

Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz środków budżetu województwa opolskiego w ramach pomocy technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

RAPORT KOŃCOWY

BADANIE EWALUACYJNE PT.:

Ocena efektów wsparcia i diagnoza potrzeb w zakresie rozwoju usług i infrastruktury ochrony zdrowia i reintegracji społeczno-zawodowej mieszkańców województwa opolskiego.



Zamawiający:
Województwo Opolskie
ul. Piastowska 14
45-082 Opole



Wykonawca:
Instytut Śląski
ul. Piastowska 17
45-082 Opole



Instytut Śląski

Raport końcowy

opracowany przez zespół badawczy w składzie

prof. dr hab. Krystian Heffner – kierownik badania

dr hab. Brygida Solga

dr Sabina Kubiciel-Lodzińska

dr Piotr Gibas

mgr Robert Wiczorek

WYKAZ SKRÓTÓW

BDL	Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego
CATI	Wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo
CAWI	Wywiad internetowy wspomagany komputerowo
CIS	Centrum integracji społecznej
DDOM	Dzienny Dom Opieki Medycznej
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
ES	Ekonomia społeczna
FEO 2021-2027	Program regionalny pn. Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027
GOPS	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IP	Instytucja Pośrednicząca
ITI	Ustrukturyzowany wywiad telefoniczny
IZ	Instytucja Zarządzająca
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego
KE	Komisja Europejska
KIS	Klub integracji społecznej
MOPS	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
OP	Oś Priorytetowa Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020
OPS	Ośrodek pomocy społecznej
OWES	Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej
PCPR	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
PES	Podmiot ekonomii społecznej
PS	Przedsiębiorstwo społeczne
PFON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PI	Priorytet inwestycyjny
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POIŚ 2014-2020	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020
PUP	Powiatowy Urząd Pracy
ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
RPO WO 2014-2020	Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020
SL2014	System wspierający realizację programów operacyjnych realizowanych w ramach Funduszy Europejskich 2014-2020.
SOPZ	Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia
SZOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
TBE	Ewaluacja oparta na teorii
TDI	Telefoniczny wywiad pogłębiony
UE	Unia Europejska
WTZ	Warsztat terapii zajęciowej
WUP	Wojewódzki Urząd Pracy
ZAZ	Zakład aktywizacji zawodowej

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	3
RESUME	6
STRESZCZENIE	7
SUMMARY	19
ROZDZIAŁ 1: OPIS CELÓW I OBSZARÓW PROBLEMOWYCH BADANIA.....	30
Cel badania	30
Założenia teoretyczno-metodologiczne	30
Informacje nt. sposobu realizacji badania.....	32
Kryteria ewaluacyjne	32
Pytania ewaluacyjne	32
Metody badawczo-analityczne i źródła informacji.....	38
ROZDZIAŁ 2: LOGIKA INTERWENCJI RPO WO 2014-2020	39
Przesłanki dla uruchomienia interwencji	39
Kontekst uruchomienia interwencji	49
Odtworzenie logiki interwencji.....	56
Ocena logiki interwencji	64
ROZDZIAŁ 3: WDROŻENIE INTERWENCJI OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020	66
Zrealizowane działania	66
Poniesione nakłady.....	74
Osiągnięte efekty.....	83
ROZDZIAŁ 4: OCENA FORM WSPARCIA	91
Perspektywa beneficjentów i instytucji świadczących wsparcie.....	91
Perspektywa ostatecznych odbiorców wsparcia.....	98
Perspektywa podmiotów ekonomii społecznej.....	102
ROZDZIAŁ 5: WPŁYW WSPARCIA NA POPRAWĘ SYTUACJI OSTATECZNYCH ODBIORCÓW ...	106
Rezultaty wsparcia.....	106
Czynniki mające wpływ na osiągnięte rezultaty	108
Bariery i trudności w uczestnictwie we wsparciu.....	111
ROZDZIAŁ 6: WPŁYW WSPARCIA NA SEKTOR EKONOMII SPOŁECZNEJ	112
Rezultaty wsparcia.....	112
Czynniki mające wpływ na osiągnięte rezultaty	114
Problemy, z którymi borykają się podmioty sektora ekonomii społecznej.....	118
Wpływ pandemii COVID -19 na kondycję przedsiębiorstw społecznych	119
ROZDZIAŁ 7: BARIERY, TRUDNOŚCI	125

Na etapie aplikowania oraz w toku realizacji projektów	125
Związane z procesem deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych i społecznych	138
ROZDZIAŁ 8: WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA REALIZACJĘ WSPARCIA	140
ROZDZIAŁ 9: PERSPEKTYWA 2021-2027	151
Przesłanki dla uruchomienia interwencji	151
Kontekst uruchomienia interwencji	161
Postulowane kierunki i formy wsparcia	164
Postulowane grupy docelowe wsparcia	173
Ocena wskazanych form wsparcia oraz grup odbiorców.	178
Model logiczny teorii zmiany przyjętej w FEO 2021-2027.	187
ROZDZIAŁ10: WNIOSKI I REKOMENDACJE	194
Tabela wniosków i rekomendacji.	196
BIBLIOGRAFIA	204
SPIS ILUSTRACJI	207

RESUME

Raport pt. *Ocena efektów wsparcia i diagnoza potrzeb w zakresie rozwoju usług i infrastruktury ochrony zdrowia i reintegracji społeczno-zawodowej mieszkańców województwa opolskiego* został przygotowany przez Instytut Śląski w ramach realizacji badania ewaluacyjnego, które miało na celu ocenę efektów wsparcia świadczonego w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1. i 10.1.2) RPO WO 2014-2020 oraz opracowanie modelu logicznego teorii zmiany w obszarze ochrony zdrowia oraz pomocy i ekonomii społecznej zasadnej do zaimplementowania w dokumencie *FEO 2021-2027*.

W ewaluacji zastosowano triangulację: metod badawczych, perspektyw badawczych oraz źródeł i typów danych. Ocena efektów wsparcia została poprzedzona analizą logiki interwencji, która wykazała, że oparto ją na założeniach i zapisach unijnych, krajowych i regionalnych dokumentów strategicznych, które stanowiły przesłanki dla zaprojektowania i uruchomienia przewidzianego w RPO WO 2014-2020 mechanizmu zmiany.

Przeprowadzona analiza uprawnia do sformułowania wniosku, że zaprojektowana interwencja stanowiła adekwatne narzędzie realizacji celów określonych w Programie a typy projektów realizowanych w ramach Osi Priorytetowych VIII i X odpowiadały na zidentyfikowane potrzeby w zakresie zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej uwzględniając wewnątrzregionalne różnicowanie.

Ewaluowane wsparcie należy ocenić pozytywnie zarówno pod kątem skuteczności użyteczności, efektywności i trwałości, jak również przyjętych mechanizmów wdrażania. W ramach oferowanych usług-zapewniono dużą różnorodność form pomocy, co korzystnie wpłynęło na możliwość dostosowania form wsparcia do potrzeb indywidualnych i instytucjonalnych odbiorców oraz pozwoliło uwzględnić potrzeby wynikające z wpływu pandemii COVID-19 na sytuację zdrowotną i społeczną w regionie.

W świetle analizy sytuacji społeczno-gospodarczej województwa oraz utrzymujących się negatywnych trendów demograficznych należy stwierdzić, że w obszarze *Włączenie i integracja społeczna* oraz *Zdrowie* Program FEO 2021-2027 stanowi odpowiedź na zidentyfikowane wyzwania, potrzeby i problemy województwa a przewidziany w nim mechanizm zmiany bazuje na założeniach unijnych krajowych oraz regionalnych dokumentów strategicznych.

Ponieważ zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i opiekuńcze w regionie będzie wzrastać w okresie programowania 2021-2027 za szczególnie istotne należy uznać utrzymanie dostępności różnorodnych instrumentów pomocowych, ich szeroki konglomerat stanowi bowiem adekwatną odpowiedź na zróżnicowane potrzeby występujące w regionie.

STRESZCZENIE

Niniejszy raport został przygotowany w ramach realizacji badania ewaluacyjnego pt.: Ocena efektów wsparcia i diagnoza potrzeb w zakresie rozwoju usług i infrastruktury ochrony zdrowia i reintegracji społeczno-zawodowej mieszkańców województwa opolskiego. Celem badania była ocena efektów wsparcia świadczonego w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1. i 10.1.2) RPO WO 2014-2020 oraz opracowanie modelu logicznego teorii zmiany w obszarze ochrony zdrowia oraz pomocy i ekonomii społecznej zasadnej do zaimplementowania w dokumencie *FEO 2021-2027*. W ewaluacji zastosowano podejście triangulacyjne. Do zebrania niezbędnych danych wykorzystano następujące metody i techniki badawcze: 1) Desk Research, 2) Pogłębione Wywiady Telefoniczne TDI, 3) Ankiety internetowe CAWI, 4) Ustrukturyzowane Wywiady Telefoniczne ITI, 5) Ankiety telefoniczne CATI, 6) Panel ekspertów.

Ocena efektów oraz możliwości osiągnięcia założonych celów przypisanych do wsparcia zaplanowanego w ramach OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020.

Ocena efektów ewaluowanego wsparcia została poprzedzona analizą logiki interwencji. Opracowana logika interwencji została oparta na założeniach i zapisach unijnych, krajowych i regionalnych dokumentów strategicznych. Przeprowadzona analiza uprawnia do sformułowania wniosku, że w kontekście opracowanych na potrzeby RPO WO 2014-2020 diagnoz, zaprojektowana interwencja stanowiła adekwatne narzędzie realizacji celów określonych w OP VIII i OP X, które z kolei przypisano do Działań/Poddziałań stanowiących przedmiot ewaluacji. W ramach oferowanego wsparcia zapewniono dużą różnorodność form pomocy, co korzystnie wpłynęło na możliwość dostosowania konkretnych projektów do zróżnicowanych potrzeb indywidualnych oraz instytucjonalnych odbiorców wsparcia. W oferowanym wsparciu uwzględniono również zróżnicowanie wewnątrzregionalne a typy projektów realizowanych w ramach obu osi priorytetowych odpowiadały zidentyfikowanym potrzebom. Generalnie ewaluowaną interwencję należy zatem ocenić pozytywnie patrząc przez pryzmat jej efektywności, skuteczności, użyteczności, i trwałości oddziaływania oraz przyjętych mechanizmów wdrażania, co wykazano w dalszej części opracowania.

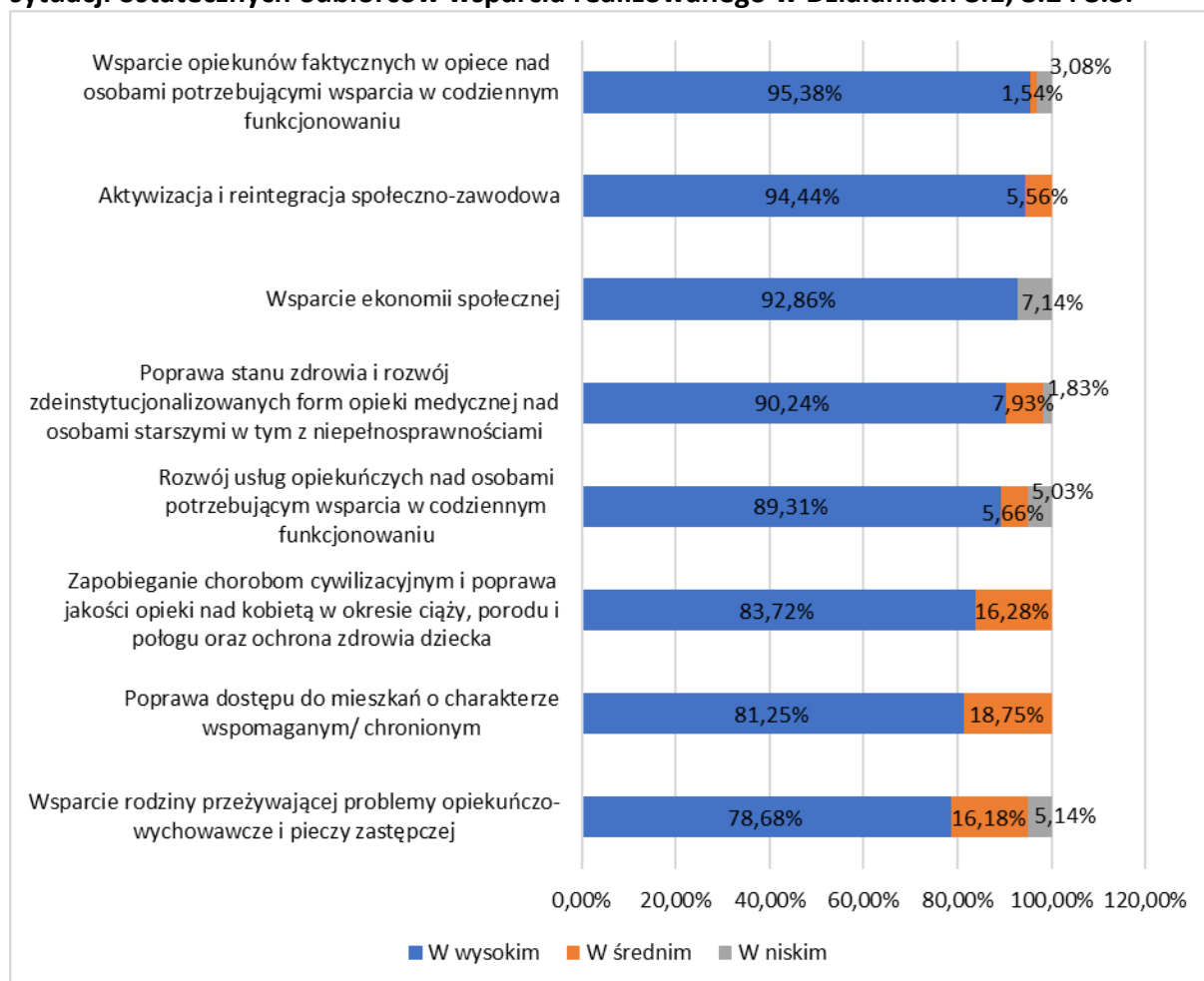
Efektywność

Bazując na danych wskaźnikowych ocena osiągniętych efektów wsparcia wskazuje na wysoką efektywność ewaluowanej interwencji. W przypadku wszystkich analizowanych obszarów dominuje sytuacja osiągnięcia lub przekroczenia wartości docelowych wskaźników (bądź w wariacie faktycznego ich osiągnięcia, bądź też szacowania w oparciu o projekty, które otrzymały dofinansowanie, ale które jeszcze nie wykazały realizacji założonej wartości docelowej). W przypadku wszystkich obszarów interwencji mamy również do czynienia z relatywnie wysokim poziomem efektywności kosztowej realizowanych działań o czym świadczy struktura poniesionych nakładów, która jest wprost proporcjonalna do liczby uczestników objętych wsparciem.

Skuteczność

Ewaluowana interwencja charakteryzuje się dużą różnorodnością działań pomocowych. Analiza skuteczności prowadzona z uwzględnieniem poszczególnych form wsparcia/ typów projektów potwierdza ich wysoką skuteczność. W świetle uzyskanych wyników badań należy stwierdzić, że w opinii beneficjentów oraz instytucji świadczących wsparcie wszystkie formy pomocy świadczone w Działaniach 8.1, 8.2, 8.3 cechowały się wysoką skutecznością i w wysokim stopniu przyczyniły się do poprawy sytuacji ostatecznych odbiorców.

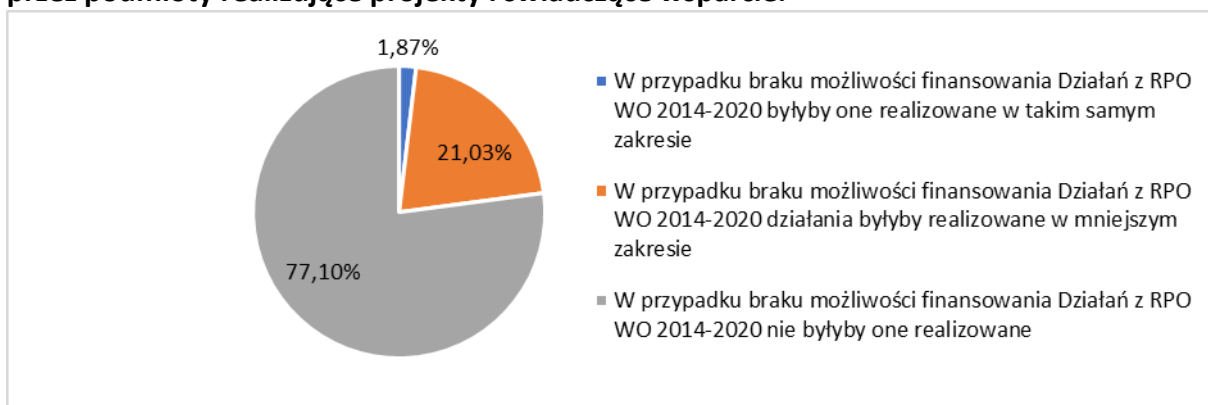
Wykres 1 Ocena stopnia, w jakim świadczone formy wsparcia, przyczyniły się do poprawy sytuacji ostatecznych odbiorców wsparcia realizowanego w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

Oferowane wsparcie zostało także ocenione jako cechujące się wysokim stopniem niezbędności dla realizacji zaplanowanych działań. Większość instytucji wskazała, że przy braku możliwości ich finansowania z RPO WO 2014-2020 nie byłoby żadnej możliwości ich realizacji.

