęcia zatrudnienia w PS.

Ważnym odbiorcą usług OWES są również instytucje: przedsiębiorstwa społeczne, podmioty ekonomii społecznej oraz podmioty funkcjonujące w otoczeniu ekonomii społecznej. Według danych przekazanych przez dwa OWES wsparciem objętych było ponad 300 instytucji. W tej grupie 57% stanowiły organizacje pozarządowe nie będące przedsiębiorstwami społecznymi, 23% jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne, 18% przedsiębiorstwa społeczne, a 2% podmioty reintegracyjne.

14% uczestników projektów pochodziło z terenów gęsto zaludnionych według klasyfikacji DEBURGA. W praktyce oznacza to teren trzech największych miast: Chełma, Lublina i Zamościa. 64% uczestników projektów pochodziło z terenów wiejskich, słabo zaludnionych. A 23% z terenów pośrednich, czyli miast lub przedmieść¹⁴.

Najwięcej uczestników pochodziło z powiatów kraśnickiego i puławskiego. Najmniej uczestników pochodziło z powiatów ryckiego, parczewskiego i lubartowskiego.

Wykres 45 Struktura uczestników projektów w obszarze ekonomii społecznej ze względu na powiat



ŹRÓDŁO: SL2014.

¹⁴ Opis klasyfikacji DEBURBA dla województwa lubelskiego dostępny jest tutaj ([link](#))

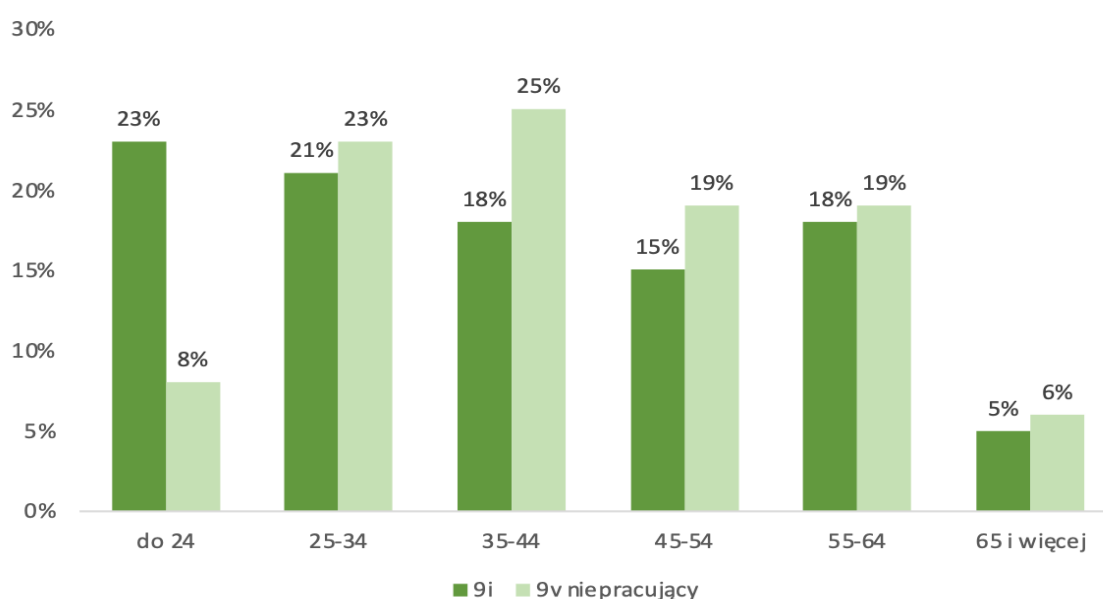
3.4.2.2. Porównanie uczestników projektów PI 9i oraz 9v

Choć zakres interwencji w PI 9i oraz 9v różnią się, to jednak działania kierowane są do tej samej grupy osób. W obu PI monitorowany jest wskaźnik liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu rozliczane są z podobnych efektów. Przy czym w PI 9v charakter wskaźników rezultatów jest bardziej zatrudnieniowy.

Struktura niepracujących uczestników projektów w PI 9v ze względu na status zawodowy była zupełnie inna niż w przypadku PI 9i. W PI 9i była wyraźna dominacja osób biernych zawodowo, podczas gdy w PI 9v dominowały osoby bezrobotne – czyli aktywne na rynku pracy.

W porównaniu do struktury uczestników PI 9i w PI 9v widoczny jest mniejszy udział osób bardzo młodych, do 24 roku życia. Jest to zrozumiałe, biorąc pod uwagę, że zakładaniu przedsiębiorstwa społecznego sprzyja pewne doświadczenie zawodowe i zwykle osoby bardziej doświadczone, w średnim wieku okazują się bardziej skutecznymi przedsiębiorcami¹⁵.

Wykres 46 Struktura niepracujących uczestników projektów ze względu na wiek dla PI 9i i 9v



ŹRÓDŁO: SL2014

Wśród niepracujących uczestników projektów w PI 9v było wyraźnie więcej osób z wyższym wykształceniem niż w PI 9i, a równocześnie mniej było osób z najniższym

¹⁵ P. Azoulay, B. F. Jones, J. D. Kim, J. Miranda (2019), Age and High-Growth Entrepreneurship, [link](#)

poziomem wykształcenia. Pokazuje to, że sytuacja osób niepracujących, uczestniczących w projektach w PI 9v była w momencie wejścia do projektów relatywnie lepsza niż sytuacja uczestników projektów w PI 9i, w związku z czym osoby te miały większe szanse na podjęcie zatrudnienia.

3.4.2.3. Zakres wsparcia otrzymywanego przez uczestników w ramach projektów

Zakres wsparcia, kierowanego do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, jest stosunkowo szeroki. Formy wsparcia wskazane przez co najmniej 20% uczestników projektów obejmują: kursy i szkolenia zawodowe, doradztwo zawodowe, porady psychologa, dotację na utworzenie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym, kursy i szkolenia związane z założeniem lub prowadzeniem przedsiębiorstwa społecznego, staże lub praktyki zawodowe.

Zakres wsparcia musiał być szerszy niż w przypadku typowych projektów z zakresu aktywnego włączenia, bowiem cele interwencji są bardziej złożone i obejmują z jednej strony integrację społeczno-zawodową uczestnika projektu, a z drugiej strony przygotowanie kadry przedsiębiorstwa społecznego do prowadzenia tego przedsiębiorstwa oraz wsparcie istniejących przedsiębiorstw. Jak wynika ze studium przypadku, przedsiębiorstwa społeczne w swojej działalności doświadczają wielu różnych kryzysów i wsparcie musi być dostosowane do ich specyficznych potrzeb, musi być w związku z tym elastyczne i zindywidualizowane.

Istotne jest, aby wsparcie kierowane zarówno do osób indywidualnych, jak i przedsiębiorstw społecznych, było kompleksowe, czyli odpowiadało na bardzo szerokie spektrum potrzeb. Istotne jest też, jak wynika ze studium przypadku, budowanie trwałych relacji pomiędzy PS a doradcą biznesowym. Dobra współpraca z doradcą biznesowym zapewnia przedsiębiorcom społecznym poczucie bezpieczeństwa, świadomość, że nie zostaną sami z problemami. Pozwala to skupić się PS na świadczeniu usług dla klientów, co z kolei zwiększa szanse na utrzymanie się PS na rynku. Z drugiej strony niezbędne jest budowanie potencjału PS, czyli wspieranie go w radzeniu sobie z problemami, zamiast wyręczania. Wymaga to od instytucji świadczących wsparcie wysokich kompetencji doradczych i konsultanckich.

Zakres wsparcia kierowanego do instytucji

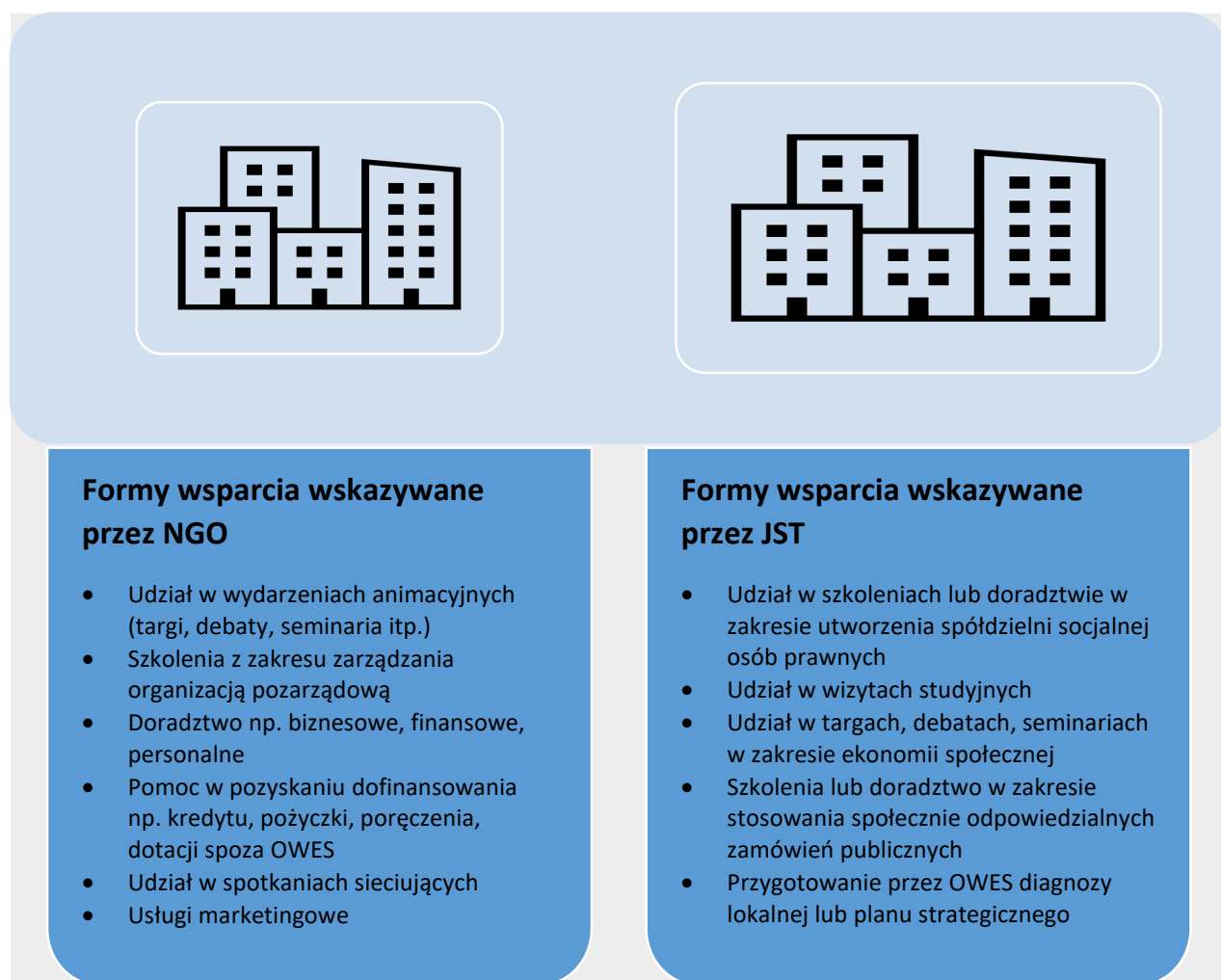
Przedstawiciele przedsiębiorstw społecznych, uczestniczący w badaniu, najczęściej deklarowali, że otrzymali przede wszystkim wsparcie finansowe: dotacje na utworzenie miejsca pracy oraz wsparcie pomostowe. Ponad połowa respondentów deklaruje skorzystanie z doradztwa biznesowego oraz dotyczącego zakładania przedsiębiorstw społecznych. Mniej niż połowa respondentów deklaruje otrzymanie wsparcia w zakresie integracji zawodowej: doradztwa zawodowego oraz kursów zawodowych, a także usług specjalistycznych. Respondenci stosunkowo rzadko wskazywali wsparcie w zakresie integracji społecznej. Może to wskazywać, że OWES w niewielkim stopniu wspierały PS w

reintegracji społeczno-zawodowej pracowników, co mogło mieć negatywny wpływ na sytuację tych pracowników, a pośrednio również na kondycję PS.

OWES również stosunkowo rzadko wspierały PS w pozyskiwaniu wsparcia finansowego z innych źródeł, wyraźnie koncentrując się na udzielaniu własnych dotacji. Takie podejście mogło negatywnie wpływać na kondycję wspieranych PS.

Zakres usług, z których korzystały NGO oraz JST jest dostosowany do specyfiki tych podmiotów. Nie odbiega zasadniczo od standardowych usług OWES kierowanych do tego typu podmiotów. Przedstawiciele organizacji pozarządowych korzystali najczęściej z wydarzeń animacyjnych, szkoleń z zakresu zarządzania organizacjami pozarządowymi i doradztwa biznesowego. Natomiast przedstawiciele JST korzystali najczęściej ze szkoleń i doradztwa w zakresie utworzenia PS, wizyt studyjnych oraz wsparcia w zakresie społecznie odpowiedzialnych zamówień publicznych.

Schemat 1 Formy wsparcia OWES, z których korzystali przedstawiciele NGO i JST uszeregowane od najczęściej wskazywanych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI.

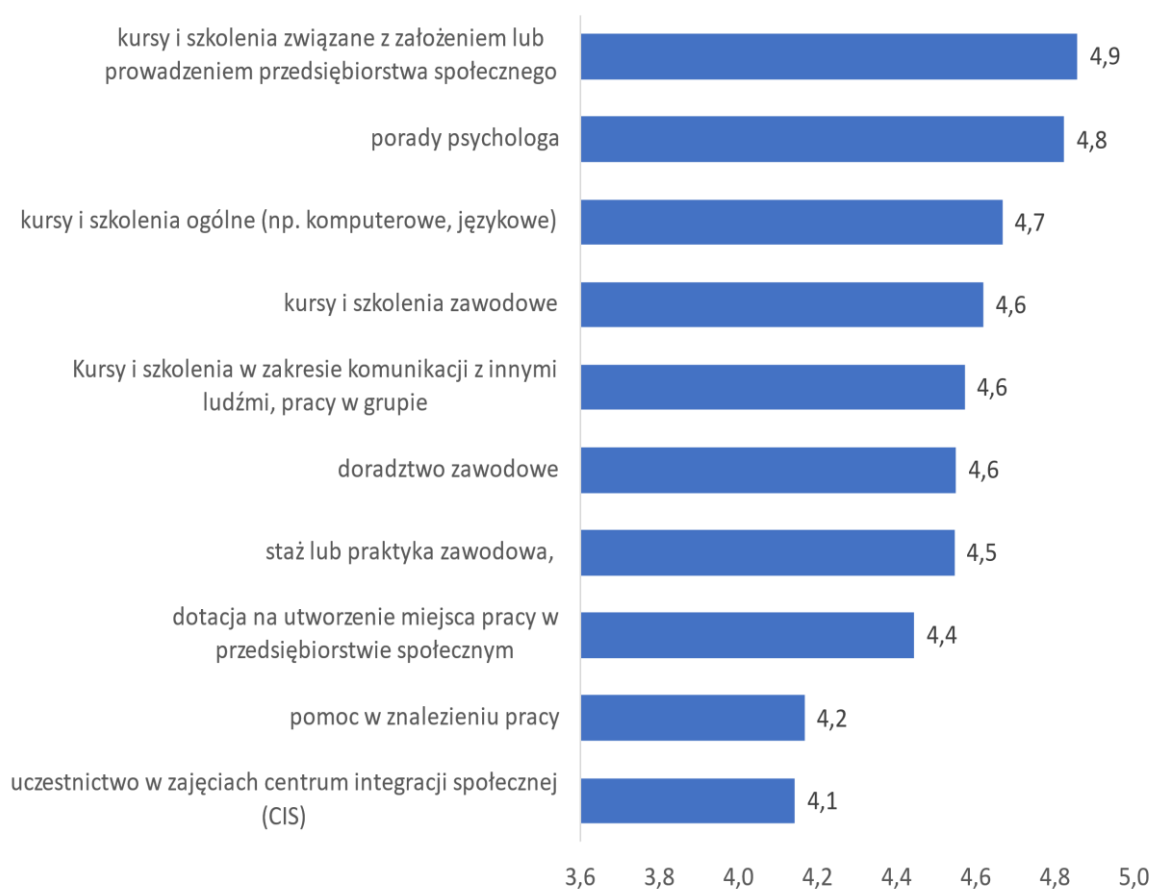
3.4.2.4. Ogólna użyteczność wsparcia otrzymanego w projektach

Wszystkie grupy respondentów oceniały wsparcie otrzymane w ramach projektów OWES pozytywnie lub bardzo pozytywnie.

Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, które korzystały ze wsparcia OWES, oceniały wszystkie otrzymane formy wsparcia jako bardzo przydatne lub przydatne. Jako bardzo przydatne uczestnicy oceniali kursy i szkolenia związane z założeniem lub prowadzeniem przedsiębiorstwa społecznego. Potwierdzają to też badania jakościowe, w trakcie których klienci OWES podkreślali wysoki poziom profesjonalizmu kadry tych instytucji.

Nieco gorzej oceniana była użyteczność dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej. Może to wynikać jednak z pojawiających się opinii, że wysokość dotacji była zbyt niska w stosunku do potrzeb przedsiębiorstw społecznych. Uczestnicy uznają za przydatne również porady psychologa, kursy i szkolenia ogólne, zawodowe i z zakresu komunikacji społecznych. Relatywnie najłagodniej, choć nadal pozytywnie, oceniają uczestnictwo w zajęciach CIS oraz pomoc w znalezieniu pracy.

Wykres 47 Średnia ocena na ile te formy wsparcia były przydatne dla uczestników projektów OWES pozostających bez pracy na skali od 1 do 5, gdzie 1-oznacza zupełnie nieprzydatne, a 5- bardzo przydatne



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=21

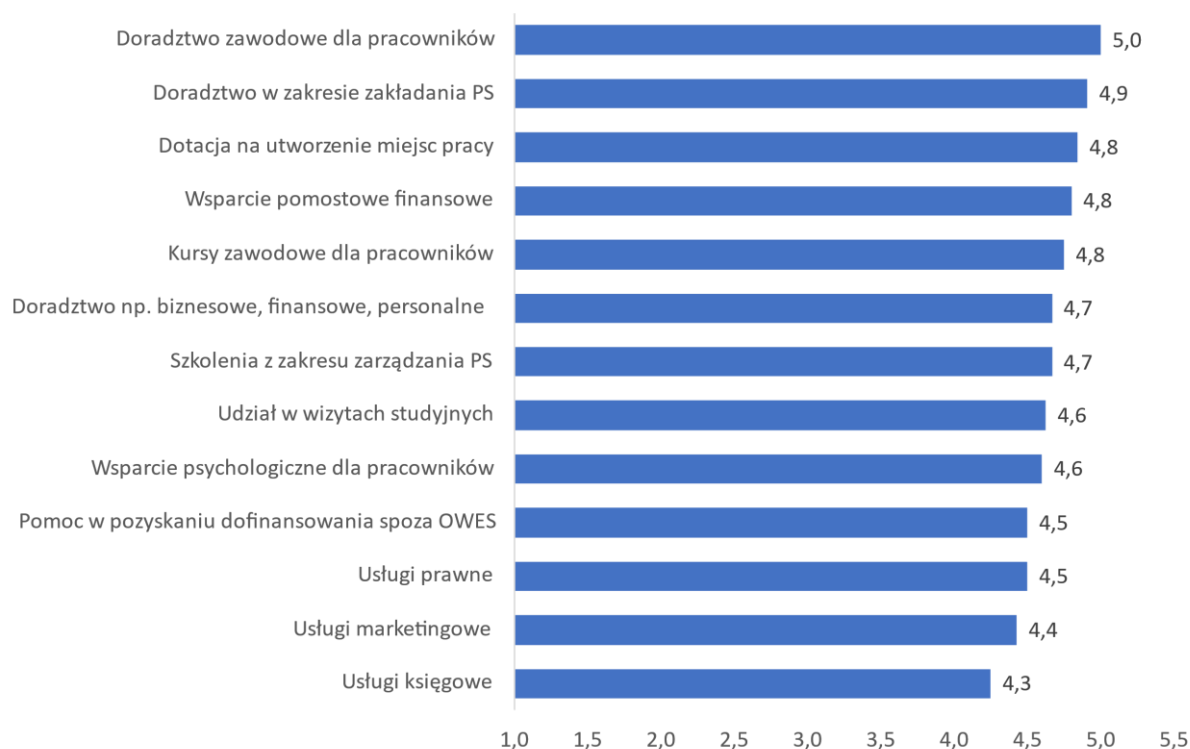
Prawie wszyscy respondenci z tej grupy deklarowali, że otrzymane wsparcie odpowiada na ich potrzeby. Co istotne, zdecydowana większość uczestników deklarowała, że na początku ich udziału w projekcie rozmawiano o ich potrzebach, a wszyscy, z którymi rozmawiano na początku realizacji projektu, twierdzili, że ich oczekiwania były uwzględnione w trakcie realizacji projektu.

Niemniej jedna czwarta uczestników jest zdania, że w projektach można wprowadzić zmiany. Propozycji ulepszeń było stosunkowo niewiele, zatem trudno tu mówić o jakiś wyraźnych tendencjach. Uczestnicy zwracali uwagę na potrzebę większej indywidualizacji wsparcia, co powinno wyrażać się częstszymi rozmowami o potrzebach, lepszą komunikacją. Wniosek ten na pierwszy rzut oka może wydawać się sprzeczny z wcześniejszymi opiniami. Jednak oznacza on, że uczestnicy projektów generalnie oceniając projekty jako dostosowane do ich potrzeb i deklarując, że rozmawiano o ich potrzebach, równocześnie uważają, że aby projekty były lepsze, beneficjenci powinni częściej rozmawiać o ich potrzebach i jeszcze bardziej indywidualizować wsparcie. Odpowiedzi te pokazują, że **pomimo generalnie pozytywnych opinii na temat otrzymanego wsparcia, nadal jest przestrzeń do jego doskonalenia.**

Wskazywano również na potrzebę zwiększenia wartości dotacji na utworzenie miejsca pracy. Niektórzy wskazywali, że przydatne byłyby wizyty w innych organizacjach i częstsze kontakty z innymi organizacjami. Wskazywano również na potrzebę wydłużenia szkoleń i większego nacisku na praktykę. Dotyczyło to szczególnie szkoleń komputerowych.

Respondenci reprezentujący przedsiębiorstwa społeczne oceniali każdą z form wsparcia, z której korzystali jako przydatną lub bardzo przydatną. Bardzo dobrze oceniane było wsparcie finansowe oraz wsparcie zawodowe dla pracowników PS, a także wsparcie z zakresu zakładania i prowadzenia PS. Dobrze oceniane były usługi specjalistyczne (marketingowe, księgowo-prawne).

Wykres 48 Średnia ocena na ile te formy wsparcia były przydatne dla przedsiębiorstwa społecznego na skali od 1 do 5, gdzie 1-oznacza zupełnie nieprzydatne, a 5- bardzo przydatne



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=19

Wszyscy przedstawiciele PS, biorący udział w badaniu, wskazywali również, że OWES udzielił im wszystkich oczekiwanych przez nich form wsparcia i żadnej formy wsparcia nie brakowało.

Jakość usług OWES była też bardzo wysoko oceniana przez przedstawicieli PS właściwie we wszystkich wymiarach. Tylko kwestia długości wsparcia była oceniana nieznacznie niżej, ale nadal pozytywnie. W wywiadach jakościowych niektórzy respondenci wskazywali, że okres wypłacania wsparcia pomostowego był zbyt krótki w stosunku do potrzeb osób w najtrudniejszej sytuacji.

Wykres 49 Średnia ocena jakości usług OWES przez przedstawicieli PS na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5- bardzo dobrze



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=20

Pozytywne opinie na temat usług OWES przeważały w badaniach jakościowych. Rozmówcy w wywiadach wprost wskazują, że bez wsparcia finansowego i doradczego OWES większość PS by nie powstała, dzięki możliwości skorzystania z fachowej wiedzy doradców OWES w połączeniu ze wsparciem finansowym.

Natomiast przedsiębiorstwa, które już istniały, dzięki wsparciu OWES mogły wyposażyć się, wzmacniając swój potencjał. Niektórzy rozmówcy przyznają, że bez wsparcia OWES nie byłoby w stanie tak wzmocnić swojego potencjału. Przykładowo, jedno z przedsiębiorstw dostało z OWES ponad 200 tys. zł dotacji, za którą zakupiło wyposażenie. Bez dotacji modernizacja przedsiębiorstwa na taką skalę byłaby niemożliwa.

OWES wspierały PS również po zakończeniu wsparcia. Jest to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę zmieniające się potrzeby PS, ale też pojawiające się nowe problemy i trudności. Pokazuje to, że OWES podchodzą do świadczenia usług z zaangażowaniem i nie ograniczają wsparcia. W wywiadach jakościowych przedstawiciele PS podkreślali, że pozostają w stałym kontakcie z swoim doradcą biznesowym i z innymi pracownikami OWES i mogą się do nich zwrócić z każdym problemem. OWES oferuje również cały czas szkolenia zawodowe i inne pracownikom przedsiębiorstw społecznych.

Czynnikiem wpływającym na jakość usług OWES jest ich indywidualizacja. Przedstawiciele OWES w wywiadach podkreślają, że w przypadku każdego podmiotu starają się rozpoznać jego potrzeby i dopasować plan i ścieżkę wsparcia do tych potrzeb, oczywiście w ramach usług świadczonych przez OWES. Przy czym zakres usług dostępnych w OWES oceniany jest

jako bardzo szeroki i w tych ramach można zwykle swobodnie dopasować usługi do sytuacji przedsiębiorstwa. Niemniej, jak wskazano wcześniej, przedstawiciele przedsiębiorstw społecznych są zdania, że projekty powinny być jeszcze bardziej zindywidualizowane.

Pojawiały się również pewne zastrzeżenia do usług OWES. Wskazywano, że korzystanie ze wsparcia OWES wymaga zbyt dużo pracy biurokratycznej przy rozliczaniu tego wsparcia. Dla przedsiębiorstw społecznych obowiązki związane z rozliczaniem otrzymanych środków są znaczącym obciążeniem i wymagają dużego zaangażowania kadry przedsiębiorstwa, co negatywnie wpływa na jego konkurencyjność. Możliwe, że upowszechnienie stawek jednostkowych ograniczy te problemy.

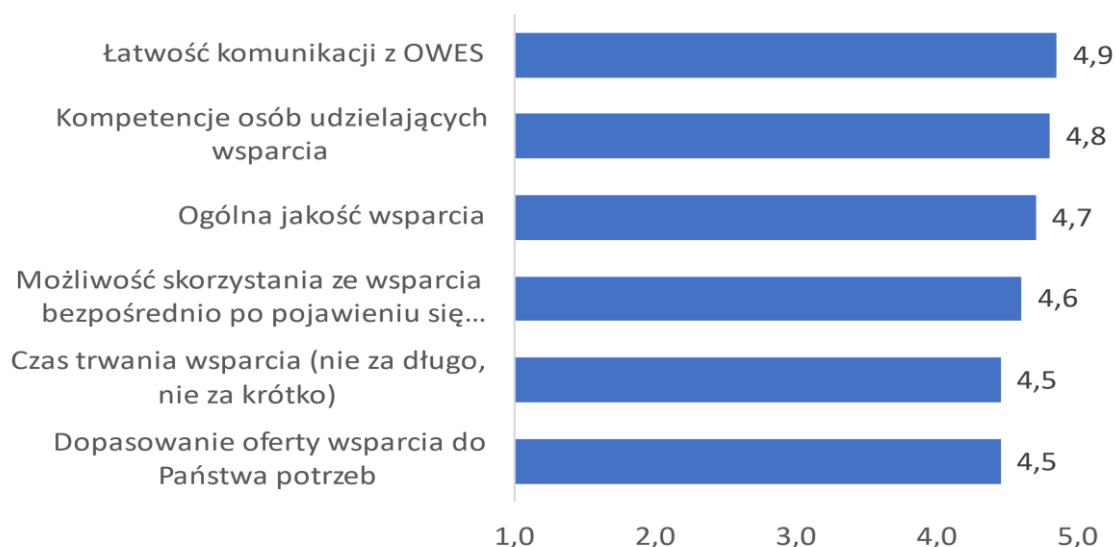
Przedstawiciele NGO oraz JST

Przedstawiciele NGO i JST również oceniali wszystkie formy wsparcia, z których korzystali jako przydatne lub bardzo przydatne. Jest to zrozumiałe, zakładając, że osoby te po prostu nie korzystałyby ze wsparcia, gdyby nie uznawały go w jakiś sposób za potrzebne.

Przedstawiciele NGO i JST byli zgodni, że OWES udzielił im wszystkich oczekiwanych form wsparcia i żaden z respondentów nie wskazał form wsparcia, których zabrakło w ofercie OWES.

Przedstawiciele obu grup docelowych, biorący udział w badaniu ilościowym, oceniali również bardzo pozytywnie jakość usług OWES. Bardzo dobrze ocenili łatwość komunikacji z OWES, kompetencje osób udzielających wsparcia. Nieco słabiej, ale nadal bardzo pozytywnie ocenili czas trwania wsparcia oraz dopasowanie oferty do swoich potrzeb.

Wykres 50 Średnia ocena jakości usług OWES przez przedstawicieli JST i NGO na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5 – bardzo dobrze



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=20

3.4.2.5. Podsumowanie

Wszystkie grupy klientów OWES wysoko oceniały użyteczność otrzymanego wsparcia. Dla klientów indywidualnych najlepiej oceniane usługi dotyczą wsparcia integracji zawodowej i społecznej. Z punktu widzenia PS najbardziej użyteczne jest wsparcie finansowe.