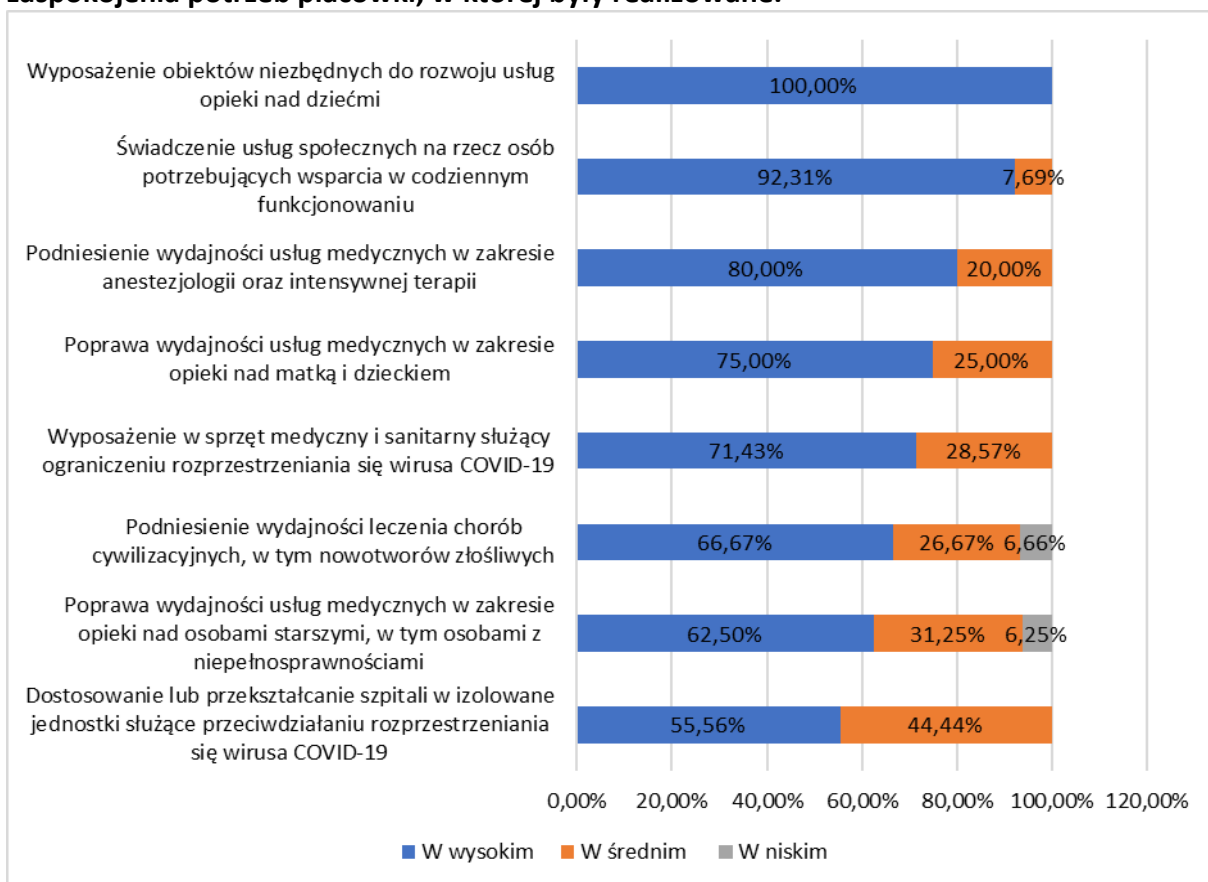
Wykres 2 Ocena użyteczności wsparcia finansowanego w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 przez podmioty realizujące projekty i świadczące wsparcie.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

Z podobną oceną mamy także do czynienia, w przypadku projektów realizowanych w ramach Działania 10.1. Na wysoką skuteczność inwestycji przyczyniających się do podniesienia wydajności usług medycznych jak i tych mających na celu rozwijanie usługi opieki nad dziećmi oraz świadczonych na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wskazywali zarówno beneficjenci Poddziałania 10.1.1 jak i Poddziałania 10.1.2.

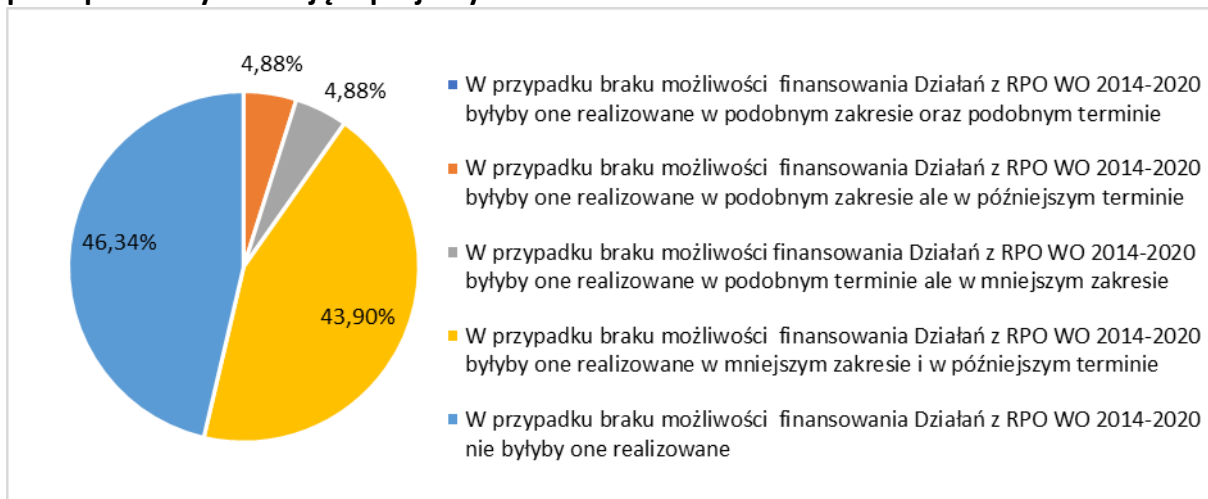
Wykres 3 Ocena stopnia, w jakim przeprowadzone inwestycje, przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb placówki, w której były realizowane.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=41.

W omawianej grupie zaobserwowano nieznacznie zróżnicowane opinie na temat niezbędności finansowania wsparcia ze środków RPO WO. Część z badanych zadeklarowała, bowiem, że brak pomocy nie powstrzymałby ich od podjęcia zaplanowanych działań inwestycyjnych, które byłyby realizowane w mniejszym zakresie lub w późniejszym terminie. Pomimo, że część beneficjentów dostrzega możliwości uzyskania analogicznej pomocy z alternatywnych źródeł to jednak nie neguje to wysokiej przydatności otrzymanego wsparcia oraz celowości finansowania działań infrastrukturalnych ze środków Programu.

Wykres 4 Ocena użyteczności wsparcia finansowanego w ramach Poddziałiań 10.1.1 i 10.1.2 przez podmioty realizujące projekty.

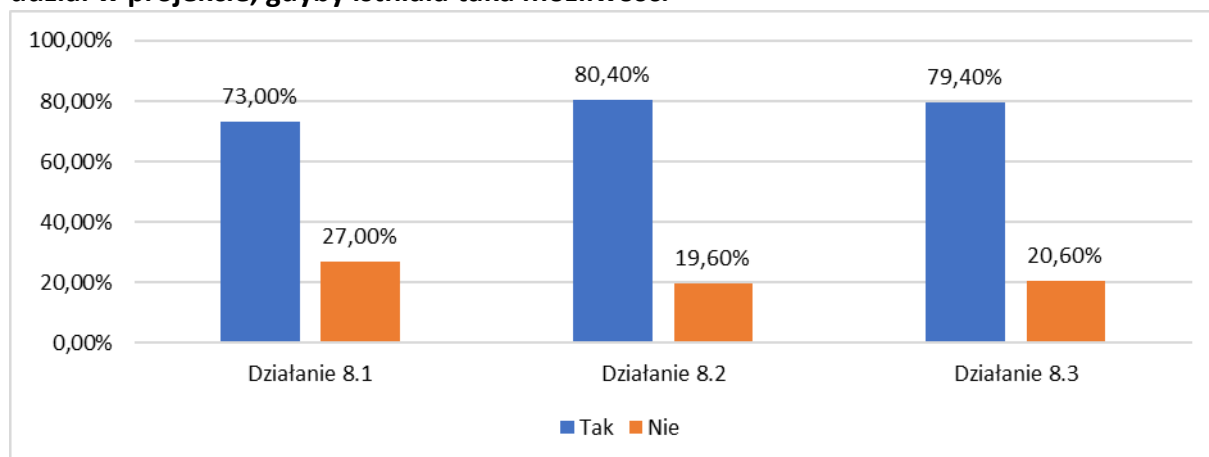


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=41.

Użyteczność

Wyniki badań wskazują także, że odbiorcy wsparcia przypisują wysoką użyteczność wszystkim oferowanym w Działaniach 8.1, 8.2, 8.3 formom pomocy. W Działaniu 8.1 najlepiej ocenione zostały te działania, które były ukierunkowane na wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobami nieradzącymi sobie w codziennym funkcjonowaniu. W Działaniu 8.2 najwyższą użyteczność przypisano stażom i szkoleniom zawodowym, których celem było określenie potencjału i pobudzenie aktywności zawodowej osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy. Natomiast w Działaniu 8.3 pozytywnie oceniono wszystkie formy wsparcia podkreślając użyteczność dotacji oraz wsparcia pomostowego. O wysokim stopniu zaspokojenia indywidualnych potrzeb ostatecznych odbiorców świadczy także znaczący odsetek osób, które zadeklarowały, że ponownie podjęłyby decyzję o uczestnictwie w projektach realizowanych we wszystkich trzech Działaniach OP VIII.

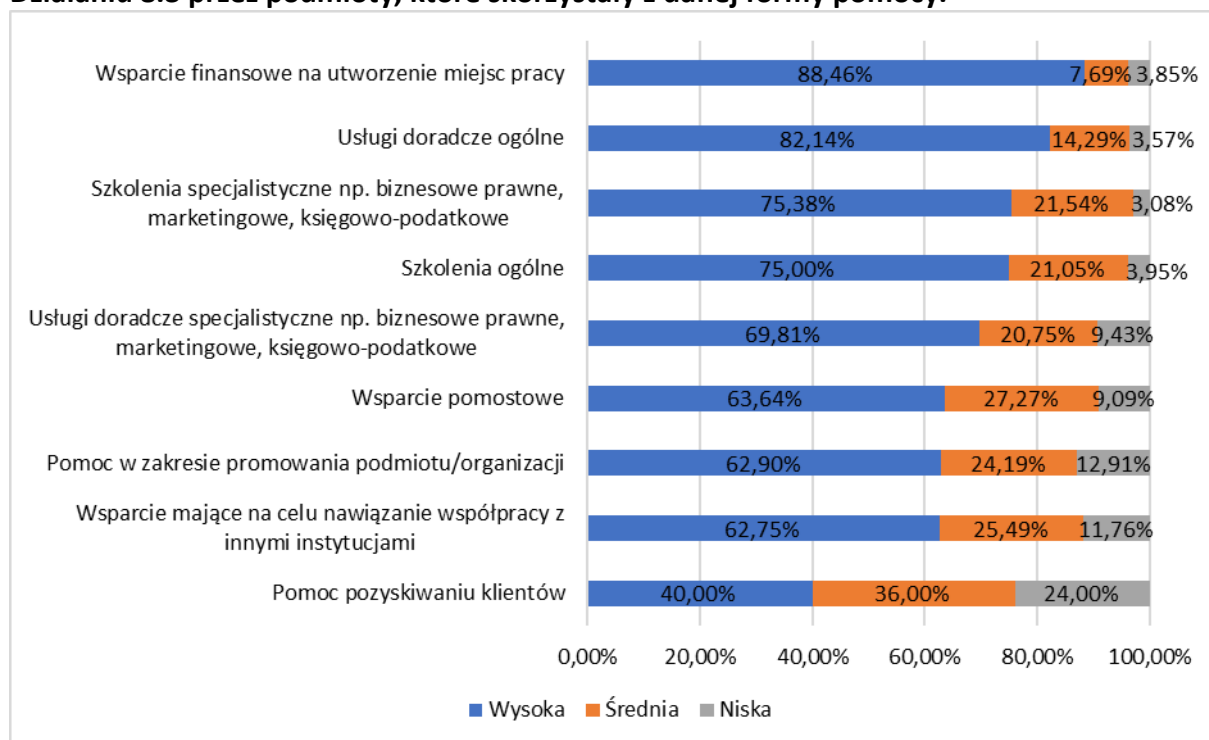
Wykres 5 Odsetek respondentów, którzy zadeklarowali że zdecydowaliby się na ponowny udział w projekcie, gdyby istniała taka możliwość.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598.

Ocena użyteczności poszczególnych form pomocy świadczonych w Działaniu 8.3 przez podmioty, które skorzystały ze wsparcia również była wysoka. Najwyższą przydatność w sektorze ekonomii społecznej przypisano wsparciu finansowemu na utworzenie miejsc pracy, szkoleniom ogólnym i specjalistycznym oraz specjalistycznym usługom doradczym (prawnym, biznesowym, marketingowym, księgowym). Wysoko zostało też ocenione wsparcie pomostowe oraz mające na celu pomoc w zakresie promocji i w nawiązywaniu kontaktów z innymi instytucjami.

Wykres 6 Ocena użyteczności (przydatności) poszczególnych form pomocy świadczonych w Działaniu 8.3 przez podmioty, które skorzystały z danej formy pomocy.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

Trwałość i oddziaływanie

Oceniając indywidualne efekty osiągnięte w wyniku udziału w projektach finansowanych w ramach Działań 8.1, 8.2, 8.3, należy stwierdzić, że największy odsetek respondentów wskazał na nabycie wiedzy o stanie zdrowia i poprawę swojej sytuacji zdrowotnej, a także zaspokojenie potrzeb afiliacyjnych, czyli otwarcie się na ludzi i nawiązanie nowych znajomości. Niewiele mniejszy odsetek respondentów wskazał na poprawę sytuacji rodzinnej. Natomiast najmniejsze liczebności badanych jako efekt uczestnictwa we wsparciu wskazały poprawę swojej sytuacji materialnej, znalezienie zatrudnienia oraz poprawę swojej samooceny poprzez zdobycie większej pewności siebie.

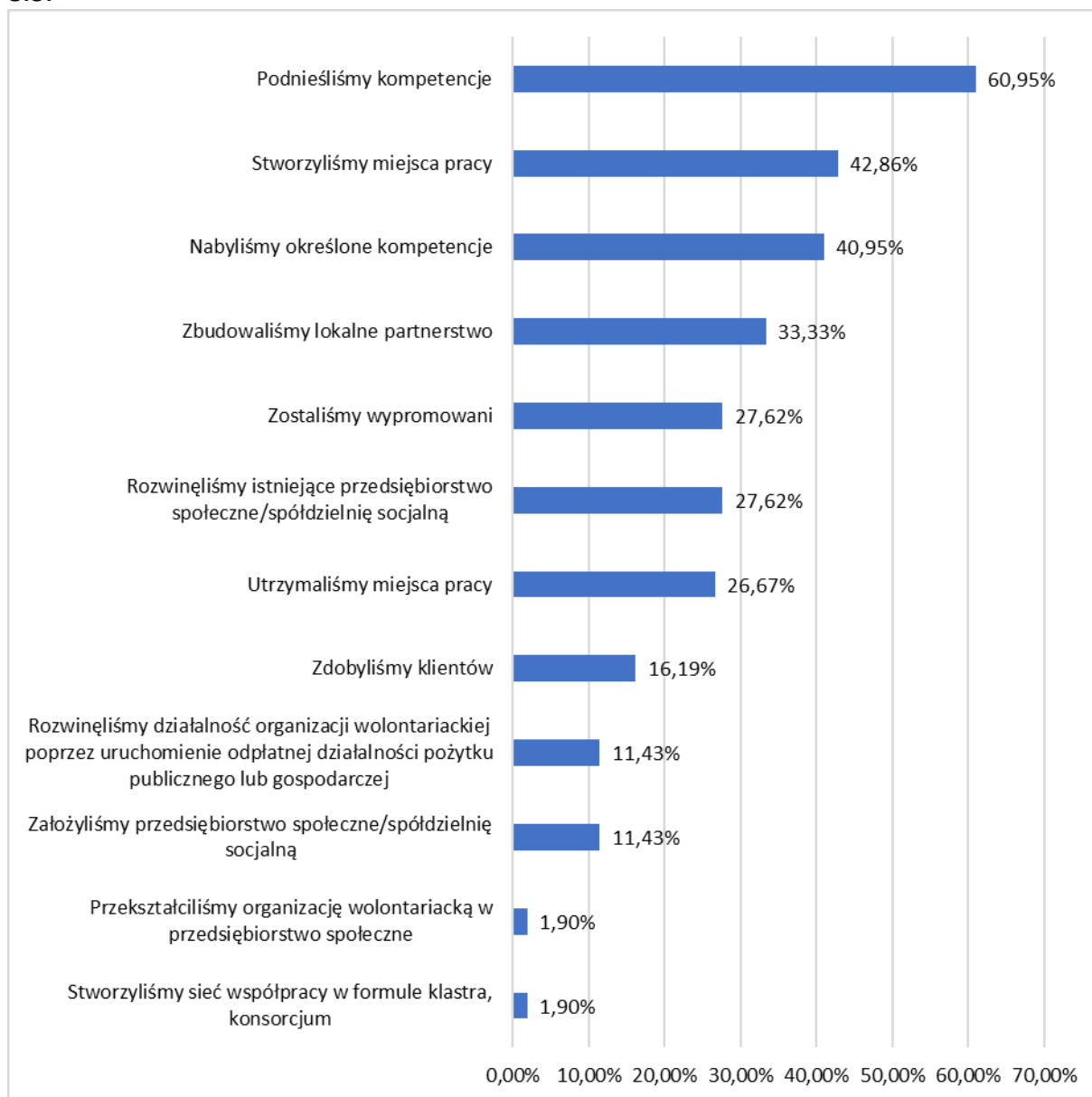
Tabela 1 Efekty, które przyniósł udział w projektach finansowanych z Działań 8.1, 8.2 i 8.3.

Efekty udziału w projekcie	Działanie 8.1	Działanie 8.2	Działanie 8.3
Nabycie wiedzy o stanie zdrowia	60,50%	35,68%	33,17%
Poprawa sytuacji zdrowotnej	44,50%	21,61%	20,60%
Zdobycie nowych kwalifikacji/umiejętności	28,50%	40,20%	37,19%
Otwarcie się na ludzi, nawiązanie nowych znajomości	33,00%	33,67%	30,65%
Poprawa sytuacji rodzinnej	30,00%	27,14%	26,63%
Polepszenie sytuacji materialnej	16,50%	19,10%	25,63%
Znalezienie zatrudnienia	15,50%	22,61%	26,13%
Zdobycie większej pewności siebie	18,00%	20,10%	23,62%
Wzrost motywacji do poszukiwania pracy	10,00%	16,08%	12,56%
Usamodzielnienie się (brak konieczności korzystania z pomocy społecznej lub rzadsze korzystanie)	9,50%	7,04%	9,05%
Założenie przedsiębiorstwa społecznego/spółdzielni socjalnej	0,00%	0,00%	2,51%
Brak korzyści	4,50%	2,01%	2,01%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jeden efekt udziału w projekcie.

Zróżnicowanego wskazania efektów uzyskanych w wyniku uczestnictwa w projektach dokonały także podmioty objęte wsparciem w Działaniu 8.3. Dokonując ich kategoryzacji można jednak stwierdzić że w największym stopniu odnoszą się one do obszaru zatrudnienia i obszaru wsparcia przedsiębiorczości. Największa liczba podmiotów wskazała bowiem na podniesienie swoich kompetencji lub nabycie nowych oraz na stworzenie lub utrzymanie miejsc pracy, a także na założenie lub rozwinięcie przedsiębiorstwa społecznego lub spółdzielni socjalnej.

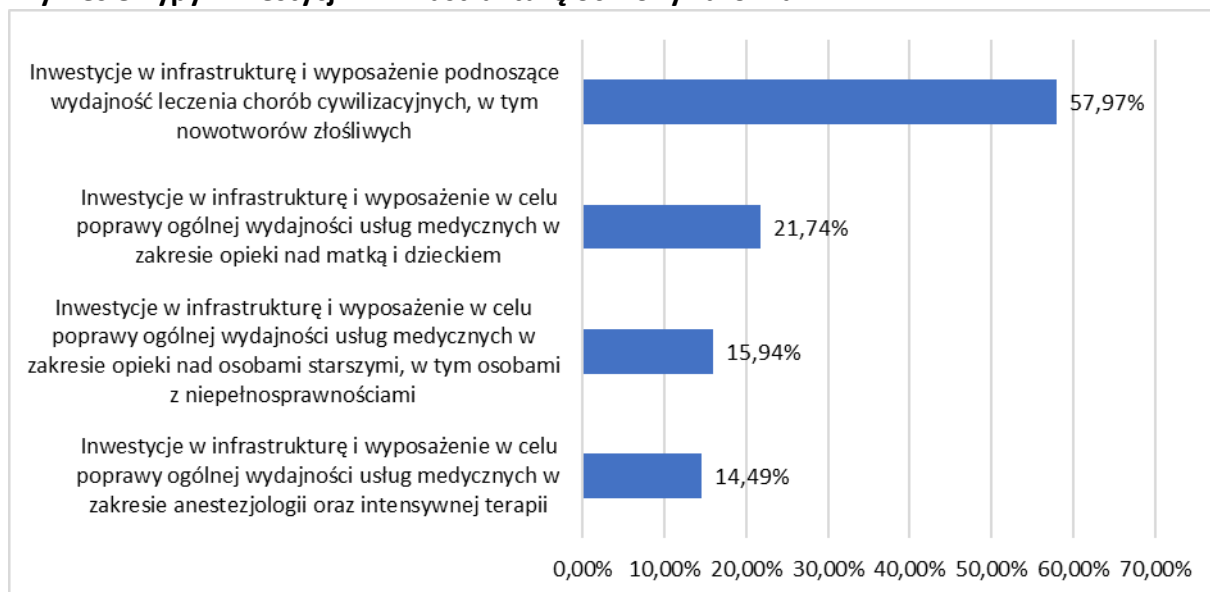
Wykres 7 Efekty osiągnięte przez podmioty objęte wsparciem świadczonym w Działaniu 8.3.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jeden efekt wsparcia.

Analizując efekty osiągnięte w Działaniu 10.1 należy stwierdzić, że w ponad połowie projektów realizowanych w obszarze ochrony zdrowia skoncentrowano się na inwestycjach podnoszących wydajność leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów złośliwych. Drugą co do wielkości grupę stanowiły projekty, ukierunkowane na modernizację i wyposażenie infrastruktury służącej opiece nad matką i dzieckiem. Natomiast najmniejszy odsetek koncentrował się na działaniach inwestycyjnych mających na celu poprawę jakości usług medycznych dedykowanych osobom starszym w tym z niepełnosprawnościami oraz podnoszących wydajność usług w zakresie anestezjologii oraz intensywnej terapii.

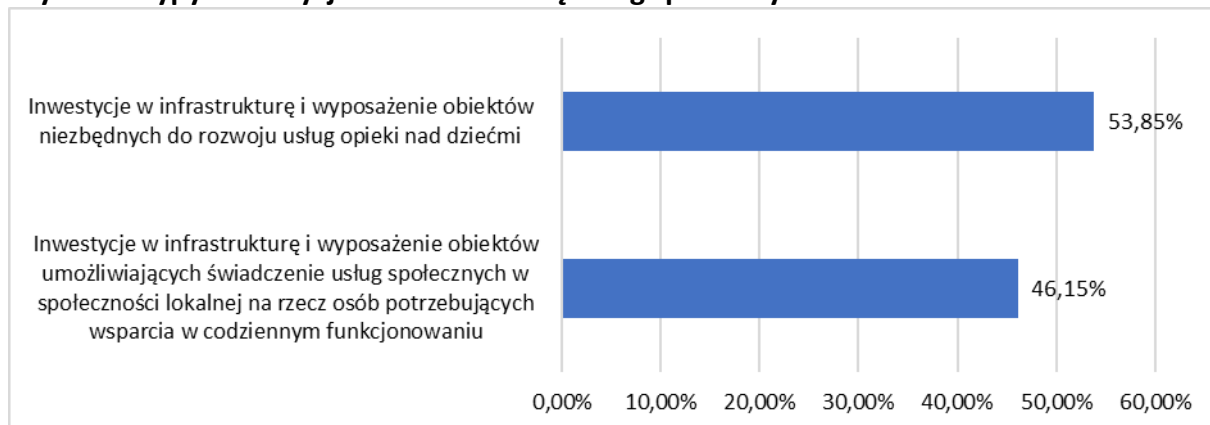
Wykres 8 Typy inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność. Procenty nie sumują się do 100 ponieważ jeden projekt mógł uwzględniać kilka form wsparcia.

Działania ukierunkowane na rozwój infrastruktury społecznej miały w większości na celu rozwój usług opieki nad dziećmi. Natomiast nieco mniejszy odsetek projektów zakładał podniesienie jakości usług na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Wykres 9 Typy inwestycji w infrastrukturę usług społecznych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność. Procenty nie sumują się do 100 ponieważ jeden projekt mógł uwzględniać kilka form wsparcia.

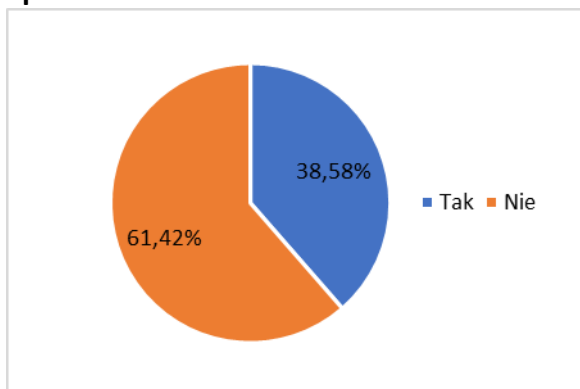
Pomimo, że ocena trwałości efektów wsparcia w Działaniach 8.1, 8.2, 8.3 i Poddziałaniach 10.1.1 i 10.1.2 była zróżnicowana to jednak uogólniając zebrane w badanych grupach opinie należy stwierdzić, że uzyskane efekty wsparcia mają charakter długoterminowy i utrzymują się przez długi czas po zakończeniu projektów.

Ocena czynników oraz mechanizmów wdrażania mających wpływ na realizację interwencji

Jak wskazują wyniki badań pomimo istnienia szeregu czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które mogą generować pewne kłopoty i trudności zarówno w trakcie aplikowania o wsparcie jak wdrażania działań projektowych większość podmiotów nie

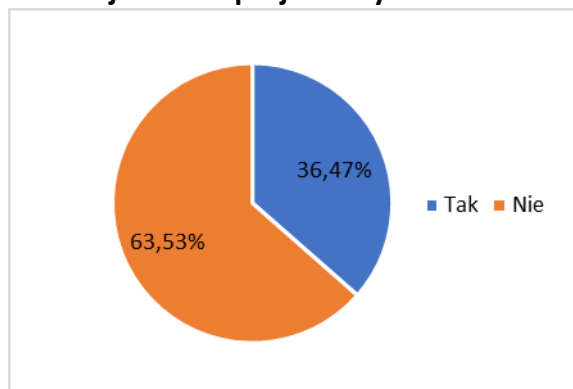
doświadczyła znaczących barier zarówno na etapie przygotowywania wniosku o dofinansowanie jak i w toku realizacji projektów.

Wykres 10 Odsetek podmiotów, które napotkały na bariery/trudności w trakcie aplikowania o dofinansowanie.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=127.

Wykres 11 Odsetek podmiotów, które napotkały na bariery/ trudności w trakcie realizacji działań projektowych.



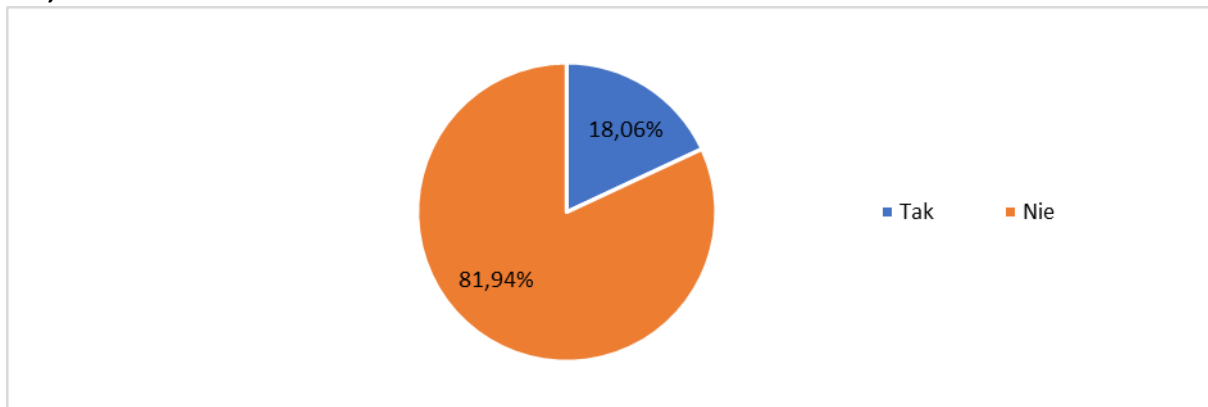
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=255.

Ta grupa podmiotów, która napotkała trudności lub bariery w skutecznym aplikowaniu o środki w znaczącym odsetku wskazała na kłopoty związane z zebraniem odpowiedniej dokumentacji, a w następnej kolejności na zbyt krótki czas na przygotowanie wniosku. W pojedynczych przypadkach jako rodzaje barier koniecznych do przewyciężenia wymieniano trudności z wypełnieniem wniosku lub skomplikowane wymagania formalne.

Podmioty mające problemy z realizacją projektów zadeklarowały, że poważną barierę stanowią przede wszystkim skomplikowane zasady rozliczania projektów oraz konieczność posiadania środków na wkład własny. Ponadto wskazywano również na: ograniczoną kwalifikowalność wydatków oraz przedłużające się procedury związane z zamówieniami publicznymi lub realizacją projektu zgodnie z zasadą konkurencyjności, a także na brak możliwości zabezpieczenia wkładu własnego w związku ze wzrostem cen materiałów i usług. Do istotnych czynników zaliczono także opóźnienia w realizacji transz dofinansowania ze strony instytucji finansującej projekt, a także braki kadrowe (ograniczone zasoby, kwalifikacje personelu) oraz problemy z wykonawcami (wybór, przebieg współpracy, dotrzymanie terminów).

Wyniki badań wskazały, również że zarówno w trakcie starań o wsparcie jak i podczas korzystania ze wsparcia na bariery i problemy w ograniczonym stopniu napotykali także indywidualni odbiorcy wsparcia.

Wykres 12 Odsetek odbiorców wsparcia którzy napotkali na bariery w trakcie starań o uzyskanie wsparcia lub podczas korzystania ze wsparcia świadczonego w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598.

Ci, którzy się z nimi zetknęli wskazali, przede wszystkim na: bariery formalno-prawne mające zwykle związek ze skomplikowaną dokumentacją dotyczącą swojego udziału w projekcie, bariery informacyjne oraz bariery administracyjne związane z pewnymi utrudnieniami ze strony organizatorów wsparcia.

Pandemia COVID-19

Wpływ pandemii COVID-19 na realizację świadczonego wsparcia był znaczący. Pomimo, że pandemia nie spowodowała zmniejszenia zainteresowania konkursami, które były ogłaszane także w trakcie jej trwania, to jednak wywołała określone skutki w zakresie projektów już realizowanych. W Działaniach 8.1, 8.2, 8.3: problemy z realizacją działań projektowych, trudnych bądź niemożliwych do przeprowadzenia w formie zdalnej; konieczność przesunięcia terminów zakończenia realizacji projektów, korekty działań w nich realizowanych w celu osiągnięcia założonych wartości wskaźników, wycofywania się uczestników z projektów, barier utrudniających proces deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych; konieczność wprowadzenia zmian kosztowych w projektach, pogorszenia się kondycji przedsiębiorstw społecznych; konieczność przebranżowienia, niemożności realizacji wielu przedsięwzięć: seminariów, działań informacyjno-edukacyjnych, targów ekonomii społecznej, bezpośrednich spotkań sieciujących, działań na rzecz aktywności obywatelskiej; marazm uczestników; w wielu przypadkach depresja związana z zamknięciem w domu i samotnością.

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

Konstrukcja założeń projektu programu Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 w obszarach dotyczących włączenia i integracji społecznej oraz ochrony zdrowia bazuje zarówno na doświadczeniach nabytych w toku przygotowywania poprzednich programów operacyjnych jak i wynika z wytycznych zawartych w unijnych oraz krajowych i regionalnych dokumentach strategicznych.

Postawione w omawianych obszarach cele i założenia wskazują na aktualność dotychczas występujących problemów oraz akcentują potrzebę kontynuacji wsparcia, które w programie RPO WO 2014-2020 było świadczone w ramach OP VIII Integracja społeczna oraz OP X Inwestycje w Infrastrukturę społeczną. Ponadto istotny kontekst dla zaprojektowanej interwencji stanowią zarówno negatywne efekty, wynikające z oddziaływania pandemii COVID-19 jak i zidentyfikowane w opolskim zmiany natury społeczno-gospodarczej:

- 1) Zmalała skala korzystania ze świadczeń pomocy społecznej, ponieważ nastąpiła generalna poprawa sytuacji materialnej mieszkańców, jednakże pomimo poprawiającej się ogólnej sytuacji na rynku pracy narasta problem bezrobocia długotrwałego.
- 2) Rozwija się sektor ekonomii społecznej, chociaż nadal liczebność podmiotów tego sektora jest relatywnie niewielka.
- 3) W świetle utrzymujących się w regionie negatywnych trendów demograficznych zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i opiekuńcze wzrasta.

Mając na względzie powyższe należy zatem ocenić, że przewidziane w FEO 2021-2027 wsparcie odpowiada na zidentyfikowane wyzwania, potrzeby i problemy zidentyfikowane w obszarze usług i zdrowotnych społecznych.

Ponieważ interwencja realizowana w ramach OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 charakteryzowała się szerokim zakresem usług i działań inwestycyjnych, postulaty uzupełnienia jej o nowe instrumenty wsparcia mają stosunkowo ograniczony charakter. Dlatego w przyszłym okresie finansowania za szczególnie istotne należy uznać utrzymanie dostępności różnorodnych instrumentów pomocowych, które dotychczas stanowiły adekwatną odpowiedź na zróżnicowane potrzeby beneficjentów i odbiorców wsparcia.

Ze względu na wzrost liczby osób wymagających pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej planowane do podjęcia działania należy uzupełnić o formy wsparcia, które umożliwią świadczenie specjalistycznych usług zdrowotnych i terapeutycznych w obszarze zdrowia psychicznego, adresowane w szczególności do dzieci i młodzieży.

Ważnym i wymagającym uzupełnienia obszarem pomocowym jest także obszar wsparcia w zakresie rehabilitacji, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji domowej (w tym szczególnie rehabilitacji dla pacjentów po przejściu COVID-19 i rehabilitacji osób w wieku produkcyjnym).

Ze względu na występowanie w regionie trwałego problemu deficytów kadrowych w obszarze ochrony zdrowia, oferowane formy wsparcia należy uzupełnić o działania ukierunkowane na zmniejszenie skali deficytu kadr medycznych poprzez wprowadzenie systemu zachęt mających na celu zarówno popularyzację kształcenia na kierunkach medycznych (lekarski, pielęgniarski, ochrona zdrowia publicznego) jak utrzymanie i pozyskanie kadr medycznych.

Z uwagi na wysoki stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym wśród osób, które otrzymały status uchodźcy, zgodę na pobyt czasowy lub ochronę uzupełniającą ważnym

obszarem pomocowym jest również wprowadzenie form wsparcia dla obywateli państw trzecich, w tym w szczególności przybywających z Ukrainy.

W zakresie usług społecznych, w tym szczególnie usług opiekuńczych koniecznym jest również uzupełnienie świadczonych form wsparcia o działania związane z tworzeniem środowiskowych formy pomocy bazujących na tzw. „kręgach wsparcia”, pomocy sąsiedzkiej, oraz wolontariacie międzypokoleniowy lub wewnątrzpokoleniowym. Wzrost znaczenia „nieformalnych sieci wsparcia” pozytywnie wpłynie na proces deinstytucjonalizacji usług społecznych.

Usługi społeczne powinny zostać również uzupełnione o wsparcie w zakresie tzw. „turystyki społecznej” oraz aktywizacji społecznej, edukacyjnej i kulturowej realizowanej z wykorzystaniem instrumentów terytorialnych na obszarach wiejskich. Wsparcie powinno być oferowane osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym, np. osobom starszym, osobom niesamodzielnym lub osobom z niepełnosprawnościami, a także dzieciom i młodzieży z rodzin mających problemy opiekuńczo-wychowawcze oraz pozostających w pieczy zastępczej i opiece instytucjonalnej.

Ważnym postulatem w zakresie uzupełnienia dotychczasowych form wsparcia jest także wsparcie oddolnych inicjatyw mieszkańców w zakresie działań społecznych i zdrowotnych w środowisku lokalnym na rzecz dobra wspólnego pozwalającego na budowę nieformalnego kapitału społecznego, który mógłby zostać wykorzystany w realizacji działań społecznych i zdrowotnych.