Czynniki, które miały decydujący wpływ na użyteczność wsparcia:

- **indywidualizacja wsparcia**, czyli dopasowanie zakresu świadczonych usług do potrzeb i oczekiwań poszczególnych odbiorców usług, przy równoczesnej umiejętności łączenia potrzeb osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i przedsiębiorstw społecznych,
- **kompleksowość wsparcia** – rozumiana jako umiejętność łączenia różnych form wsparcia w pakiet, który odpowiada w pełni na potrzeby danego odbiorcy,
- **wysokie kompetencje pracowników podmiotów realizujących usługi wsparcia** – usługi te są świadczone przez ograniczoną grupę podmiotów, które zajmują się tematem ekonomii społecznej od wielu lat, dzięki czemu są w stanie zapewnić profesjonalną kadrę pracowników, dobrze znających specyfikę ekonomii społecznej.

3.4.3. Skuteczność i trwałość wsparcia w zakresie ES

3.4.3.1. Stan osiągnięcia wskaźników produktów i rezultatu w zakresie ekonomii społecznej

Na koniec czerwca 2022 r. zakontraktowano 103% alokacji i wydatkowano 70% alokacji. Realizacja wskaźników produktu i rezultatu również nie była zagrożona. Przekroczono wartości docelowe dla wszystkich wskaźników produktu. Wskaźniki rezultatu udało się osiągnąć na poziomie 62-78%. Jednak wartości planowane do osiągnięcia na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie projektów przekraczały w czerwcu 2022 r. wartości docelowe.

Tabela 9 Stan realizacji wskaźników produktu i rezultatu według stanu na 30.06.2022 r. dla obszaru ekonomii społecznej

	Wartość docelowa wskaźnika dla roku 2023	Wartość na podstawie formularzy uczestników/ wniosków o płatność 30.06.2022 r.	Wartość wskaźnika na podstawie podpisanych umów 30.06.2022 r.	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie zatwierdzonych formularzy/ wniosków o płatność	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie podpisanych umów
Wskaźniki produktu					
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie	1 535	1 615	1 641	105,21%	106,91%
Liczba podmiotów ekonomii społecznej objętych wsparciem	1 264	1 401	1 228	110,84%	97,15%
Liczba osób pozostających bez zatrudnienia, zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie	1 380	1 954	0	141,59%	0%
Wskaźniki rezultatu					
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu	40%	482	618	61,67%	Wartość wskaźnika nie wyliczona ¹⁶

¹⁶ Wartość wskaźnika nie została wyliczona w związku z faktem, że przy wskaźniku odniesienia tj. Liczba osób pozostających bez zatrudnienia, zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie wartość na podstawie podpisanych umów wynosiła 0.

	Wartość docelowa wskaźnika dla roku 2023	Wartość na podstawie formularzy uczestników/ wniosków o płatność 30.06.2022 r.	Wartość wskaźnika na podstawie podpisanych umów 30.06.2022 r.	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie zatwierdzonych formularzy/ wniosków o płatność	Stopień realizacji wskaźnika na podstawie podpisanych umów
programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek)					
Liczba miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych	891	693	903	77,78%	101,35%

Źródło: UMWL.

3.4.3.2. Efekty projektów w zakresie aktywizacji zawodowej

Dwie trzecie (68%) osób uczestniczących w projektach pracowało po zakończeniu udziału w projekcie.

Jednym ze sposobów pomiaru trwałości efektów interwencji jest porównanie efektów interwencji w momencie opuszczenia projektu i w momencie realizacji badania (sierpień 2022 r.).

Sytuacja zawodowa uczestników projektów w momencie badania była podobna do sytuacji po opuszczeniu projektu. 64% uczestników projektów pracowało w momencie badania. Sytuacja pracujących uczestników projektów była też stosunkowo stabilna. Spośród osób, które pracowały po zakończeniu projektu, w momencie badania zdecydowana większość pracowała nadal w momencie badania. Te osoby, które nadal pracowały, najczęściej pracowały w tym samym miejscu, w którym pracowały po zakończeniu udziału w projekcie. Mniej więcej jedna trzecia zmieniła miejsce pracy.

Natomiast wśród osób, które nie pracowały w momencie zakończenia udziału w projekcie, zdecydowana większość nie pracowała również w momencie badania. Osoby, które nie podjęły pracy bezpośrednio po zakończeniu udziału w projekcie, mają relatywnie małe szanse na podjęcie pracy w późniejszym okresie.

3.4.3.2.1. Sytuacja osób pracujących w momencie badania

Prawie wszystkie osoby, które pracowały w momencie badania, pracowały na podstawie umowy o pracę. Jednak dwie trzecie spośród tych osób pracowało na podstawie umów na czas określony, natomiast tylko jedna trzecia na podstawie umów na czas nieokreślony. Pojedyncze osoby pracowały na podstawie umów cywilno-prawnej, samozatrudnienia lub prowadziły gospodarstwo rolne.

Dwie trzecie pracujących w momencie badania pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy (40 godzin lub więcej tygodniowo). Jest to podobna proporcja jak w przypadku PI 9i.

Około jednej piątej respondentów deklaruje, że ich uczestnictwo w projekcie wpłynęło na sytuację zawodową członków ich rodzin: podjęcie przez nich pracy lub zwiększenie wymiaru czasu pracy. Przy czym podobnie często deklarują to osoby pracujące i niepracujące w momencie badania. Wydaje się, że zwiększenie aktywności zawodowej przez członków rodziny uczestników projektów można uznać za efekt dodatkowy projektów.

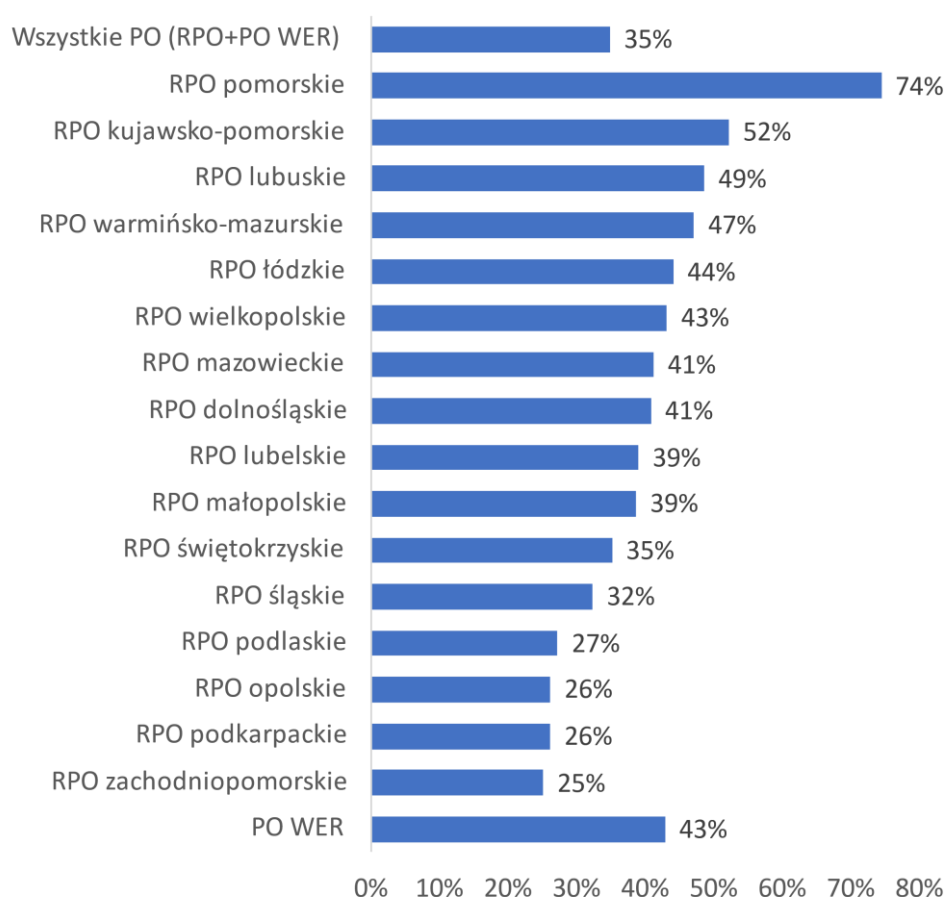
Połowa pracujących uczestników projektów stwierdziła, że bez udziału w projekcie również miałyby pracę. Może to wskazywać, że w projektach występował efekt jałowego biegu – w projektach uczestniczyły osoby, które również bez projektu znalazłyby pracę. Jest to jednak naturalny efekt doboru uczestników, który dawał większe szanse na utworzenie i przeżycie przedsiębiorstwa społecznego.

3.4.3.2.2. Sytuacja na rynku pracy uczestników projektów w PI 9v na podstawie danych ZUS Analogicznie jak w przypadku PI 9i, **bardziej precyzyjnych danych na temat sytuacji na rynku pracy uczestników projektów, w porównaniu z badaniami ankietowymi, dostarczają dane administracyjne.** Na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej prowadzone jest regularne badanie wskaźników rezultatu długoterminowego dla wszystkich uczestników projektów we wszystkich programach współfinansowanych ze środków EFS. Dane na temat sytuacji na rynku pracy pochodzą z bazy danych ZUS. To źródło danych ma również swoje ograniczenia, bowiem nie uwzględnia pracujących w rolnictwie (ubezpieczonych w KRUS), a także osób migrujących oraz pracujących w szarej strefie. Ma jednak tę przewagę, że pozwala dostarczyć danych dla całej populacji.

Ostatnie dostępne oszacowanie wskaźników rezultatu długoterminowego zaprezentowane jest w raporcie pt.: Badanie ewaluacyjne dotyczące wyliczenia wartości wskaźników rezultatu długoterminowego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Inicjatywy na rzecz zatrudnienia osób młodych; Raport cząstkowy (2022). Dane te obejmują okres od 1 lipca 2018 r. do końca grudnia 2020 r. Oznacza to, że w badaniu uwzględnione zostały osoby, które zakończyły udział w projekcie w tym okresie. Zgodnie z informacjami w załączniku do raportu, dostępne są dane dla 842 osób, które zakończyły udział w projekcie w PI 9v w RPO WL 2014-2020.

Sześć miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie pracowało 49% tych osób (48% kobiet oraz 49% mężczyzn). Wskaźnik miał większą wartość tylko w województwach pomorskim (74%) oraz kujawsko-pomorskim (52%). **W większości województw wartość wskaźnika była mniejsza niż w województwie lubelskim.** Najniższe wartości wskaźnik przyjmował w województwach: zachodniopomorskim (25%), podkarpackim (26%) oraz opolskim (26%).

Wykres 51 Wskaźnik rezultatu długoterminowego EFS: Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, sześć miesięcy po opuszczeniu programu dla PI 9v

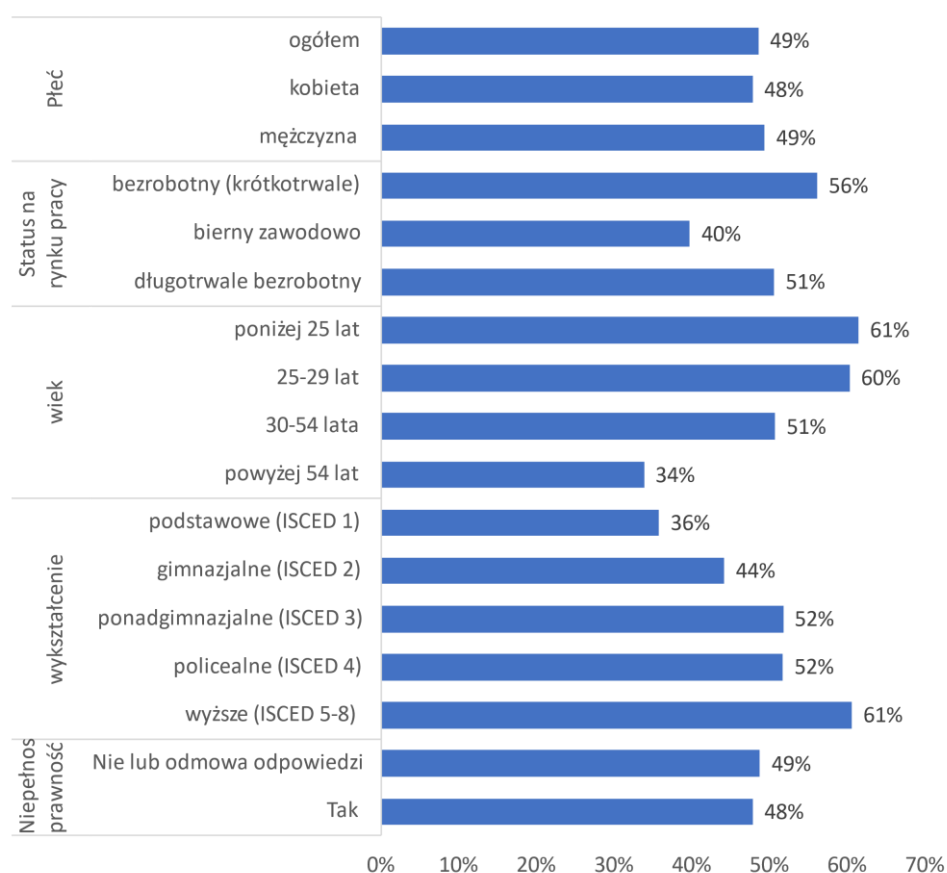


Źródło: MFiPR (2021), Badanie ewaluacyjne dotyczące wyliczenia wartości wskaźników rezultatu długoterminowego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Inicjatywy na rzecz zatrudnienia osób młodych; Raport cząstkowy (2022), Warszawa. N=842

Wartość wskaźnika rezultatu EFS jest zróżnicowana ze względu na sytuację społeczno-demograficzną uczestników projektów. Najmniejsze różnice są ze względu na płeć. Również ze względu na niepełnosprawność różnice we wskaźniku zatrudnienia są stosunkowo nieduże. Natomiast znaczące różnice są ze względu na:

- status na rynku pracy: lepiej sobie radzą osoby krótkotrwale bezrobotne, a gorzej osoby bierne zawodowo,
- wiek: lepiej sobie radzą osoby młode i w wieku mobilności zawodowej, a gorzej osoby po 54 roku życia,
- wykształcenie: lepiej radzą sobie osoby z wyższym wykształceniem.

Wykres 52 Odsetek uczestników projektów w PI 9v pracujących 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie ze względu na płeć, status na rynku pracy, wiek, wykształcenie i niepełnosprawność



Źródło: MFiPR (2022), Badanie ewaluacyjne dotyczące wyliczenia wartości wskaźników rezultatu długoterminowego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Inicjatywy na rzecz zatrudnienia osób młodych; Raport cząstkowy (2022), Warszawa.

3.4.3.2.3. Sytuacja osób, które nie pracowały

Uczestnicy projektów, którzy nie pracowali w momencie badania, najczęściej byli bierni zawodowo. Dwie trzecie respondentów niepracujących w momencie badania nie poszukiwało aktywnie pracy. Podobna część niepracujących respondentów nie była zarejestrowana w urzędzie pracy. W sumie ponad połowa niepracujących osób ani aktywnie nie poszukiwała pracy, ani nie była zarejestrowana w urzędzie pracy.

Osoby niepracujące zwykle jako powód braku pracy wskazywały czynniki związane z sytuacją danej osoby. Łącznie dwie trzecie niepracujących uczestników projektów wskazywało na dwie, powiązane wzajemnie przyczyny: emerytura lub renta oraz zły stan zdrowia, niepełnosprawność, wiek.

3.4.3.2.4. Skuteczność wsparcia dla przedsiębiorstw społecznych

Najczęściej wskazywane przez przedstawicieli PS efekty wsparcia OWES to utworzenie miejsc pracy i poprawa sytuacji finansowej przedsiębiorstwa. Trzy czwarte respondentów deklarowało, że efektem wsparcia OWES było powstanie przedsiębiorstwa społecznego. Pokazuje to, że bez systemu wsparcia ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne powstawałyby zdecydowanie rzadziej.

Respondenci wskazywali również szereg korzyści dla przedsiębiorstw społecznych, wynikających z otrzymanego wsparcia, takich jak poprawa jego rozpoznawalności, poprawa pozycji rynkowej, pozyskanie nowych klientów. Tego typu efekty pozwalają niewątpliwie rozwijać się przedsiębiorstwu społecznemu.

Również stosunkowo duża część respondentów wskazywała na korzyści odnoszone przez pracowników przedsiębiorstw: poprawa kompetencji zawodowych, poprawa jakości działań reintegracyjnych, wzrost atrakcyjności miejsc pracy w przedsiębiorstwie.

Najbardziej były wskazywane takie korzyści jak pozyskanie zewnętrznego źródła finansowania lub wprowadzenie nowych produktów lub usług. Chociaż tego typu korzyści były wskazywane przez ponad połowę respondentów. Wydaje się, że OWES, dysponując ograniczonym katalogiem instrumentów finansowych skierowanych do PS, w większym stopniu powinny wspierać PS w pozyskiwaniu środków finansowych. W nowej perspektywie finansowej należy też rozważyć możliwość uruchomienia bezpośredniego wsparcia finansowego PS, bez pośrednictwa OWES.

3.4.3.2.5. Porównanie z PI 9v

Odsetek osób pracujących po zakończeniu udziału w projektach realizowanych w PI 9v był wyższy niż w przypadku PI 9i. Zatrudnienie osób pracujących było również stabilniejsze w przypadku PI 9v: uczestnicy rzadziej przestawali pracować lub rzadziej zmieniali pracę. Częściej też pracowali na podstawie umów o pracę. Równocześnie większa część pracujących uczestników projektów realizowanych w PI 9v deklarowała, że bez wsparcia ich sytuacja byłaby podobna do sytuacji w momencie badania.

Wiązało się to z lepszą sytuacją uczestników projektów w PI 9v – częściej były to osoby lepiej wykształcone, w wieku mobilności zawodowej, częściej też pracowały przed rozpoczęciem projektu.

3.4.3.3. Efekty projektów w zakresie aktywizacji społecznej

Cztery piąte osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, uczestniczących w projektach, deklaruje podniesienie swoich kompetencji lub nabycie kwalifikacji zawodowych. Wydaje się, że efekt edukacyjny jest jednym z ważniejszych wymiarów efektów społecznych interwencji.

Uczestnicy projektów deklarują również liczne korzyści społeczne, wynikające z uczestnictwa w projektach. Najczęściej uczestnicy deklarują korzyści związane z poprawą kompetencji społecznych: łatwiej jest im nawiązywać kontakty, porozumiewać się z innymi, częściej spotykają się z innymi ludźmi. Równie często wskazywane są korzyści osobiste: lepsze samopoczucie, lepsze radzenie sobie z problemami dnia codziennego. Relatywnie najrzadziej uczestnicy deklarują, że mniej martwią się o swoją przyszłość, co może jednak wynikać z nadal niestabilnej sytuacji części uczestników i zagrożeń zewnętrznych. Rzadko jest też deklarowana poprawa stanu zdrowia fizycznego, co może wynikać jednak z faktu, że nie wszyscy uczestnicy mieli problemy zdrowotne.

Wykres 53 Korzyści społeczne deklarowane przez uczestników projektów z zakresu ekonomii społecznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=49

Trzy czwarte uczestników projektów deklaruje również, że dzięki udziałowi w projekcie poprawiła się ich sytuacja finansowa. Wyraźnie częściej deklarują poprawę sytuacji finansowej osoby, które pracowały w momencie badania. Uczestnicy projektów również rzadziej korzystali z pomocy społecznej. Przed przystąpieniem do projektu z pomocy społecznej korzystało 21% uczestników, a w momencie badania 15%. **Dane te pokazują wyraźnie, że udział w projekcie i podjęcie pracy może przyczynić się do poprawy sytuacji uczestnika projektu, jak również całej jego rodziny.**

Zmianę sytuacji uczestników dostrzegają też rozmówcy w wywiadach jakościowych. Przedstawiciele OWES w wywiadach przytaczają przykłady osób, które były bierne

zawodowo i społecznie. Dzięki udziałowi w projekcie otworzyły się, zmieniły swoje życie w stopniu bardzo istotnym, nabyły nowe kompetencje zawodowe i społeczne. Trudno jednak na podstawie wywiadów jakościowych jednoznacznie ocenić, jak duża jest skala tego typu spektakularnych przemian.

Na skuteczność integracji zawodowej i społecznej duży wpływ ma sytuacja danej osoby.

Niewątpliwie łatwiej jest osobom, które nie doświadczają tak silnych dyskryminacji i wykluczenia na rynku pracy, np. ze względu na wiek, poziom wykształcenia, stan zdrowia itd. Duże znaczenie dla skuteczności integracji zawodowej mają także postawa uczestników projektów wobec aktywizacji i ich motywacja do zmiany. Część osób niechętnie podchodzi do zmiany swojej sytuacji, wyszukując różnego rodzaju racjonalizacje. Tego typu osoby zdecydowanie trudniej doprowadzić do zatrudnienia i utrzymać w nim, zmienić ich motywację do pracy. **Wydaje się, że kompetencje kadry OWES powinny być wzmacnianie w zakresie pracy z osobami o niskiej motywacji i niechętnych do zmiany swojej sytuacji.**

3.4.3.4. Efekty projektów dla przedsiębiorstw społecznych

3.4.3.4.1. Miejsca pracy utworzone w przedsiębiorstwach społecznych

W polskim modelu ekonomii społecznej wsparcie PS koncentruje się przede wszystkim na tworzeniu miejsc pracy dla osób w najtrudniejszej sytuacji. W RPO WL 2014-2020 planowano utworzenie łącznie 891 miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych. **Według danych IZ RPO WL 2014-2020, do końca czerwca 2022 r. utworzono 693 miejsca pracy, czyli osiągnięto 78% celu.** Natomiast na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie projektów planuje się utworzenie 903 miejsc pracy, a zatem nieznacznie powyżej zakładanego celu. Pokazuje to, że osiągnięcie zakładanego celu nie jest zagrożone.

W badaniu ewaluacyjnym również uwzględniono kwestie liczby miejsc pracy. Zgodnie z deklaracjami uczestników projektów, przed przystąpieniem do projektu w ich przedsiębiorstwach pracowało 91 osób¹⁷. Średnio w jednym przedsiębiorstwie społecznym pracowało 5 osób.

Utworzone miejsca pracy charakteryzują się wysoką trwałością, a wsparte przedsiębiorstwa społeczne tworzą dodatkowe miejsca pracy. Dzięki dotacjom dla 19 badanych przedsiębiorstw utworzono łącznie 98 nowych miejsc pracy, średnio 5,2 miejsc pracy na przedsiębiorstwo. W momencie badania we wspartych przedsiębiorstwach pracowało 210 osób, czyli średnio 11,7 na przedsiębiorstwo. Jeśli porówna się liczbę osób pracujących w momencie badania w badanych przedsiębiorstwach do liczby osób pracujących przed przystąpieniem do projektu oraz liczby miejsc pracy utworzonych dzięki dotacjom, to netto liczba miejsc pracy wzrosła o 10%.

¹⁷ Dwóch respondentów nie było w stanie podać liczby osób pracujących przed przystąpieniem do projektu. W przypadku tych przedsiębiorstw założono średnią liczbę osób oszacowaną dla pozostałych przedsiębiorstw.

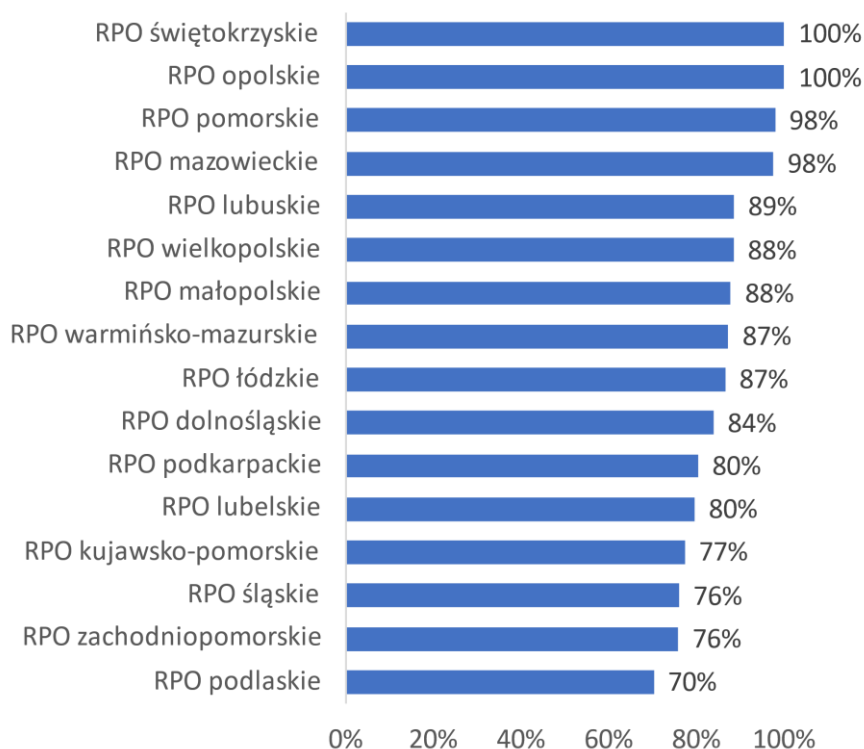
W tym samym czasie dwa z dwudziestu badanych przedsiębiorstw społecznych przestały prowadzić działalność gospodarczą. Jednak przytoczone powyżej liczby pokazują, że nawet pomimo zaprzestania działalności przez dwa przedsiębiorstwa, liczba miejsc pracy netto przyrosła bardziej, niż liczba udzielonych dotacji. **Pokazuje to na stosunkową dużą stabilność tworzonych miejsc pracy.**

Stabilność tworzonych miejsc pracy potwierdzają również wyniki badania zrealizowanego na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, służącego pomiarowi wskaźnika rezultatu długoterminowego Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych.

Wartość wskaźnika osiągnięta w województwie lubelskim jest znacznie powyżej zakładanej wartości docelowej. W przypadku województwa lubelskiego wskaźnik był wyliczony dla 83 miejsc pracy utworzonych między 1.07.2015 – 31.12.2018 r. Badanie wykazało, że po 30 miesiącach istnieje nadal 66 z utworzonych miejsc pracy, czyli 80%. Było to znacznie powyżej wartości założonej w RPO WL 2014-2020, która wyniosła 15%.

Jednak w większości regionów udało się osiągnąć wyższą wartość wskaźnika. W dwóch województwach wartość wskaźnika wyniosła 100% (województwo świętokrzyskie i opolskie), a w dwóch wartość 98% (pomorskie i mazowieckie). Najniższe wartości osiągnięto w województwach podlaskim (70%), zachodniopomorskim (76%) i śląskim (76%).

Wykres 54 Wartości wskaźnika Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych według programów operacyjnych.



Źródło: MFiPR (2022, Ewaluacja wsparcia EFS na rzecz przedsiębiorstw społecznych z pomiarem wskaźnika rezultatu długoterminowego Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych – pomiar I (2021 rok). Warszawa

W badaniu zrealizowanym na zlecenie MFiPR wyliczono również wartość wskaźnika dla poszczególnych OWES działających w województwie. Pomędzy poszczególnymi OWES istniały dość duże różnice. Najwyższą wartość wskaźnika trwałości utworzonych miejsc pracy osiągnięto w OWES Razem – inicjatywy z obszaru ekonomii społecznej (94%). Najmniejszą zaś w OWES prowadzonym przez Stowarzyszenie na rzecz Integracji Społecznej "Modrzew" (63%).

Tabela 10 Wartości wskaźnika Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych według OWES w województwie lubelskim

	Miejsca pracy, które istniały co najmniej 30 miesięcy	Liczba miejsc pracy poddanych analizie	Wartość wskaźnika Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy utworzonych w PS
Fundacja Rozwoju Lubelszczyzny	15	20	75%
Razem - inicjatywy z obszaru ekonomii społecznej	34	36	94%
Stowarzyszenie na rzecz Integracji Społecznej „Modrzew”	17	27	63%

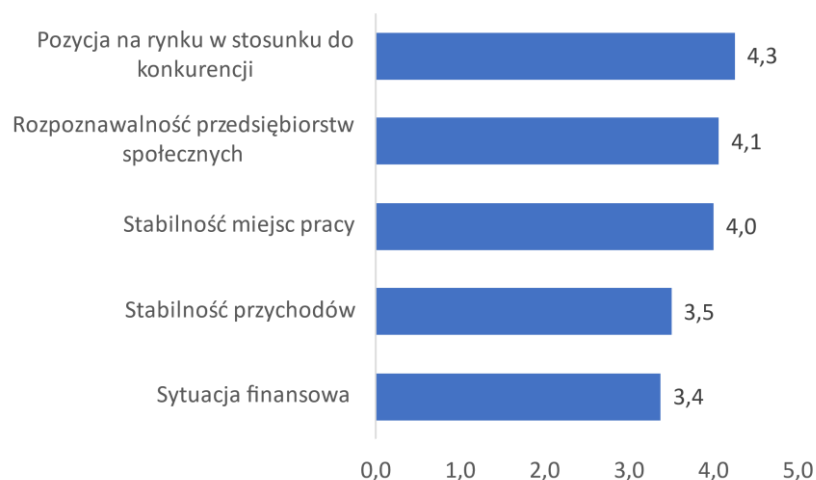
Źródło: MFiPR (2022), Ewaluacja wsparcia EFS na rzecz przedsiębiorstw społecznych z pomiarem wskaźnika rezultatu długoterminowego Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych – pomiar I (2021 rok). Warszawa

Wpływ na trwałość przedsiębiorstw społecznych mogły mieć także preferencje dla nich jako dla wykonawców usług społecznych realizowanych w projektach w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020. Jak wykazała analiza kryteriów wyboru projektów stosowanych w naborach, kryteria premiujące stosowane przez IP RPO ułatwiały dostęp do środków na realizację tych projektów dla podmiotów ekonomii społecznej (jako wnioskodawców lub partnerów w projektach).