SUMMARY

This report was prepared as part of the evaluation study entitled: Assessment of the effects of support and diagnosis of needs in the development of health care services and infrastructure and social and professional reintegration of the inhabitants of the Opolskie Voivodeship. The aim of the study was to assess the effects of support provided under OP VIII (Measures 8.1, 8.2 and 8.3) and OP X (Sub-measures 10.1.1. And 10.1.2) of ROP OV 2014-2020 and to develop a logical model of the theory of change in the area of health care and aid and social economy justified to be implemented in the document FEO 2021-2027. The evaluation used a triangulation approach. The following research methods and techniques were used to collect the necessary data: 1) Desk Research, 2) In-depth TDI Telephone Interviews, 3) CAWI Online Surveys, 4) Structured ITI Telephone Interviews, 5) CATI Telephone Surveys, 6) Panel of Experts.

Assessment of the effects and the possibility of achieving the assumed goals assigned to the support planned under OP VIII I OP X ROP OV 2014-2020.

The evaluation of the effects of the evaluated support was preceded by an analysis of the intervention logic. The developed intervention logic was based on the assumptions and provisions of EU, national and regional strategic documents. The conducted analysis entitles us to draw the conclusion that in the context of the diagnoses developed for the purposes of ROP OV 2014-2020, the designed intervention was an adequate tool for achieving the objectives set out in OP VIII and OP X, which in turn were assigned to the Measures / Sub-measures being the subject of the evaluation. As part of the support offered, a large variety of forms of assistance was ensured, which had a positive effect on the possibility of adapting specific projects to the diverse needs of individual and institutional support recipients. The support offered also took into account the intra-regional differentiation and the types of projects implemented under both priority axes corresponded to the identified needs. Therefore, the generally evaluated intervention should be positively assessed through the prism of its effectiveness, efficiency, usefulness and durability of impact as well as the adopted implementation mechanisms, which was demonstrated in the further part of the study.

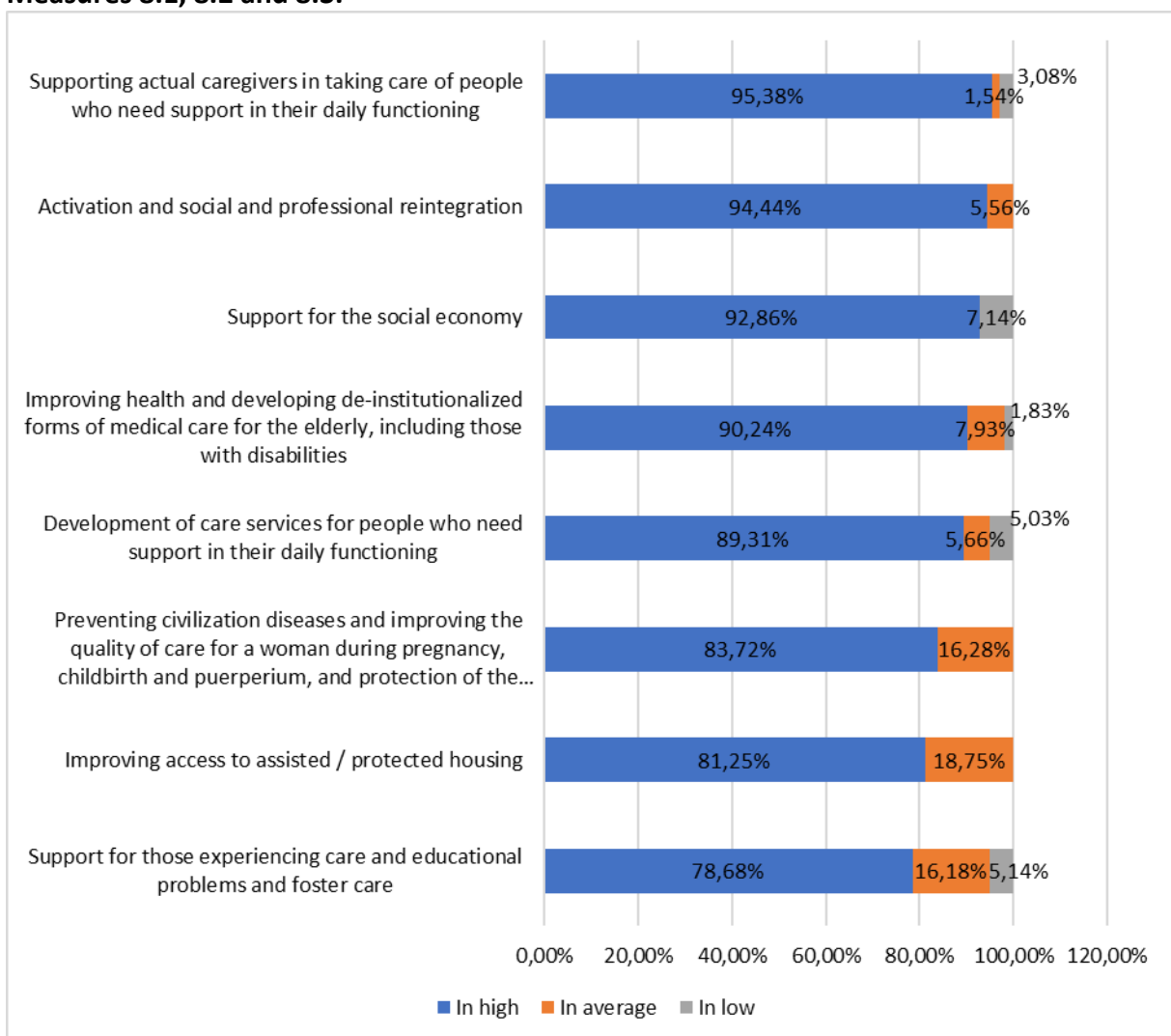
Efficiency

The assessment of the achieved effects of support, based on the indicator data, indicates a high effectiveness of the evaluated intervention. In the case of all analyzed areas, the dominant situation is the situation of achieving or exceeding the target values of indicators (either in the variant of actually achieving them or estimating on the basis of projects that have received co-financing, but which have not yet demonstrated the achievement of the assumed target value). In the case of all areas of intervention, we also deal with a relatively high level of cost-effectiveness of the measures implemented, as evidenced by the structure of the incurred expenditure, which is directly proportional to the number of participants covered by the support.

Effectiveness

The evaluated intervention is characterized by a large variety of assistance activities. The effectiveness analysis carried out taking into account individual forms of support / types of projects confirms their high effectiveness. In the light of the research results obtained, it should be stated that, in the opinion of the beneficiaries and institutions providing support, all forms of aid provided under Measures 8.1, 8.2, 8.3 were highly effective and significantly contributed to the improvement of the situation of final recipients.

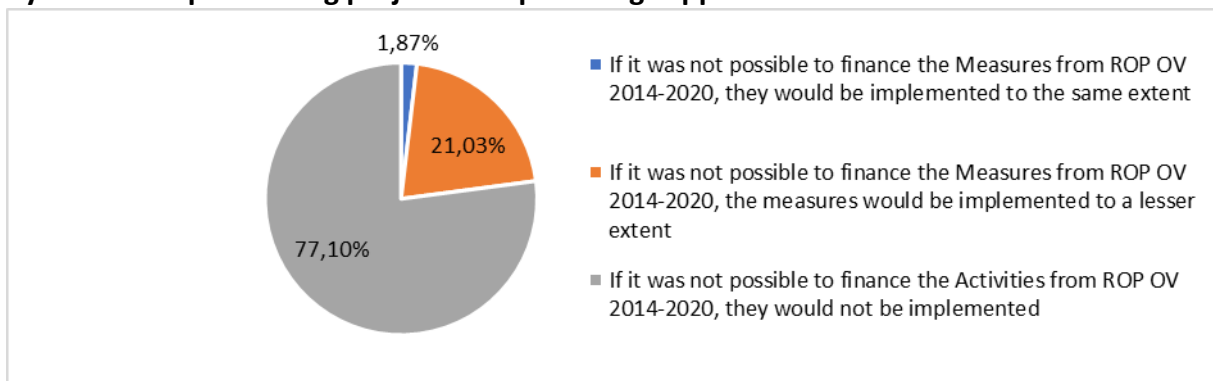
Chart 1 Assessment of the extent to which the forms of support provided contributed to the improvement of the situation of final recipients of the support provided under Measures 8.1, 8.2 and 8.3.



Source: own study based on the CAWI survey, n=214.

The offered support was also assessed as having a high degree of necessity for the implementation of planned activities. Most of the institutions indicated that in the absence of the possibility of financing them from ROP OV 2014-2020, there would be no possibility of their implementation.

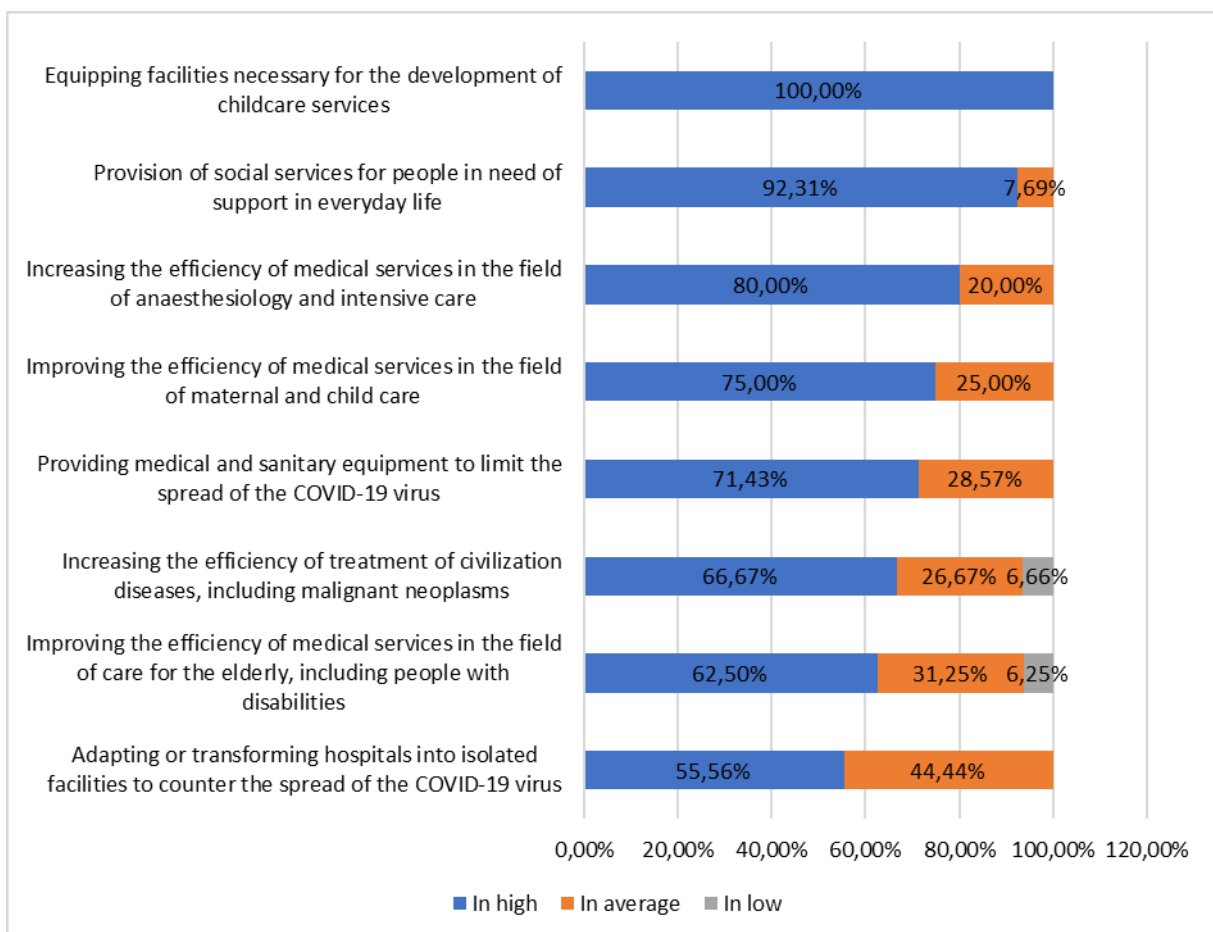
Chart 2 Assessment of the usefulness of support financed under Measures 8.1, 8.2 and 8.3 by entities implementing projects and providing support.



Source: own study based on the CAWI survey, n=214.

We are also dealing with a similar assessment in the case of projects implemented under Measure 10.1. Both the beneficiaries of Sub-measure 10.1.1 and Sub-measure 10.1.2 indicated the high efficiency of investments contributing to increasing the efficiency of medical services as well as those aimed at developing childcare services and provided to people in need of support in everyday life.

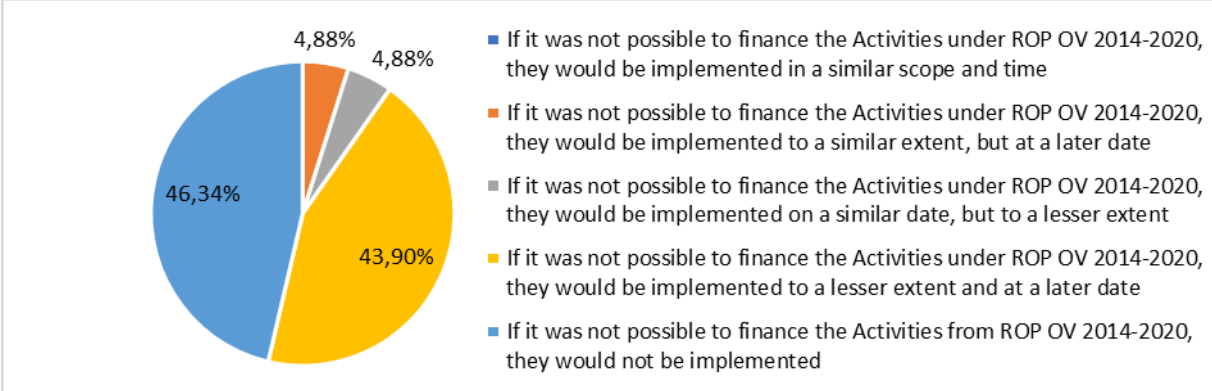
Chart 3 Assessment of the extent to which the investments made contributed to satisfying the needs of the institution in which they were implemented.



Source: own study based on the CAWI survey, n=41.

In the discussed group, slightly different opinions were observed on the necessity to finance support from ROP OV funds. Some of the respondents declared that the lack of aid would not stop them from undertaking planned investment activities, which would be implemented to a lesser extent or at a later date. Although some beneficiaries see the possibility of obtaining similar aid from alternative sources, this does not negate the high usefulness of the support received and the purposefulness of financing infrastructure activities from the Program funds.

Chart 4 Assessment of the usefulness of support financed under Sub-measures 10.1.1 and 10.1.2 by entities implementing projects.

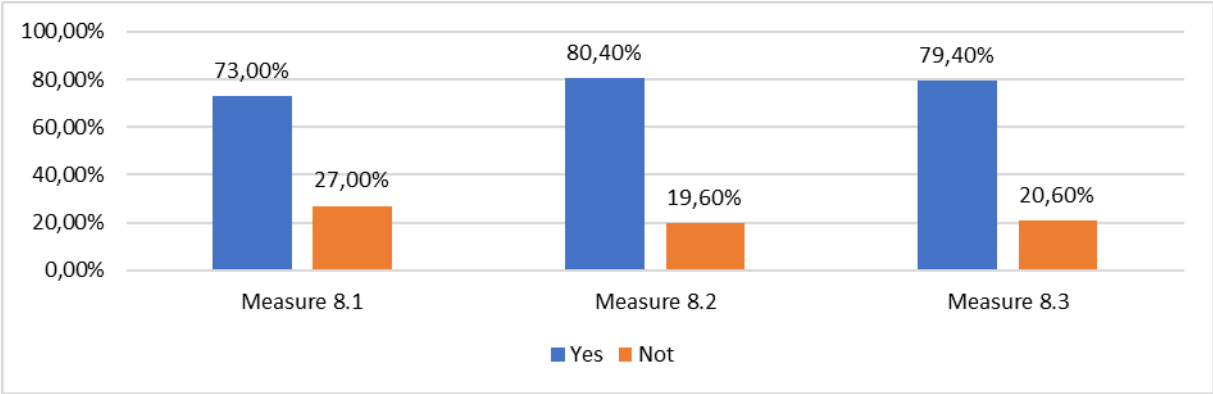


Source: own study based on the CAWI survey, n=41.

Utility

The research results also indicate that support recipients attribute high utility to all forms of assistance offered in Measures 8.1, 8.2, 8.3. In Measure 8.1, the best scores were given to those forms of assistance that were aimed at supporting actual caregivers in caring for people who cannot cope in everyday life. In Measure 8.2, the highest usefulness was attributed to internships and vocational training, the purpose of which was to determine the potential and stimulate economic activity of people who are in a particularly difficult situation on the labor market. On the other hand, Measure 8.3 positively assessed all forms of support, emphasizing the usefulness of subsidies and bridging support. The high degree of meeting the individual needs of final recipients is also evidenced by the significant percentage of people who declared that they would again decide to participate in projects implemented in all three Operations of OP VIII.

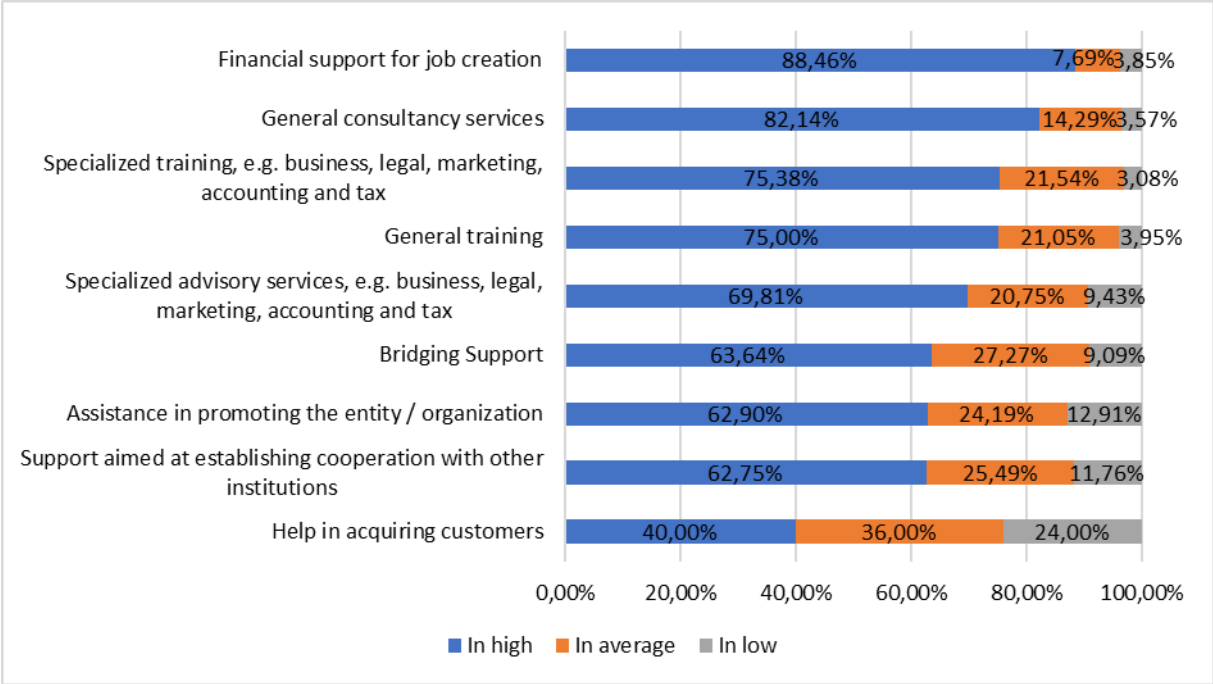
Chart 5 Percentage of respondents who declared that they would decide to participate in the project again, if there was such a possibility.



Source: own study based on CATI survey, n=598.

The assessment of the usefulness of individual forms of assistance provided under Measure 8.3 by entities that benefited from the support was also high. The greatest usefulness in the social economy sector was attributed to financial support for job creation, general and specialist training, and specialist advisory services (legal, business, marketing, accounting). Bridging and support aimed at helping with promotion and establishing contacts with other institutions was also highly rated.

Chart 6 Assessment of the usefulness (suitability) of individual forms of assistance provided under Measure 8.3 by entities that have benefited from a given form of assistance.



Source: own study based on the CAWI survey, n=105.

Durability and impact

When assessing the individual effects achieved as a result of participation in projects financed under Measures 8.1, 8.2, 8.3, it should be stated that the largest percentage of respondents indicated the acquisition of knowledge about health and improvement of their

health situation, as well as satisfaction of affiliate needs, i.e. opening up to people and making new friends. A slightly smaller percentage of respondents indicated an improvement in the family situation. On the other hand, the smallest number of respondents indicated improvement in their financial situation, finding employment and improving their self-esteem by gaining greater self-confidence as an effect of participation in the support.

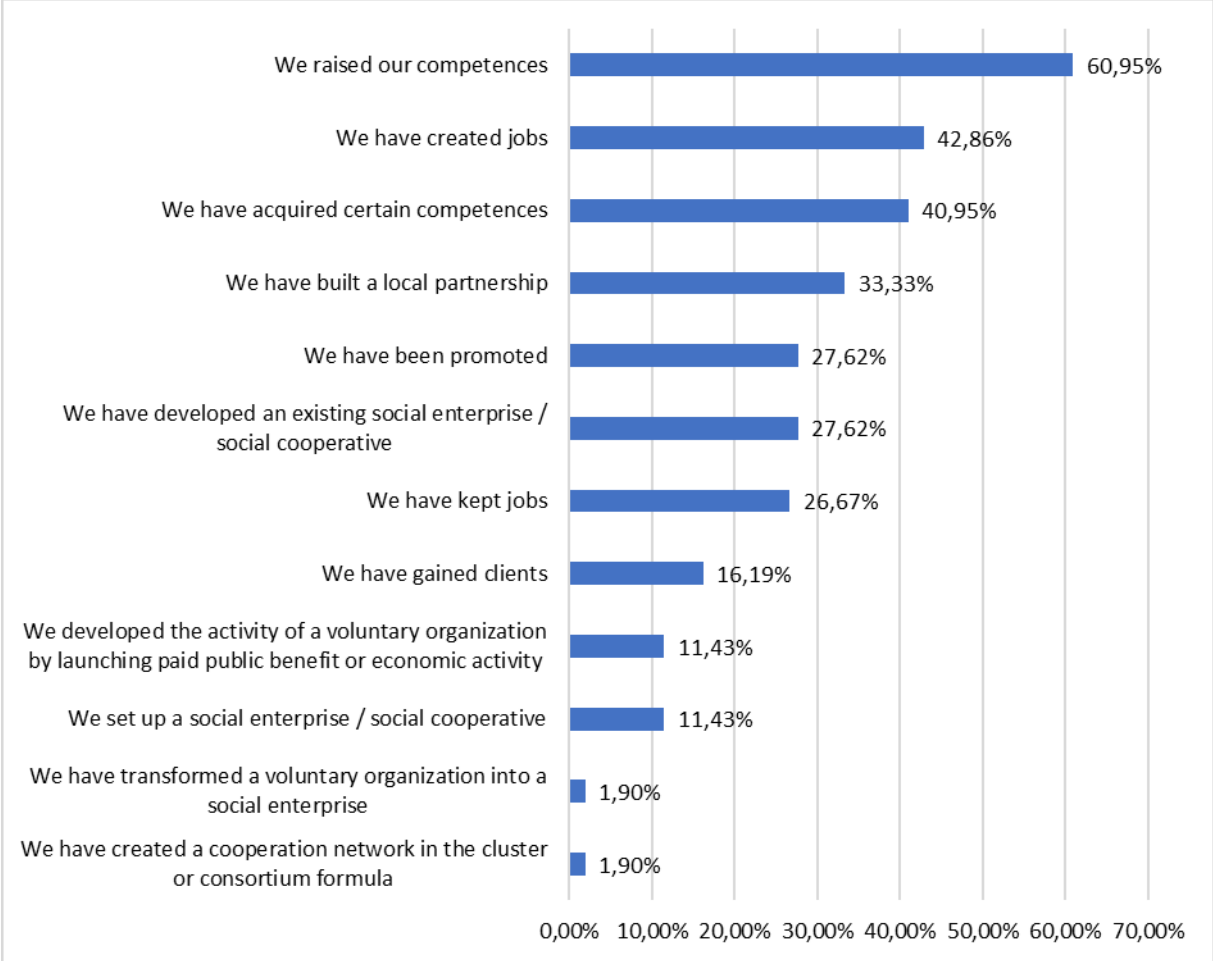
Table 1 Effects of participation in projects financed under Measures 8.1, 8.2 and 8.3.

Effects of participation in the project	Measure 8.1	Measure 8.2	Measure 8.3
Acquiring knowledge about the state of health	60,50%	35,68%	33,17%
Improving the health situation	44,50%	21,61%	20,60%
Gaining new qualifications / skills	28,50%	40,20%	37,19%
Opening up to people, making new friends	33,00%	33,67%	30,65%
Improving the family situation	30,00%	27,14%	26,63%
Improvement of the material situation	16,50%	19,10%	25,63%
Finding employment	15,50%	22,61%	26,13%
Gaining more confidence	18,00%	20,10%	23,62%
Increased motivation to look for a job	10,00%	16,08%	12,56%
Becoming independent (no need to use social assistance or less use)	9,50%	7,04%	9,05%
Establishment of a social enterprise / social cooperative	0,00%	0,00%	2,51%
No benefits	4,50%	2,01%	2,01%

Source: own study based on CATI survey, n=598. The percentages do not sum up to 100, it was possible to indicate more than one effect of participation in the project.

Diversified indication of the effects achieved as a result of participation in projects was also made by entities covered by support under Measure 8.3. When categorizing them, however, it can be stated that they relate to the greatest extent to the area of employment and the area of entrepreneurship support. The largest number of entities indicated increasing their competences or acquiring new ones and creating or maintaining jobs, as well as establishing or developing a social enterprise or a social cooperative.

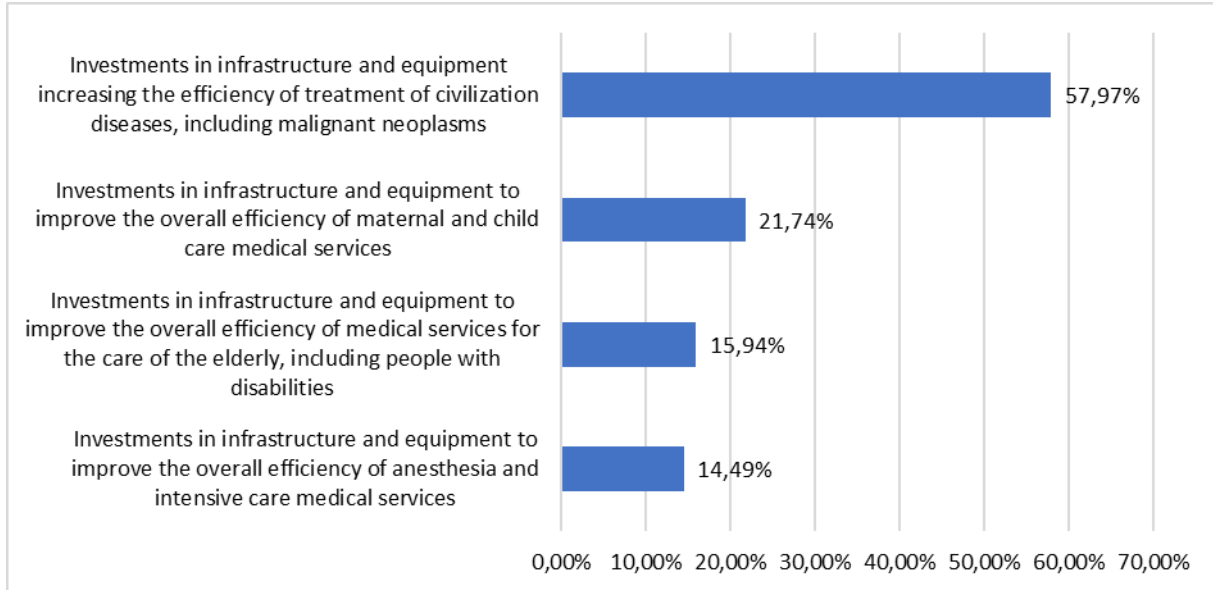
Chart 7 Effects achieved by entities covered by the support provided under Measure 8.3.



Source: own study based on the CAWI survey, n=105. Percentages do not add up to 100, it was possible to indicate more than one support effect.

When analyzing the effects achieved in Measure 10.1, it should be stated that in more than half of the projects implemented in the area of health care, investments focused on increasing the efficiency of treatment of civilization diseases, including malignant neoplasms. The second largest group were projects aimed at modernizing and equipping the infrastructure for the care of mother and child. On the other hand, the smallest percentage focused on investment activities aimed at improving the quality of medical services dedicated to the elderly, including those with disabilities, and increasing the efficiency of anaesthesiology and intensive care services.

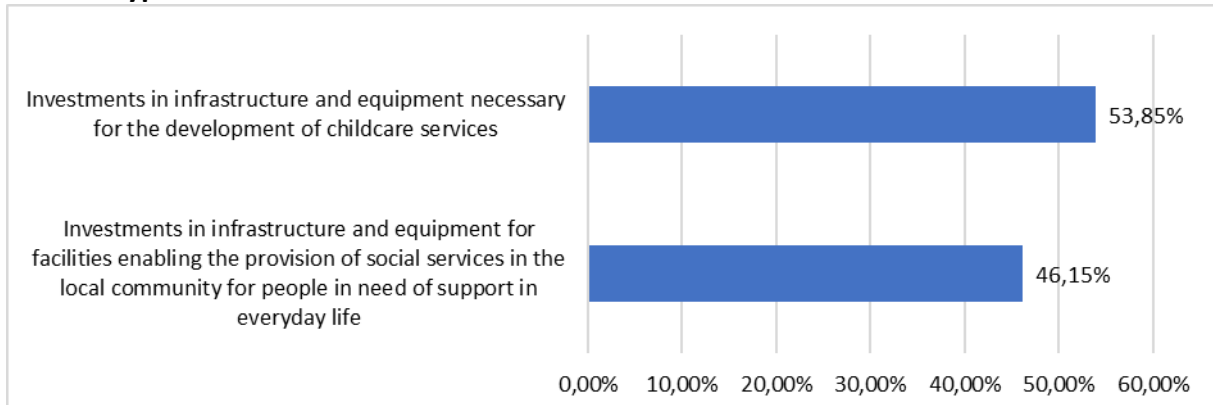
Chart 8 Types of investments in health care infrastructure.



Source: own study based on the analysis of subsidy contracts and payment applications. The percentages do not add up to 100 because one project could include several forms of support.

Most of the activities aimed at developing social infrastructure were aimed at developing childcare services. On the other hand, a slightly smaller percentage of projects assumed the improvement of the quality of services for people in need of support in their daily functioning.

Chart 9 Types of investments in social service infrastructure.



Source: own study based on the analysis of subsidy contracts and payment applications. The percentages do not add up to 100 because one project could include several forms of support.

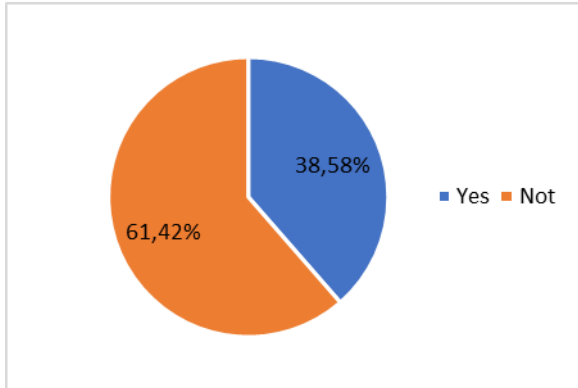
Although the assessment of the sustainability of the effects of support in Measures 8.1, 8.2, 8.3 and Sub-measures 10.1.1 and 10.1.2 was varied, generalizing the opinions collected in the surveyed groups, it should be stated that the obtained effects of support are long-term and will persist for a long time after completion of projects.

Assessment of implementation factors and mechanisms influencing the implementation of the intervention

As indicated by the research results, despite the existence of a number of external and internal factors that may generate certain troubles and difficulties both in applying for support and implementing project activities, most entities did not experience significant

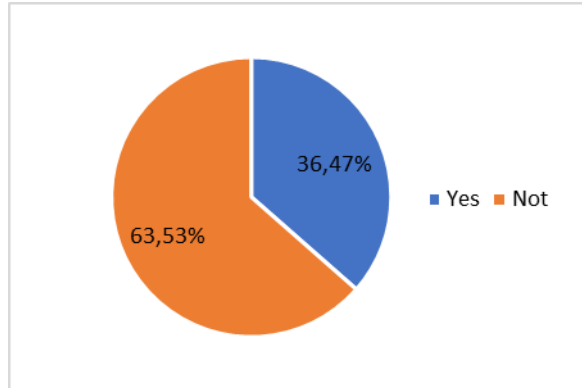
barriers both at the stage of preparing the application for co-financing and during the implementation of projects.

Chart 10 Percentage of entities that encountered barriers / difficulties while applying for funding.



Source: own study based on the CAWI survey, n=127.

Chart 11 Percentage of entities that encountered barriers / difficulties in the implementation of project activities.



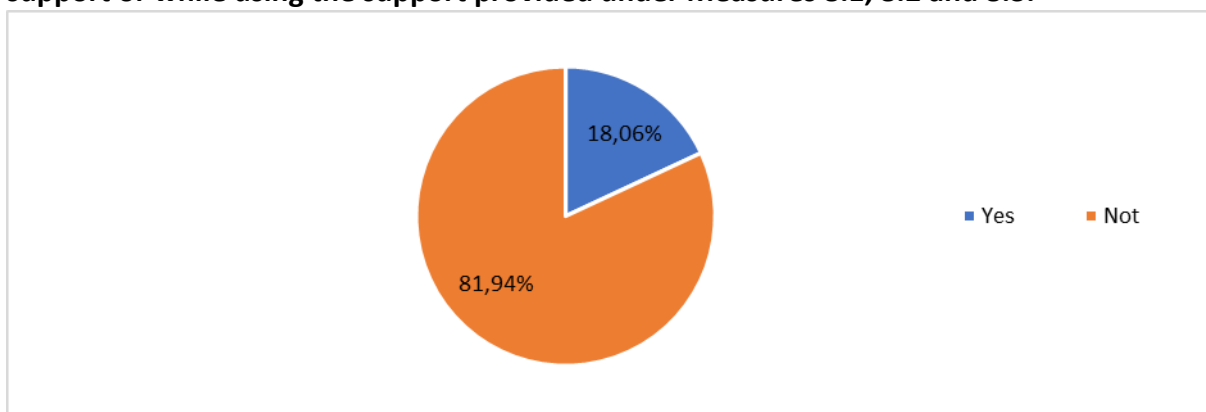
Source: own study based on the CAWI survey, n=255.

This group of entities that encountered difficulties or barriers in effective application for funds indicated in a significant percentage problems related to the collection of appropriate documentation, and then too short time to prepare the application. In individual cases, difficulties with filling in the application or complicated formal requirements were mentioned as the types of barriers necessary to overcome.

Entities having problems with project implementation declared that the complicated rules of project settlement and the necessity to have funds for own contribution constitute a serious barrier. Moreover, the following factors were also mentioned: limited eligibility of expenses and prolonged procedures related to public procurement or project implementation in accordance with the principle of competition, as well as the inability to secure own contribution due to the increase in prices of materials and services. Significant factors also included delays in the implementation of co-financing installments by the project financing institution, as well as staff shortages (limited resources, staff qualifications) and problems with contractors (selection, course of cooperation, meeting deadlines).

The results of the research also indicated that both during the application for support and during the use of support, barriers and problems were faced to a limited extent by individual recipients of support.

Chart 12 Percentage of support recipients who encountered barriers while applying for support or while using the support provided under Measures 8.1, 8.2 and 8.3.



Source: own study based on CATI survey, n=598.

Those who encountered them indicated, first of all, formal and legal barriers usually related to complicated documentation regarding their participation in the project, information barriers and administrative barriers related to certain difficulties on the part of support organizers.

COVID-19 pandemic

The impact of the COVID-19 pandemic on the implementation of the provided support was significant. Despite the fact that the pandemic did not reduce the interest in the competitions that were also announced during its duration, it did have certain effects in terms of already implemented projects. In Measures 8.1, 8.2, 8.3: problems with the implementation of project activities, difficult or impossible to carry out remotely; the need to postpone the completion dates of projects, to correct the activities carried out in them in order to achieve the assumed values of indicators, withdrawing participants from projects, barriers hindering the process of deinstitutionalization of social and health services; the need to introduce cost changes in projects, deterioration of the condition of social enterprises; the necessity to change the sector, inability to implement many projects: seminars, information and education activities, social economy fairs, direct networking meetings, activities for active citizenship; stagnation of participants; in many cases, depression is related to being closed at home and loneliness.