3.4.3.4.2. Kondycja przedsiębiorstw społecznych

Badane przedsiębiorstwa społeczne, które prowadziły w momencie badania działalność gospodarczą, swoją kondycję oceniały jako umiarkowaną lub dobrą. Najstąbiej, choć nadal pozytywnie oceniana była ich sytuacja finansowa i stabilność przychodów. Lepiej oceniana była pozycja rynkowa wspieranych przedsiębiorstw, ich rozpoznawalność i stabilność miejsc pracy.

Wykres 55 Ocena aktualnej sytuacji badanych przedsiębiorstw społecznych. Oceny na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo zła, a 5- bardzo dobra.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI. N=18

Funkcjonujące przedsiębiorstwa społeczne są nadal bardzo wrażliwe na szoki zewnętrzne. Na sytuację niektórych przedsiębiorstw społecznych negatywnie wpłynęła pandemia COVID-19. Obecnie negatywnie wpływa inflacja i wojna w Ukrainie, która np. powoduje mniejszą liczbę turystów w województwie lubelskim. Dlatego też w przypadku części przedsiębiorstw społecznych ryzyko upadku jest cały czas realne.

Sytuacja innych przedsiębiorstw społecznych wydaje się nie być aż tak bardzo uzależniona od czynników zewnętrznych. Część z nich w wywiadach indywidualnych wskazywała, że ich sytuacja finansowa jest stabilna i przedsiębiorstwo rozwija się. Są to przedsiębiorstwa, które świadczą usługi lokalne, na które nie wpływa tak mocno sytuacja gospodarcza.

Są też przykłady przedsiębiorstw, które bardzo dynamicznie się rozwijają – pozyskują znaczące kontrakty, w tym z JST, dzięki czemu są w stanie istotnie zwiększać skalę świadczonych usług oraz liczbę osób pracujących.

W badaniach jakościowych zidentyfikowano czynniki, które mogą zwiększać szanse PS na stabilność i rozwój. Omówiono je poniżej.

Tworzenie nowych przedsiębiorstw społecznych w oparciu o ich ścisłą współpracę z JST – jednostki samorządu terytorialnego mogą generować popyt na dobra i usługi tworzone przez PS. Pomagają również w rekrutacji potencjalnych pracowników PS, bazując na znajomości członków lokalnej społeczności. Jednak ścisłe powiązanie z JST może też mieć słabe strony. Tworzenie PS może być zakamuflowaną metodą na obniżanie kosztów realizacji usług społecznych, np. przez przesuwanie pracowników jednostek samorządowych do PS. Również zmiana władz w JST może zagrozić dotychczasowej współpracy. Dlatego też wskazane jest, aby przedsiębiorstwa społeczne rozwijały działalność również w oparciu o innych klientów

Trafne wytypowanie lidera przedsiębiorstwa społecznego również ma kluczowe znaczenie.

Jak wynika z doświadczeń OWES, odpowiednie wytypowanie lidera przedsiębiorstwa społecznego, najlepiej już na etapie animacji lokalnej lub tworzenia grup inicjatywnych jest kluczowe dla sukcesu PS także na dalszym etapie rozwoju. Odpowiedni lider jest w stanie zmotywować pozostałych pracowników PS, rozwiązywać konflikty wewnętrzne, reprezentować PS na zewnątrz itd., co sprawia, że PS jest trwałe. Z drugiej strony bazowanie na silnym liderze może być ryzykowne w przypadku zmian personalnych.

3.4.3.5. Efekty projektów dla organizacji pozarządowych i jednostek samorządu terytorialnego

Efekty wsparcia OWES są specyficzne ze względu na typ podmiotu. Organizacje pozarządowe wskazują najczęściej na wzmocnienie ich potencjału: poprawa jakości działań, lepsze zarządzanie, wzrost rozpoznawalności organizacji. Około połowa respondentów wskazała na bardziej wymierne rezultaty, takie jak poszerzenie zakresu lub działania organizacji, poprawa sytuacji finansowej, pozyskanie finansowania. Natomiast wyraźnie mniej, ok. jednej trzeciej badanych podmiotów wskazywała efekty związane z celami wsparcia ekonomii społecznej, czyli utworzenie nowego miejsca pracy dla osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym.

Tylko jedna organizacja wskazała efekt w postaci rozpoczęcia działalności gospodarczej lub odpłatnej działalności pożytku publicznego. Może to wynikać jednak z tego, że ponad połowa wspartych organizacji pozarządowych prowadziła w momencie badania tego typu działalność. W trakcie wywiadów jakościowych uczestnicy wskazywali również na istniejące w społeczeństwie bariery przed podejmowaniem działalności gospodarczej przez organizacje pozarządowe. Dominuje jednak nadal obraz organizacji utrzymującej się z dotacji, darowizn i bazującej na pracy wolontariackiej.

W przypadku JST efekty dotyczą przede wszystkim wzrostu kompetencji w zakresie ekonomii społecznej oraz wzmocnienie współpracy z organizacjami pozarządowymi. Około połowa respondentów wskazywała efekty zbieżne z celami interwencji, czyli utworzenie przedsiębiorstwa społecznego lub stosowanie klauzul społecznych w ramach zamówień publicznych.

W 2021 r. w województwie lubelskim funkcjonowały 24 spółdzielnie socjalne, dla których JST jest założycielem lub członkiem. Stanowiło to 11% JST, dla których zebrano dane. W roku 2020 działało 21 tego typu spółdzielni socjalnych.

Według stanu na koniec grudnia 2021 r. pracowały w nich 224 osoby, w tym 90 osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Czyli osoby zagrożone wykluczeniem społecznym stanowiły 40% pracowników tych podmiotów. W stosunku do 2020 r. spadła liczba osób

pracujących o 26%, ale równocześnie o 34% wzrosła liczba osób pracujących, należących do kategorii zagrożonych wykluczeniem społecznym¹⁸.

3.4.3.6. Podsumowanie

We wszystkich grupach odbiorców widoczne są efekty zgodne z założeniami interwencji. W przypadku osób zagrożonych wykluczeniem społecznym widoczny jest stosunkowo duży odsetek osób, które pracowały w momencie badania. Co więcej, ich miejsca pracy były stosunkowo stabilne. Uczestnicy projektów podnosili też swoje kompetencje, odnotowywali szereg korzyści społecznych oraz poprawę sytuacji finansowej rodziny. Należy jednak pamiętać, że wśród uczestników więcej było osób w relatywnie lepszej sytuacji. Wynikało to ze specyfiki interwencji, czyli poszukiwania osób, które będą w stanie aktywnie działać w PS.

Wsparte przedsiębiorstwa społeczne również się rozwijały. Choć pojedyncze z badanych PS upadły, to netto ogólna liczba miejsc pracy w badanych przedsiębiorstwach przyrosła. Przedsiębiorstwa oceniają swoją sytuację społeczną jako umiarkowaną lub dobrą. Jednak ich sytuacja jest silnie zróżnicowana. Są podmioty słabsze, balansujące na granicy upadłości i silne, rozwijające się podmioty. Dużo zależy od podatności przedsiębiorstw społecznych na szoki zewnętrzne i od umiejętności budowania odporności przedsiębiorstw.

Wsparte organizacje pozarządowe również się rozwijają. Choć skala ekonomizacji NGO w wyniku wsparcia jest znikoma. W przypadku JST widoczna jest poprawa wiedzy o ekonomii społecznej i wzrost zaangażowania w działania na rzecz ekonomii społecznej. Dotyczy to jednak stosunkowo niewielkiej populacji badanych przedsiębiorstw.

¹⁸ ROPS w Lublinie (2022), OZPS 2021.

3.5. Ocena regionalnych programów zdrowotnych realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020

Pytania badawcze:

8/ Czy w wyniku realizacji wsparcia wzrosła dostępność do usług społecznych i zdrowotnych?

12/ Jaka jest skuteczność zrealizowanych regionalnych programów zdrowotnych w ramach OP 11?

PW1/ Jak uczestnicy projektów oceniają przydatność otrzymanego wsparcia?

3.5.1. Użyteczność wsparcia w zakresie regionalnych programów zdrowotnych

3.5.1.1. Nabory projektów

Analiza danych zastanych wykazała, że w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 zorganizowano trzy nabory projektów, które dotyczyły regionalnych programów zdrowotnych:

1. Nabór RPLU.11.02.00-IZ.00-06-001/17, w wyniku którego zawarto umowę na dofinansowanie 5 projektów (regionalne programy zdrowotne w zakresie nadwagi i otyłości);
2. Nabór RPLU.11.02.00-IZ.00-06-003/18, w wyniku którego zawarto umowę na dofinansowanie 2 projektów (regionalne programy zdrowotne w zakresie wad postawy);
3. Nabór RPLU.11.02.00-IZ.00-06-005/18, w wyniku którego zawarto umowę na dofinansowanie 1 projektu (regionalny program zdrowotny w zakresie zaburzeń komunikacyjnych: słuchu, mowy).

3.5.1.2. Charakterystyka uczestników

W badaniu ankietowym zdecydowanie dominowali (98%) członkowie rodzin uczestników regionalnych programów zdrowotnych – rodzice dzieci w wieku szkolnym, którzy uczestniczyli w różnego typu programach zdrowotnych. Prawie wszyscy (99%) badani uczestnicy projektów to osoby bierne zawodowo (osoby niepełnoletnie uczące się).

Co ważne, wielu respondentów – uczestników programów zdrowotnych nie było w stanie przypomnieć sobie, w jakiego typu programie/wsparciu brali udział. Wielu z nich nie zdefiniowało siebie (lub swoich dzieci – uczestników projektów) jako osób z problemami zdrowotnymi, a po prostu jako osoby uczestniczące w programach zdrowotnych o charakterze profilaktycznym, adresowanych także do dzieci zdrowych.

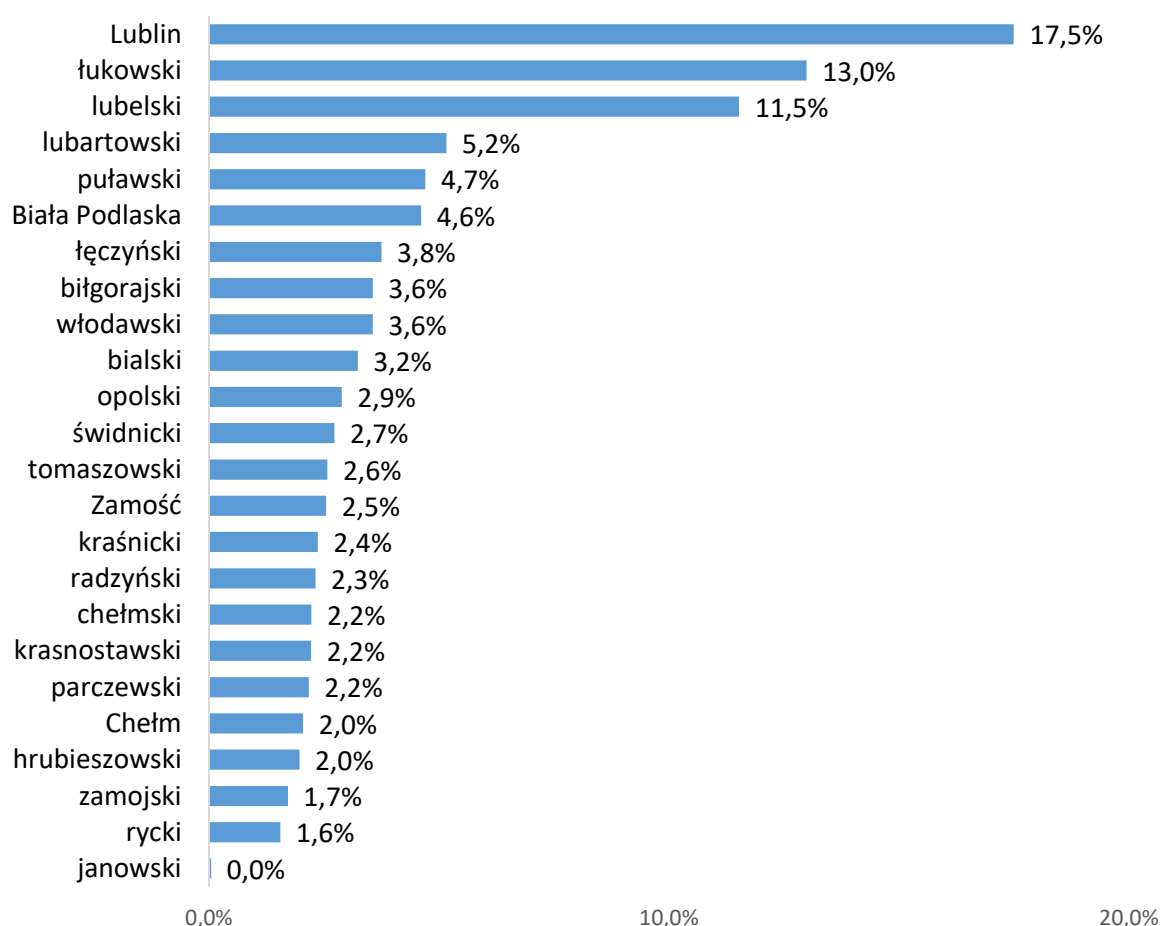
Uczestników regionalnych programów zdrowotnych można zatem zdefiniować ogólnie jako uczniowie ze szkół podstawowych z województwa lubelskiego. Podobnie definiowano

zresztą grupę docelową w kryteriach formalnych specyficznych stosowanych w naborach projektów.

Jak wynika z analizy danych zastanych, struktura płciowa uczestników projektów jest równomierna – 50,6% stanowiły kobiety, zaś 49,4% - mężczyźni. Wszyscy to osoby niepełnoletnie. Wszyscy posiadają wykształcenie niższe niż podstawowe lub podstawowe lub gimnazjalne. 54% uczestników projektów pochodziło z terenów wiejskich, słabo zaludnionych, według klasyfikacji DEGURBA. 24% uczestników projektów pochodziło z terenów pośrednich (miasta, przedmieścia), zaś 22% z terenów gęsto zaludnionych (największych miast regionu).

Najwięcej uczestników pochodziło z Lublina i powiatu lubelskiego. Łącznie stanowili oni 29% wszystkich uczestników. Bardzo duża liczba uczestników projektów zamieszkuje także powiat łukowski. W regionalnych programach zdrowotnych wzięli udział tylko pojedynczy mieszkańcy powiatu janowskiego.

Wykres 56 Struktura uczestników projektów w obszarze regionalnych programów zdrowotnych ze względu na powiat

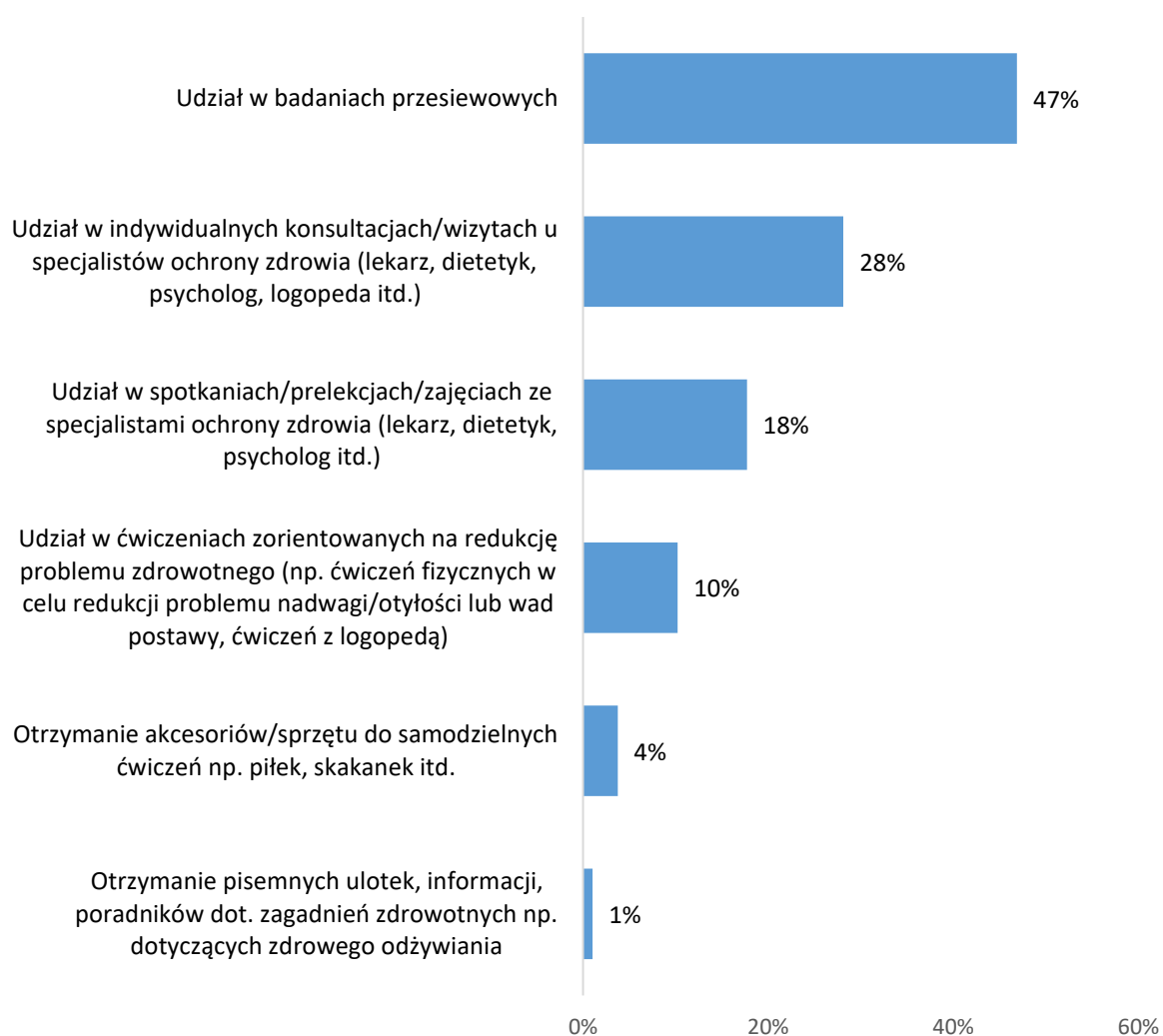


Źródło: SL2014

3.5.1.3. Zakres wsparcia otrzymywanego przez uczestników w ramach regionalnych programów zdrowotnych

Na wykresie zamieszczonym poniżej znajdują się informacje na temat odsetka badanych uczestników programów zdrowotnych, którzy otrzymali poszczególne formy wsparcia w ich ramach. Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż jeden uczestnik projektu mógł otrzymać kilka form wsparcia.

Wykres 57 Formy wsparcia otrzymane przez uczestników regionalnych programów zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI.

3.5.1.4. Ogólna użyteczność wsparcia

Wsparcie otrzymane w ramach regionalnych programów zdrowotnych respondenci ogólnie oceniają jako dopasowane do ich potrzeb, choć w wyrażnie mniejszym stopniu niż w przypadku usług społecznych i zdrowotnych realizowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020. 77% badanych uczestników projektów lub członków ich rodzin oceniło, że wsparcie, które otrzymali w projekcie było dopasowane do ich potrzeb. Przeciwnego zdania jest 13% badanych uczestników projektów, zaś 10% nie wyraziło opinii w tym zakresie (co jest z kolei konsekwencją bardzo dużej liczby respondentów udzielających odpowiedzi w imieniu swoich niepełnoletnich dzieci, które uczestniczyły w programach).

Uczestników regionalnych programów zdrowotnych zapytano o przydatność poszczególnych form wsparcia, z których korzystali w ramach projektów. Oddzielnie oceniana była przydatność poszczególnych form wsparcia w ramach projektu, co oznacza, że jeżeli uczestnik projektu korzystał z kilku form wsparcia, to oddzielnie oceniał każdą z nich.

Użyteczność wsparcia oferowanego uczestnikom regionalnych programów zdrowotnych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 uznać można za dość wysoką, choć niższą niż w przypadku usług społecznych i zdrowotnych realizowanych w ramach tego Działania. W łącznie 79% ocenianych przypadków form wsparcia ocena ich przydatności/użyteczności była pozytywna, a w 21% - neutralna lub negatywna.

60% badanych uczestników regionalnych programów zdrowotnych lub członków ich rodzin zadeklarowało, że projekt w pełni odpowiadał na ich potrzeby, zaś 28% stwierdziło, że w projekcie powinny nastąpić jakieś zmiany (12% badanych nie wyraziło zdania w tym zakresie) – wyniki te są zbliżone do tych w odniesieniu do projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych. Spośród wszystkich zgłoszonych w odpowiedzi na pytanie otwarte postulatów zmian w projekcie, respondenci wskazywali najczęściej na:

- 1. Zwiększenie intensywności działań realizowanych w ramach programu zdrowotnego (24% wszystkich postulatów zmian w programie),**
- 2. Konieczność szerszego zapewnienia w ramach programu indywidualnych konsultacji ze specjalistą w celu omówienia wyników badań przesiewowych lub intensywniejszej indywidualnej opieki specjalistów ochrony zdrowia (22%),**
- 3. Konieczność poprawy jakości i trafności prowadzonych w ramach programu zdrowotnego działań (18%), np. poprawa organizacji badań, komunikacji z uczestnikami i ich rodzicami, silniejszego dopasowania działań w ramach programu do potrzeb osób potrzebujących danego typu wsparcia, realizacja badań przesiewowych na wcześniejszym etapie życia dzieci,**
- 4. Konieczność silniejszego włączenia rodziców dzieci do programu zdrowotnego (np. w zakresie informowania rodziców o programie, wynikach badań ich dzieci, zaleceniach wynikających z tych wyników itd.) (16%),**

5. **Konieczność rozwiązania problemów z dostępem do wyników badań przesiewowych – niektórzy rodzice dzieci uczestniczących w programie zgłaszali problem z dostępem do wyników badań (14%),**
6. **Konieczność realizacji działań komplementarnych wobec tych realizowanych w programie (6%).**

O ile wdrożenie do regionalnych programów zdrowotnych niektórych spośród wyróżnionych powyżej postulatów wymagałoby znaczącego wzrostu nakładów na realizację projektów (np. postulat nr 1 i 6), o tyle postulaty nr 4 - silniejsze włączenie rodziców dzieci do programu zdrowotnego (np. zakresie informowania rodziców o programie, wynikach badań ich dzieci, zaleceniach wynikających z tych wyników itd.), a w szczególności postulat nr 5 - konieczność rozwiązania problemów z dostępem do wyników badań przesiewowych zgłaszane przez rodziców dzieci uczestniczących w programach zdrowotnych mogłyby (i powinny) zostać zrealizowane w dotychczasowych ramach finansowych i organizacyjnych programów zdrowotnych. **Absolutną koniecznością jest zapewnienie w tego typu programach pełnego, łatwego dostępu do wyników badań przesiewowych rodzicom dzieci w nich uczestniczących. Z kolei silniejsze włączenie rodziców w tego typu programy jest – jak wykazało badanie jakościowe z uczestnikami projektów i z beneficjentami – czynnikiem wzmacniającym ich skuteczność.** Przykładowo, działania ukierunkowane na reedukację problemu nadwagi/otyłości wśród dzieci będą skuteczniejsze, jeśli nie tylko dzieci, ale także ich rodzice zostaną skutecznie przekonani do zmiany nawyków żywnościowych czy zwiększenia aktywności fizycznej.

Postulat w postaci konieczności szerszego zapewnienia w ramach programu indywidualnych konsultacji ze specjalistą w celu omówienia wyników badań przesiewowych lub intensywniejszej indywidualnej opieki specjalistów ochrony zdrowia z oczywistych przyczyn nie zawsze może być spełniony w tego typu programach. Wydaje się jednak, że w sytuacji braku możliwości zapewnienia szerszych indywidualnych porad specjalisty **konieczne jest zapewnienie uczestnikom programu i ich rodzicom rzetelnej informacji o dostępnej ofercie tego typu usług medycznych na rynku lokalnym i regionalnym – zarówno usług finansowanych ze środków NFZ, jak i prywatnych usług medycznych.**

3.5.1.5. Użyteczność poszczególnych form wsparcia

Poniżej zamieszczono tabelę z rozkładem ocen poszczególnych form wsparcia zastosowanych w regionalnych programach zdrowotnych zrealizowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020.

Tabela 11 Ocena uczestników projektów dotycząca przydatności poszczególnych form wsparcia zastosowanych w RPZ

Forma wsparcia	1 – zupełnie nieprzydatne	2 – raczej nieprzydatne	3 – Ani przydatne, ani nieprzydatne	4 – raczej przydatne	5 – bardzo przydatne	Liczba respondentów oceniających formę wsparcia
Udział w badaniach przesiewowych	8%	2%	9%	13%	68%	218
Udział w indywidualnych konsultacjach/ wizytach u specjalistów ochrony zdrowia (lekarz, dietetyk, psycholog, logopeda itd.)	2%	2%	13%	19%	64%	130
Udział w spotkaniach/ prelekcjach/ zajęciach ze specjalistami ochrony zdrowia (lekarz, dietetyk, psycholog itd.)	5%	6%	18%	26%	45%	81
Udział w ćwiczeniach zorientowanych na redukcję problemu zdrowotnego (np. ćwiczeń fizycznych w celu redukcji problemu nadwagi/otyłości lub wad postawy, ćwiczeń z logopedą)	2%	11%	6%	17%	64%	48
Otrzymanie akcesoriów/sprzętu do samodzielnych ćwiczeń np. piłek, skakanek itd.	0%	0%	17%	22%	61%	18
Otrzymanie pisemnych ulotek, informacji, poradników dot. zagadnień zdrowotnych np. dotyczących zdrowego odżywiania	20%	20%	0%	0%	60%	5
Razem	5%	4%	12%	17%	62%	500

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI.

Na podstawie wyników zaprezentowanych w powyższej tabeli **nie można wskazać żadnych form wsparcia, które byłyby nieużyteczne lub nieadekwatne do indywidualnych potrzeb uczestników projektów**. Nieco słabiej na tle innych form wsparcia wypada „Udział w spotkaniach/prelekcjach/zajęciach ze specjalistami ochrony zdrowia (lekarz, dietetyk, psycholog itd.)”, jednakże także w tym przypadku trzy czwarte respondentów ocenia tę formę wsparcia jako przydatną (choć nieco mniej niż indywidualne konsultacje ze specjalistami ochrony zdrowia, które, co zrozumiacie, są bardziej dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestników programów zdrowotnych). Spośród ocenianych form wsparcia najslabiej wypada „Otrzymanie pisemnych ulotek, informacji, poradników dot. zagadnień zdrowotnych np. dotyczących zdrowego odżywiania”, jednakże tę formę wsparcia oceniło zaledwie pięciu respondentów, co nie pozwala na wyciągnięcie wniosku o braku jej użyteczności.

3.5.1.6. Dopasowywanie wsparcia do potrzeb uczestników

Jak wynika z badań jakościowych z beneficjentami, a także z analizy danych zastanych (baz uczestników projektów), regionalne programy zdrowotne cechują się przede wszystkim masowością – adresowane są do dużej liczby osób (zwłaszcza dzieci i młodzieży), co oczywiście utrudnia dopasowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb ich odbiorców. Wymagałoby to bowiem wielokrotnie wyższych nakładów na realizację projektów (np. w sytuacji gdyby spotkania ze specjalistami zamiast formy grupowej przyjęły formę indywidualnych konsultacji z każdym z uczniów – uczestników programu zdrowotnego). W tym kontekście zaprezentowane powyżej wyniki oceny przydatności poszczególnych form wsparcia ocenić należy jako w pełni satysfakcjonujące.

3.5.1.7. Podsumowanie

Uczestnicy programów zdrowotnych raczej wysoko oceniają przydatność otrzymanego wsparcia, choć było ono mniej przydatne niż wsparcie oferowane w obszarze usług społecznych i zdrowotnych.

3.5.2. Skuteczność wsparcia w zakresie regionalnych programów zdrowotnych

Efekty regionalnych programów zdrowotnych zmierzono przy wykorzystaniu badania ankietowego z uczestnikami tych programów (lub ich rodzicami) na trzech, uzupełniających się poziomach:

1. **Poziom diagnozy** – efektem programu jest w tym wypadku wykrycie (ewentualnie potwierdzenie) choroby (np. otyłości) lub wady (np. wady postawy, wady słuchu) u dziecka,
2. **Poziom leczenia** – efektem programu jest w tym wypadku rozpoczęcie leczenia wykrytej choroby lub wady – rozpoczęcie leczenia jest logiczną konsekwencją

diagnozy choroby lub wady, lecz z różnych powodów leczenie nie zawsze jest podejmowane po postawieniu diagnozy. Należy mieć na uwadze, że rozpoczęcie leczenia może być bezpośrednim efektem programu (kiedy np. w ramach programu realizowane są ćwiczenia zorientowane na redukcję wad postawy) lub efektem pośrednim (dziecko/jego rodzice/opiekunowie podejmują działania lecznicze poza programem, ale wskutek diagnozy postawionej w ramach programu),

3. **Poziom poprawy stanu zdrowia** – efektem programu może być poprawa stanu zdrowia. Także w tym wypadku poprawa stanu zdrowia może być bezpośrednim efektem programu (np. kiedy działania lecznicze – ćwiczenia fizyczne zorientowane na redukcję wad postawy dziecka realizowane w programie okażą się skuteczne) lub pośrednim – kiedy działania te (np. wzrost aktywności fizycznej) podejmowane są poza programem, ale w wyniku oddziaływań programu (np. diagnozy choroby/wady, lub wzrostu świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców) i są one skuteczne.

Pytania zadawane w badaniu ankietowym nie pozwalają na rozróżnienie efektów bezpośrednich i pośrednich, dlatego przedstawione poniżej wyniki skuteczności regionalnych programów zdrowotnych odnoszą się do łącznych efektów (bezpośrednich i pośrednich).

W **17%** analizowanych przypadków dzięki udziałowi w regionalnym programie zdrowotnym **zdiagnozowano chorobę lub wadę** u osób (dzieci) uczestniczących w nich.

W **13%** analizowanych przypadków dzięki udziałowi w regionalnym programie zdrowotnym **rozpoczęto leczenie** osoby/dziecka uczestniczącego w nim.