Indication of the directions of support in the scope of the examined area of intervention in the perspective of 2021-2027

The structure of the assumptions of the draft program European Funds for Opolskie 2021-2027 in the areas of social inclusion and integration and health protection is based both on the experience gained in the preparation of previous operational programs and results from the guidelines contained in EU, national and regional strategic documents.

The objectives and assumptions set out in the discussed areas indicate the topicality of the existing problems and emphasize the need to continue the support that was provided under the program of ROP OV 2014-2020 under OP VIII Social Integration and OP X Investments in Social Infrastructure. In addition, a significant context for the designed intervention are both

the negative effects resulting from the impact of the COVID-19 pandemic and the socio-economic changes identified in Opole:

- 1) The scale of using social welfare benefits has decreased, as there has been a general improvement in the financial situation of the inhabitants, however, despite the improving general situation on the labor market, the problem of long-term unemployment is growing.
- 2) The social economy sector is developing, although the number of entities in this sector is still relatively small.
- 3) In light of the persistent negative demographic trends in the region, the demand for health and care services is increasing.

Given the above, it should be assessed that the support provided for in FEO 2021-2027 responds to the identified challenges, needs and problems identified in the area of social services and health.

As the intervention implemented under OP VIII and OP X ROP OV 2014-2020 was characterized by a wide range of investment services and activities, the postulates to supplement it with new support instruments are relatively limited. Therefore, in the next financing period, it is particularly important to maintain the availability of various aid instruments, which so far constituted an adequate response to the diverse needs of beneficiaries and recipients of support.

Due to the increase in the number of people requiring psychiatric or psychological assistance, the planned measures should be supplemented with forms of support that will enable the provision of specialist health and therapeutic services in the field of mental health, addressed in particular to children and adolescents.

An important and requiring supplementary support area is also the area of support in the field of rehabilitation, with particular emphasis on home rehabilitation (including in particular rehabilitation for patients after undergoing COVID-19 and rehabilitation of people of working age).

Due to the persistent problem of staff shortages in the area of health care in the region, the offered forms of support should be supplemented with measures aimed at reducing the scale of the medical staff deficit by introducing a system of incentives aimed at popularizing education in medical faculties (medical, nursing, public health) as well as maintaining and recruiting medical staff.

Due to the high risk of social exclusion among people who have received refugee status, temporary residence permit or subsidiary protection, an important area of assistance is also the introduction of forms of support for third-country nationals, in particular those coming from Ukraine.

In the field of social services, especially care services, it is also necessary to supplement the forms of support provided with activities related to the creation of environmental forms of assistance based on the so-called "Support circles", neighborhood help, and

intergenerational or intra-generational volunteering. The growing importance of "informal support networks" will positively affect the process of deinstitutionalization of social services.

Social services should also be supplemented with support in the field of the so-called "Social tourism" and social, educational and cultural activation carried out with the use of territorial instruments in rural areas. Support should be offered to people at risk of social exclusion, e.g. the elderly, dependent people or people with disabilities, as well as children and adolescents from families with care and educational problems and who are in foster care and institutional care.

An important postulate in the field of supplementing the existing forms of support is also the support of grassroots initiatives of residents in the field of social and health activities in the local environment for the common good, allowing for the construction of informal social capital that could be used in the implementation of social and health activities.

ROZDZIAŁ 1: OPIS CELÓW I OBSZARÓW PROBLEMOWYCH BADANIA

Cel badania

Głównym celem badania była ocena efektów wsparcia świadczonego w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1. i 10.1.2) RPO WO 2014-2020 oraz opracowanie modelu logicznego teorii zmiany w obszarze ochrony zdrowia oraz pomocy i ekonomii społecznej zasadnej do zaimplementowania w dokumencie *FEO 2021-2027*.

Przeprowadzone badanie pozwoliło:

1. zwiększyć zasób informacyjny odnośnie wpływu interwencji RPO WO 2014-2020 na poprawę sytuacji w obszarze wykluczenia społecznego,
2. wnioskować na temat tego na ile zastosowane instrumenty oraz typy wsparcia odpowiadały zidentyfikowanym wyzwaniom rozwojowym w regionie oraz na ile osiągnięto założoną zmianę, w tym zrealizowano cele ogólne i szczegółowe Programu,
3. opracować wnioski w kontekście przyszłej perspektywy finansowej oraz zaproponować ewentualne zmiany w FEO 2021-2027 zwiększające skuteczność oddziaływania świadczonego wsparcia, co jest istotne u progu nowego okresu programowania.

Założenia teoretyczno-metodologiczne

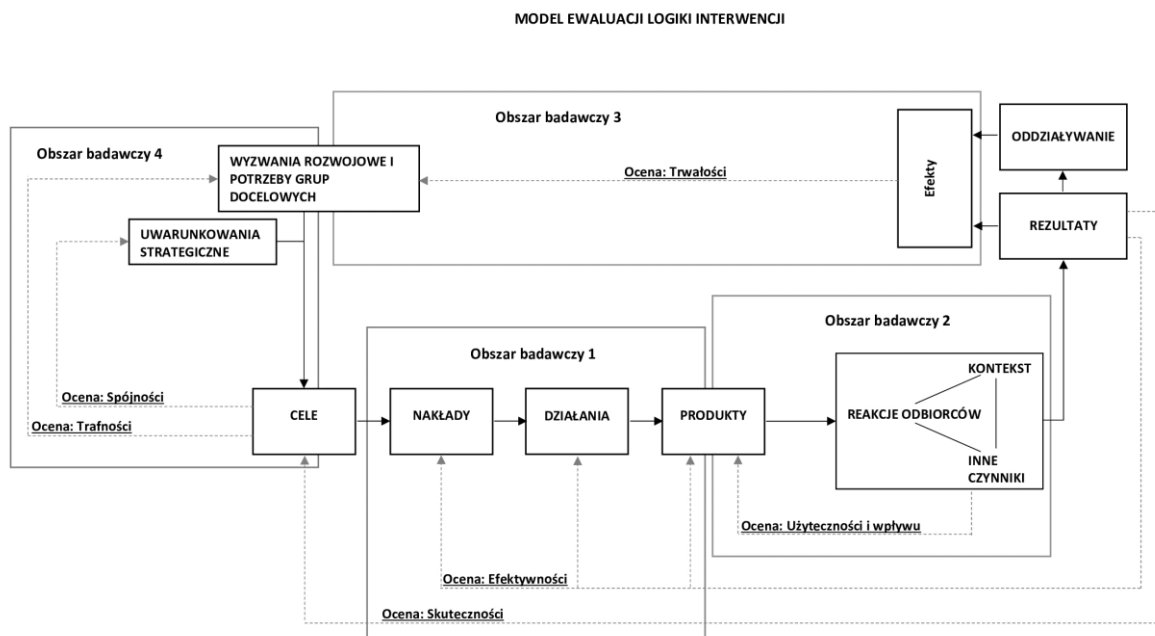
Przyjęte w badaniu podłoże teoretyczne bazowało na koncepcji ewaluacji opartej na teorii, która dostarcza ram do przeprowadzenia analizy logiki interwencji, w tym:

1. identyfikacji kluczowych wyzwań i uwarunkowań, które stanowiły przesłanki do zaprojektowania i uruchomienia wsparcia świadczonego w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1., 10.1.2) RPO WO 2014-2020,

2. analizy poniesionych nakładów, zrealizowanych działań i wdrożonych produktów,
3. oceny efektów realizacji wsparcia.

Analiza została przeprowadzana z wykorzystaniem modelu, który został zaprezentowany na poniższym diagramie:

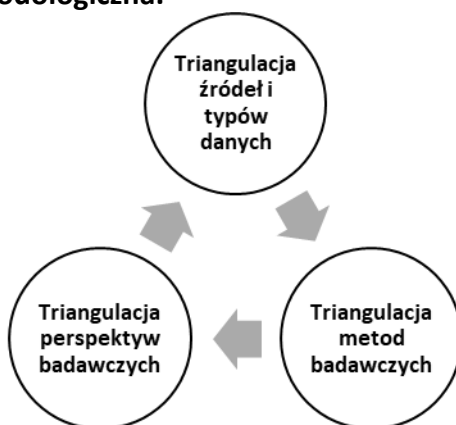
Diagram 1 Model ewaluacji logiki interwencji publicznej.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Jak wzmacniać organizacyjne uczenie się w administracji rządowej*, pod red. B. Ledzion, K. Olejniczak, J. Rok, Warszawa 2014 i K. Olejniczak: *Praktyka ewaluacji programów rozwoju regionalnego – studium porównawcze*, Warszawa 2009.

Natomiast zastosowane w badaniu podejście metodologiczne zostało oparte o triangulację technik, źródeł danych i podejść badawczych, co uwiarygadnia uzyskane wyniki.

Diagram 2 Triangulacja metodologiczna.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Norman Denzin: *Sociological Methods: A Sourcebook*. Aldine Transaction, 2006.

Zastosowanie podejścia triangulacyjnego pozwoliło na zgromadzenie różnorodnych danych w obszarze stanowiącym zakres badania oraz skutkowało ich wzajemną weryfikacją i uzupełnianiem się na wszystkich poziomach ich gromadzenia i analizy.

Informacje nt. sposobu realizacji badania

Zgodnie z przyjętym założeniem teoretyczno-metodologicznym realizacja badania została podzielona na 4 główne fazy: 1) strukturyzacji, 2) obserwacji i gromadzenia danych, 3) analizy danych, 4) oceny i interpretacji danych oraz opracowania raportu końcowego. Jako pierwsze zostały przeprowadzone: konceptualizacja problematyki badawczej i konstrukcja narzędzi badawczych, co skutkowało przygotowaniem informacji metodologicznej. Kolejno zrealizowano badania gabinetowe oraz ilościowe i jakościowe badania terenowe. W trzecim kroku przeanalizowano i zinterpretowano zebrane dane, czego efektem było opracowanie raportu końcowego.

Kryteria ewaluacyjne

Badanie zostało prowadzone pod kątem oceny świadczonych form wsparcia w następujących aspektach:

- 1. Trafność** – pozwoli ocenić stopień dopasowania celów OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1, 10.1.2) RPO WO 2014-2020 w stosunku do zidentyfikowanych potrzeb, a także określić na ile przedmiotowe cele są trafne w kontekście obecnych potrzeb oraz wyzwań.
- 2. Skuteczność** – pozwoli ocenić efekty OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1, 10.1.2) RPO WO 2014-2020 w kontekście realizacji zakładanych celów (czy osiągnięto to, co zaplanowano).
- 3. Efektywność** – pozwoli ocenić ekonomiczność alokowanych zasobów, ustalając relację między nakładami, kosztami, zasobami a osiągniętymi efektami OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1, 10.1.2) RPO WO 2014-2020.
- 4. Użyteczność** – pozwoli ocenić, w jakim stopniu wsparcie udzielone w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1., 10.1.2) RPO WO 2014-2020 było przydatne i zaspokoiło potrzeby odbiorców.
- 5. Trwałość oddziaływania** – pozwoli ocenić stopień utrzymania efektów po zakończeniu udziału we wsparciu świadczonym w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1., 10.1.2) RPO WO 2014-2020.

Pytania ewaluacyjne

Cel badania został osiągnięty poprzez udzielenie odpowiedzi na postawione pytania ewaluacyjne:

1. Jak w momencie uruchomienia RPO WO 2014-2020 w województwie opolskim kształtowały się wartości wybranych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia oraz pomocy i ekonomii społecznej?
2. Jakie cele rozwojowe w obszarze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej zostały sprecyzowane w dokumentach strategicznych poziomu unijnego, krajowego i regionalnego w tym w szczególności w *Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020*, *Wojewódzkiej Strategii w zakresie Polityki Społecznej*

na lata 2016-2025 oraz Opolskim Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2016-2022?

- 3.** Jakie środki na przestrzeni okresu 2014-2020 zainwestowano w rozwój ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej w ramach poszczególnych Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X (RPO WO 2014-2020), w tym w podziale na poszczególne formy wsparcia?
- 4.** Jakie formy wsparcia świadczone ostatecznym odbiorcom oraz podmiotom/ instytucjom w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020?
- 5.** Jakie były największe problemy, bariery, trudności z jakimi na przestrzeni okresu 2014-2020 borykały się podmioty realizujące projekty w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020?
- 6.** Jakie procedury dotyczące udzielania wsparcia w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 sprawiały największą trudność odbiorcom i powinny zostać uproszczone?
- 7.** Jakie błędy w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020, były najczęściej popełniane przez Beneficjentów wsparcia i co mogło być powodem ich popełniania?
- 8.** Czy popełniane błędy miały wpływ na ostatecznie osiągnięte wartości wskaźników w Działaniach OP VIII oraz Poddziałaniach OP X RPO WO 2014-2020?.
- 9.** Jakie mechanizmy należy wdrożyć, aby zminimalizować ilość popełnianych błędów przez Beneficjentów Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020?
- 10.** Jakie braki w portfolio świadczonych usług oraz w zasobach infrastruktury zdrowotnej i społecznej występują w regionie?
- 11.** Czy były bariery/przesłanki utrudniające realizację wsparcia w kontekście zasady deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych? Jeśli tak, to jakie?
- 12.** Jakie bariery/przesłanki sprawiły, że w regionie nie powstały DDOM-y?
- 13.** O jakie usługi i inwestycje (typy i tematyka projektów) z uwagi na potrzeby ostatecznych odbiorców oraz podmiotów/ instytucji kwalifikujących się do objęcia wsparciem w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 należy uzupełnić świadczoną pomoc?
- 14.** Jaka była popularność poszczególnych form wsparcia świadczonych ostatecznym odbiorcom oraz podmiotom/ instytucjom w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020?
- 15.** Jak ostateczni odbiorcy oraz podmioty/ instytucje objęte wsparciem oceniają wsparcie otrzymane w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020?

- 16.** Które z oferowanych w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 form wsparcia były najbardziej użyteczne i w największym stopniu odpowiedziały na potrzeby odbiorców?
- 17.** Które z oferowanych w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 form wsparcia były najbardziej efektywne?
- 18.** Które z oferowanych w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 formy wsparcia były najbardziej dostępne?
- 19.** Czy podmioty świadczące usługi w ramach OP VIII RPO WO 2014-2020 współpracowały ze sobą przy ustalaniu strategii działania oraz formułowaniu oferty dla grup docelowych?
- 20.** Czy podmioty/ instytucje świadczące wsparcie w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 w sposób atrakcyjny i wystarczający dotarły z informacją o możliwych formach wsparcia do potencjalnych odbiorców?
- 21.** W jakim stopniu oferta wsparcia świadczonego w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 była rozpoznawalna przez potencjalnych odbiorców?
- 22.** Jaki był poziom zainteresowania wsparciem w grupie ostatecznych odbiorców oraz w grupie podmiotów/ instytucji kwalifikujących się do objęcia wsparciem w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020?
- 23.** W jaki sposób wsparcie świadczone w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 przyczyniło się do deinstytucjonalizacji usług w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej?
- 24.** Jaki był wpływ pandemii COVID-19 na realizację projektów w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020?
- 25.** Czy sytuacja powstała na skutek rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19 przyczyniła się do trudności w zakresie osiągnięcia zakładanych wartości wskaźników w Działaniach OP VIII oraz Poddziałaniach OP X RPO WO 2014-2020?
- 26.** Jaka była efektywność działań mających na celu niwelowanie negatywnych skutków pandemii COVID-19 w tym m.in. wprowadzenie odstępstw od zasad realizacji projektów oraz wydłużenie terminu składania wniosków o dofinansowanie projektów w ramach OP VIII oraz OP X RPO WO 2014-2020?
- 27.** Jakie nowe typy projektów/ formy wsparcia wprowadzono w obszarze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej w ramach odpowiedzi na kryzys wywołany pandemią COVID-19?
- 28.** W jakim stopniu pandemia COVID-19, oraz wynikające z niej wprowadzenie tymczasowych ograniczeń w aktywności gospodarczej, wpłynęło na przeżywalność

oraz kondycję przedsiębiorstw społecznych z terenu województwa opolskiego, w szczególności pod kątem:

- a. płynności finansowej,
- b. zatrudnienia systemu wynagrodzeń,
- c. popytu na oferowane produkty/usługi,
- d. wprowadzonych zmian w cenach dóbr/usług,
- e. modyfikacji produkcji, profilu i zakresu działalności.

29. Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu, przedsiębiorstwa społeczne z terenu województwa opolskiego korzystały z zewnętrznych „antykryzysowych” form wsparcia oraz jakie jest źródło tego wsparcia (regionalne, krajowe, unijne)?
30. Jaka jest ocena zewnętrznych „antykryzysowych” form wsparcia? Czy uzyskane wsparcie wpłynęło na utrzymanie płynności finansowej, obniżenie zobowiązań kosztowych, zachowanie dotychczasowego poziomu zatrudnienia/ochronę miejsc pracy, itp.?
31. Czy przedsiębiorstwa społeczne z terenu województwa opolskiego wdrożyły własne „strategie radzenia sobie” ze skutkami pandemii COVID-19 i gospodarczego lockdown’u? Jeśli tak, to jakie działania wdrożyły lub planują wdrożyć, aby zminimalizować efekty szoku gospodarczego (tzw. planowanie w czasach niepewności)?
32. Czy przedsiębiorstwa społeczne z terenu województwa opolskiego znalazły konstruktywne rozwiązania przeciwdziałające negatywnym skutkom pandemii COVID-19 i lockdown’u gospodarczego (np. nowy rodzaj usług)?
33. W związku z kryzysem gospodarczym jakie nowe usługi dla przedsiębiorstw społecznych powinny zostać wdrożone w perspektywie 2021-2027?
34. Czy zaprojektowana w OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 logika interwencji odpowiedziała na zdiagnozowane w województwie opolskim wyzwania i potrzeby w obszarze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej?
35. Jak w okresie przed pandemią w województwie opolskim kształtowały się wartości wybranych wskaźników w obszarze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej?
36. Czy zaprojektowana w OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 logika interwencji umożliwiła realizację celów rozwojowych zdefiniowanych w *Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020*, *Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025* oraz *Opolskim Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2016–2022*?
37. Czy w ramach poszczególnych subregionów występują białe plamy tj. powiaty na obszarze, których w perspektywie finansowej 2014 -2020 nie powstawały nowe podmioty ekonomii społecznej, przedsiębiorstwa społeczne a działające PES i PS nie

korzystały ze wsparcia w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 pomimo objęcia tych powiatów zasięgiem wsparcia OWES?