W **26%** analizowanych przypadków dzięki udziałowi w regionalnym programie zdrowotnym **poprawił się stan zdrowia** osoby/dziecka uczestniczącego w nim, przy czym częściej (15%) badani wskazywali odpowiedź, że stan zdrowia raczej poprawił się (co interpretować należy jako zauważalną, ale raczej niewielką poprawę w stanie zdrowia uczestnika programu zdrowotnego), niż że zdecydowanie poprawił się, co należy interpretować jako istotną poprawę w stanie zdrowia (11%).

Niższy odsetek uczestników regionalnych programów zdrowotnych, którzy rozpoczęli leczenie w stosunku do odsetka tych, u których zdiagnozowano chorobę lub wadę jest prawdopodobnie spowodowany m.in. niepełnym/utrudnionym dostępem do indywidualnych konsultacji/wizyt u specjalistów ochrony zdrowia (lekarz, dietetyk, psycholog, logopeda itd.) i jednocześnie niewystarczającym dostępem do tego typu usług w publicznym systemie ochrony zdrowia (co wykazały m.in. badania jakościowe z uczestnikami projektów).

Z kolei wyższy odsetek uczestników programu, którzy dzięki udziałowi w nim poprawili swój stan zdrowia wiąże się z tym, że pewne działania w ramach programów (np. ćwiczenia fizyczne, spotkania ze specjalistami zwiększające świadomość zdrowotną dzieci) podejmowane były także w odniesieniu do osób, które nie mają chorób/wad – były to zatem działania o charakterze profilaktycznym.

Aż 58% spośród tych uczestników programów zdrowotnych, którzy zadeklarowali, że w ramach programu korzystali z pomocy lekarzy lub rehabilitantów zadeklarowało, że bez udziału w projekcie nie skorzystałyby z pomocy lekarzy lub innego personelu medycznego. Wynik ten obrazuje skalę problemu w dostępie do usług medycznych, w tym zwłaszcza tych o charakterze profilaktycznym w systemie ochrony zdrowia. Luka ta została w pewnej mierze wypełniona poprzez realizację regionalnych programów zdrowotnych w ramach RPO WL 2014-2020.

Badanie jakościowe z beneficjentami wykazało, że nie są oni w stanie rzetelnie ocenić efektów zrealizowanego programu/projektu, gdyż zjawisko to nie jest monitorowane. To samo dotyczy przedstawicieli instytucji zaangażowanych w zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020.

3.5.2.1. Podsumowanie

W wyniku realizacji wsparcia istotnie wzrosła dostępność do usług zdrowotnych rozumianych jako program zdrowotny/profilaktyczny. Działania podejmowane w projektach RPO WL 2014-2020 nie ograniczały bowiem skali realizacji tego typu programów finansowanych z innych źródeł. Badanie ankietowe z przedstawicielami JST, które nie realizowały projektów w ramach Działania 11.2 wykazały, że programy zdrowotne/profilaktyczne nie są organizowane przez JST dla mieszkańców. Wpływ RPO WL 2014-2020 na wzrost dostępności tego typu usług dla mieszkańców województwa lubelskiego ocenić należy zatem jako kluczowy.

Zrealizowane regionalne programy zdrowotne uznać można za skuteczne w zakresie diagnozowania chorób i wad u dzieci oraz za umiarkowane skuteczne w zakresie rozpoczynania leczenia i poprawy stanu zdrowia ich uczestników.

W odniesieniu do regionalnych programów zdrowotnych dedykowanych dzieciom i młodzieży stwierdzono kilka czynników, które mogły obniżyć ich skuteczność i adekwatność, przede wszystkim:

- W zbyt małym stopniu oddziaływano na rodziców/opiekunów tych osób, przez co ich skuteczność prawdopodobnie była niższa,
- Dochodziło do zaburzeń komunikacji pomiędzy beneficjentem – realizatorem regionalnego programu zdrowotnego a rodzicami/ opiekunami. Do rodziców/opiekunów nie docierały wyniki badań przesiewowych ich dzieci,
- Zidentyfikowano sytuacje w regionalnych programach zdrowotnych, w których po uzyskaniu wyników badań przesiewowych wskazujących na występowanie choroby/wady u dziecka, jego rodzice/opiekunowie nie mieli możliwości skonsultowania tych wyników ze specjalistami ochrony zdrowia (np. z lekarzem) w ramach projektu albo poza nim (np. w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia).

3.6. Efektywność projektów w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020

Pytanie badawcze:

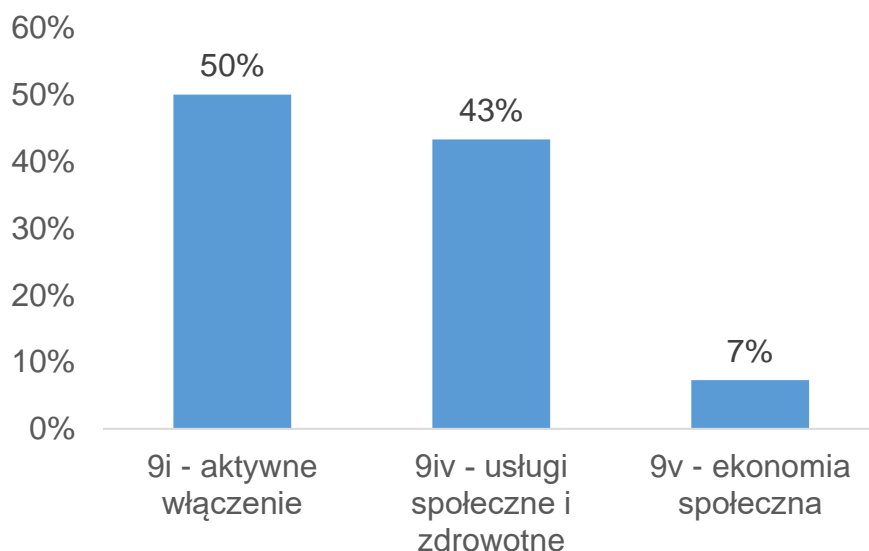
14/ Które typy projektów są najbardziej efektywne, tj. mierzone stosunkiem poniesionych nakładów do osiągniętych efektów?

Analiza efektywności kosztowej służy przede wszystkim ocenie, w jakim stopniu koszty podejmowanych działań przekładają się na osiągnięte efekty. Z punktu widzenia celów OP 11 RPO WL 2014-2020 kluczowe znaczenie ma oszacowanie kosztu jednostkowego interwencji, a także porównanie poniesionych nakładów do osiągniętych efektów, w szczególności w kategoriach zatrudnienia.

3.6.1. Alokacja w obszarze włączenia społecznego

Na OP 11 Włączenie społeczne zaplanowano alokację 699 mln PLN. Alokacja jest podzielona na trzy obszary. Największa część wydatków jest przeznaczona na aktywne włączenie i usługi społeczne i zdrowotne. Natomiast 7% alokacji przeznaczono na ekonomię społeczną.

Wykres 58 Podział alokacji w obszarze włączenia społecznego



Źródło: UMWL

3.6.2. Koszt jednostkowy projektów w obszarze włączenia społecznego

Koszt jednostkowy projektów w obszarze włączenia społecznego został wyliczony dla projektów zakończonych. Umożliwia to analizę faktycznie poniesionych kosztów na jednego uczestnika projektu. W przypadku projektów trwających wyliczanie kosztów na jednego uczestnika mogłoby być mylące, gdyż liczba ich uczestników może jeszcze istotnie wzrosnąć.

Wyliczenia kosztu jednostkowego bazują na danych przekazanych przez IZ RPO. Są to dane według stanu na 30 czerwca 2022 r. W celu wyliczenia kosztów jednostkowych wykorzystano bazę projektów oraz bazę uczestników projektów. Pozwoliło to oszacować koszt jednostkowy wsparcia tzn. koszt przypadający na jedną osobę w projekcie.

Niestety, dostępne dane nie pozwalają na oszacowanie kosztów wsparcia według typów projektu lub formy wsparcia. Wynika to z kompleksowości i różnorodności wsparcia w ramach poszczególnych projektów. W przypadku większości projektów w zmiennej „typ projektu” wskazano kilka typów. Brak jest danych umożliwiających podział wartości projektu i uczestników projektu ze względu na otrzymane formy wsparcia. Wyjątek stanowi rozróżnienie pomiędzy projektami z zakresu usług społecznych i zdrowotnych oraz regionalnymi programami zdrowotnymi w Działaniu 11.2 RPO WL 2014-2020 (PI 9iv). Dlatego też dla projektów w ramach PI 9iv wyodrębniono koszt jednostkowy dla projektów z zakresu usług społecznych i zdrowotnych oraz regionalnych programów zdrowotnych. Było to szczególnie zasadne, biorąc pod uwagę duże różnice w koszcie jednostkowym dla tych dwóch typów projektów.

Średni koszt wsparcia jednego uczestnika w zakończonych projektach realizowanych w ramach OP 11 RPO WL wyniósł niespełna 9 tys. zł. Najwyższy był w obszarze aktywnego włączenia. Przy czym zauważyć można różnice pomiędzy Działaniem 11.1 a Działaniem 11.4, dla którego koszty jednostkowe były wyższe o ok. 2,5 tys. zł. Zdecydowanie najniższy koszt jednostkowy wystąpił w regionalnych programach zdrowotnych (niespełna 200 zł). Wynikało to ze specyfiki regionalnych programów zdrowotnych. Wsparcie w nich otrzymało bardzo dużo osób, jednakże najczęściej ograniczało się do udziału w jednej, stosunkowo prostej i niekosztownej formie wsparcia, np. udziału w badaniu przesiewowym. Szczegółowe dane na temat liczby uczestników projektów, kosztów ich realizacji oraz kosztów jednostkowych wsparcia jednej osoby w podziale na Działania RPO WL 2014-2020 zostały zawarte w poniższej tabeli.

Tabela 12 Koszt wsparcia jednego uczestnika w projektach zakończonych realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 w podziale na Działania

	Liczba uczestników projektów	Wydatki uznane za kwalifikowalne	Koszt jednostkowy wsparcia jednej osoby
Obszar wsparcia			
Aktywne włączenie ogółem	16 223	284 178 882 zł	17 517 zł
Działanie 11.1. Aktywne włączenie	15 900	277 697 032 zł	17 465 zł
Działanie 11.4. Aktywne włączenie Aktywne włączenie w ramach ZIT LOF	323	6 481 850 zł	20 068 zł

	Liczba uczestników projektów	Wydatki uznane za kwalifikowalne	Koszt jednostkowy wsparcia jednej osoby
Obszar wsparcia			
Działanie 11.2. Usługi społeczne i zdrowotne ogółem	34 151	163 130 761 zł	4 777 zł
Działanie 11.2. Usługi społeczne i zdrowotne – projekty w obszarze usług	19 898	160 330 194 zł	8 058 zł
Działanie 11.2. Usługi społeczne i zdrowotne – regionalne programy zdrowotne	14 253	2 800 568 zł	196 zł
Działanie 11.3. Ekonomia społeczna	2 563	25 893 524 zł	10 103 zł
Ogółem OP 11 RPO WL	52 937	473 203 167 zł	8 939 zł

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych IZ RPO WL 2014-2020

3.6.3. Efektywność kosztowa wsparcia w obszarze włączenia społecznego

Dla oszacowania efektywności kosztowej wsparcia w obszarze włączenia społecznego oszacowano koszt doprowadzenia do zatrudnienia jednego uczestnika projektu, niepracującego w momencie przystąpienia do projektu. Do analizy uwzględniono tylko tych uczestników projektów, którzy nie pracowali przed rozpoczęciem udziału w projekcie (na podstawie danych SL2014). Bazą dla oszacowania efektu zatrudnieniowego było oszacowanie odsetka osób pracujących sześć miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie na podstawie danych ZUS, zawartej w raporcie ewaluacyjnym, zrealizowanym na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej¹⁹.

Koszt jednostkowy doprowadzenia do zatrudnienia został oszacowany tylko dla PI 9i (aktywna integracja) oraz 9v (ekonomia społeczna). Z oszacowania wyłączono PI 9v (usługi społeczne i zdrowotne). **Wsparcie w zakresie usług społecznych i zdrowotnych nie służyło, co do zasady, doprowadzeniu do zatrudnienia.** Uwzględnienie w obliczeniach usług społecznych i zdrowotnych znacznie podniosłoby średni koszt, a równocześnie nie znajduje to uzasadnienia merytorycznego.

Średni koszt doprowadzenia jednej osoby niepracującej do zatrudnienia dla PI 9i oraz PI 9v łącznie wyniósł 73,5 tys. zł.

¹⁹ MFiPR (2021), Badanie ewaluacyjne dotyczące wyliczenia wartości wskaźników rezultatu długoterminowego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Inicjatywy na rzecz osób młodych

Dla obszaru aktywnego włączenia koszt jednostkowy doprowadzenia do zatrudnienia wynosił 76,2 tys. zł. Był on o 11 tys. zł wyższy w projektach realizowanych w ZIT LOF.

Dla obszaru ekonomii społecznej średni koszt doprowadzenia do zatrudnienia jednej osoby niepracującej w momencie przystąpienia do projektu wyniósł 52,7 tys. zł. Koszt ten był istotnie niższy niż dla aktywnego włączenia, co wynikało z wyższego odsetka osób pracujących 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie (projekty w obszarze ES były skuteczniejsze niż projekty w obszarze aktywnego włączenia). Analizując dane dla ekonomii społecznej należy również pamiętać, że osoby niepracujące stanowiły tylko około połowę uczestników projektów. Pozostali uczestnicy mieli status osoby pracującej. Należy jednak założyć, że wsparcie osób pracujących służyło przede wszystkim doprowadzeniu do zatrudnienia osób niepracujących. Przykładowo, wsparcie pracowników JST miało prowadzić do zwiększenia skali działań na rzecz społecznie odpowiedzialnych zamówień publicznych, co miało mieć przełożenie na zatrudnienie w PS lub do tworzenia przez JST przedsiębiorstw społecznych, dających zatrudnienie osobom w najtrudniejszej sytuacji. Szczegółowe informacje dotyczące kosztów jednostkowych przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 13 Średni koszt doprowadzenia do zatrudnienia jednego niepracującego uczestnika projektu dla PI 9i oraz 9v w RPO WL 2014-2020

	Liczba niepracujących uczestników projektów	Wydatki uznane za kwalifikowalne	Koszt jednostkowy wsparcia jednej osoby niepracującej w momencie przystąpienia do projektu	Koszt doprowadzenia do zatrudnienia jednej osoby niepracującej w momencie przystąpienia do projektu
Obszar wsparcia				
Aktywne włączenie ogółem	16 169	284 178 881 zł	17 576 zł	76 206 zł
Działanie 11.1. Aktywne włączenie	15 846	277 697 032 zł	17 525 zł	75 986 zł
Działanie 11.4. Aktywne włączenie w ramach ZIT LOF	323	6 481 850 zł	20 068 zł	87 012 zł
Działanie 11.3. Ekonomia społeczna	1 261	25 893 524 zł	20 534 zł	52 674 zł
Ogółem aktywne włączenie i ekonomia społeczna	17 430	310 072 405 zł	17 790 zł	73 459 zł

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych IZ RPO WL oraz MFIPR (2021), Badanie ewaluacyjne dotyczące wyliczenia wartości wskaźników rezultatu długoterminowego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Inicjatywy na rzecz osób młodych

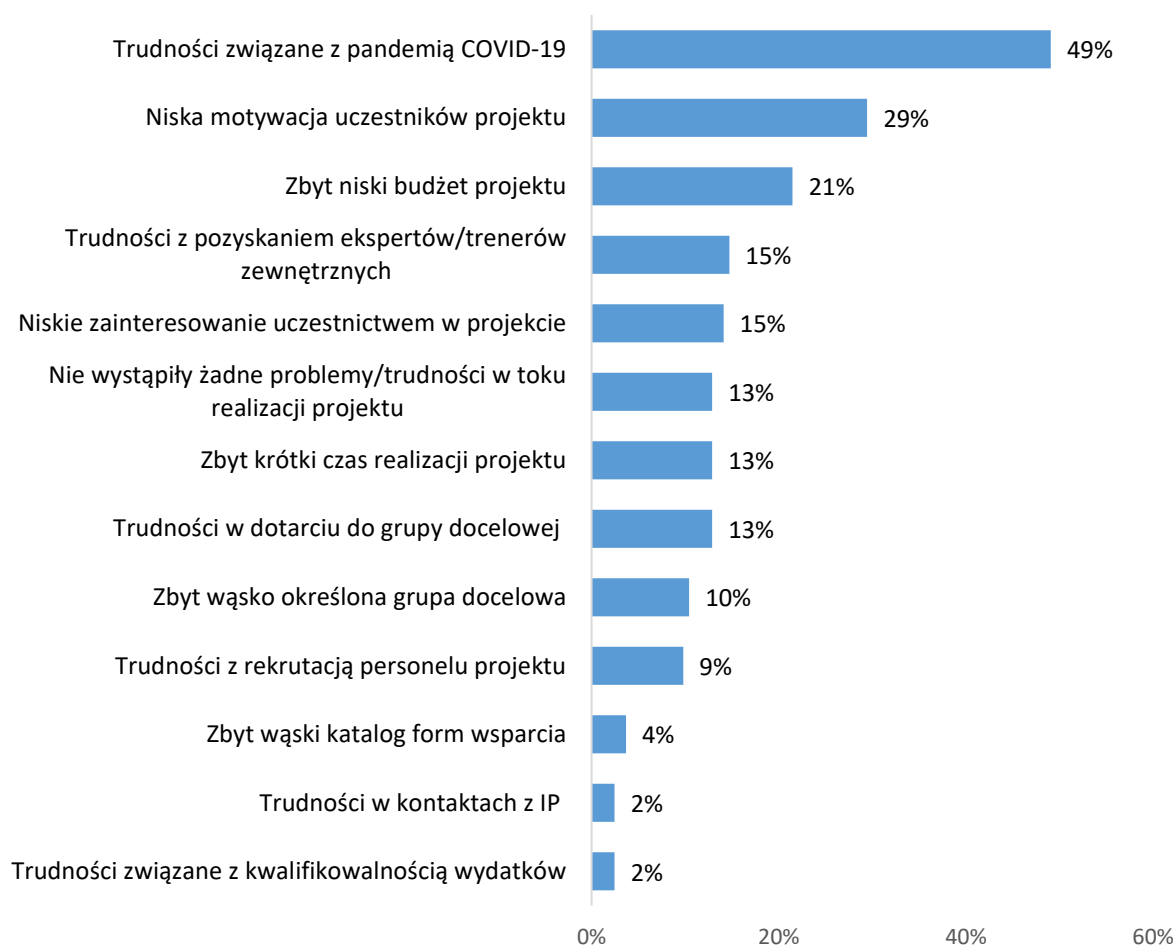
3.7. Problemy i bariery zidentyfikowane podczas wdrażania i realizacji projektów

Pytania badawcze:

5/ Jakie problemy / bariery zostały zidentyfikowane podczas wdrażania i realizacji projektów w obszarze włączenia społecznego RPO WL 2014-2020? Jakie były ich przyczyny?

Częstotliwość występowania problemów/barier doświadczanych przez beneficjentów RPO WL 2014-2020 (OP 11 RPO WL 2014-2020 oraz Działania 13.2 RPO WL 2014-2020) podczas wdrażania i realizacji projektów w obszarze włączenia społecznego została zaprezentowana na poniższym wykresie.

Wykres 59 Problemy/bariery w zakresie realizacji projektów doświadczane przez beneficjentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI z beneficjentami.

Zdecydowanie najpowszechniej występującym problemem doświadczanym przez beneficjentów były **trudności związane z pandemią COVID-19** wskazane przez blisko połowę respondentów. Zagadnienie to zostało szczegółowo omówione w osobnym podrozdziale niniejszego raportu.

Drugim najistotniejszym problemem **była niska motywacja do udziału w projektach ich uczestników**, co wiąże się ze **specyfiką grupy docelowej projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020**. Są to w znacznej mierze osoby wykluczone/zagrożone wykluczeniem społecznym charakteryzujące się często niską motywacją do podejmowania aktywności społecznej i zawodowej. Często są to też osoby doświadczające równocześnie wielu problemów społecznych, których nasilenie może spowodować rezygnację z udziału w projekcie. Przykładowo, uczestnicy projektów – opiekunowie rodzinni osób z niepełnosprawnościami rezygnowali z projektu w sytuacji nasilenia się problemów zdrowotnych osób, którymi się opiekują i konieczności np. udania się wraz z nimi do szpitala

na dłuższy czas. Specyfika grupy docelowej projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 sprawia, że beneficjenci muszą mierzyć się z szeregiem innych problemów np. **wysoką roszczeniowością uczestników projektów**, którzy nie mają rozeznania co do kosztów realizacji poszczególnych usług realizowanych w ramach projektu. Taka postawa uczestników projektów powoduje pewne trudności organizacyjne w zakresie realizacji projektów. Wnioski te zostały potwierdzone w badaniach jakościowych, zarówno z beneficjentami, jak i z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020.

Kolejnym istotnym problemem wskazywanym przez beneficjentów **jest zbyt niski budżet projektu**, co – jak wynika z badań jakościowych z beneficjentami – niekiedy utrudniało zapewnienie wsparcia w pełni dopasowanego do potrzeb uczestników. Z drugiej strony, odpowiedź ta wskazywać może na swego rodzaju roszczeniowość beneficjentów w stosunku do IZ RPO. Jak wynika z wywiadu pogłębionego z przedstawicielami Instytucji Organizującej Konkurs, w przypadku projektów infrastrukturalnych realizowanych w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020 problem gwałtownego wzrostu kosztów robót budowlanych wystąpił jedynie w niewielkim zakresie, z uwagi na fakt, że przedmiotowe projekty realizowane były raczej na początku okresu wdrażania tego Działania. Problem gwałtownego wzrostu kosztów robót budowlanych występuje z kolei w szczególności od 2020/2021 r.

Pozostałe problemy występowały znacznie rzadziej.

Zauważyć można istotne różnice pomiędzy poszczególnymi obszarami realizacji projektów w zakresie włączenia społecznego. Trudności związane z pandemią COVID-19 doświadczali przede wszystkim beneficjenci projektów w obszarze regionalnych programów zdrowotnych oraz usług społecznych i zdrowotnych. W najmniejszym stopniu problem ten dotyczył zaś projektów infrastrukturalnych.

Problem niskiej motywacji uczestników projektów doświadczany był zwłaszcza w przypadku beneficjentów projektów w obszarze ekonomii społecznej. Jest to zrozumiałe w kontekście założeń interwencji w tym obszarze – uczestnicy projektów nie tylko mają przejść przez pewne formy wsparcia, ale także zacząć samodzielnie prowadzić działalność o charakterze gospodarczym. Wysoka motywacja uczestników – przedsiębiorców społecznych jest konieczna do sukcesu tego przedsięwzięcia. Problem ten ponadprzeciętnie doświadczany był też przez beneficjentów w obszarze aktywnego włączenia, co z kolei związane jest z celem tych projektów, jakim jest podjęcie zatrudnienia przez uczestników po opuszczeniu programu – brak motywacji jest czynnikiem znacząco utrudniającym osiągnięcie tego celu. Beneficjenci w obszarze aktywnego włączenia znacznie częściej niż beneficjenci w obszarze usług społecznych i zdrowotnych doświadczali też problemów w dotarciu do grupy docelowej, a więc osób, które choćby wstępnie byłyby zainteresowane podjęciem zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie. Jest to oczywiście związane z sytuacją na rynku pracy – praktycznym wyczerpaniem się zasobów osób faktycznie bezrobotnych, a więc gotowych do podjęcia zatrudnienia i poszukujących pracy. W grupie osób niepracujących pozostały w regionie w zdecydowanej większości osoby bierne zawodowo, które z różnych

powodów nie są szczególnie zainteresowane podjęciem zatrudnienia. To one dominują w grupie uczestników projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 014-2020.

Tabela 14 Problemy/bariery w zakresie realizacji projektów doświadczane przez beneficjentów w podziale na Działania RPO WL 2014-2020/typ projektów

	Aktywne włączenie (11.1 RPO WL 2014-2020 i 11.4 RPO WL 2014-2020)	Ekonomia społeczna (11.3 RPO WL 2014-2020)	Usługi społeczne i zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)	Regionalne programy zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)	Działanie 13.2. Infrastruktura usług społecznych
Trudności związane z pandemią COVID-19	37%	50%	65%	100%	23%
Niska motywacja uczestników projektu	48%	100%	16%	0%	0%
Zbyt niski budżet projektu	11%	50%	27%	0%	46%
Trudności z pozyskaniem ekspertów/trenerów zewnętrznych	1%	0%	28%	0%	15%
Niskie zainteresowanie uczestnictwem w projekcie	17%	0%	15%	0%	0%
Nie wystąpiły problemy	18%	0%	4%	0%	39%
Zbyt krótki czas realizacji projektu	6%	0%	23%	0%	0%
Trudności w dotarciu do grupy docelowej	24%	50%	4%	0%	0%
Zbyt wąsko określona grupa docelowa	16%	50%	5%	0%	8%
Trudności z rekrutacją personelu projektu	1%	0%	19%	0%	8%

	Aktywne włączenie (11.1 RPO WL 2014-2020 i 11.4 RPO WL 2014-2020)	Ekonomia społeczna (11.3 RPO WL 2014-2020)	Usługi społeczne i zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)	Regionalne programy zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)	Działanie 13.2. Infrastruktura usług społecznych
Zbyt wąski katalog form wsparcia	4%	0%	4%	0%	0%
Trudności związane z kwalifikowalnością wydatków	3%	0%	1%	0%	8%
Trudności w kontaktach z IP	4%	0%	1%	0%	0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI z beneficjentami.

Badania jakościowe z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020 pozwoliły zidentyfikować jeszcze jedną z przyczyn trudności/problemów w realizacji projektów. Jest nią **słabość instytucjonalna jednostek organizacyjnych pomocy społecznej**, w tym przede wszystkim znaczące obciążenie pracowników OPS i PCPR obowiązkami utrudniającymi zaangażowanie się w realizację projektów. W niektórych sytuacjach doprowadzała ona nawet do tego, że beneficjenci nie zdecydowali się na podpisanie umowy na realizację projektów. Braki kadrowe w OPS/PCPR ujawniały się w szczególności w sytuacjach kryzysowych takich jak pandemia COVID-19, czy napływ uchodźców z Ukrainy. Co ważne, problem słabości instytucjonalnej jednostek organizacyjnych pomocy społecznej dotyczył także projektów infrastrukturalnych realizowanych w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020. Projekty infrastrukturalne były często nadzorowane po stronie beneficjentów – JST nie przez specjalistów w zakresie projektów infrastrukturalnych, a właśnie przez pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej bez odpowiednich kompetencji i doświadczenia w zakresie realizacji tego typu przedsięwzięć. Powodowało to dość powszechne problemy/nieporozumienia z IP RPO w zakresie realizacji projektu.

W badaniach jakościowych z beneficjentami ujawnił się ponadto **problem niezamierzonej stygmatyzacji uczestników projektów** realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 z powodu stosowania pojęcia „osoby zagrożone wykluczeniem społecznym” do opisu grup docelowych projektów. Problem ten w analizowanych sytuacjach powodował trudności komunikacyjne pomiędzy beneficjentami a uczestnikami projektów. Można przypuszczać, że w niektórych przypadkach stosowanie takiego pojęcia mogło zniechęcić do zgłoszenia się do

projektu niektórych mieszkańców województwa lubelskiego. Skala tego problemu jest jednak nieznana.

Brak jakichkolwiek problemów w zakresie realizacji projektu zadeklarowało tylko 13% badanych beneficjentów.

3.7.1. Podsumowanie

W toku badania zidentyfikowano szereg problemów podczas wdrażania i realizacji projektów w obszarze włączenia społecznego spośród których najistotniejsze to trudności związane z pandemią COVID-19 oraz niska motywacja uczestników do udziału w projektach. Przyczyną występowania tego drugiego problemu jest specyfika grupy docelowej większości projektów realizowanych w ramach OP 11 – osoby zagrożone wykluczeniem społecznym charakteryzują się co do zasady niską motywacją do aktywności społecznej i zawodowej. Pomimo oferowania w wielu projektach także wsparcia o charakterze psychologicznym lub stricte motywacyjnym, problem ten jest nasilony w grupie docelowej projektów.

3.8. Partnerstwa projektowe, w tym udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego i ich użyteczność

Pytania badawcze:

6/ Jaki jest udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego i jaka jest ich użyteczność?

11/ Czy dzięki projektom realizowanym w ramach EFS zwiększyła się skala i jakość współpracy między instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy oraz trzecim sektorem mającej na celu wsparcie osób w szczególnej sytuacji na rynku pracy? Jeżeli nie, to jakie bariery stały na przeszkodzie?

13/ Jaka jest skala występowania projektów partnerskich w podziale na rodzaje partnerów (partnerstwa między podmiotami publicznymi, między podmiotami prywatnymi, partnerstwa mieszane podmiotów publicznych z prywatnymi, itp.)? Jakie podmioty najczęściej występują w roli liderów partnerstwa? Co decyduje o składzie partnerstwa? Czy możliwe jest wyodrębnienie pewnych rodzajów partnerstw?

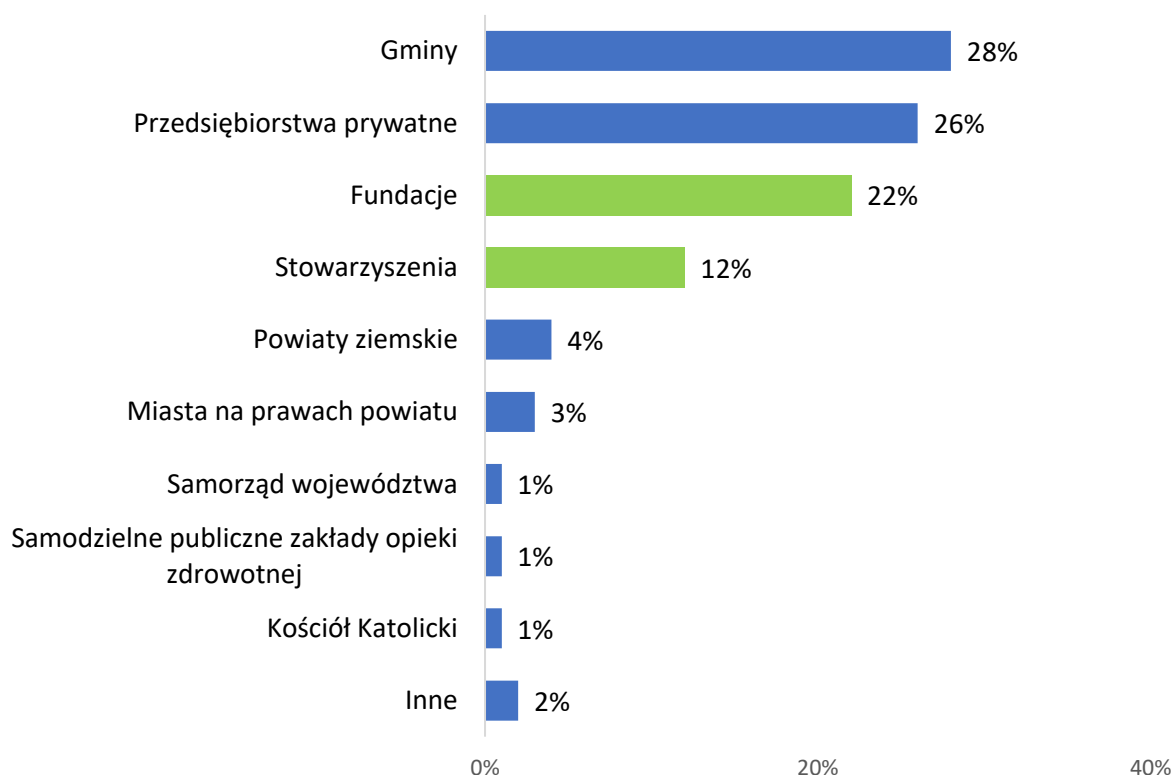
3.8.1. Udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego

W ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 realizowanych było, zgodnie z danymi na 30.06.2022 r. **565 projektów** (łącznie projekty zakończone i będące w trakcie realizacji).

Wśród beneficjentów projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 wyróżnić można trzy główne grupy ze względu na ich typ/formę prawną. Są to jednostki

samorządu terytorialnego (gminnego, powiatowego, wojewódzkiego), które realizują łącznie 202 projekty (36% wszystkich), **organizacje pozarządowe (fundacje i stowarzyszenia), które realizują łącznie 193 projekty (34%)** oraz przedsiębiorstwa prywatne (pod tym pojęciem rozumieć należy zarówno osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, jak i różnego typu spółki np. spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki akcyjne itd.; najczęściej są to firmy konsultingowe/szkoleniowe wyspecjalizowane w realizacji projektów unijnych, ale zidentyfikowano także 22 firmy z branży usług medycznych), które realizują łącznie 149 projektów (26%). Szczegółowa struktura beneficjentów ze względu na ich formę prawną została przedstawiona na poniższym wykresie.

Wykres 60 Struktura beneficjentów OP 11 RPO WL 2014-2020 ze względu na typ/formę prawną



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych.

Najwyższy udział organizacji pozarządowych w strukturze beneficjentów występuje w przypadku projektów realizowanych w obszarze ekonomii społecznej (aż 72%), co wynika m.in. z regulacji dotyczących funkcjonowania akredytowanych ośrodków wsparcia ekonomii społecznej w Polsce – podmiotami tymi mogą być wyłącznie organizacje pozarządowe, podmioty innego typu mogą być wyłącznie partnerami w projektach OWES. Pozostałe przedsięwzięcia realizowane w obszarze ES to projekty koordynacyjne ROPS (jednostki organizacyjnej samorządu województwa). **W obszarze aktywnego włączenia NGO są**

beneficjentami łącznie 36% projektów, zaś w obszarze usług społecznych i zdrowotnych – 30%. Najniższy jest udział NGO w zakresie realizacji regionalnych programów zdrowotnych. Spośród siedmiu projektów – regionalnych programów zdrowotnych organizacje pozarządowe odpowiadały za realizację tylko jednego z nich. Szczegółowa struktura beneficjentów ze względu na ich formę prawną w podziale na Działania RPO WL 2014-2020 została przedstawiona w poniższej tabeli.

Tabela 15 Struktura beneficjentów OP 11 RPO WL 2014-2020 ze względu na typ/formę prawną w podziale na Działania RPO WL 2014-2020

	Aktywne włączenie (11.1 RPO WL 2014-2020 i 11.4 RPO WL 2014-2020)		Usługi społeczne i zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)		Regionalne programy zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)		Ekonomia społeczna (11.3 RPO WL 2014-2020)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gminy	62	19%	95	44%	0	0%	0	0%
Przedsiębiorstwa prywatne	121	36%	24	11%	4	50%	0	0%
Fundacje	84	25%	36	17%	0	0%	4	36%
Stowarzyszenia	37	11%	27	13%	1	13%	4	36%
Powiaty	15	5%	8	4%	0	0%	0	0%
Miasta na prawach powiatu	7	2%	8	4%	0	0%	0	0%
Samorząd województwa	0	0%	4	2%	0	0%	3	27%
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0	0%	3	1%	3	38%	0	0%
Kościół Katolicki	0	0%	6	3%	0	0%	0	0%
Inne	6	2%	3	1%	0	0%	0	0%
Razem	332	100%	214	100%	8	100%	11	100%

W niektórych przypadkach suma wartości procentowych jest inna niż 100%, co wynika z zaokrągleń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych.

Dodatkowo, organizacje pozarządowe występowały **128 razy w roli partnera w projektach realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020, co stanowi 36% wszystkich partnerów.**

Organizacje pozarządowe jako partnerzy projektów relatywnie najczęściej występowały w projektach realizowanych w obszarze aktywnego włączenia (Działanie 11.1 RPO WL 2014-2020 i Działanie 11.4 RPO WL 2014-2020), gdzie stanowiły aż 48% wszystkich partnerów. W obszarze usług społecznych i zdrowotnych (Działanie 11.2 RPO WL 2014-2020) organizacje pozarządowe stanowiły znacznie mniej, bo 27% wszystkich partnerów. W obszarze ekonomii społecznej (Działanie 11.3 RPO WL 2014-2020) realizowane były tylko dwa projekty partnerskie przy zaangażowaniu łącznie trzech partnerów, z czego tylko jeden (33%) to organizacja pozarządowa. W obszarze regionalnych programów zdrowotnych (Działanie 11.2 RPO WL 2014-2020) realizowanych było tylko osiem projektów, z czego dwa projekty partnerskie przy zaangażowaniu łącznie trzech partnerów. Żaden z nich nie był organizacją pozarządową.

Znaczący udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego wynika m.in. z preferencji dla tych podmiotów zawartych w kryteriach wyboru projektów stosowanych w naborach w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020. W niektórych przypadkach, np. w obszarze usług społecznych, wnioskodawcą, zgodnie z kryteriami formalnymi specyficznymi mógł zostać tylko podmiot uprawniony do realizacji określonych usług zgodnie z aktami prawnymi regulującymi ich realizację, co w praktyce ograniczało katalog wnioskodawców do JST oraz NGO, lub też zmuszało innego typu beneficjentów do nawiązania partnerstwa projektowego z JST lub NGO. Z kolei kryteria premiujące w niektórych przypadkach, zarówno w obszarze usług społecznych, jak i aktywnego włączenia, zachęcały beneficjentów do nawiązania partnerstw projektowych z NGO.

3.8.1.1. Podsumowanie

Na podstawie zaprezentowanych w niniejszym podrozdziale danych udział organizacji pozarządowych we wdrażaniu działań dotyczących włączenia społecznego uznać należy za znaczący. Zdecydowanie najwyższy jest udział NGO we wdrażaniu działań w obszarze ekonomii społecznej. NGO mają wysoki udział także we wdrażaniu projektów w obszarze aktywnego włączenia, a nieco niższy – w obszarze usług społecznych i zdrowotnych. Zdecydowanie najniższy jest udział NGO w zakresie wdrażania regionalnych programów zdrowotnych. Użyteczność działań realizowanych przez NGO nie odbiega od ogólnej użyteczności działań realizowanych w ramach wszystkich projektów. Szczegółowa ocena użyteczności projektów przedstawiona została w rozdziale 3.3 raportu.

3.8.2. Partnerstwa projektowe i współpraca międzysektorowa w zakresie wdrażania OP 11 RPO WL 2014-2020

3.8.2.1. Skala występowania partnerstw projektowych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020

Jak wynika z analizy danych zastanych, spośród 565 projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 **258 (46%) to projekty partnerskie**. W przypadku projektów partnerskich zdecydowanie najczęstszym modelem jest partnerstwo beneficjenta wiodącego z jednym partnerem. Średnio w projekcie partnerskim, oprócz beneficjenta wiodącego, występuje 1,37 partnerów.

Spośród analizowanych Działań RPO WL 2014-2020, projekty partnerskie **zdecydowanie najczęściej realizowane były w obszarze usług społecznych i zdrowotnych (127 projektów, czyli 59% wszystkich), następnie w obszarze aktywnego włączenia (127 projektów, czyli 38% wszystkich), w obszarze regionalnych programów zdrowotnych (2 projekty, czyli 29% wszystkich) oraz w obszarze ekonomii społecznej (2 projekty, czyli 18% wszystkich)**.

W projektach partnerskich w obszarze usług społecznych i zdrowotnych występuje też średnio więcej partnerów (1,47) niż w przypadku projektów partnerskich w obszarze aktywnego włączenia (1,26). W przypadku projektów partnerskich zarówno w obszarze regionalnych programów zdrowotnych, jak i ES średnia liczba partnerów wynosi 1,50.

3.8.2.2. Liderzy partnerstw projektowych

Spośród 258 projektów partnerskich realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 aż 114 (44%) realizowanych było przez organizacje pozarządowe jako liderów partnerstw projektowych. Można więc stwierdzić, że **to NGO relatywnie najczęściej występują w roli liderów partnerstwa**. W 27% projektów partnerskich liderem były przedsiębiorstwa prywatne, zaś w 24% - jednostki samorządu terytorialnego.

Organizacje pozarządowe najczęściej spośród wszystkich innych podmiotów pełnią rolę lidera partnerstw projektowych zarówno w obszarze ekonomii społecznej, jak i aktywnego włączenia oraz usług społecznych i zdrowotnych. Jedynie w obszarze regionalnych programów zdrowotnych organizacje pozarządowe w ogóle nie były liderami partnerstw projektowych. Szczegółowe dane na temat struktury liderów partnerstw projektowych w ramach OP 11 zawarte są w tabeli zamieszczonej poniżej.

Tabela 16 Forma prawna/typ liderów partnerstw projektowych w ramach OP 11 w podziale na Działania RPO WL 2014-2020

Forma prawna/typ lidera partnerstwa	Aktywne włączenie (11.1 RPO WL 2014-2020 i 11.4 RPO WL 2014-2020)		Usługi społeczne i zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)		Regionalne programy zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)		Ekonomia społeczna (11.3 RPO WL 2014-2020)		OP 11 RPO WL 2014-2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NGO	56	44%	56	44%	0	0%	2	100%	114	44%
Przedsiębiorstwa prywatne	46	36%	24	19%	0	0%	0	0%	70	27%
JST	24	19%	36	28%	1	50%	0	0%	61	24%
Kościół Katolicki	0	0%	5	4%	0	0%	0	0%	5	2%
Spółdzielnie socjalne	0	0%	4	3%	0	0%	0	0%	4	2%
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0	0%	2	2%	1	50%	0	0%	3	1%
Związki zawodowe	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Razem	127	100%	127	100%	2	100%	2	100%	258	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych.

3.8.2.3. Partnerzy (członkowie partnerstw projektowych z wyłączeniem liderów)

Spśród 353 partnerów (członków partnerstw projektowych z wyłączeniem liderów) w projektach realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 aż 173 (49%) to samorządy lokalne. Jak wynika z badań jakościowych (w tym także z przedstawicielami IZ RPO oraz IP RPO), samorządy lokalne, w tym w szczególności samorządowe jednostki organizacyjne pomocy społecznej często nie mają wystarczającego potencjału do samodzielnej realizacji projektów. Problem ten dotyczy w szczególności małych gmin wiejskich i miejsko-wiejskich, najbardziej licznych w województwie lubelskim. Problem ten spowodowany jest m.in. brakami kadrowymi i znacznym obciążeniem innymi obowiązkami pracowników instytucji takich jak OPS czy PCPR. Z drugiej strony, jak wykazano m.in. w analizie case study, są to podmioty najbardziej predysponowane do realizacji projektów w obszarze włączenia społecznego, przede wszystkim ze względu na bardzo dobre rozpoznanie lokalnych problemów społecznych, bardzo dobrą znajomość problemów poszczególnych kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, możliwości identyfikacji w społecznościach lokalnych osób, które mogłyby potencjalnie wziąć udział w projektach, a także możliwość ich zmotywowania do udziału we wsparciu itd. W tym kontekście tak silna reprezentacja samorządów lokalnych w roli partnerów projektów (jest to rola znacznie mniej obciążająca niż rola lidera w procesie przygotowywania, dokumentowania realizacji i rozliczania projektu) jest zrozumiała. Beneficjenci – liderzy projektów innego typu niż JST korzystają z opisanego powyżej potencjału tego typu podmiotów przy realizacji działań w ramach projektów, zaś JST mogą dzięki pełnieniu roli partnera realnie wspierać swoich mieszkańców bez znaczącego angażowania własnych zasobów.

Oprócz JST, w roli partnerów licznie występowały także organizacje pozarządowe (36%), a znacznie rzadziej – przedsiębiorstwa prywatne (12%) i innego typu podmioty. Organizacje pozarządowe są to z jednej strony podmioty niekiedy wyspecjalizowane we wspieraniu określonych kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (np. organizacje realizujące od wielu lat wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami), a z drugiej – niekiedy podmioty wyspecjalizowane „w realizacji projektów”, posiadające zasoby ludzkie i doświadczenie w przygotowywaniu projektów, rozliczeniach finansowych itd. Tego typu potencjał mają również przedsiębiorstwa komercyjne (firmy doradcze/szkoleniowe).

Szczegółowe dane na temat struktury partnerów w ramach OP 11 zawarte są w tabeli zamieszczonej poniżej.

Tabela 17 Forma prawna/typ partnerów (członków partnerstw projektowych z wyłączeniem liderów) w ramach OP 11 w podziale na Działania RPO WL 2014-2020

Forma prawna/typ lidera partnerstwa	Aktywne włączenie (11.1 RPO WL 2014-2020 i 11.4 RPO WL 2014-2020)		Usługi społeczne i zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)		Regionalne programy zdrowotne (11.2 RPO WL 2014-2020)		Ekonomia społeczna (11.3 RPO WL 2014-2020)		OP 11 RPO WL 2014-2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
JST	62	39%	110	59%	1	33%	0	0%	173	49%
NGO	76	48%	51	27%	0	0%	1	33%	128	36%
Przedsiębiorstwa prywatne	20	13%	18	10%	1	33%	2	67%	41	12%
Spółdzielnie socjalne	1	1%	4	2%	0	0%	0	0%	5	1%
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%	3	1%
Kościół Katolicki	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%	2	1%
Uczelnia wyższa	0	0%	0	0%	1	33%	0	0%	1	0%
Razem	160	100%	187	100%	3	100%	3	100%	353	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych.

3.8.2.4. Powiązania pomiędzy liderami a partnerami ze względu na ich formę prawną

Analiza partnerstw projektowych zawiązanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 pozwala stwierdzić, że zdecydowanie dominują partnerstwa pomiędzy różnymi typami podmiotów (partnerstwa międzysektorowe), co oznacza, że liderzy zawiązują partnerstwa z podmiotami innego typu. Relatywnie najczęściej partnerstwa wewnątrzsektorowe zawiązywały spółdzielnie socjalne (które realizowały jednak łącznie tylko kilka projektów). Skala partnerstw projektowych wewnątrzsektorowych zawiązywanych przez liderów z sektora JST oraz NGO jest zbliżona (odpowiednio 23% i 22%).

Liderzy - organizacje pozarządowe zdecydowanie najczęściej zawiązywali partnerstwa projektowe z partnerami z sektora JST (aż 66% wszystkich partnerstwa nawiązanych przez liderów JST). Identycznie wygląda sytuacja jeśli chodzi o liderów – JST. Oni także zdecydowanie najczęściej (również 66% przypadków) nawiązywali współpracę w ramach projektu z partnerami - NGO. Liderzy projektów – przedsiębiorstwa prywatne nieznacznie częściej współpracowali z partnerami – NGO niż z partnerami z sektora JST. Samorządy lokalne były też najczęściej zapraszane do współpracy w ramach projektu przez liderów – spółdzielnie socjalne oraz Kościół Katolicki. Szczegółowe informacje na temat typów partnerów projektowych dla liderów poszczególnych typów znajdują się w poniższych tabelach. W pierwszej kolejności przedstawiono dane dla całej OP 11, następnie zaś dla projektów realizowanych w obszarze aktywnego włączenia oraz usług społecznych i zdrowotnych. Wartość procentowa na skrzyżowaniu kolumny (lider) oraz wiersza (partner) wyraża ilość partnerstw projektowych zawiązywanych przez liderów danego typu z poszczególnymi partnerami. Przykładowo, partnerstwa pomiędzy liderami – organizacjami pozarządowymi a przedsiębiorstwami prywatnymi to łącznie 12% wszystkich partnerstw zawiązywanych przez liderów – organizacje pozarządowe.

Tabela 18 Struktura partnerów projektowych ze względu na ich formę prawną w podziale na formę prawną lidera w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020

	LIDER						
	NGO	Przedsiębiorstwa prywatne	JST	Kościół Katolicki	Spółdzielnie socjalne	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	Związki zawodowe
PARTNER							
NGO	22%	45%	66%	33%	0%	17%	50%
Przedsiębiorstwa prywatne	12%	15%	6%	0%	10%	50%	0%
JST	66%	38%	23%	67%	60%	0%	50%
Kościół Katolicki	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
Spółdzielnie socjalne	0%	0%	3%	0%	30%	0%	0%
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0%	1%	1%	0%	0%	17%	0%
Uczelnie wyższe	0%	0%	0%	0%	0%	17%	0%

W niektórych przypadkach suma wartości procentowych jest inna niż 100%, co wynika z zaokrągleń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych.

Tabela 19 Struktura partnerów projektowych ze względu na ich formę prawną w podziale na formę prawną lidera w obszarze aktywnego włączenia

	LIDER			
	NGO	Przedsiębiorstwa prywatne	JST	Związki zawodowe
PARTNER				
NGO	35%	60%	61%	50%
Przedsiębiorstwo prywatne	13%	15%	7%	0%
JST	53%	23%	29%	50%
Kościół Katolicki	0%	2%	0%	0%
Spółdzielnie socjalne	0%	0%	4%	0%
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0%	0%	0%	0%
Uczelnie wyższe	0%	0%	0%	0%

W niektórych przypadkach suma wartości procentowych jest inna niż 100%, co wynika z zaokrągleń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych.

Tabela 20 Struktura partnerów projektowych ze względu na ich formę prawną w podziale na formę prawną lidera w obszarze usług społecznych i zdrowotnych

	LIDER					
	NGO	Przedsiębiorstwa prywatne	JST	Kościół Katolicki	Spółdzielnie socjalne	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej
PARTNER						
NGO	10%	24%	71%	33%	0%	25%
Przedsiębiorstwo prywatne	9%	14%	5%	0%	10%	50%
JST	81%	59%	17%	67%	60%	0%
Kościół Katolicki	0%	0%	2%	0%	0%	0%
Spółdzielnie socjalne	0%	0%	2%	0%	30%	0%
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0%	3%	2%	0%	0%	25%
Uczelnie wyższe	0%	0%	0%	0%	0%	0%

W niektórych przypadkach suma wartości procentowych jest inna niż 100%, co wynika z zaokrągleń.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych.

W obszarze programów zdrowotnych projekty partnerskie realizowali: lider JST z partnerem JST oraz lider – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z przedsiębiorstwem prywatnym oraz z uczelnią wyższą.

W obszarze ekonomii społecznej zrealizowano dwa projekty partnerskie przez liderów – NGO. Partnerami w tych projektach były przedsiębiorstwa prywatne (2) oraz inna organizacja pozarządowa.

Spośród wszystkich 353 powiązań pomiędzy liderem partnerstwa a partnerem, które wystąpiły w projektach realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 aż 31,7% to powiązania pomiędzy liderem-NGO a partnerem-JST. Drugi najczęściej występujący schemat powiązań to relacja odwrotna tzn. pomiędzy liderem-JST, a partnerem-NGO (13,3%). **Łącznie powiązania pomiędzy NGO a JST stanowią zatem aż 45% wszystkich powiązań w ramach partnerstw projektowych w ramach OP 11.** W ramach projektów najczęściej współpracowały zatem podmioty z sektora publicznego (JST) i pozarządowego (NGO). Przedsiębiorstwa prywatne jako liderzy projektowi wchodziły nieco częściej w partnerstwa z NGO (11% wszystkich powiązań w ramach OP 11) niż JST (10%), ale różnica ta jest niewielka – można zatem stwierdzić, że przedsiębiorstwa prywatne (sektor prywatny) w niemal równym zakresie współpracowały w ramach projektów z podmiotami z sektora publicznego i pozarządowego. Widać wyraźnie, że przedsiębiorstwa prywatne częściej szukały, jako liderzy, partnerów do wspólnej realizacji projektów niż były zapraszane jako partnerzy do współpracy. Jeśli chodzi o podmioty z innych sektorów, to zauważyć można, że Kościół Katolicki i spółdzielnie socjalne jako liderzy partnerstw projektowych najczęściej wchodziły we współpracę z JST, związki zawodowe – po równo z NGO i JST, zaś samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej współpracują w ramach projektów z różnego typu partnerami.

Jeśli chodzi o współpracę projektową w ramach tego samego sektora, to najczęściej tego typu sytuacja występuje w przypadku organizacji pozarządowych (aż 10,5% spośród wszystkich powiązań pomiędzy liderem partnerstwa a partnerem to powiązania dwóch organizacji pozarządowych), co jest jednak konsekwencją wysokiego udziału NGO w grupie zarówno liderów, jak i partnerów.

Poniżej zaprezentowano matrycę powiązań pomiędzy liderami a partnerami projektowymi w podziale na ich formę prawną. Wartość procentowa na skrzyżowaniu kolumny (lider) oraz wiersza (partner) wyraża ilość partnerstw projektowych pomiędzy liderem danego typu a partnerem danego typu w ogólnej puli partnerstw projektowych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020. Przykładowo, partnerstwa pomiędzy liderami – organizacjami pozarządowymi a przedsiębiorstwami prywatnymi to łącznie 6% wszystkich partnerstw.

Tabela 21 Matryca powiązań pomiędzy liderami a partnerami projektów w podziale na ich formę prawną

	LIDERZY						
	NGO	Przedsiębiorstwa prywatne	JST	Kościół Katolicki	Spółdzielnie socjalne	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	Związki zawodowe
PARTNERZY							
NGO	10,5%	11,3%	13,3%	0,6%	0,0%	0,3%	0,3%
Przedsiębiorstwa prywatne	5,7%	3,7%	1,1%	0,0%	0,3%	0,8%	0,0%
JST	31,7%	9,6%	4,5%	1,1%	1,7%	0,0%	0,3%
Kościół Katolicki	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Spółdzielnie socjalne	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%
Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
Uczelnie wyższe	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych.

3.8.2.5. Czynniki decydujące o składzie partnerstw projektowych

Zgodnie z deklaracjami beneficjentów, realizacja projektu w partnerstwie motywowana była najczęściej **zwiększeniem jakości wsparcia udzielanego w ramach projektu** (49% analizowanych przypadków; bez zauważalnych różnic między poszczególnymi Działaniami RPO WL 2014-2020/typami projektów), następnie zaś spowodowana była **wymaganiami Instytucji Organizującej Konkurs/nabór projektów tzn. kryteriami premiującymi realizację projektów w partnerstwach** (44%; częściej w obszarze aktywnego włączenia –60% niż w obszarze usług społecznych i zdrowotnych – 36%), przy czym w analizowanych Działaniach RPO WL 2014-2020 premiovane były przede wszystkim projekty realizowane przez samorządy lokalne (z powodów wyjaśnionych powyżej) oraz organizacje pozarządowe. Jak wspomniano wcześniej, kryteria wyboru projektów stosowane w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020, zarówno w obszarze usług społecznych, jak i aktywnego włączenia, w wielu przypadkach zachęcały lub wręcz zmuszały beneficjentów innego typu do nawiązania formalnego partnerstwa projektowego z jednym z tego typu podmiotów. W obszarze usług społecznych często stosowano kryteria formalne specyficzne wymagające od wnioskodawcy lub od partnera doświadczenia w świadczeniu określonych usług społecznych. W praktyce ograniczało to katalog beneficjentów do JST lub NGO lub też zmuszało beneficjentów innego typu do nawiązania partnerstwa z takimi podmiotami. W niektórych przypadkach, w obszarze usług społecznych, premiovano także partnerstwa z podmiotami ekonomii społecznej spośród których niektóre są równocześnie organizacjami pozarządowymi. W niektórych przypadkach, zarówno w obszarze usług społecznych, jak i aktywnego włączenia, stosowane kryteria premiujące zachęcały do nawiązywania partnerstw międzysektorowych, w celu wzmocnienia łącznego potencjału podmiotów realizujących projekty.

W 34% analizowanych przypadków realizacja projektu w partnerstwie miała **umożliwić łatwiejsze dotarcie do grupy docelowej projektu**. Był to dość często powód angażowania w roli partnerów projektów JST oraz NGO posiadających „dostęp” do potencjalnych uczestników projektów (odpowiednio klientów pomocy społecznej oraz osób, na rzecz których dana organizacja pozarządowa działa od dłuższego czasu). Znacznie częściej czynnik ten decydował o zawiązaniu partnerstw w projektach realizowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 (zarówno w obszarze usług społecznych i zdrowotnych, jak i regionalnych programów zdrowotnych w około połowie przypadków partnerstw) niż w ramach aktywnego włączenia (zaledwie 15%).

W 27% przypadków wskazano, że **realizacja projektu w partnerstwie miała zwiększyć skalę realizacji projektu (np. poprzez objęcie wsparciem większej liczby osób)**. Jedynie w 17% przypadków wskazano na powód w postaci **braku wystarczającego potencjału niezbędnego do realizacji projektu**, np. wymaganego doświadczenia w realizacji innych projektów, zabezpieczenia finansowego itd.

3.8.2.6. Efekty partnerstw projektowych

Badani beneficjenci oceniają, że realizacja projektów w partnerstwie z innymi podmiotami pozwoliła na **zwiększenie jakości wsparcia udzielanego w ramach projektu** (81% analizowanych przypadków); **ułatwiła dotarcie do grupy docelowej projektu** (70%), a także pozwoliła na **zwiększenie skali realizacji projektu** (np. poprzez objęcie wsparciem większej liczby osób) (68%). Na podstawie deklaracji beneficjentów, którzy zawiązali partnerstwo z innymi podmiotami, **efekty partnerstw projektowych należy więc ocenić jednoznacznie pozytywnie**. Jedynie w 5% analizowanych przypadków wystąpiły, zgodnie z deklaracjami beneficjentów, trudności we współpracy z partnerem/partnerami projektowymi.

Z drugiej strony przeprowadzona analiza wykazała, że **nie ma istotnych różnic w ocenie skuteczności czy też użyteczności projektów partnerskich i tych realizowanych samodzielnie przez beneficjentów**. Zawiązanie partnerstwa projektowego nie jest więc warunkiem koniecznym do realizacji projektów wysokiej jakości. Decyzja o zawiązaniu partnerstwa projektowego lub realizacji projektu samodzielnie powinna zatem zależeć każdorazowo od indywidualnej sytuacji beneficjenta, jego potencjału do realizacji projektu (np. znajomości i możliwości dostępu do grupy docelowej) itd.

3.8.2.7. Rozwój współpracy międzysektorowej dzięki realizacji projektów

Jednym z efektów wdrażania projektów może być rozwój współpracy międzysektorowej tzn. współpracy pomiędzy podmiotami z różnych sektorów np. między instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy (sektor publiczny/samorządowy) oraz organizacjami pozarządowymi (sektor pozarządowy, tzw. trzeci sektor) w celu wsparcia osób w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Współpraca ta może przyjmować postać partnerstw projektowych, ale także szerzej rozumianej współpracy w ramach projektów, która niekoniecznie musi przyjmować postać sformalizowanego partnerstwa.

34% badanych beneficjentów zadeklarowało, że w trakcie przygotowywania lub realizacji projektu rozpoczęli oni współpracę z instytucjami, z którymi wcześniej nie współpracowali. Wynik ten ocenić należy umiarkowanie pozytywnie – **wdrażanie OP 11 RPO WL 2014-2020 stanowiło bodziec do rozwoju współpracy pomiędzy różnymi podmiotami działającymi na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w przypadku ok. jednej trzeciej projektów**. Częściej sytuacja ta występowała w przypadku projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych (43%) niż w przypadku aktywnego włączenia (31%). Wynika to z sygnalizowanego już wcześniej faktu poszukiwania przez beneficjentów projektów w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 różnych możliwości dotarcia do grup docelowych realizowanych przez nich projektów – współpraca, także niesformalizowana w postaci partnerstwa projektowego, miała na celu przede wszystkim skuteczne i efektywne dotarcie do potencjalnych uczestników projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych (a także regionalnych programów zdrowotnych). W projektach infrastrukturalnych beneficjenci nie nawiązywali współpracy z podmiotami, z którymi wcześniej nie współpracowali.

Instytucjami, z którymi beneficjenci nawiązali współpracę dzięki realizacji projektu (lub dzięki przygotowaniom do jego realizacji) były najczęściej organizacje pozarządowe (39% analizowanych przypadków); Ośrodki Pomocy Społecznej (34%), przedsiębiorstwa komercyjne (30%) oraz przedsiębiorstwa społeczne (np. spółdzielnie socjalne) (29%). Przykładem współpracy międzysektorowej, która przełożyła się na przygotowanie dobrej jakości projektu może być zlecenie prywatnemu wykonawcy przez beneficjenta – gminę przygotowania diagnozy społecznej, której wyniki zostały wykorzystane do zaprojektowania usługi klubu seniora wdrażanej następnie dzięki wsparciu RPO WL 2014-2020 (zob. opis dobrych praktyk w rozdziale 3.11).

Zwiększenie intensywności współpracy z innymi instytucjami wskutek przygotowywania lub realizacji projektu zadeklarowało 39% badanych beneficjentów (bez wyraźnych różnic pomiędzy Działaniami RPO WL 2014-2020).

Najczęściej zwiększano intensywność współpracy z ośrodkami pomocy społecznej (43%), organizacjami pozarządowymi (37%), przedsiębiorstwami komercyjnymi (27%) oraz przedsiębiorstwami społecznymi (24%) – są to więc te same typy instytucji, co w przypadku zawiązywania współpracy.

Jak wynika z przeprowadzonych badań jakościowych z beneficjentami, szczególne znaczenie dla jakości, a nawet dla możliwości zrealizowania zaplanowanych działań w ramach projektów, miała współpraca beneficjentów (przedsiębiorstw prywatnych, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz stowarzyszenia) z gminami w przypadku projektów – regionalnych programów zdrowotnych. Uczestnikami tych projektów były przede wszystkim dzieci w wieku szkolnym. W celu skutecznego i efektywnego dotarcia do uczestników, beneficjenci musieli nawiązać współpracę ze szkołami podstawowymi, dla których organami prowadzącymi są gminy.

W badaniu nie zidentyfikowano istotnych barier w zakresie rozwoju współpracy między sektorem publicznym (gminy, powiaty i ich jednostki organizacyjne) a trzecim sektorem. Jeżeli do takiej współpracy przy okazji realizacji projektów nie dochodziło, to wynikało to po prostu z braku potrzeb. Przykładem mogą być tutaj wskazane w opisie dobrych praktyk projekty realizowane przez JST, bez współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Trwałość współpracy międzyinstytucjonalnej zawiązanej/zintensyfikowanej wskutek przygotowywania/realizacji projektów w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 ocenić należy jako umiarkowaną. Co prawda tylko 27% beneficjentów przyznało, że po zakończeniu projektu nie współpracowało już z tymi instytucjami (częściej w przypadku aktywnego włączenia – 38% niż w przypadku usług społecznych i zdrowotnych – 15%), ale aż 54% obniżyło intensywność współpracy po zakończeniu projektu. Jedynie 17% beneficjentów deklaruje, że po zakończeniu projektu współpracowali z tymi podmiotami równie intensywnie, jak w projekcie, a 2% jeszcze zintensyfikowało współpracę. W badaniach jakościowych z beneficjentami zidentyfikowano przypadek trwałości i równocześnie zmiany profilu współpracy międzyinstytucjonalnej (niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej ze

szkołami publicznymi) po zakończeniu okresu realizacji projektu. W ramach projektu polegała ona na współpracy w zakresie realizacji programu zdrowotnego w obszarze przeciwdziałania otyłości u dzieci i młodzieży, natomiast przy okazji jego realizacji zacieśniono także współpracę w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, która jest kontynuowana po zakończeniu okresu realizacji projektu.

Większa trwałość współpracy z innymi instytucjami beneficjentów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych w porównaniu do obszaru aktywnego włączenia wynika z charakteru projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych – usługi zazwyczaj powinny być świadczone dla danej grupy społecznej/społeczności lokalnej w sposób ciągły.

Jedynie 8% badanych przedstawicieli JST (6 respondentów), które nie realizowały projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych zadeklarowało, że na terenie ich gmin/powiatów były realizowane projekty w ramach Działania 11.2.

Projekty te realizowane były przez:

- Ośrodki pomocy społecznej – 5 przypadków,
- ROPS – 5 przypadków,
- NGO – 3 przypadki,
- PCPR/PUP – 2 przypadki,
- Przedsiębiorstwa społeczne – 1 przypadek.

W prawie wszystkich przypadkach (z wyjątkiem jednego projektu realizowanego przez OPS) przedstawiciele badanych JST zadeklarowali, że współpracowali (choćby nieformalnie) z tymi podmiotami w zakresie realizacji projektu. W 3 analizowanych przypadkach współpraca JST z beneficjentem projektu w ogóle nie występowała przed jego realizacją, w 8 przypadkach - była ona mniej intensywna niż w przy projekcie, zaś w 4 – tak samo intensywna, jak przy projekcie. Jak wynika z deklaracji przedstawicieli JST, w 10 przypadkach po zakończeniu projektu współpraca z beneficjentem projektu nadal występuje, ale jest ona mniej intensywna niż w projekcie, natomiast w 5 przypadkach jest równie intensywna, jak w projekcie. Wyniki te ocenić należy pozytywnie. Potwierdzają, że **realizacja projektów w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 przyczyniła się do rozwoju współpracy międzyinstytucjonalnej.**

3.8.2.8. Podsumowanie

Skala występowania projektów partnerskich jest wysoka – 46% wszystkich projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 to projekty partnerskie. Projekty partnerskie zdecydowanie najczęściej realizowane były w obszarze usług społecznych i zdrowotnych (59%), następnie w obszarze aktywnego włączenia (38%), w obszarze regionalnych programów zdrowotnych (29%) oraz w obszarze ekonomii społecznej (18%).

W roli liderów partnerstwa najczęściej występują organizacje pozarządowe (44%), następnie zaś przedsiębiorstwa prywatne (27%) oraz JST (24%). W obszarze usług społecznych i zdrowotnych sytuacja jest nieco inna – liderami partnerstw są najczęściej NGO, ale na drugim miejscu występują JST, a dopiero na trzecim – przedsiębiorstwa prywatne.

Zdecydowanie dominują partnerstwa pomiędzy różnymi typami podmiotów (partnerstwa międzysektorowe), co oznacza, że liderzy zawiązują partnerstwa z podmiotami innego typu. Zdecydowanie najczęściej występującym powiązaniem partnerskim jest partnerstwo pomiędzy NGO, a JST tego typu powiązania stanowią aż 45% wszystkich powiązań w ramach partnerstw projektowych w ramach OP 11. Podmioty z sektora prywatnego w niemal równym zakresie współpracowały w ramach projektów z podmiotami z sektora publicznego i pozarządowego. Jeśli chodzi o współpracę projektową w ramach tego samego sektora (partnerstwa wewnątrzsektorowe), to najczęściej tego typu sytuacja występuje w przypadku organizacji pozarządowych.

Czynniki decydujące o składzie partnerstw to przede wszystkim chęć zwiększenia jakości wsparcia udzielanego w ramach projektu, następnie zaś wymaganiami Instytucji Organizującej Konkurs/nabór projektów oraz możliwość łatwiejszego dotarcia do grupy docelowej projektu.

Dzięki projektom realizowanym w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 istotnie zwiększyła się skala i jakość współpracy między instytucjami pomocy społecznej i rynku pracy oraz trzecim sektorem mającej na celu wsparcie osób w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Współpraca ta podejmowana była nie tylko w ramach formalnych partnerstw projektowych. W badaniu nie zidentyfikowano istotnych barier w zakresie rozwoju współpracy między sektorem publicznym (gminy, powiaty i ich jednostki organizacyjne) a trzecim sektorem.

3.9. Komplementarność projektów

Pytania badawcze:

15/ Jaka jest komplementarność inwestycji współfinansowanych z EFS i EFRR, a także z działaniami finansowanymi z innych źródeł? Jakie wystąpiły trudności w zapewnieniu przez Beneficjenta komplementarności projektów?

7/ Jaka jest komplementarność wsparcia oferowanego w ramach Działań 11.1 i 11.2 z Programem Operacyjnym Pomoc Żywnościowa 2014-2020?

3.9.1. Komplementarność inwestycji współfinansowanych z EFS i EFRR

Jak wynika z badań jakościowych z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, celem premiowania komplementarności projektów miękkich z projektami infrastrukturalnymi było z jednej strony zapewnienie efektywnego wykorzystania infrastruktury utworzonej/zmodernizowanej w ramach

projektów „twardych”, zaś z drugiej strony poprawa skuteczności projektów miękkich (działania realizowane przy wykorzystaniu nowoczesnej infrastruktury mogą być skuteczniejsze).

Zgodnie z deklaracjami beneficjentów, którzy wzięli udział w badaniu ankietowym, **39%** projektów w obszarze włączenia społecznego było komplementarnych z innymi projektami.

Zauważyć można istotne różnice pomiędzy projektami realizowanymi w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020, a tymi realizowanymi w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020. W przypadku tych pierwszych projektów („miękkich”) tylko **36%** beneficjentów wskazało, że były projekty komplementarne, uzupełniające działania realizowane w ramach ich projektów, więcej w obszarze usług społecznych i zdrowotnych (47%) niż w przypadku aktywnego włączenia (23%). W przypadku projektów infrastrukturalnych na fakt występowania komplementarności wskazało aż **73%** badanych beneficjentów.

Tylko w 6% przypadków komplementarności projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 mamy do czynienia z ich powiązaniem z projektami realizowanymi w ramach Działania 13.2 Infrastruktura usług społecznych. Powiązania tego typu zaobserwowano, co zrozumiałe, wyłącznie w przypadku projektów realizowanych w ramach Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne (9% przypadków komplementarności tych projektów to powiązania z projektami realizowanymi w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020). Z tej perspektywy skalę powiązań pomiędzy OP 11 RPO WL 2014-2020 a Działaniem 13.2 RPO WL 2014-2020 ocenić należy jako bardzo niską. **Tylko ok. 2% projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 (w tym ok. 4% realizowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 powiązanych jest z projektami realizowanymi w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020).** Lepiej ocenić należałoby ten rodzaj komplementarności analizując projekty realizowane w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020. **54% z nich jest powiązanych –** wedle deklaracji ich beneficjentów – **z projektami realizowanymi w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020** (36% z projektami realizowanymi w obszarze usług społecznych i zdrowotnych oraz 18% z projektami realizowanymi w obszarze aktywnego włączenia)²⁰.

Jak wynika z analizy kryteriów wyboru projektów stosowanych w naborach w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020, komplementarność tych projektów z projektami realizowanymi w ramach Działania 13.2 nie była szczególnie premiowana. W kilku naborach premiowano

²⁰ Bardzo duża rozbieżność pomiędzy dwiema kluczowymi wartościami procentowymi zaprezentowanymi powyżej (2% i 54%) wynika po prostu z bardzo dużej rozbieżności w liczbie projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 i w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020. Nawet znaczna część projektów infrastrukturalnych może być powiązanych z projektami „miękkimi”, ale jeżeli każdy z tych projektów infrastrukturalnych powiązany jest z jednym tylko projektem „miękkim”, to – wobec bardzo dużej liczby projektów „miękkich” zdecydowana większość spośród nich pozostaje niepowiązana z projektami infrastrukturalnymi.

komplementarność z innymi projektami współfinansowanymi ze środków UE lub z projektami finansowanymi ze środków krajowych lub innych źródeł, jednakże bez jednoznacznego wskazywania na Działanie 13.2 RPO WL 2014-2020. Częściej premiowana była realizacja projektów w ramach OP 11 RPO WL w powiązaniu z programami rewitalizacji obowiązującymi na obszarze rewitalizacji, a więc – w niektórych przypadkach – także w powiązaniu z projektami infrastrukturalnymi realizowanymi na tym obszarze. Beneficjenci mogli jednak, w celu wypełnienia tego kryterium premiującego, wskazać także na inne „miękkie” przedsięwzięcia realizowane na obszarze rewitalizacji, a niekoniecznie na projekty w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020.

Jak wynika z przeprowadzonych badań jakościowych, zarówno z beneficjentami, jak i z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, zapewnienie komplementarności pomiędzy projektami realizowanymi w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020, a projektami realizowanymi w ramach EFRR rozumianej jako wykorzystywanie do realizacji projektu „miękkiego”, w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 infrastruktury wytworzonej/zmodernizowanej w ramach EFRR było utrudnione przede wszystkim ze względu na **niespójne harmonogramy projektów**. Dobrym przykładem obrazującym ten problem jest projekt opisywany w opisie dobrych praktyk – klub seniora w ramach projektu funkcjonował w miejscu tymczasowym, gdyż jego stała, docelowa siedziba w okresie realizacji projektu była jeszcze modernizowana w ramach lokalnego programu rewitalizacji. Dopiero po zakończeniu modernizacji infrastruktury klub przeniósł się do swojej docelowej siedziby, nastąpiło to już jednak po zakończeniu okresu realizacji projektu w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020.

3.9.2. Komplementarność projektów w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020

Znacznie częściej występowało powiązanie projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 z innymi projektami realizowanymi w ramach tej samej osi priorytetowej (komplementarność wewnątrz OP 11 RPO WL 2014-2020): z projektami realizowanymi w ramach Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne powiązanych było 40% projektów komplementarnych, z projektami w ramach Działania 11.1 Aktywne włączenie - 24%, z projektami realizowanymi w ramach Działania 11.3 Ekonomia społeczna - 5%. W tym wypadku powiązanie pomiędzy projektami miało często charakter przepływu uczestników z jednego projektu do drugiego. Warto zauważyć, że potrzeba tego typu komplementarności w zakresie projektów jest niska z powodu tego, że – jak wykazano wcześniej – projekty w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 charakteryzowały się w większości przypadków wysoką kompleksowością. Uczestnik projektu miał zatem możliwość otrzymania pełnego, potrzebnego mu wsparcia w ramach jednego projektu.

3.9.3. Odgórna koordynacja działań komplementarnych

Tylko w 40% analizowanych przypadków komplementarności projektów beneficjenci zadeklarowali, że działania w ramach tych uzupełniających się projektów są/były odgórnie koordynowane, przy czym zdecydowanie najczęściej (65%) w roli koordynatora występowali sami beneficjenci – mamy więc przede wszystkim do czynienia z powiązaniem różnych projektów wynikającym z tego, że są one realizowane przez ten sam podmiot. Znacznie rzadziej w roli koordynatora uspoólniającego działania podejmowane w ramach różnych projektów występował samorząd lokalny (20%) oraz samorząd wojewódzki, w tym ROPS (9%), skoncentrowany przede wszystkim na koordynowaniu projektów realizowanych przez OWES-y w obszarze ekonomii społecznej.

3.9.4. Komplementarność projektów realizowanych w ramach Działania 11.1 i 11.2 z Programem Operacyjnym Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020

Komplementarność projektów realizowanych w ramach Działania 11.1 i 11.2 RPO WL 2014-2020 z PO PŻ to powiązanie polegające na tym, że uczestnicy PO PŻ biorą udział także w projektach realizowanych w ramach wskazanych Działań. Komplementarność tego typu była wspierana przez IZ RPO/IP RPO w większości naborów projektów poprzez kryteria formalne specyficzne zmuszające beneficjentów do zapewnienia, że jakąś część (np.: min. 50%, jak w jednym z naborów w obszarze aktywnego włączenia) uczestników ich projektów stanowić będą uczestnicy PO PŻ lub też obligujące beneficjentów do rekrutacji uczestników PO PŻ na preferencyjnych warunkach (pierwszeństwo w rekrutacji). Jak wynika z badań jakościowych z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, premiowanie komplementarności projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 z PO PŻ miało na celu ukierunkowanie wsparcia na osoby najbardziej potrzebujące.

Zgodnie z deklaracjami beneficjentów, **w łącznie 80% analizowanych projektów, w tym w 89% projektów realizowanych w ramach Działania 11.1 i w 71% projektów realizowanych w ramach Działania 11.2 wśród uczestników projektu były osoby korzystające z Programu PO PŻ.** Udział tych osób w ogólnej puli uczestników projektów był zróżnicowany, co przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 22 Wielkość udziału osób korzystających z PO PŻ w ogólnej liczbie uczestników projektów

Odsetek osób korzystających z PO PŻ w ogólnej liczbie uczestników projektów	Odsetek projektów
Ponizej 10%	23%
11-30%	19%
31-50%	26%
51-70%	18%
Powyżej 70%	14%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI z beneficjentami.

3.9.5. Podsumowanie

Komplementarność inwestycji współfinansowanych z EFS i EFRR jest niska – zaledwie ok. 2% projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 było powiązanych z projektami współfinansowanymi ze środków EFRR, przy czym zdecydowanie dominują w tej grupie projekty realizowane w obszarze usług społecznych. Z drugiej strony aż 54% spośród analizowanych projektów w ramach Działania 13.2 jest powiązanych z projektami realizowanymi w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020. Przyczyną braku komplementarności – oprócz znaczącej rozbieżności w liczebności projektów infrastrukturalnych (mało projektów) i miękkich (bardzo dużo projektów), co powoduje brak możliwości uzupełniania działań realizowanych w większości projektów „miękkich” działaniami realizowanymi w ramach projektów infrastrukturalnych, są przede wszystkim niespójne ze sobą harmonogramy projektów realizowanych w ramach EFS i EFRR. Niespójność ta sprawia, że usługi/wsparcie świadczone w ramach EFS nie może być realizowane przy wykorzystaniu infrastruktury wytworzonej/zmodernizowanej w ramach EFRR.

Znacznie częściej projekty w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 powiązane są z innymi projektami realizowanymi w ramach tej samej osi priorytetowej.

Komplementarność wsparcia oferowanego w ramach Działań 11.1 i 11.2 z Programem Operacyjnym Pomoc Żywnościowa 2014-2020 rozumiana jako objęciem w ramach RPO WL 2014-2020 uczestników PO PŻ jest bardzo wysoka – w aż 80% projektów uczestnikami były osoby korzystające z PO PŻ, przy czym udział tych osób w ogólnej puli uczestników projektów jest bardzo zróżnicowany.

3.10. Wpływ pandemii COVID-19 na realizację projektów

Pytania badawcze:

10/ Jaki wpływ na realizację działań w ramach OP 11 i Działania 13.2 miała pandemia COVID-19?

3.10.1. Wpływ pandemii COVID-19 na realizację działań w ramach OP 11 i Działania 13.2

Jak wykazano wcześniej, **trudności w realizacji projektów związane z pandemią COVID-19 występowały** – na tle innych problemów i trudności w realizacji projektów zgłaszanych przez beneficjentów – **zdecydowanie najczęściej (w ok. połowie analizowanych projektów)**. Na wykresie zamieszczonym poniżej wskazano, jakie konsekwencje pandemii COVID-19 wystąpiły najczęściej w kontekście realizacji projektów.

Wykres 61 Problemy i trudności w realizacji projektów związane z pandemią COVID-19



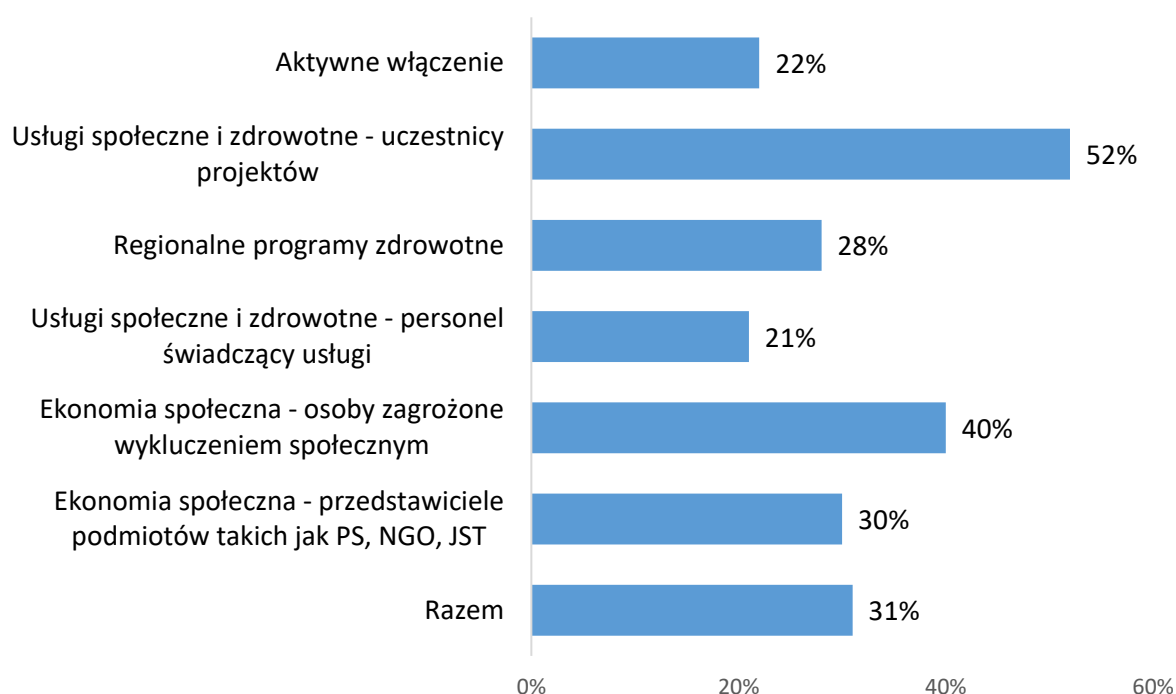
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI z beneficjentami.

Znacznie częściej pandemia COVID-19 wymusiła na beneficjentach zmianę pierwotnie założonych planów realizacji projektu – doświadczali trudności w realizacji działań zgodnie z pierwotnymi założeniami, opóźniali realizację projektu. Rzadziej beneficjenci doświadczali wskutek pandemii COVID-19 trudności w rekrutacji czy utrzymaniu w projekcie jego uczestników.

Także uczestnicy projektów potwierdzają, że wpływ pandemii COVID-19 na realizację projektów był powszechny i istotny. Ponad 30% badanych uczestników projektów zadeklarowało, że sytuacja związana z pandemią COVID-19 utrudniła im korzystanie ze wsparcia w ramach projektów. W największym stopniu problem ten dotyczył odbiorców wsparcia w obszarze usług społecznych (ponad połowa uczestników tych projektów

zadeklarowała, że pandemia COVID-19 utrudniła im udział w projekcie). Jest to zrozumiałe w kontekście tego, że większości z usług społecznych nie da się zrealizować w formie zdalnej, za pośrednictwem Internetu czy telefonu. Ponadto, odbiorcami tych usług w znacznej mierze były osoby szczególnie narażone na zachorowanie na COVID-19 (osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami). Relatywnie często trudności związanych z COVID-19 w kontekście udziału w projektach doświadczali także osoby zagrożone wykluczeniem społecznym w obszarze ekonomii społecznej. Szczegółowe dane na temat skali doświadczania problemów związanych z udziałem w projekcie spowodowanych pandemią COVID-19 w podziale na obszary i grupy uczestników projektów zaprezentowano na wykresie zamieszczonym poniżej.

Wykres 62 Odsetek uczestników doświadczających trudności w korzystaniu ze wsparcia w ramach projektów spowodowanych pandemią COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI z uczestnikami projektów

Badania jakościowe z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, potwierdzają, że pandemia COVID-19 znacząco utrudniła realizację projektów. Respondenci zwracają uwagę, że niektórzy uczestnicy projektów nie chcieli brać udziału w projektach z obawy przed zakażeniem się. W obszarze włączenia społecznego występowały powszechnie problemy z realizacją staży z uwagi na to, że część pracodawców zawiesiła swoją działalność gospodarczą. Planowane zajęcia czy egzaminy były przesuwane w czasie.

Badania jakościowe z beneficjentami potwierdzają istotny wpływ pandemii COVID-19 na realizację działań w ramach OP 11 i występowanie wskazanych powyżej problemów.

Równocześnie badania wykazały, że wpływ ten był wielowymiarowy. Oprócz konsekwencji wskazanych powyżej, odczuwanych bezpośrednio przez beneficjentów, pandemia COVID-19 i długotrwała izolacja społeczna będąca jej konsekwencją, wpłynęły także na **nasilenie się niektórych problemów społecznych, w tym w szczególności na pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego mieszkańców województwa lubelskiego. Spowodowało to wzrost popytu na niektóre formy wsparcia oferowane w projektach, w tym w szczególności usługi wsparcia psychologicznego, czy usługi psychiatryczne.** Wniosek ten potwierdzają przedstawiciele instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, którzy dodatkowo zwrócili uwagę na nasilenie się wskutek pandemii COVID-19 problemu nadwagi/otyłości mieszkańców regionu, co było konsekwencją spadku aktywności fizycznej mieszkańców. Pandemia COVID-19 zwiększyła zatem także obiektywne zapotrzebowanie na zajęcia ruchowe wśród dzieci i dorosłych i usługi dietetyczne.

Z drugiej strony badania jakościowe z beneficjentami oraz przedstawicielami IZ RPO oraz IP RPO potwierdziły powszechny problem rezygnacji niektórych kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym w szczególności osób starszych (szczególnie narażonych na oddziaływanie koronawirusa COVID-19), z udziału w projektach, zwłaszcza w formach wsparcia realizowanych grupowo, jak np. w klubach seniora.

W badaniach jakościowych z beneficjentami i przedstawicielami IP RPO potwierdził się także wniosek o konieczności zmiany harmonogramów realizacji projektów z powodu pandemii. Przykładem mogą być tutaj projekty – regionalne programy zdrowotne realizowane przez beneficjentów w oparciu o współpracę ze szkołami. Te z kolei przez znaczną część 2020 i 2021 roku były zamknięte, nauczają w trybie zdalnym. W takiej sytuacji realizacja regionalnego programu zdrowotnego skierowanego przede wszystkim do uczniów była niemożliwa. Przewidziane w projekcie działania musiały zostać przeprowadzone w późniejszym terminie.

Trudności w zakresie realizacji projektów w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020 w związku z pandemią COVID-19 były znacznie mniej nasilone niż w przypadku projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020. Tylko 23% badanych beneficjentów wskazała, że natrafiła na ten problem w toku realizacji projektu (w przypadku beneficjentów OP 11 RPO WL 2014-2020 – ponad połowa). Wynika to z faktu, że branża budowlana, kluczowa dla realizacji projektów infrastrukturalnych, nie ograniczyła istotnie działalności w okresie pandemii, jako jedna z nielicznych.

Pozytywnie ocenić należy elastyczne podejście Instytucji Zarządzającej i Instytucji Pośredniczącej do beneficjentów, którzy doświadczali problemów w zakresie realizacji projektów wskutek pandemii COVID-19. Jak wynika z badań jakościowych zarówno z beneficjentami, jak i z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, Instytucja Pośrednicząca co do zasady wyrażała zgodę np. na przedłużenie okresu realizacji projektów w sytuacjach, w których pierwotny harmonogram nie mógł zostać dotrzymany z powodu np. problemów z rekrutacją uczestników spowodowanych pandemią. Dodatkowo, IP RPO co do zasady wyrażała zgodę na zasadne w

kontekście pandemii COVID-19 zmiany w projektach polegające np. na zwiększeniu intensywności wsparcia psychologicznego dla uczestników projektów, na które wzrósł popyt wskutek izolacji społecznej spowodowanej pandemią COVID-19. Inne tego typu zmiany w projektach to np. zamiana pierwotnie założonych w projekcie zajęć na basenie dla osób z niepełnosprawnościami na zajęcia na świeżym powietrzu, które mogły być realizowane nawet w okresie pandemii COVID-19. W niektórych uzasadnionych przypadkach beneficjenci przechodzili na zdalny tryb realizacji niektórych zajęć dla uczestników projektów (np. szkolenia czy kursy).

92% beneficjentów dobrze ocenia współpracę z Instytucją Organizującą Konkurs (Instytucją Pośredniczącą), a tylko 3% - źle. Jak wynika z badań jakościowych z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie i wdrażanie RPO WL 2014-2020, współpraca IP RPO z beneficjentami odbywa się już na etapie przygotowywania przez beneficjentów wniosków o dofinansowanie projektów. Odbywają się szkolenia dla beneficjentów dotyczące różnych kwestii problemowych np. kwalifikowalności wydatków czy interpretacji zapisów dokumentacji konkursowej.

3.10.2. Konsekwencje pandemii COVID-19 na efekty projektów

Konsekwencje pandemii COVID-19 dotyczą – jak wynika z powyższych danych – przede wszystkim procesu realizacji projektów. Jak wynika z deklaracji beneficjentów, **rzadziej pandemia oddziaływała na osiągnięte efekty projektów**. 64% badanych beneficjentów uważa, że sytuacja związana z pandemią COVID-19 nie wpłynęła na osiągnięte efekty ich projektu. Negatywny wpływ na osiągnięte efekty projektu wystąpił w przypadku 34% projektów realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020. Najczęściej negatywne konsekwencje COVID-19 dotyczą projektów realizowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020 (42%).

Znacznie rzadziej zaobserwować można pozytywne konsekwencje COVID-19 dla efektów projektu. Jak wynika z badań jakościowych, może to być np. wzrost popytu na usługi społeczne oferowane w ramach projektu i zmiana społecznego postrzegania osób korzystających z niektórych usług (np. terapii psychologicznej), a w konsekwencji wyższa skuteczność tych usług. Tego typu pozytywne konsekwencje pandemii COVID-19 dla efektów projektów wystąpiły tylko w przypadku Działania 11.2 RPO WL 2014-2020.

3.10.3. Podsumowanie

Pandemia COVID-19 miała bardzo istotny wpływ na realizację działań w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020. Trudności w realizacji projektów związanych z pandemią COVID-19 doświadczyła ponad połowa beneficjentów OP 11 RPO WL 2014-2020. Znacznie mniej istotny był wpływ pandemii COVID-19 na realizację projektów infrastrukturalnych w ramach Działania 13.2 RPO WL 2014-2020. Pandemia COVID-19 przede wszystkim wymusiła na beneficjentach zmianę pierwotnie założonych planów realizacji projektu w związku np. z

brakiem możliwości zgodnie z pierwotnie założonym harmonogramem przewidzianych działań. Także uczestnicy projektów potwierdzają, że wpływ pandemii COVID-19 na realizację projektów był powszechny i istotny. Problem pandemii COVID-19 dotyczy przede wszystkim projektów w obszarze usług społecznych i regionalnych programów zdrowotnych, a więc projektów realizowanych w ramach Działania 11.2 RPO WL 2014-2020.

3.11. Dobre praktyki

Pytanie badawcze:

16/ Jakie przykłady dobrych praktyk można wskazać w celu ich ewentualnego wykorzystania w perspektywie finansowej 2021-2027 (zarówno w zakresie działań realizowanych ze środków EFS, jak i EFRR²¹)?

W ostatniej fazie badania zidentyfikowano i przeanalizowano dobre praktyki, czyli projekty realizowane w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020, które uznać można za przedsięwzięcia wysokiej jakości, przede wszystkim w zakresie ich trafności, użyteczności i skuteczności w osiągnięciu założonych celów. Projekty te stanowią mogą inspirację do realizacji kolejnych projektów w obszarze włączenia społecznego w perspektywie finansowej 2021-2027. W tym kontekście szczególne znaczenie ma identyfikacja czynników sukcesu poszczególnych projektów. Beneficjenci realizujący projekty w kolejnej perspektywie finansowej powinni skoncentrować się na wskazanych w opisie poszczególnych case study elementach, które okazały się być kluczowe dla osiągnięcia zadowalających efektów projektów.

Tabela 23 Dobra praktyka w obszarze aktywnego włączenia

Działanie RPO WL 2014-2020	Działanie 11.1. Aktywne włączenie
Tytuł projektu	Motywacja - Rozwój - Niezależność
Beneficjent	Powiat świdnicki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdniku

²¹ Zgodnie ze złożoną ofertą, Wykonawca zobowiązał się do przedstawienia w raporcie trzech dobrych praktyk – projektów realizowanych ze środków EFS. Nie przedstawiono dobrych praktyk w obszarze infrastruktury usług społecznych, ponieważ celem ewaluacji była ocena wpływu wsparcia oferowanego w ramach 11 OP, nie zaś w ramach 13 OP.

Okres realizacji projektu	od 2019-01-01 do 2021-12-31
Wartość projektu	800 000,00 zł
Krótki opis projektu	<p>Celem projektu było zahamowanie zjawiska uzależnienia od pomocy społecznej, dziedziczenia biedy i niekorzystnych postaw społecznych wśród 20 wychowanków opuszczających instytucjonalne i rodzinne formy pieczy zastępczej w powiecie świdnickim. Dodatkowo projekt miał na celu zwiększenie integracji społecznej oraz poprawę dostępu do rynku pracy i aktywne włączenie społeczne usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej.</p> <p>Grupę docelową projektu stanowili usamodzielniający się wychowankowie pieczy zastępczej, zmagający się z różnymi problemami (m.in. niska samoocena, niskie kwalifikacje zawodowe, brak doświadczenia zawodowego i in.).</p> <p>Zgodnie z przyjętą teorią interwencji, aktywizacja zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym ma nastąpić poprzez zastosowanie form aktywizacji zawodowej, a także społecznej i zdrowotnej w stosunku do uczestników projektów. Ma to doprowadzić do poprawy zdolności do ich zatrudnienia (poprzez wzrost umiejętności/ kompetencji zawodowych, nabycie doświadczenia zawodowego, ale także poprzez poprawę funkcjonowania społecznego i sytuacji zdrowotnej). W przypadku podjęcia zatrudnienia lub dalszej nauki (np. na studiach wyższych) może z kolei nastąpić wtórne wzmocnienie integracji społecznej/poprawa sytuacji zdrowotnej (zwłaszcza w zakresie zdrowia psychicznego).</p> <p>W ramach projektu realizowane było wsparcie w następujących formach: doradztwo zawodowe, poradnictwo psychologiczne i mentalne, kursy, szkolenia i staże zawodowe.</p> <p>W ramach case study skupiono się na analizie procesu aktywizacji społecznej i zawodowej usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej przy wsparciu beneficjenta – Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdniku.</p>
Efekty projektu	Wybrane zakładane rezultaty projektu:

	<p>a. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie: wartość założona: 20, wartość osiągnięta:20.</p> <p>b. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy po opuszczeniu programu: wartość założona: 10, wartość osiągnięta: 10.</p> <p>c. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu: wartość założona: 4, wartość osiągnięta:4.</p> <p>d. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu: wartość założona: 10, wartość osiągnięta: 20.</p> <p>Na szczególną uwagę zasługuje efekt w postaci skutecznej aktywizacji zawodowej osób objętych projektem, które po jego zakończeniu znalazły zatrudnienie. Zgodnie z danymi zawartymi w końcowym wniosku o płatność było to 20% osób biorących udział w projekcie, choć – jak wykazały wywiady przeprowadzone z uczestnikami projektu – niektórzy z nich podjęli pracę w późniejszym okresie, po pewnym czasie od zakończenia udziału w projekcie. Skuteczność w zakresie aktywizacji zawodowej uczestników projektu jest więc prawdopodobnie jeszcze wyższa.</p> <p>Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, projekt przyczynił się również do zwiększenia motywacji uczestników do dalszego kształcenia się i/lub poszukiwania zatrudnienia. Znacząco wzrosła także wiara we własne umiejętności, podniosła się samoocena uczestników projektu.</p>
Czynniki sukcesu	<p>Na podstawie zrealizowanych badań udało się zidentyfikować szereg czynników decydujących o sukcesie analizowanego projektu. Sukces rozumiany jest w tym wypadku przede wszystkim jako podjęcie zatrudnienia przez osoby biorące udział w projekcie po jego opuszczeniu:</p> <p>1. Kompleksowość wsparcia - oddziaływanie zarówno w sferze aktywizacji społecznej (wsparcie psychologiczne, kluczowe dla tej grupy docelowej) oraz kompleksowe wsparcie w zakresie aktywizacji zawodowej: doradztwo zawodowe, kurs zawodowy, staże zawodowe.</p> <p>Po pierwsze, kluczowe dla powodzenia projektu było wielopłaszczyznowe podejście do kwestii wykluczenia społecznego oraz wkraczania na rynek pracy przez osoby opuszczające instytucjonalne i rodzinne formy pieczy zastępczej. Wychowankowie</p>

otrzymali wsparcie psychologiczne i mentalne, które przełożyło się na zwiększenie motywacji do poszukiwania zatrudnienia oraz podniesienie samooceny. Doradztwo zawodowe pozwoliło natomiast na ukierunkowanie zawodowe osób biorących udział w projekcie i wskazanie adekwatnych ścieżek kariery. Realizowane kursy zawodowe oraz staże umożliwiły nabycie kompetencji i umiejętności potrzebnych w wybranych kierunkach rozwoju zawodowego. Kompleksowe podejście do uczestników projektu pozwoliło zatem na zniwelowanie problemów psychicznych/emocjonalnych uczestników projektu, a także na przygotowanie ich do podjęcia zatrudnienia. Kluczowe dla sukcesu projektu było oddziaływanie równocześnie na sferę aktywizacji społecznej, jak i zawodowej.

2. Bardzo dobre rozpoznanie potrzeb grupy docelowej

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie to instytucja, która dzięki długoterminowej pomocy świadczonej na rzecz wychowanków pieczy zastępczej, ma najwyższe kompetencje w rozpoznawaniu ich potrzeb, w tym także usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej - osób młodych, wkraczających na rynek pracy. Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych, wychowankowie pieczy zastępczej często mają zaniżoną samoocenę, nie wierzą w swoje umiejętności i szanse na rynku pracy. W związku z czym nierzadko rezygnują z dalszej nauki, czy prób poszukiwania satysfakcjonującego zatrudnienia. W związku z powyższym bardzo istotne było oferowane wsparcie psychologiczne, które odpowiadało na ich potrzeby. Bardzo dobre rozpoznanie potrzeb osób opuszczających pieczę zastępczą niewątpliwie przyczyniło się do opracowania optymalnej ścieżki aktywizacji społeczno-zawodowej uczestników projektu, co stanowiło o jego powodzeniu.

3. Adresowanie wsparcia we właściwym momencie

Projekt skierowany był do osób młodych, w wieku 15-25. Jest to dla wychowanków pieczy zastępczej etap przejściowy pomiędzy momentem zakończenia nauki w szkołach ponadpodstawowych, a szukaniem zatrudnienia, bądź podjęciem decyzji o dalszym kształceniu. Kluczowe było zatem zapewnienie wsparcia dla wychowanków pieczy zastępczej w tym przejściowym momencie, w którym efekty wsparcia mogą zostać natychmiastowo wykorzystane (np. w procesie poszukiwania i świadczenia pierwszej pracy czy w procesie rekrutacji na studia wyższe), zaś charakterystyczne dla tej

	<p>grupy docelowej problemy nie pogłębią się wskutek powrotu do rodzin biologicznych (jest to niestety bardzo często występująca sytuacja po osiągnięciu dorosłości przez wychowanków pieczy zastępczej, konsekwencja braku dostępnego wsparcia w postaci usług mieszkaniowych dla usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej).</p>
--	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych oraz analizy danych zastanych.

Tabela 24 Dobra praktyka w obszarze usług społecznych i zdrowotnych

Działanie RPO WL 2014-2020	Działanie 11.2. Usługi społeczne
Tytuł projektu	Utworzenie Klubu Seniora w Poniatowej
Beneficjent	Gmina Poniatowa
Okres realizacji projektu	od 2018-12-03 do 2021-12-31
Wartość projektu	743 900,00 zł
Krótki opis projektu	<p>Celem projektu było przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu 26 osób starszych z gminy Poniatowa oraz poprawa dostępności do usług społecznych użyteczności publicznej poprzez utworzenie Klubu Seniora. Założeniem projektu było zwiększenie aktywności fizycznej, integracji społecznej osób starszych oraz poprawa ich dobrostanu psychicznego.</p> <p>Grupę docelową projektu stanowiły osoby starsze, zagrożone wykluczeniem społecznym, zmagające się z różnymi problemami (m. in. samotność, słabe więzi społeczne, brak uschematyzowanego planu dnia wynikający z funkcjonowania poza rynkiem pracy i in.). W dokumentacji projektowej uczestnicy projektów definiowani są jako osoby niesamodzielne, natomiast jak wynika ze zrealizowanego badania, są to osoby samodzielne, nie potrzebujące usług opiekuńczych/asystenckich.</p>

	<p>W ramach projektu realizowane było wsparcie w następujących formach: terapeutyczne (poradnictwo psychologiczne, zajęcia z edukacji zdrowotnej, zajęcia z kultury fizycznej), aktywizujące (zajęcia kulturalne i edukacyjne). Zajęcia terapeutyczne obejmowały m. in. takie aktywności jak nordic walking, ćwiczenia na siłowni, zajęcia taneczne czy gimnastykę. Wśród zajęć aktywizujących natomiast znalazły się ćwiczenia plastyczne/ceramiczne, nauka śpiewu, a także zajęcia kulinarne. Ponadto w ramach projektu uczestnicy mieli zapewnioną możliwość wyjazdu na wydarzenia kulturalne.</p> <p>W okresie realizacji projektu zajęcia dla osób starszych odbywały się w Centrum Kultury i Promocji Turystyki w Poniatowej ze względu na korzystną lokalizację tej instytucji (dostępność komunikacyjna, bliskość lasu, w którym organizowane były zajęcia nordic walking) oraz jej dostępność dla osób z niepełnosprawnościami ruchowymi. Po zakończeniu projektu Klub Seniora został przeniesiony do jednego z budynków szkoły podstawowej, który został poddany rewitalizacji, tak by w pełni odpowiadać na potrzeby osób starszych.</p> <p>Zgodnie z przyjętą teorią interwencji, przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu miało nastąpić poprzez otrzymanie przez uczestnika dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i/lub zdrowotnych. Przekłada się to na poprawę funkcjonowania społecznego i/lub stanu zdrowia (fizycznego i psychicznego), co w przypadku osób w wieku poprodukcyjnym nie przekłada się jednak na ich aktywność zawodową.</p> <p>W ramach case study skupiono się na analizie procesu aktywizacji społecznej osób starszych przy wsparciu beneficjenta – Gminy Poniatowa, a także na kwestii zachowania trwałości usługi społecznej świadczonej w ramach projektu.</p>
<p>Efekty projektu</p>	<p>Wybrane zakładane rezultaty projektu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie: wartość założona: 26, wartość osiągnięta: 44. b. Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych istniejących po zakończeniu projektu: wartość założona: 26, wartość osiągnięta: 26. <p>Na szczególną uwagę zasługuje efekt w postaci aktywizacji społecznej osób starszych. Jak wynika z przeprowadzonego badania, w większości były to osoby starsze, bardzo często samotne, posiadające słabo rozwiniętą sieć kontaktów społecznych. Dzięki projektowi uczestnicy mogli nawiązać nowe relacje społeczne poprzez podejmowanie wspólnych aktywności i</p>

	<p>uczestnictwo w zajęciach oferowanych przez Klub Seniora. Ponadto istotnie poprawił się również ich stan zdrowia psychicznego, co z jednej strony wynika bezpośrednio z wsparcia psychologicznego zapewnionego w ramach Klubu Seniora, a z drugiej z faktu nawiązania kontaktów społecznych, spędzania czasu wspólnie z innymi ludźmi itd. Zauważyć można także poprawę stanu zdrowia fizycznego uczestników projektu, co wynika z jednej strony z wzrostu aktywności fizycznej osób starszych, które uczestniczyły w zajęciach takich jak gimnastyka, zajęcia na siłowni, nordic walking, pływanie, a z drugiej strony jest to konsekwencja poprawy stanu zdrowia psychicznego.</p> <p>Powyższe efekty niewątpliwie wpłynęły i będą wpływać w przyszłości na obniżenie popytu na usługi opiekuńcze w gminie. Osoby starsze w dobrym stanie psychicznym i fizycznym nie potrzebują bowiem tego typu usług. Stanowi to długofalowy efekt projektu.</p> <p>Ze względu na fakt, iż osoby biorące w nim udział w momencie przystąpienia do projektu nie wymagały usług opiekuńczych ze strony członków swojej rodziny, projekt nie wpływa istotnie na aktywizację zawodową mieszkańców gminy.</p> <p>Klub Seniora utworzony w ramach projektu nadal funkcjonuje i świadczy usługi dla osób starszych także po zakończeniu projektu. Obecnie jest on finansowany ze środków własnych gminy. Zarówno skala działalności, jak i oferta Klubu Seniora nie zmieniły się znacząco w stosunku do okresu działalności w ramach projektu. Decyzja o kontynuowaniu działalności Klubu Seniora została podjęta ze względu na pozytywny oddźwięk ze strony uczestników, a także dostrzeżenie, że projekt odpowiada na realne potrzeby mieszkańców.</p>
Czynniki sukcesu	<p>Na podstawie zrealizowanych badań udało się zidentyfikować szereg czynników decydujących o sukcesie analizowanego projektu. Sukces rozumiany jest w tym wypadku przede wszystkim jako aktywizacja społeczna osób starszych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bardzo dobra diagnoza potrzeb grupy docelowej <p>Dla powodzenia projektu istotna była trafna diagnoza potrzeb grupy docelowej. Beneficjent zdecydował się na zlecenie diagnozy potrzeb mieszkańców podmiotowi zewnętrznemu. Realizowane było profesjonalne badanie społeczne w postaci m.in. wywiadów oraz ankiet. Wyniki badania pomogły w zdefiniowaniu problemów społecznych, na które projekt mógłby odpowiedzieć. Dzięki temu wyodrębniono najbardziej potrzebne formy świadczenia usług społecznych oraz konkretne typy zajęć, które seniorzy zgłaszali jako</p>

	<p>atrakcyjne. Ponadto diagnoza pozwoliła na trafne ustalenie liczby miejsc niezbędnych do utworzenia w Klubie Seniora, tak aby z jednej strony odpowiedzieć na zapotrzebowanie mieszkańców, a z drugiej – by nie tworzyć zbyt dużej liczby miejsc, których utrzymywanie byłoby nieefektywne.</p> <p>2. Elastyczne reagowanie na potrzeby grupy docelowej</p> <p>Wsparcie w postaci Klubu Seniora w ramach projektu, a także po jego zakończeniu, było elastycznie dostosowywane do potrzeb grupy docelowej. Zajęcia, które nie cieszyły się dużą popularnością zostały zmienione na takie, które odpowiadały preferencjom uczestników. Ponadto ze względów, bezpieczeństwa w kontekście pandemii COVID-19, zajęcia były prowadzone w mniejszych grupach, co umożliwiło zniwelowanie niebezpieczeństwa zarażenia się osób starszych przy równoczesnym utrzymaniu ciągłości funkcjonowania Klubu Seniora. Uczestnikom zapewniono również porady psychologiczne, które ze względu na skutki pandemii COVID-19, a także samotność, poprawiły ich dobrostan psychiczny.</p>
--	--

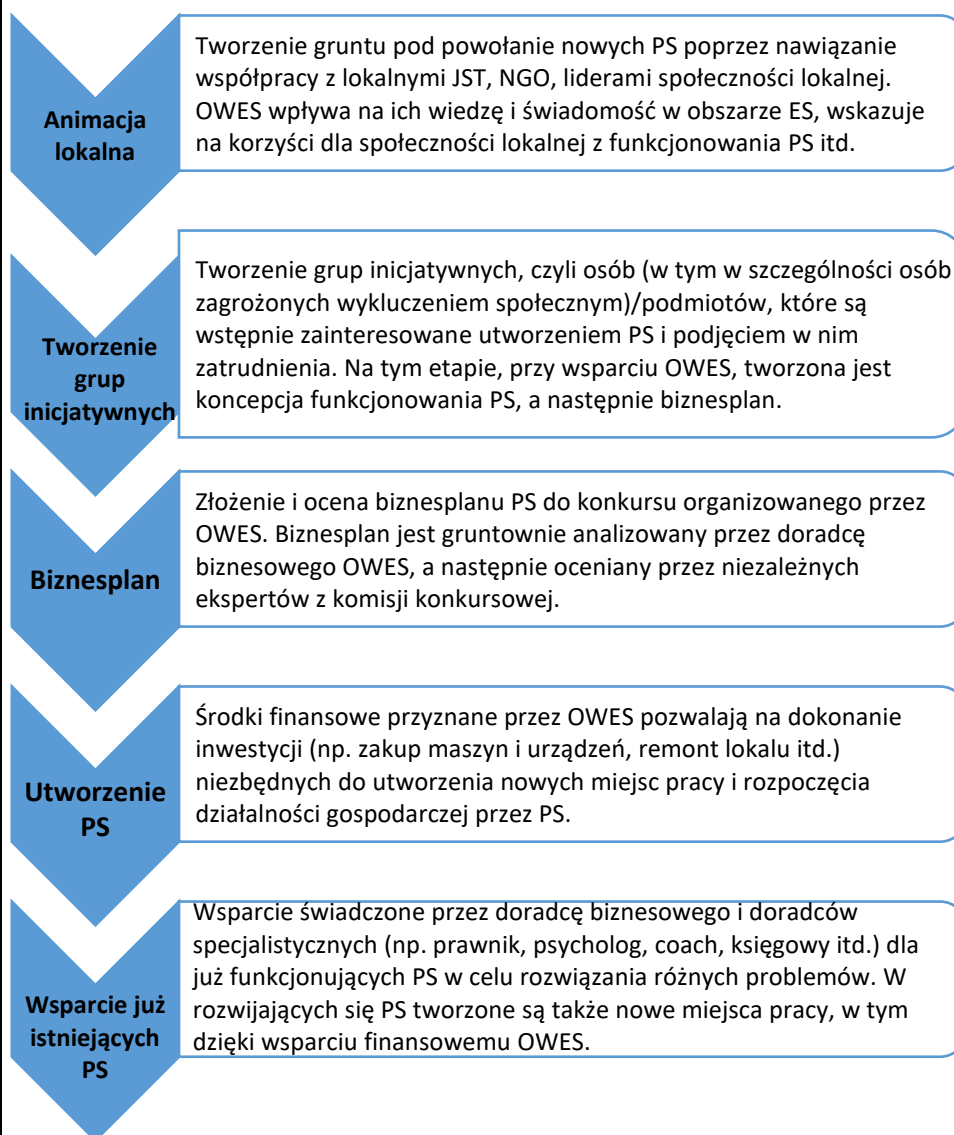
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych oraz analizy danych zastanych.

Tabela 25 Dobra praktyka w obszarze ekonomii społecznej

Działanie RPO WL 2014-2020	Działanie 11.3. Ekonomia społeczna
Tytuł projektu	Razem - inicjatywy z obszaru ekonomii społecznej
Beneficjent	Europejski Dom Spotkań Fundacja Nowy Staw (organizacja jest akredytowanym Ośrodkiem Wsparcia Ekonomii Społecznej)
Okres realizacji projektu	od 2017-02-01 do 2020-01-31
Wartość projektu	9 376 835,60 zł

<p>Krótki opis projektu</p>	<p>Celem projektu był rozwój potencjału sektora ekonomii społecznej w subregionie puławskim.</p> <p>Grupę docelową projektu stanowiły:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. osoby wykluczone lub zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, b. podmioty ekonomii społecznej oraz ich przedstawiciele, c. osoby fizyczne/prawne zamierzające założyć przedsiębiorstwo społeczne, d. jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne, przedstawiciele administracji publicznej. <p>Zgodnie z przyjętą teorią interwencji, aktywizacja zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym ma nastąpić poprzez wstępne przygotowanie ich do podjęcia zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym i utworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwie społecznym. Poprzez podjęcie zatrudnienia następuje również wtórne wzmocnienie integracji społecznej tych osób. Kluczowe dla sukcesu tego procesu jest również utrzymanie trwałości miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych.</p> <p>W ramach case study skupiono się na analizie procesu tworzenia, przy wsparciu beneficjenta – Ośrodka Wsparcia Ekonomii Społecznej, nowych miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz na kwestii utrzymania ich trwałości. OWES w ramach projektu funkcjonował zgodnie ze standardami OWES, które w opinii przedstawicieli beneficjenta są, co do zasady, optymalne. Uproszczony schemat procesu tworzenia i utrzymywania miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych w ramach projektu zaprezentowany został poniżej:</p>
-----------------------------	---

Schemat 2 Proces tworzenia i utrzymywania miejsc pracy w PS



Źródło: opracowanie własne na podstawie wywiadów pogłębionych i analizy danych zastanych

Efekty projektu

Wybrane zakładane rezultaty projektu:

- Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu: wartość założona: 146; wartość osiągnięta: 147.
- Liczba miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych: wartość założona: 146; wartość osiągnięta: 157.

Na szczególną uwagę zasługuje efekt w postaci bardzo wysokiej trwałości miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych w ramach analizowanego OWES. Zgodnie z wynikami badania zrealizowanego na

	<p>zlecenie MFIPR, wartość wskaźnika rezultatu długoterminowego <i>Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych</i> dla OWES realizującego projekt „Razem – inicjatywy z obszaru ekonomii społecznej” wynosi aż 94%, podczas gdy średnia wartość tego wskaźnika dla całego województwa lubelskiego to 80%.</p> <p>W odniesieniu do teorii interwencji należy wskazać na przypadek uczestniczki projektu, która wzięła udział w wywiadzie pogłębionym. W momencie przystąpienia do niego była to osoba długotrwale bierna zawodowo z powodu pełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych oraz z powodu wykluczenia komunikacyjnego (mieszkanca wsi, słabo skomunikowanej z miastami, w których dostępne są miejsca pracy). Osoba ta charakteryzowała się ponadto brakiem doświadczenia zawodowego oraz brakiem wiary w możliwość znalezienia pracy. Dzięki udziałowi w projekcie osoba ta podjęła zatrudnienie w przedsiębiorstwie społecznym, co znacząco poprawiło jej sytuację materialną (otrzymuje wynagrodzenie za pracę) i stan zdrowia psychicznego (poprzez znaczące rozszerzenie kontaktów społecznych – z innymi pracownikami, klientami itd.). Znacząco wzrosła także samoocena uczestniczki projektu, w tym także przekonanie o możliwości znalezienia zatrudnienia poza sektorem przedsiębiorstw społecznych, gdyby nastąpiła konieczność poszukiwania innej pracy. Przedsiębiorstwo społeczne, w którym zatrudniona jest respondentka ma dość stabilną pozycję rynkową, co pozwala na utrzymanie utworzonych w nim miejsc pracy.</p>
Czynniki sukcesu	<p>Standaryzacja działań OWES sprawia, że wszystkie OWES w Polsce funkcjonują zgodnie z jednolitym schematem. Tym niemniej, na podstawie zrealizowanych badań udało się zidentyfikować szereg czynników decydujących o sukcesie analizowanego projektu. Sukces rozumiany jest w tym wypadku przede wszystkim jako stworzenie trwałych miejsc pracy w sektorze przedsiębiorstw społecznych.</p> <p>1. Tworzenie nowych przedsiębiorstw społecznych w oparciu o ich ścisłą współpracę z JST.</p> <p>Po pierwsze, JST są zleceniodawcami dla nowopowstałych PS. Jest to szczególnie istotna funkcja zwłaszcza w początkowej fazie rozwoju PS. Po drugie, JST pełnią kluczową funkcję w identyfikacji swoich mieszkańców – osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które mogłyby, pomimo doświadczanych problemów, podjąć zatrudnienie w PS. Przykładowo, gminy/ośrodki pomocy społecznej trafniej niż inne podmioty typują potencjalnych pracowników PS spośród swoich klientów, skutecznie motywują ich do podjęcia zatrudnienia w PS, w praktyce świadczą też</p>

usługi pośrednictwa pracy łącząc mieszkańców gotowych do podjęcia pracy z PS szukającymi pracowników itd.

Z punktu widzenia zaangażowania JST w rozwój przedsiębiorczości społecznej kluczowy wydaje się być czynnik ekonomiczny. Jak pokazuje przykład jednej z analizowanych gmin, utworzenie przedsiębiorstwa społecznego może obniżyć koszt usług zleczanych do tej pory podmiotom komercyjnym spoza gminy: przedsiębiorstwa społeczne mogą zrezygnować z wysokiej marży (w przeciwieństwie do przedsiębiorstw komercyjnych); zlokalizowane są na miejscu świadczenia usług, co pozwala na obniżenie kosztów dojazdu do miejsc świadczenia usług. Korzyścią dla JST jest także zaktywizowanie zawodowe osób zagrożonych wykluczeniem społecznym – mieszkańców danej gminy (a w konsekwencji obniżenie kosztów świadczeń socjalnych dla nich) oraz wzrost wpływów podatkowych.

Bardzo istotne jest, by PS nie wchodziły w konkurencję z innymi firmami lokalnymi oraz w konkurencję z innymi PS. W analizowanej gminie PS tworzone były w branżach, w których nie funkcjonują lokalne przedsiębiorstwa, zaś gmina miała trudności z pozyskaniem wykonawców spoza gminy. Pozwoliło to na uniknięcie problemów takich jak pogorszenie sytuacji lokalnych firm komercyjnych czy konflikty w społeczności lokalnej.

Jak wynika z przeprowadzonego badania, w tym przypadku forma prawna przedsiębiorstwa społecznego nie jest szczególnie istotna. Do ścisłej współpracy z JST nie jest wymagane, by udziałowcem przedsiębiorstwa społecznego była JST (np. spółdzielnia socjalna osób prawnych z udziałem JST). Kluczowa jest faktyczna współpraca PS z JST na wskazanych powyżej polach.

Model rozwoju przedsiębiorstw społecznych w oparciu o ścisłą współpracę z JST może mieć też słabe strony. Po pierwsze, jak wynika z doświadczenia Wykonawcy, zdarza się, że OWES-y tworzą przedsiębiorstwa społeczne we współpracy z JST na bazie uprzednio celowo zwolnionych pracowników JST lub ich jednostek organizacyjnych (np. spółdzielnia socjalna świadcząca usługi opiekuńcze, w której pracują opiekunki uprzednio zatrudnione na etatach w OPS). Celem takiej operacji jest w istocie obniżenie kosztów funkcjonowania usług opiekuńczych, które odbywa się jednakże kosztem pogorszenia warunków zatrudnienia osób świadczących te usługi. Bilans liczby miejsc pracy w społeczności lokalnej pozostaje w takim wypadku niezmienny. Po drugie, zdarza się, że po zmianie władz JST dotychczasowa współpraca z PS nie jest kontynuowana. W analizowanym projekcie wskazane sytuacje jednak nie zostały zidentyfikowane.

2. Trafne wytypowanie lidera przedsiębiorstwa społecznego.

Jak wynika z doświadczeń OWES, odpowiednie wytypowanie lidera przedsiębiorstwa społecznego, najlepiej już na etapie animacji lokalnej lub tworzenia grup inicjatywnych jest kluczowe dla sukcesu PS także na dalszym etapie rozwoju. Odpowiedni lider jest w stanie zmotywować pozostałych pracowników PS, rozwiązywać konflikty wewnętrzne, reprezentować PS na zewnątrz itd., co sprawia, że PS jest trwałe. Zdarza się, lidera PS pomaga wytypować JST współpracująca z OWES, niekiedy jest to nawet przedsiębiorczy pracownik JST, który dodatkowo podejmuje się kierowaniem przedsiębiorstwem społecznym.

Zdarza się jednak, że oparcie rozwoju PS o jedną osobę – lidera jest także zagrożeniem dla trwałości PS. W analizowanym projekcie zdarzył się przypadek, w którym PS rozpadło się po wyjeździe jego lidera do pracy za granicę.

3. Zniwelowanie deficytów osób zagrożonych wykluczeniem społecznym poprzez intensywne wsparcie na etapie rozpoczynania działalności przez PS.

Istotą przedsiębiorczości społecznej jest to, by miejsca pracy tworzone w PS zajmowały przede wszystkim osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, które doświadczają trudności w podjęciu zatrudnienia w sektorze przedsiębiorstw komercyjnych ze względu na różnego typu deficyty (np. niepełnosprawność, niska samoocena, niski poziom wykształcenia i doświadczenia zawodowego itd.). Z drugiej strony te same deficyty pracowników PS sprawiają, że mogą być one mniej konkurencyjne na rynku w stosunku do przedsiębiorstw komercyjnych. Tymczasem oczekuje się, że PS będą w stanie konkurować na rynku.

W analizowanym OWES stosowanym rozwiązaniem na zniwelowanie tego problemu jest wskazywane już umiejętnie wytypowanie (często przy współpracy z JST) potencjalnych pracowników – osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, ale równocześnie z potencjałem do podjęcia możliwie efektywnej pracy), często przy współpracy z JST. Z drugiej strony kluczowe jest intensywne wsparcie osób przygotowujących się do podjęcia pracy w PS – przygotowywane ich do podjęcia zatrudnienia w PS np. poprzez wizyty studyjne w innych PS; szkolenia w obszarze ES; kursy i szkolenia zawodowe itd.

4. Umiejętne wsparcie już funkcjonujących przedsiębiorstw społecznych.

Jak wynika z doświadczeń OWES, niemal wszystkie przedsiębiorstwa społeczne doświadczają, na późniejszych etapach swojego rozwoju,

różnego typu kryzysów spowodowanych czynnikami zewnętrznymi (np. ograniczenia w funkcjonowaniu gospodarki spowodowane pandemią COVID-19) lub wewnętrznymi (np. konflikty wewnątrz zespołu pracowników; spadku motywacji do dalszego rozwoju). Dla zachowania trwałości PS kluczowe jest w tym wypadku umiejętne wsparcie ze strony OWES. Po pierwsze, oferta wsparcia musi być zróżnicowana ze względu na zróżnicowanie problemów doświadczanych przez PS. Przykładowo, OWES może zaproponować wsparcie wysokiej jakości, zarówno „miękkie” (psychologiczne, coachingowe) odpowiednie w przypadku wystąpienia konfliktów wewnętrznych czy spadku motywacji do pracy/rozwoju PS, jak i wsparcie „twarde” np. doradcy biznesowego, prawnika, księgowego pomocne w rozwiązaniu innego typu problemów. Jak wynika z doświadczeń badanych OWES, a także samych przedsiębiorców społecznych, kluczowe znaczenie ma w tym wypadku także jakość współpracy PS z doradcą biznesowym OWES. Oprócz wsparcia w rozwiązywaniu konkretnych problemów, dobra współpraca z doradcą biznesowym zapewnia przedsiębiorcom społecznym poczucie bezpieczeństwa, świadomość, że nie zostaną sami z problemami. Pozwala to skupić się PS na świadczeniu usług dla klientów, co z kolei pozwala na utrzymanie się PS na rynku. Z drugiej strony, jak wynika z relacji przedstawiciela OWES, bardzo ważne jest również to, by umiejętnie dawkować wsparcie dla już funkcjonujących PS – wspierać je w rozwiązaniu problemów, ale nie wyręczać w tym. Takie podejście pozwala na budowę potencjału PS do samodzielnego radzenia sobie z problemami w przyszłości, co również przekłada się na ich trwałość.

5. Tworzenie PS/miejsc pracy w PS na obszarach słabo rozwiniętych gospodarczo.

Paradoksalnie, na trwałość miejsc pracy utworzonych w PS korzystnie może oddziaływać tworzenie ich na obszarach słabo rozwiniętych gospodarczo (wsie i małe miasteczka, zwłaszcza oddalone od największych miast regionu). W takich warunkach miejsca pracy utworzone w PS stanowią docelowe miejsce pracy dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które podjęły w nich zatrudnienie. Rynek pracy na tych obszarach jest po prostu słabo rozwinięty, a zatem nawet już zaktywizowane osoby zagrożone wykluczeniem społecznym nie mają obiektywnie wielu możliwości podjęcia pracy w sektorze przedsiębiorstw komercyjnych – tych miejsc pracy po prostu w tych społecznościach lokalnych nie ma. PS tworzone na obszarach relatywnie wysoko rozwiniętych gospodarczo, niekiedy rozpadają się z powodu przechodzenia

	<p>pracowników PS do pracy w sektorze przedsiębiorstw komercyjnych, oferujących lepsze warunki zatrudnienia.</p> <p>W opinii Wykonawcy, optymalny model funkcjonowania PS na obszarach relatywnie dobrze rozwiniętych gospodarczo, w których popyt na pracę przewyższa podaż pracowników (np. w aglomeracji lubelskiej) to funkcjonowanie spółdzielni socjalnych osób prawnych, których funkcją byłaby aktywizacja zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które po przepracowaniu pewnego okresu w PS przechodziłyby na otwarty rynek pracy i zwalniały miejsca pracy, które z kolei zajmowałyby inne osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. PS nie byłyby w takich przypadkach tworzone jako docelowe miejsca pracy, a jako forma aktywizacji zawodowej.</p>
--	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych oraz analizy danych zastanych.

4. Wnioski i rekomendacje

Pytanie badawcze:

17/ Jakie są rekomendowane działania mające na celu dalszy rozwój usług społecznych i infrastruktury społecznej województwa lubelskiego w perspektywie 2021-2027?

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
Rekomendacje programowe, w tym operacyjne i strategiczne (dotyczące tylko jednego programu operacyjnego)						
1	Usługi społeczne dedykowane osobom starszym rozwijane w ramach RPO WL 2014-2020 ze środków EFS mają największe	Ukierunkowanie finansowania usług społecznych dedykowanych osobom starszym na gminy, w których dotychczas nie	IZ FEL 2021-2027	Zastosowanie w naborach projektów w obszarze usług społecznych kryteriów premiujących rozwój usług społecznych skierowanych do seniorów zgodnie z krajową	IV kw. 2023 r.	Programowa strategiczna

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	szanse na zachowanie trwałości poprzez ich organizację przez JST i finansowanie ze środków własnych JST i/lub programów innych niż RPO WL 2014-2020/FEL 2021-2027. Osoby starsze stanowią bowiem bardzo istotną w sensie ilościowym kategorię społeczną w regionie zdolną do skutecznego zabiegania o realizację własnych interesów, w tym także w zakresie finansowania dedykowanych im usług społecznych ze środków własnych	były one realizowane w ramach RPO WL 2014-2020 i nie są one dostępne dla mieszkańców.		Strategią Rozwoju Usług Społecznych oraz Regionalnym Planem Deinstytucjonalizacji i Rozwoju Usług Społecznych w gminach, w których dostęp do usług tego typu jest najmniejszy, a równocześnie usługi tego typu nie były w tych gminach finansowane ze środków RPO WL 2014-2020.		

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	gmin. Jak wynika z badania, usługi typu klub seniora są kontynuowane, a nawet rozwijane po zakończeniu finansowania ze środków RPO WL 2014-2020. Wsparcie w ramach RPO WL 2014-2020 stanowiło niezbędny impuls do rozwoju tych usług tam, gdzie nie były do tej pory dostępne. (s. 139)					
2	W obszarze usług społecznych i zdrowotnych (Działanie 11.2 RPO WL 2014-2020)	W celu zwiększenia skuteczności interwencji w obszarze usług społecznych i zdrowotnych	IZ FEL 2021-2027, Beneficjenci projektów realizowanyc	Realizacja w ramach FEL 2021-2027 naborów projektów w obszarze usług społecznych skierowanych do wychowanków pieczy	IV kw. 2023 r.	Programowa operacyjna

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	<p>spośród poszczególnych kategorii społecznych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym najniższą użytecznością i skutecznością charakteryzowały się projekty realizowane na rzecz usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej. Najistotniejszą potrzebą, która nie jest zaspokojona (ani w ramach projektów RPO WL 2014-2020, ani w ramach działań finansowanych ze środków krajowych i</p>	<p>podejmowanych w odniesieniu do wychowanków pieczy zastępczej, należy rozszerzyć zakres wsparcia poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie zakresu stosowania form wsparcia takich jak mieszkania chronione i treningowe dla usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej, zgodnie ze Strategią Rozwoju Usług Społecznych, • Objęcie wsparciem wychowanków pieczy zastępczej na 	<p>h w obszarze usług społecznych i zdrowotnych na rzecz wychowanków w pieczy zastępczej.</p>	<p>zastępczej dostosowanych do ich zdiagnozowanych potrzeb, z możliwym wykorzystaniem następujących elementów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objęcia wsparciem wychowanków pieczy zastępczej przygotowujących się do usamodzielnienia od 16 roku życia, • wykorzystania w projektach sprawdzonych modeli np. programu Wehikuł Usamodzielnienia. <p>Szczególny nacisk powinien być położony na rozwój dostępu do formy wsparcia w postaci mieszkań chronionych/treningowych w tych powiatach, w których są one niedostępne lub trudno</p>		

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	powiatowych) w odniesieniu do tej grupy docelowej jest potrzeba mieszkaniowa. Choć ta kategoria społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym jest relatywnie nieliczna w województwie lubelskim, to zaniedbania w tym obszarze generują wysokie koszty społeczne dla regionu. (s. 124)	wcześniejszym etapie, od 16 roku życia. Realizację wsparcia zgodnie z wypracowanymi wcześniej modelami np. wypracowanym przez Fundację Samodzielni Robinsonowie (program Wehikuł Usamodzielnienia).		dostępne dla wychowanków pieczy zastępczej.		
3	W odniesieniu do regionalnych programów zdrowotnych	W regionalnych programach zdrowotnych dedykowanych dzieciom i młodzieży należałoby	Samorząd Województwa Lubelskiego	Wprowadzenie w treści Regionalnych Programów Zdrowotnych, na podstawie których wybierane są projekty	IV kw. 2023 r.	Programowa strategiczna

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	<p>dedykowanych dzieciom i młodzieży stwierdzono kilka czynników, które mogły obniżyć ich skuteczność i adekwatność, przede wszystkim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W zbyt małym stopniu oddziaływano na rodziców/opiekunów w tych osób, przez co ich skuteczność prawdopodobnie była niższa, • Dochodziło do zaburzeń komunikacji pomiędzy beneficjentem – 	<p>wprowadzić następujące elementy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obowiązek dostarczenia wyników badań przesiewowych rodzicom/opiekunom dzieci w nich uczestniczących. Obowiązek i ciężar udowodnienia, że wyniki badań przesiewowych zostały dostarczone rodzicom/opiekunom powinien leżeć po stronie beneficjenta, • Obowiązek poinformowania o dalszej ścieżce postępowania w 		<p>do dofinansowania, obowiązku realizacji przez beneficjenta (realizatora regionalnego programu zdrowotnego) działań w określonych w treści rekomendacji.</p>		

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	<p>realizatorem regionalnego programu zdrowotnego z rodzicami/opiekunami. Do rodziców/opiekunów w nie docierały wyniki badań przesiewowych ich dzieci,</p> <ul style="list-style-type: none"> Zidentyfikowano sytuacje w regionalnych programach zdrowotnych, w których po uzyskaniu wyników badań przesiewowych wskazujących na 	<p>przypadku konieczności podjęcia leczenia czy rehabilitacji po otrzymaniu diagnozy w ramach RPZ. Uczestnik RPZ i jego opiekun prawny powinni otrzymać od beneficjenta pakiet informacyjny dotyczący ścieżki postępowania w przypadku konkretnej diagnozy oraz miejsc i warunków otrzymania dalszego wsparcia.</p>				

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	występowanie choroby/wady u dziecka, jego rodzice/opiekunowie nie mieli możliwości skonsultowania tych wyników ze specjalistami ochrony zdrowia (np. z lekarzem) w ramach projektu albo poza nim (np. w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia). (s. 179)					
4	W przypadku usług z zakresu aktywnego włączenia powinien być położony większy	Usługi z zakresu aktywnego włączenia powinny być w większym stopniu zorientowane na	IZ, IP FEL 2021-2027	Zgodnie z Listą Wskaźników Kluczowych 2021-2027 EFS+ do celu szczegółowego 4 h) przypisany jest wskaźnik	IV kw. 2023 r.	Programowa strategiczna

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	<p>nacisk na aktywizację zawodową uczestników. Jest to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę niską wartość wskaźnika aktywności zawodowej w województwie lubelskim. Kwestia podjęcia pracy jest też bardzo ważna dla uczestników. Podkreślają oni, że najbardziej użyteczne było wsparcie związane z przygotowaniem do podjęcia zatrudnienia. Wskazują również, że oczekują od projektów większego wsparcia w</p>	<p>podjęcie i utrzymanie zatrudnienia. Istotne jest, aby możliwie wcześnie zidentyfikować możliwości zatrudnienia danego uczestnika i sprofilować wsparcie zgodnie z potencjalnym zatrudnieniem.</p> <p>Aktywizacja zawodowa powinna być elementem zdecydowanej większości projektów w obszarze aktywnego włączenia. Szczególnie istotne jest wzmocnienie pośrednictwa pracy, czyli pomocy w znalezieniu odpowiedniego dla danej osoby zatrudnienia.</p>		<p>„Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, po opuszczeniu programu”. W związku z powyższym należy wprowadzić przedmiotowy wskaźnik do SZOPP 2021-2027 w celu jego monitorowania.</p> <p>Poziom przedmiotowego wskaźnika należy określić w ramach kryteriów premiujących.</p>		

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	podjęciu pracy. Praca decyduje w wielu przypadkach o faktycznym usamodzielnieniu się i wyjściu z sytuacji wykluczenia społecznego. Wyniki badania pokazują, że zbyt słaby jest nacisk na pośrednictwo pracy, czyli pomoc w znalezieniu odpowiedniego zatrudnienia. (s. 79)					
5	Sytuacja na rynku pracy osób, które podjęły pracę jest w wielu przypadkach nadal niestabilna. Osoby te stosunkowo	W projektach należy uwzględnić działania służące utrzymaniu zatrudnienia przez uczestników projektów, np.: usługi mentoringu,	IZ FEL 2021-2027	Sposób wdrożenia rekomendacji, w szczególności w zakresie wdrożenia i finansowania, powinien być wypracowany we współpracy między IZ, IP FEL 2021-2027	IV kw. 2023 r.	Programowa strategiczna

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
	<p>często zmieniają lub tracą pracę. Część z nich pracuje na podstawie umów nie gwarantujących stabilizacji zatrudnienia. Można też przypuszczać, że jakość miejsc pracy jest niska.</p> <p>Z drugiej strony aktywność zawodowa osób, które nie pracowały w momencie zakończenia projektu jest niska. Tylko jedna piąta z nich podjęła pracę. Większość nie poszukuje aktywnie pracy. (str. 98)</p>	<p>zatrudnienia wspomaganego, doradztwa zawodowego, pośrednictwa pracy.</p>		<p>oraz Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej, w celu zapewnienia zgodności z zasadami realizacji i rozliczania przedsięwzięć finansowanych ze środków EFS+, określonymi m.in. w Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027.</p>		

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
6	Wsparcie w obszarze aktywnego włączenia jest dobrze oceniane, ale uczestnicy wskazali kilka kwestii, które powinny być wzmocnione, np.: ograniczona indywidualizacja wsparcia, niedostosowanie wsparcia do potrzeb grup w szczególnej sytuacji, np. osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, zbyt mały nacisk na nabywanie praktycznych kompetencji. (s. 78)	Należy premiować wśród beneficjentów doskonalenie wsparcia, oczywiście z zachowaniem rozsądnych kosztów wsparcia. Należy premiować rozwiązania umożliwiające większą indywidualizację wsparcia, w tym poszerzenie możliwości doboru kursów i szkoleń zawodowych do indywidualnych potrzeb uczestników, silniejsze uwzględnianie w projektach specyficznej sytuacji osób z niepełnosprawnościami, osób starszych (np. wydłużenie szkoleń komputerowych),	IZ FEL 2021-2027	Położenie większego nacisku na kwestię indywidualizacji wsparcia w realizowanych działaniach informacyjnych, promocyjnych i szkoleniowych, realizowanych przez IP FEL, m.in. przez premiowanie dobrych praktyk, zachęcanie beneficjentów do tworzenia ramowych budżetów itd.	IV kw. 2023 r.	Programowa strategiczna

Lp.	Wniosek wynikający z badania (nr strony w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji (kwartał)	Klasa rekomendacji
		<p>większy nacisk na nabywanie na szkoleniach kompetencji praktycznych, jak również dalsze wzmacnianie kształcenia w miejscu pracy (w postaci staży, praktyk zawodowych) we współpracy z pracodawcami.</p>				

5. Spis tabel, wykresów, map i schematów

5.1. Spis tabel

Tabela 1 Grupy/kategorie uczestników projektów realizowanych w poszczególnych Działaniach RPO WL 2014-2020 oraz przypisanie do nich zakresu potencjalnych/oczekiwanych efektów projektów	24
Tabela 2 Struktura populacji i próby badawczej w badaniu CATI uczestników projektów w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020	33
Tabela 3 Struktura populacji i próby badawczej w badaniu CAWI beneficjentów w ramach OP 11 oraz Działania 13.2 RPO WL 2014-2020	34
Tabela 4 Stan realizacji wskaźników produktu i rezultatu według stanu na 30.06.2022 r. dla obszaru aktywne włączenie	81
Tabela 5 Ocena uczestników projektów dotycząca przydatności poszczególnych form wsparcia zastosowanych w ramach projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych	112
Tabela 6 Stan realizacji wskaźników produktu i rezultatu według stanu na 30.06.2022 r. dla obszaru usług społecznych i zdrowotnych oraz regionalnych programów zdrowotnych	117
Tabela 7 Ocena dostępności usług społecznych i zdrowotnych przed realizacją projektu na obszarze jego realizacji w podziale na poszczególne usługi.....	131
Tabela 8 Ocena zmian w dostępności dla mieszkańców usług społecznych i zdrowotnych organizowanych przez gminy i powiaty (aktualnie w stosunku do 2015 r.)	134
Tabela 9 Stan realizacji wskaźników produktu i rezultatu według stanu na 30.06.2022 r. dla obszaru ekonomii społecznej	156
Tabela 10 Wartości wskaźnika Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych według OWES w województwie lubelskim	167
Tabela 11 Ocena uczestników projektów dotycząca przydatności poszczególnych form wsparcia zastosowanych w RPZ	176
Tabela 12 Koszt wsparcia jednego uczestnika w projektach zakończonych realizowanych w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020 w podziale na Działania	181
Tabela 13 Średni koszt doprowadzenia do zatrudnienia jednego niepracującego uczestnika projektu dla PI 9i oraz 9v w RPO WL 2014-2020.....	184
Tabela 14 Problemy/bariery w zakresie realizacji projektów doświadczane przez beneficjentów w podziale na Działania RPO WL 2014-2020/typ projektów	187

Tabela 15 Struktura beneficjentów OP 11 RPO WL 2014-2020 ze względu na typ/formę prawną w podziale na Działania RPO WL 2014-2020	192
Tabela 16 Forma prawna/typ liderów partnerstw projektowych w ramach OP 11 w podziale na Działania RPO WL 2014-2020	195
Tabela 17 Forma prawna/typ partnerów (członków partnerstw projektowych z wyłączeniem liderów) w ramach OP 11 w podziale na Działania RPO WL 2014-2020.....	197
Tabela 18 Struktura partnerów projektowych ze względu na ich formę prawną w podziale na formę prawną lidera w ramach OP 11 RPO WL 2014-2020.....	199
Tabela 19 Struktura partnerów projektowych ze względu na ich formę prawną w podziale na formę prawną lidera w obszarze aktywnego włączenia	200
Tabela 20 Struktura partnerów projektowych ze względu na ich formę prawną w podziale na formę prawną lidera w obszarze usług społecznych i zdrowotnych.....	201
Tabela 21 Matryca powiązań pomiędzy liderami a partnerami projektów w podziale na ich formę prawną.....	203
Tabela 22 Wielkość udziału osób korzystających z PO PŻ w ogólnej liczbie uczestników projektów	212
Tabela 23 Dobra praktyka w obszarze aktywnego włączenia.....	217
Tabela 24 Dobra praktyka w obszarze usług społecznych i zdrowotnych	221
Tabela 25 Dobra praktyka w obszarze ekonomii społecznej	224

5.2. Spis wykresów

Wykres 1 Odsetek osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w roku 2019 i 2020.....	39
Wykres 2 Wskaźnik zagrożenia ubóstwem po uwzględnieniu transferów socjalnych w latach 2019 - 2021.....	40
Wykres 3 Wskaźnik niskiej intensywności w latach 2019 - 2021.....	40
Wykres 4 Wskaźnik pogłębionej deprivacji materialnej i społecznej w latach 2019 - 2021..	41
Wykres 5 Liczba osób, którym przyznano świadczenie z pomocy społecznej na 10 tys. ludności w latach 2015-2021.....	42
Wykres 6 Wskaźnik zatrudnienia dla osób z niepełnosprawnościami w wieku 16-64 w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2020	43
Wykres 7 Stopa bezrobocia BAEL w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2020	44

Wykres 8 Odsetek osób biernych zawodowo w wieku produkcyjnym (18-59/64 lata) w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2020	45
Wykres 9 Liczba wizyt lekarskich na jednego mieszkańca w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2021	46
Wykres 10 Odsetek dzieci w wieku 0-3 lata objętych opieką instytucjonalną w Polsce i w województwie lubelskim w latach 2015-2020	47
Wykres 11 Odsetek wydatków w rozdziale 85214 klasyfikacji budżetowej – Zasiłki i pomoc w naturze oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w ogóle wydatków bieżących gmin w 2015 i 2021 r. w podziale na powiaty.....	50
Wykres 12 Odsetek wydatków w rozdziale 85214 klasyfikacji budżetowej – Zasiłki i pomoc w naturze oraz składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w ogóle wydatków bieżących gmin – 20 gmin, w których odsetek był największy w 2021 r.....	51
Wykres 13 Odsetek dzieci do 17 roku życia, na które rodzice otrzymują świadczenie rodzinne w latach 2015 i 2021 r. – 10 gmin z najwyższą i 10 gmin z najniższą wartością wskaźnika w 2021 r.....	53
Wykres 14 Odsetek ludności otrzymującej dodatki mieszkaniowe w 2015 i 2021 r. – 20 gmin o najwyższej wartości wskaźnika	55
Wykres 15 Odsetek dzieci do lat 3 objętych różnymi formami opieki instytucjonalnej w 2015 r. i 2021 r. w powiatach województwa lubelskiego	56
Wykres 16 Odsetek dzieci do lat 3 objętych różnymi formami opieki instytucjonalnej w podziale na typ gminy w województwie lubelskim w 2015 r. i 2021 r.	57
Wykres 17 Wydatki w rozdziale 85202 – Domy pomocy społecznej i w rozdziale 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących ogółem dla powiatów w latach 2015 i 2021	58
Wykres 18 Wydatki w rozdziale 85202 – Domy pomocy społecznej i w rozdziale 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących ogółem według typu gminy w latach 2015 i 2021	59
Wykres 19 Wydatki w rozdziale 85202 – Domy pomocy społecznej i w rozdziale 85228 – Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w wydatkach bieżących ogółem dla 10 gmin z najwyższym i 10 gmin z najniższym udziałem w 2015 i 2021 r.....	60
Wykres 20 Liczba porad lekarskich w leczeniu ambulatoryjnym na jednego mieszkańca według powiatów w latach 2015 i 2021.	61
Wykres 21 Liczba porad lekarskich w opiece ambulatoryjnej na 1 mieszkańca w latach 2015 i 2021 i porad lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) według typu gminy	62

Wykres 22 Wartość indeksu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym dla powiatów (średnia wartość dla lat 2015-2021 r.)	65
Wykres 23 Wartość indeksu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym dla 15 gmin, w których ryzyko ubóstwa i wykluczenia społecznego jest najmniejsze i 15 gmin, w których zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jest największe	66
Wykres 24 Wartość indeksu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym według typów gmin.....	68
Wykres 25 Struktura uczestników projektów w obszarze aktywnego włączenia ze względu na wiek	73
Wykres 26 Struktura uczestników projektów w obszarze aktywnego włączenia ze względu na powiat.....	74
Wykres 27 Formy wsparcia deklarowane przez uczestników Działania 11.1 i 11.4 RPO WL 2014-2020	75
Wykres 28 Średnia ocena użyteczności form wsparcia przez uczestników Działań 11.1 i 11.4 RPO WL 2014-2020 na skali od 1 – zupełnie nieprzydatne do 5 – bardzo przydatne	76
Wykres 29 Sytuacja na rynku pracy w momencie badania ze względu na sytuację na rynku pracy w momencie zakończenia udziału w projekcie	84
Wykres 30 Formy zatrudnienia pracujących uczestników projektów	86
Wykres 31 Odsetek uczestników projektów w PI 9i pracujących 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie ze względu na płeć, status na rynku pracy, wiek, wykształcenie i niepełnosprawność	89
Wykres 32 Niepracujący uczestnicy projektów ze względu na aktywność w poszukiwaniu pracy	90
Wykres 33 Niepracujący uczestnicy projektów ze względu na przyczyny braku pracy.....	91
Wykres 34 Uczestnicy projektów według różnych form aktywności zawodowej i edukacyjnej w momencie badania	93
Wykres 35 Efekty społeczne i materialne uczestnictwa w projektach w PI 9i.....	95
Wykres 36 Odsetek osób odczuwających korzyści społeczne i ekonomiczne w związku z uczestnictwem w projekcie w podziale na osoby pracujące i niepracujące w momencie badania	96
Wykres 37 Odsetek osób deklarujących korzystanie z pomocy społecznej przed udziałem w projekcie i w momencie badania w zależności od sytuacji zawodowej w momencie badania.....	97
Wykres 38 Kategorie osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, którzy brali udział w projektach w obszarze usług społecznych w ramach RPO WL 2014-2020	106

Wykres 39 Struktura uczestników projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych ze względu na wiek	107
Wykres 40 Struktura uczestników projektów w obszarze usług społecznych i zdrowotnych ze względu na powiat	108
Wykres 41 Uniwersalne efekty projektów w obszarze usług społecznych w zakresie aktywizacji społecznej ich uczestników - struktura odpowiedzi na pytanie kwestionariuszowe „Czy dzięki udziałowi w projekcie...”	120
Wykres 42 Efekty projektów specyficzne dla rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej - struktura odpowiedzi na pytanie kwestionariuszowe „Czy dzięki udziałowi w projekcie...” (n=53).....	122
Wykres 43 Ocena dostępności usług społecznych i zdrowotnych przed realizacją projektu na obszarze jego realizacji.....	130
Wykres 44 Trwałość usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w ramach projektów w ramach Działania 11.2 wedle deklaracji beneficjentów.....	138
Wykres 45 Struktura uczestników projektów w obszarze ekonomii społecznej ze względu na powiat.....	146
Wykres 46 Struktura niepracujących uczestników projektów ze względu na wiek dla PI 9i i 9v	147
Wykres 47 Średnia ocena na ile te formy wsparcia były przydatne dla uczestników projektów OWES pozostających bez pracy na skali od 1 do 5, gdzie 1-oznacza zupełnie nieprzydatne, a 5- bardzo przydatne	150
Wykres 48 Średnia ocena na ile te formy wsparcia były przydatne dla przedsiębiorstwa społecznego na skali od 1 do 5, gdzie 1-oznacza zupełnie nieprzydatne, a 5- bardzo przydatne	152
Wykres 49 Średnia ocena jakości usług OWES przez przedstawicieli PS na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5- bardzo dobrze	153
Wykres 50 Średnia ocena jakości usług OWES przez przedstawicieli JST i NGO na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo źle, a 5 – bardzo dobrze	154
Wykres 51 Wskaźnik rezultatu długoterminowego EFS: Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, sześć miesięcy po opuszczeniu programu dla PI 9v	160
Wykres 52 Odsetek uczestników projektów w PI 9v pracujących 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie ze względu na płeć, status na rynku pracy, wiek, wykształcenie i niepełnosprawność	161
Wykres 53 Korzyści społeczne deklarowane przez uczestników projektów z zakresu ekonomii społecznej.....	163

Wykres 54 Wartości wskaźnika Liczba miejsc pracy istniejących co najmniej 30 miesięcy, utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych według programów operacyjnych.	166
Wykres 55 Ocena aktualnej sytuacji badanych przedsiębiorstw społecznych. Oceny na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo zła, a 5- bardzo dobra.	168
Wykres 56 Struktura uczestników projektów w obszarze regionalnych programów zdrowotnych ze względu na powiat.....	172
Wykres 57 Formy wsparcia otrzymane przez uczestników regionalnych programów zdrowotnych.....	173
Wykres 58 Podział alokacji w obszarze włączenia społecznego	180
Wykres 59 Problemy/bariery w zakresie realizacji projektów doświadczane przez beneficjentów.....	185
Wykres 60 Struktura beneficjentów OP 11 RPO WL 2014-2020 ze względu na typ/formę prawną.....	190
Wykres 61 Problemy i trudności w realizacji projektów związane z pandemią COVID-19....	213
Wykres 62 Odsetek uczestników doświadczających utrudnień w korzystaniu ze wsparcia w ramach projektów spowodowanych pandemią COVID-19	214

5.3. Spis map

Mapa 1 Odsetek osób w rodzinach, które korzystają ze świadczeń pomocy społecznej w 2021 r.....	48
Mapa 2 Odsetek dzieci w wieku do lat 17, na które rodzice otrzymują zasiłek rodzinny według powiatów w 2021 r.....	52
Mapa 3 Wartość indeksu zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym gmin województwa lubelskiego	67

5.4. Spis schematów

Schemat 1 Formy wsparcia OWES, z których korzystali przedstawiciele NGO i JST uszeregowane od najczęściej wskazywanych	149
Schemat 2 Proces tworzenia i utrzymywania miejsc pracy w PS.....	226