- 38.** Czy osiągnięte cele OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1, 10.1.2) RPO WO 2014-2020 i efekty uzasadniają poniesione nakłady, koszty i zasoby? Czy podobne efekty można/można było osiągnąć przy wykorzystaniu innych instrumentów? Czy podobne efekty można/można było osiągnąć przy wykorzystaniu niższych nakładów finansowych?
- 39.** Czy zasadnym jest większa optymalizacja alokacji zasobów w perspektywie do 2027 roku?
- 40.** Jaka jest skala zmian:
- w poziomie jakości życia ostatecznych odbiorców wsparcia Działań OP VIII RPO WO 2014-2020 i ich gospodarstw domowych (aktywność zawodowa, zatrudnieniowa, dochodowa oraz sytuacja społeczna),
 - w poziomie rozwoju przedsiębiorstw społecznych, kwalifikujących się do objęcia wsparciem w ramach Działania 8.3 OP VIII RPO WO 2014-2020 (zwiększenie liczby miejsc pracy i poziom przychodów oraz rozszerzenie profilów działalności i asortymentu oferowanych produktów i usług).
- 41.** Jakie czynniki wpłynęły na osiągnięte efekty, przy uwzględnieniu wykorzystywanych instrumentów wsparcia oraz charakterystyk w zakresie:
- cech społeczno-demograficznych odbiorców, którzy skorzystali ze wsparcia w ramach Działań OP VIII RPO WO 2014-2020,
 - profilu (branż) przedsiębiorstw społecznych wspartych w ramach Działania 8.3 OP VIII RPO WO 2014-2020.
- 42.** Czy efekty wsparcia świadczonego ostatecznym odbiorcom w ramach Działań OP VIII RPO WO 2014-2020 utrzymują się w czasie, jaka jest trwałość tych zmian?
- 43.** Czy efekty wsparcia świadczonego przedsiębiorstwom społecznym w ramach Działania 8.3 OP VIII RPO WO 2014-2020 utrzymują się w czasie?
- 44.** Jak udzielone wsparcie oddziałuje na bieżące funkcjonowanie przedsiębiorstw społecznych? Na ile są one w stanie funkcjonować bez wsparcia finansowego OWES na tworzenie nowych miejsc pracy oraz w jaki sposób szkolenia, kursy i doradztwo prowadzone przez OWES pomaga istniejącym PES w funkcjonowaniu?
- 45.** Czy wsparcie udzielone przedsiębiorstwom społecznym przyczynia się do zwiększenia poziomu współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami np. w formule klastrowej i/lub sieci współpracy i/lub konsorcjów społecznych?
- 46.** W jakim stopniu wsparcie świadczone w ramach Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 przyczyniło się do zwiększenia dostępu do usług pomocowych (zdrowotnych i społecznych) potencjalnych odbiorców wsparcia?

- 47.** W jakim stopniu wsparcie świadczone w ramach Poddziałania OP X RPO WO 2014-2020 przyczyniło się do zwiększenia potencjału infrastrukturalnego instytucji świadczących usługi w obszarze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej?
- 48.** Czy w regionie nadal występują braki w tym zakresie np.: zły stan techniczny budynków/ pomieszczeń/ lokali lub ich brak; braku sprzętu; itp.) a jeśli tak, to które instytucje wymagają szczególnego wsparcia?
- 49.** Jak w perspektywie finansowej 2021-2027 w województwie opolskim będą się kształtować wartości wybranych wskaźników w obszarze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej i jakie są prawdopodobne kierunki zmian?
- 50.** Jakie cele rozwojowe w sektorze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej zostały sprecyzowane w dokumentach strategicznych poziomu unijnego, krajowego i regionalnego, w tym w szczególności w projekcie *Umowy partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce*, oraz *Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2030 roku*?
- 51.** Jaka powinna być przyjęta w *FEO 2021-2027* teoria zmiany, aby odpowiadać naturze problemu, który wynika z prawdopodobnych kierunków zmian zjawiska wykluczenia społecznego w województwie opolskim oraz celów i kierunków działań przyjętych w dokumentach strategicznych poziomu unijnego, krajowego i regionalnego w tym w szczególności w projekcie *Umowy partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce*, oraz *Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2030 roku*?
- 52.** Które obszary w regionie będą wymagać szczególnego wsparcia w zakresie przeciwdziałania zjawisku wykluczenia społecznego i wsparcia rozwoju ekonomii społecznej w perspektywie finansowej 2021-2027?
- 53.** Jakie działania należy podjąć, aby interwencja *FEO 2021-2027* trafnie odpowiedziała na prognozowane wyzwania i potrzeby w sektorze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej w województwie opolskim?
- 54.** Jaki należy przyjąć sposób postępowania, aby efektywnie wdrożyć zasadę deinstytucjonalizacji, w tym np. wykorzystać istniejące zasoby instytucjonalne w procesie deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych?
- 55.** Czy patrząc przez pryzmat prognozowanych, potencjalnych zmian w sektorze ekonomii społecznej utrzymanie aktualnego podziału terytorialnego na 3 subregiony jest zasadne w perspektywie finansowej 2021-2027?
- 56.** Jakie działania należy przedsięwziąć, aby uniknąć w przyszłej perspektywie finansowej tworzenia białych plam w obszarze ekonomii społecznej na poziomie subregionów?
- 57.** Jakie grupy odbiorców należy w szczególności objąć wsparciem, aby interwencja *FEO 2021-2027* trafnie odpowiedziała na prognozowane wyzwania i potrzeby w sektorze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej w województwie opolskim? Czy są

grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, które nie były obejmowane wsparciem w perspektywie finansowej 2014-2020? Jeśli tak, jakie działania powinny zostać zaimplementowane, aby poprawić sytuację takich grup?

58. Jak zidentyfikować obszary wykluczone komunikacyjnie w kontekście wsparcia osób starszych i z niepełnosprawnościami, które mogłyby skorzystać z usługi dowozu do miejsc świadczenia podstawowych potrzeb życiowych (tzw. „door to door”) w perspektywie finansowej 2021-2027?
59. Jak zidentyfikować potrzeby dzieci i młodzieży znajdujących się w opiece instytucjonalnej innej niż pieczy zastępczej?
60. Które obecnie stosowane w ramach Działań OP VIII oraz Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020 formy wsparcia powinny być kontynuowane w perspektywie finansowej 2021-2027?
61. Jakie inne niż obecnie stosowane w Działaniach OP VIII oraz Poddziałaniach OP X RPO WO 2014-2020 formy wsparcia należy wdrożyć w perspektywie finansowej 2021-2027?
62. Jakie działania należy podjąć, aby w perspektywie finansowej 2021-2027 zwiększyć poziom zainteresowania wsparciem w grupie ostatecznych odbiorców oraz w grupie podmiotów / instytucji kwalifikujących się do objęcia wsparciem?
63. Co musiałoby się zmienić, aby zintensyfikować poziom współpracy instytucjonalnej pomiędzy podmiotami realizującymi wsparcie w obszarze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej w perspektywie finansowej 2021-2027?
64. Które podmioty legitymują się wystarczającym potencjałem i doświadczeniem, aby pełnić rolę Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej w perspektywie finansowej 2021-2027?
65. Jakie działania należy podjąć, aby w perspektywie finansowej 2021-2027 wzmocnić rolę ROPS jako koordynatora polityki w obszarze ekonomii społecznej oraz współpracę na linii ROPS-OWES-y- IP (WUP)?

Metody badawczo-analityczne i źródła informacji

Do zebrania niezbędnych danych wykorzystano następujące metody i techniki badawczo – analityczne:

1. **Desk Research:** analiza w następującym zakresie przedmiotowym: dokumenty strategiczne i operacyjne szczebla unijnego, krajowego i regionalnego Literatura przedmiotu, w której poruszono problematykę reintegracji społeczno-zawodowej i ochrony zdrowia, dokumentacja (wnioski o dofinansowanie i wnioski o płatność) projektów realizowanych w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) i OP X (Poddziałania 10.1.1, 10.1.2) RPO WO 2014-2020, informacje pokontrolne projektów realizowanych w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) i OP X (Poddziałania 10.1.1,

10.1.2) RPO WO 2014-2020, dane z systemu SL2014 oraz dane statystyczne z baz danych GUS.

- 2. Pogłębione Wywiady Telefoniczne TDI** – dobór celowy; zrealizowano 6 wywiadów z przedstawicielami: Instytucji Zarządzającej RPO WO 2014-2020, Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Opolu, Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, Opolskiego Centrum Rozwoju Gospodarki oraz z Ośrodkami Wsparcia Ekonomii Społecznej.
- 3. Ankiety internetowe CAWI** – próba losowo-warstwowa; zrealizowano 126 ankiet z przedstawicielami beneficjentów, czyli instytucji, które złożyły wnioski o dofinansowanie i realizowały projekty w ramach analizowanych Działań/Poddziałań oraz 234 ankiety z przedstawicielami podmiotów, czyli instytucji objętych wsparciem w ramach analizowanych Działań/ Poddziałań. W przypadku Działań 8.1 i 8.2 instytucje objęte wsparciem to podmioty, które nie składały wniosków o dofinansowanie ale w imieniu beneficjentów realizowały działania projektowe. W przypadku Działania 8.3 instytucje objęte wsparciem to podmioty, które były odbiorcami świadczonego wsparcia.
- 4. Ustrukturyzowane Wywiady Telefoniczne ITI** – próba celowo-kwotowa; przeprowadzono 153 ustrukturyzowane Wywiady Telefoniczne wśród podmiotów/ instytucji, kwalifikujących się do objęcia wsparciem w ramach analizowanych Działań/ Poddziałań, które ze wsparcia nie skorzystały, ponieważ o nie nie aplikowały lub aplikowały nieskutecznie.
- 5. Ankiety telefoniczne CATI** – próba losowo-warstwowa, przeprowadzono 598 ankiet wśród ostatecznych odbiorców wsparcia.
- 6. Panel ekspertów** – dobór celowy; w toku realizacji paneli eksperckich pozyskano informacje, które były pomocne w procesie opracowania wniosków i rekomendacji z badania oraz oceny realności sposobów ich wdrożenia. Na pierwszym panelu omówiono kwestie związane z infrastrukturą zdrowotną i społeczną, na drugim poruszono kwestie usług mających na celu włączenie społeczne i rozwój przedsiębiorczości społecznej. Uczestnicy: przedstawiciele Departamentu Funduszy Europejskich; Jednostki Ewaluacyjnej; Departamentu Infrastruktury i Gospodarki; Opolskiego Centrum Rozwoju Gospodarki; Stowarzyszenia Aglomeracja Opolska.

ROZDZIAŁ 2: LOGIKA INTERWENCJI RPO WO 2014-2020

Przesłanki dla uruchomienia interwencji

Celem niniejszego rozdziału jest omówienie przesłanek, które stanowiły podstawę dla zaprojektowania interwencji realizowanej w ramach OP VII i OP X RPO WO 2014-2020. Przeprowadzona w niniejszym rozdziale analiza bazuje na dwóch podstawowych źródłach, którymi są:

1. Wartości wskaźników demograficzno-społecznych obrazujących sytuację panującą w obszarze zdrowia i pomocy społecznej w momencie uruchamiania Programu.

2. Zapisów unijnych, krajowych i regionalnych dokumentów strategicznych wyznaczających ramy dla prowadzonej w regionie polityki społecznej i polityki ochrony zdrowia.

Sytuacja społeczno-demograficzna

Działania na rzecz zmniejszenia skali zjawiska wykluczenia społecznego warunkowane są zarówno przez czynniki zewnętrzne jak i wewnętrzne. Wprowadzenie interwencji przewidzianych w RPO WO 2014-2020 poprzedziło opracowanie diagnozy sytuacji społecznej. Przeprowadzona analiza pozwoliła zidentyfikować główne problemy występujące w regionie, do których zaliczono: depopulację, starzenie się społeczeństwa (systematyczny wzrost ludności w wieku poprodukcyjnym, zmniejszenie dzietności, migracje ludzi młodych), zmianę modelu rodziny (odkładanie decyzji o zawarciu małżeństwa, nowe wzory dzietności), bezrobocie (strukturalne), bezrobocie młodzieży kształconej niezgodnie z potrzebami rynku pracy, bezrobocie kobiet z powodu mniejszych szans na rynku pracy, ubóstwo, stan zdrowia i sytuację psychospołeczną ludności (uzależnienia) oraz niepełnosprawność (wysoki odsetek osób z niepełnosprawnościami w regionie). Zdiagnozowane uwarunkowania stanowiły podstawę dla uruchomienia interwencji w ramach RPO WO 2014-2020 jak i pewnych modyfikacji typów projektów dokonywanych w trakcie realizacji programu. Szczególny i znaczący wpływ na realizację wsparcia w zakresie zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej w wywarła pandemia COVID-19.

W 2014 r. najważniejszy problem społeczny regionu stanowił utrzymujący się i powodujący zmniejszanie się potencjału ludnościowego proces depopulacji, który wynikał z systematycznego spadku liczby urodzeń oraz z utrzymujących się negatywnych przepływów migracyjnych. Wskaźnik przyrostu naturalnego od lat wykazywał tendencję spadkową i w 2014 r. wyniósł: -1,21. Utrzymywały się także niekorzystne salda migracji. W omawianym roku saldo migracji wewnętrznych wyniosło: -691, natomiast migracji zagranicznych: -1569 osób. Te czynniki oraz wydłużanie się trwania życia (w 2014 w województwie opolskim przeciętna długość trwania życia kobiet mierzona w latach wyniosła 81,39 lat, natomiast przeciętna długość trwania życia mężczyzn mierzona w latach 74,52 lata) spowodowały że przeobrażeniom ulegała struktura ludności. Zmniejszył się udział osób w wieku produkcyjnym natomiast wzrósł udział osób w wieku poprodukcyjnym, który w 2014 roku wyniósł 19,6%. Nasilone procesy starzenia się regionalnego społeczeństwa obrazował także wzrastający odsetek osób w wieku 65 lat i więcej, który w omawianym roku ukształtował się w województwie się na poziomie 15,9%¹.

Stan zdrowia i ochrona zdrowia

O jakości życia w regionie decyduje stan zdrowia społeczeństwa oraz szeroko rozumiane warunki życia. Pogarszająca się sytuacja demograficzna spowodowała szereg problemów związanych z dostępnością do usług zdrowotnych poszerzając sferę wykluczenia społecznego. Jak wynikało z przeprowadzonych analiz², ze względu na zmiany

¹ Jeśli nie zaznaczono inaczej wszystkie dane statystyczne przytaczane są za BDL.GUS.

² Strategia ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020, s. 14-17.

demograficzne, narastały potrzeby zdrowotne związane z zachorowalnością na choroby przewlekłe i cywilizacyjne oraz z koniecznością długoterminowej opieki pozaszpitalnej. Do najważniejszych problemów identyfikowanych wśród osób starszych należały te związane z chorobami układu krążenia, a także powodujące dysfunkcje ruchowe³. W odpowiedzi na istniejące potrzeby w ramach OP VIII *Integracja społeczna* w Działaniu 8.1 przewidziano wsparcie, którego celem było zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, poprzez podjęcie zróżnicowanych działań mających na celu rozwój opieki nad osobami starszymi oraz z niepełnosprawnościami, w tym rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki medycznej (teleopieka, szeroko rozumiana rehabilitacja, wsparcie psychologiczne i szkolenia dla opiekunów faktycznych w zakresie opieki medycznej).

Stan zdrowia stanowi także istotny czynnik wpływający na zjawisko wykluczenia społecznego, zła kondycja zdrowotna powoduje, bowiem, że chorzy zazwyczaj nie są w stanie prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie. Jak wskazują diagnozy wykonane na potrzeby RPO WO 2014-2020 w momencie uruchamiania programu każda grupa wiekowa w regionie była, pod niedostateczną opieką w zakresie ochrony zdrowia. Stwierdzono problemy zdrowotne z określonymi jednostkami chorobowymi, w tym przede wszystkim z nowotworami złośliwymi. Poważny niepokój budziła także zachorowalność na nie osób poniżej 50 roku życia. Badania epidemiologiczne wskazywały, również, że wysoki poziom zapadalności na choroby nowotworowe oraz umieralność z ich powodu jest spowodowana głównie przez ich nazbyt późne wykrywanie oraz zbyt długi czas jaki upływa od ich wykrycia do podjęcia leczenia⁴.

Tabela 2 Zgony wg. przyczyn w Polsce i w woj. opolskim.

Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika dla Polski w 2014 r.	Wartość wskaźnika dla woj. opolskiego w 2014 r.
Zgony z powodu nowotworów ogółem na 100 tys. ludności.	260,7	263

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Diagnoza w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki i edukacji zdrowotnej wskazała również, że w regionie najliczniejszą grupę chorób stanowią także choroby o podłożu cywilizacyjnym takie jak: cukrzyca, nadwaga i otyłość oraz choroby układu krążenia, na które zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem. W 2014 r. Liczba zgonów na choroby cywilizacyjne wynosiła w opolskim 217 osób (w kraju 4427), a na choroby układu krążenia 4427 osób (w kraju 169735). Natomiast udział tych zgonów w liczbie wszystkich zgonów wyniósł w opolskim 45,1% wszystkich zgonów w województwie⁵. W odpowiedzi na przedstawioną diagnozę w ramach OP VIII w Działaniu 8.1 zaoferowano szeroki wachlarz form wsparcia mających na celu: zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, głównie w zakresie profilaktyki cukrzycy, nadwagi i otyłości.

³ Ibidem.

⁴ Ibidem.

⁵ Dane BDL GUS [\(stat.gov.pl\)](http://GUS - Bank Danych Lokalnych (stat.gov.pl)) (Data dostępu 10.09.2022).

W opracowaniu przygotowanym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wskazywano, że od początku lat dziewięćdziesiątych notowano sukcesywny wzrost zachorowalności na choroby psychiczne i niepsychotyczne oraz zaburzenia psychiczne spowodowane zmianami społeczno-ekonomicznymi generującymi nowe zagrożenia dla zdrowia psychicznego. Tym niemniej w świetle badań nad kondycją psychiczną mieszkańców Polski województwo opolskie nie należało do regionów o najwyższym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Wskaźnik zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w opolskim był zdecydowanie niższy niż w Polsce

Tabela 3 Zgony wg. przyczyn w Polsce i w woj. opolskim.

Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika dla Polski w 2014 r.	Wartość wskaźnika dla woj. opolskiego w 2014 r.
Zgony z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania na 100 tys. ludności.	3,9	0,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Ponadto Instytut Psychiatrii i Neurologii podał, że w woj. opolskim *odsetek zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu* wyniósł w 2012 roku 22,9% wśród ogółu mieszkańców województwa, a ogółem w kraju 23,4%⁶. Natomiast w świetle danych BDL GUS w 2014 roku *liczba leczonych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi ogółem* wyniosła w woj. opolskim 28 103 osób, natomiast w Polsce 1 595 016 osób.

Jednym z podstawowych mierników poziomu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej jest wskaźnik umieralności niemowląt. Pomimo, że województwo opolskie w ostatnich latach osiągało jedne z lepszych wyników w kraju, wciąż istniała potrzeba wsparcia tego obszaru. W momencie rozpoczynania programu RPO WO 2014-2020 wskaźnik zgonów niemowląt w regionie wyniósł 4,7, podczas gdy w Polsce 4,2. Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt około 73,0% umarło przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia, w tym prawie połowa w okresie pierwszego tygodnia życia⁷. Główną przyczyną zgonów niemowląt były choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, kolejną stanowiły wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe były powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami. Generalnie w województwie opolskim *w 2010 roku stwierdzono po raz pierwszy, różne schorzenia wśród ok. 6,4 tys. dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat, w tym u 5832 osób choroby cywilizacyjne takie jak: nowotwory, choroby tarczycy, cukrzyca, otyłość i zniekształcenia kręgosłupa*⁸. W związku z tym ogromne znaczenie miała dostępność do usług zdrowotnych, szczególnie dla dzieci oraz zapewnienie wysokiej jakości usług z zakresu opieki nad matką i dzieckiem. W odpowiedzi na ten typ potrzeb w ramach Działania 8.1 przewidziano

⁶ Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, red. naukowa Moskaiewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, s. 270.

⁷ Strategia ochrony zdrowia..., op., cit., s. 14-17.

⁸ Ibidem, s. 14.

wzmocnienie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem w zakresie poprawy jakości tej opieki, ochrony zdrowia dziecka oraz profilaktyki zakażeń pneumokokowych⁹. Z kolei w ramach OP X *Inwestycje w Infrastrukturę* w Poddziałaniu 10.1.1 zaoferowano korespondujące wsparcie inwestycyjne w infrastrukturę i wyposażenie obiektów niezbędnych do rozwoju usług opieki nad dziećmi w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Sytuację w ochronie zdrowia warunkują również dwa inne czynniki: dostępność do personelu medycznego, czyli liczba lekarzy i pielęgniarek pracujących w instytucjach ochrony zdrowia jak również infrastruktura zdrowotna. W 2014 roku w regionie niekorzystnie kształtowała się liczba lekarzy, wartość wskaźnika była zdecydowanie niższa niż w innych województwach i wyniosła 35 osób według podstawowego miejsca pracy na 10 000 ludności. Niewystarczająca była również liczba pielęgniarek - wartość wskaźnika w 2014 roku była niższa niż w Polsce i wyniosła 55,7 przy wartości wskaźnika w kraju 57,6. Problemem regionu była także ograniczona dostępność do lekarzy specjalistów. Niedobory wśród kadry medycznej skutkowały ograniczeniem dostępu do świadczeń zdrowotnych i wydłużeniem czasu oczekiwania na wykonanie zabiegów medycznych. Biorąc pod uwagę liczbę porad udzielonych ambulatoryjnie w zróżnicowaniu na powiaty, najtrudniejsza sytuacja była w powiecie opolskim, w którym udzielało się najmniejszej liczby porad.

Kolejne wskaźniki świadczące o dostępności do usług zdrowotnych związane z infrastrukturą ochrony zdrowia kształtowały się następująco: woj. opolskie w 2014 roku dysponowało 3 oddziałami onkologicznymi, natomiast liczba łóżek na tych oddziałach wynosiła 98. Z kolei liczba oddziałów intensywnej terapii wynosiła 10, a liczba łóżek na tych oddziałach 80. W regionie w 2014 roku istniały 2 oddziały psychiatryczne, a liczba łóżek na tych oddziałach wynosiła 67. W ujęciu względnym wskaźnik był niższy niż przeciętnie w Polsce, podobnie było z anestezjologią i intensywną terapią – jako obszarami kluczowymi w opiece nad chorymi w stanie zagrożenia życia. Słabą stroną stanowił także niedobór infrastruktury w zakresie opieki pooperacyjnej. Z przeprowadzonej oceny zasobów aparaturowych w poszczególnych województwach wynikało, że w 2014 roku opolskie było jednym z czterech województw o najniższym wskaźniku nasycenia w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną. Pomimo, iż infrastruktura w zakresie specjalistycznych usług medycznych rozwijała się, wciąż występowały dysproporcje subregionalne w tym zakresie. Placówki medyczne posiadały przestarzały sprzęt, a działania promujące zdrowy tryb życia były zbyt mało zauważalne. Wobec tego w ramach OP X w Działaniu 10.1 zaoferowano wsparcie inwestycyjne w zakresie infrastruktury i wyposażenia podnoszącego wydajność leczenia chorób cywilizacyjnych, (w tym nowotworów złośliwych) oraz w infrastrukturę w zakresie anestezjologii oraz intensywnej terapii w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych.

Szczególne znaczenie dla starzejącej się populacji regionu ma dostępność do opieki długoterminowej, hospicyjnej i paliatywnej. W 2014 roku w momencie rozpoczęcia RPO WO

⁹Od 2017 wsparcie nie jest realizowane w ramach RPO WO 2014-2020 ponieważ jest ono refundowane przez NFZ.

2014-2020 na oddziałach geriatrycznych w woj. opolskim było zaledwie 66 łóżek, co w porównaniu do liczby osób w wieku poprodukcyjnym oraz prognozowanego wzrostu liczby tych osób było niewystarczające do potrzeb. Hospicja stacjonarne dysponowały 41 łózkami, a liczba pacjentów objętych stacjonarną długoterminową opieką paliatywną wynosiła 603 osoby. W związku z rosnącymi potrzebami również w ramach OP X w Działaniu 10.1 zaoferowano wsparcie inwestycyjne w zakresie infrastruktury i wyposażenia w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w opiece nad osobami starszymi również z niepełnosprawnościami. Generalnie do realizacji wyznaczonych celów w OP X wskazano do realizacji typy projektów inwestycyjnych ukierunkowanych na poprawę jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia, zakładające przebudowę infrastruktury medycznej oraz wprowadzające do użytku nowe technologie i sprzęt medyczny wspierający pomoc osobom potrzebującym opieki medycznej (np. teleporady, technologie e-zdrowia), które w późniejszym okresie uzupełniono o formy wsparcia związane z walką z pandemią COVID-19, która doprowadziła do pogorszenia sytuacji osób zagrożonych ubóstwem ze względu na słabą dostępność do świadczeń diagnostycznych, świadczeń rehabilitacji leczniczej zarówno w warunkach stacjonarnych (szpitalnych i oddziału dziennego), jak również ambulatoryjnych i domowych oraz wydłużyła czas oczekiwania na ich realizację¹⁰. Realizowane w ramach Programu działania miały zatem za zadanie wesprzeć pacjenta w powrocie do sprawności sprzed choroby, a co za tym idzie wesprzeć system opieki zdrowotnej w zakresie poprawy dostępności do rehabilitacji medycznej w regionie.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że na podstawie oceny sytuacji społeczno-demograficznej regionu, zidentyfikowanych problemów społecznych i wynikających z nich potrzeb zarówno w Działaniu 8.1 jak i Działaniu 10.1 jasno i prawidłowo określono ogólny cel jakim było generalne zwiększenie dostępności usług zdrowotnych i podniesienie jakości świadczeń oraz cele szczegółowe takie jak: odnowa, rozbudowa oraz remont infrastruktury opieki zdrowotnej, wymiana i zakup nowego sprzętu medycznego, wprowadzenie nowych technologii teleinformatycznych, a także walka z pandemią COVID-19 oraz jej przeciwdziałanie. Jako docelowi beneficjenci tych działań prawidłowo dobrane zostały, przede wszystkim osoby z grupami chorób, które zostały zidentyfikowane jako istotne przyczyny dezaktywizacji, osoby szczególnie narażone na problemy zdrowotne, a więc osoby starsze, matki z dziećmi, osoby narażone na skutki pandemii COVID-19, czy osoby wykluczone.

Sytuacja w obszarze pomocy społecznej.

Zjawisko wykluczenia społecznego było w regionie kształtowane przez różnego rodzaju determinanty (społeczne, gospodarcze i demograficzne), których wpływ prowadził nie tylko do zwiększania się jego rozmiarów, ale również do powstawania jego nowych form. W 2014 w województwie wartość wskaźnika wyrażanego liczbą osób, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej na 10 tys. ludności wynosiła 397,3, co usytuowało region na trzecim od końca miejscu wśród pozostałych województw. W omawianym roku z powodu narkomanii

¹⁰ Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020. Wersja nr 7.Opole, listopad 2021, s. 27.

ze świadczeń rodzinnych korzystało w opolskim 90 osób. Natomiast z powodu alkoholizmu 2160 osób. Biorąc pod uwagę wewnątrzregionalne zróżnicowanie wskaźnika, najmniejszy odsetek osób korzystał z tego świadczenia w powiecie m. Opole 1,31 natomiast największy w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim 4,61.

Problem uzależnień bardzo często staje się przyczyną zaniedbywania obowiązków rodzinnych i zawodowych i prowadzi do rozpadu rodziny i utraty pracy. W 2014 liczba rodzin, którym udzielano pomocy z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych zwiększała się i wyniosła 5014 rodzin¹¹. Jednocześnie w omawianym roku w porównaniu do roku poprzedzającego liczba podmiotów rodzinnej pieczy zastępczej (głównie rodzin spokrewnionych z dzieckiem) spadła z 1143 do 1102¹², wzrosła natomiast liczba rodzinnych domów dziecka (z 17 do 18) oraz zastępczych rodzin zawodowych (z 32 do 36)¹³.

W odpowiedzi na zaistniałe potrzeby w Działaniu 8.1 zaprojektowano wsparcie, którego realizacja miała skutkować zwiększeniem liczby usług społecznych świadczonych w regionie zarówno w formach instytucjonalnych jak i zdeinstytucjonalizowanych a także przewidziano zróżnicowane formy pomocy dla rodzin przeżywających problemy opiekuńczo-wychowawcze takie jak: asystentura rodzinna, rodziny wspierające, konsultacje i poradnictwo specjalistyczne, w tym prawno-obywatelskie, pomoc prawna w zakresie prawa rodzinnego, terapia i mediacje, usługi dla rodzin z dziećmi, w tym usługi opiekuńcze i specjalistyczne oraz spotkania, mające na celu wymianę doświadczeń oraz zapobieganie izolacji.

Wsparcie kierowane do rodzin stojących w obliczu zagrożenia utraty możliwości opieki nad dziećmi miało również na celu z pomoc w opiece i wychowaniu dziecka między innymi w poprzez usługi świadczone w placówkach wsparcia dziennego w formie opiekuńczej i specjalistycznej oraz w formie pracy podwórkowej.

Ponadto ponieważ sytuacja w regionie charakteryzowała się także niekorzystną sytuacją w zakresie czasu przebywania dzieci w pieczy zastępczej i w domach dziecka, a wysoki odsetek dzieci pozostawał w tych formach opieki często do uzyskania pełnoletności, w omawianym Działaniu przewidziano także formy wsparcia prowadzące do odejścia od opieki instytucjonalnej takie jak: kształcenie kandydatów na rodziny zastępcze oraz prowadzących rodzinne domy dziecka i dyrektorów placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego oraz doskonalenie osób sprawujących rodzinną pieczę zastępczą a także usługi aktywnej integracji, w szczególności o charakterze społecznym i zawodowym oraz indywidualne programy usamodzielniania realizowane w mieszkaniach o charakterze wspomagany/chronionym dla osób opuszczających pieczę zastępczą.

Kolejny problem dotyczył zapotrzebowania na szeroko rozumiane usługi opiekuńcze. W porównaniu do lat poprzednich w opolskim w 2014 roku do 9416 osób zwiększyła się liczba ubogich z niepełnosprawnościami, którym udzielono świadczeń pomocy społecznej, a

¹¹ Ocena zasobów pomocy społecznej w województwie opolskim w 2014 roku. ROPS. Opole, maj 2015, s. 39.

¹² Ibid., s. 42.

¹³ Ibid., s. 42-43.

wykonane prognozy wskazywały na dalszy wzrost¹⁴. W zakresie wskaźników dotyczących korzystania ze świadczeń rodzinnych z powodu niepełnosprawności sytuacja w regionie była zróżnicowana: w 2014 roku najmniejszy odsetek osób 7,07% korzystał ze świadczeń rodzinnych w powiecie prudnickim, natomiast największy w powiecie strzeleckim 18,47%. Ponadto w omawianym roku w regionie funkcjonowało jedynie 7 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku oraz 78 mieszkań chronionych. Ich liczba była zatem dalece niewystarczająca w stosunku do potrzeb¹⁵. Pomimo, że w 2014 województwo opolskie roku zajmowało pierwsze miejsce w Polsce pod względem liczby miejsc w domach pomocy społecznej w stosunku do liczby mieszkańców: wskaźnik liczby miejsc na 10 tys. mieszkańców wyniósł 30,3 i wahał się od najniższego w powiecie krapkowickim (10,6) do najwyższego w powiecie głubczyckim (167,8, tj. prawie 168 miejsc na 10 tys. mieszkańców)¹⁶, a pomocą w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych objęto 2439 osób (w tym również osoby z zaburzeniami psychicznymi), to jednak prognozy wskazywały na dalszy wzrost potrzeb w tym zakresie¹⁷. Ponadto wśród wyzwań pojawiły się także problemy występowania niedoborów w zakresie liczebności poszczególnych typów ośrodków wsparcia (takich jak mieszkania chronione, Domy Pomocy Społecznej czy Środowiskowe Domy Samopomocy, które potęgował wzrastający popyt na usługi opiekuńcze wynikający ze starzenia się społeczeństwa. Mając na względzie zaobserwowane trendy w celu zwiększenia dostępności do usług społecznych w Działaniu 8.1., przewidziano także pomoc dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która zakładała rozwój zróżnicowanych form usług opiekuńczych (instytucjonalnych i rodzinnych), teleopieki, i systemów przywoławczych umożliwiających pozostanie w społeczności lokalnej a także . wspieranie opiekunów faktycznych (szkolenia, podnoszenie kompetencji i kwalifikacji).

Przeprowadzone na potrzeby RPO WO 2014-2020 diagnozy wskazywały, że województwo opolskie niewystarczająco wykorzystuje zasoby regionalnego rynku pracy i posiada niski wskaźnik zatrudnienia grup defaworyzowanych. Jak wynika z przeprowadzanych analiz charakterystyczną cechą opolskiego rynku pracy była określona struktura osób bezrobotnych w tym relatywnie częste zjawisko długotrwałego bezrobocia obserwowane, zwłaszcza wśród kobiet. W 2014r. stopa bezrobocia w regionie wyniosła (11,8%) i była zbliżona do średniej krajowej (11,4%). Jedynie na 4 lokalnych rynkach pracy (powiaty: m. Opole, strzelecki, oleski, krapkowicki) ukształtowała się ona na poziomie poniżej 10% (odpowiednio: 6,0%; 8,2%; 8,6%; 8,6%). Ponadto dane BAEL wskazują, że w omawianym roku stopa bezrobocia mężczyzn wynosiła w regionie 6,8%, natomiast kobiet 8,9%. Niewykorzystany potencjał zatrudnieniowy był również identyfikowany wśród osób z niepełnosprawnością, w 2014 r. bierność zawodowa obejmowała 31 tys. osób ze zróżnicowanymi niepełnosprawnościami¹⁸.

¹⁴ Ibid., s. 39.

¹⁵ Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej..., op., cit., s. 80.

¹⁶ Ibid., s. 68.

¹⁷ Ocena zasobów pomocy społecznej..., w 2014 roku, op., cit., s. 50.

¹⁸ Dane średnioroczne wg. BAEL.

W regionie pomimo poprawy na niższym poziomie niż przeciętnie w kraju kształtowały się także dochody ludności. W Polsce w 2014 r., spośród przyjętych miar ubóstwa względem stanu notowanego w 2012 r. największy wzrost dotyczył odsetka osób w gospodarstwach domowych żyjących poniżej ustawowej granicy ubóstwa o 5p. proc., w województwie opolskim analogicznie o 5,7 p. proc.”¹⁹. Najmniejsze różnice odnotowano w zakresie relatywnej granicy ubóstwa (w Polsce odsetek liczby osób w gospodarstwach domowych spadł z 16,3% do 16,2%, a w woj. opolskim wzrósł z 9,9% do 14,0%). Natomiast skrajne ubóstwo wzrosło średnio w kraju z 6,8% do 7,4%, a w woj. opolskim z 4,7 do 8,0%²⁰. Ponadto w 2014 roku liczba podmiotów, zajmujących się reintegracją społeczno-zawodową (CIS, KIS, WTZ i ZAZ) wynosiła w opolskim 28, co było dalece niewystarczające²¹.

W odpowiedzi na scharakteryzowane powyżej zróżnicowane problemy w ramach Działania 8.2 Włączenie społeczne zaprojektowano wsparcie o charakterze społeczno-zawodowym, którego realizacja miała skutkować zwiększeniem zdolności i wzrostem gotowości do podjęcia zatrudnienia. W założeniu pomoc skierowano zarówno do osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym jak i do otoczenia tych osób oraz do społeczności lokalnych. Wsparcie świadczone w ramach kompleksowych programów aktywizacji społeczno-zawodowej w ramach których realizowano usługi aktywnej integracji o charakterze społecznym, edukacyjnym, zawodowym i zdrowotnym oraz w ramach usług reintegracji społecznej i zawodowej świadczonych z wykorzystaniem potencjału podmiotów reintegracyjnych (CIS, KIS, ZAZ, WTZ). W ramach Działania oferowano również usługi mające na celu kompleksową integrację dzieci i młodzieży wymagającej resocjalizacji i reintegracji oraz pomoc w zakresie tworzenia nowych podmiotów w ramach, których mogła być prowadzona aktywizacja społeczno-zawodowa, reintegracja społeczno-zawodowa oraz aktywizacja osób już usamodzielnianych oraz osób z niepełnosprawnościami.

Sytuacja w obszarze ekonomii społecznej.

Ekonomia społeczna to instrument uzupełniający otwarty rynek pracy. Podmioty ekonomii społecznej²² prowadzą działalność gospodarczą, której zyski mogą być przeznaczane na tworzenie miejsc pracy dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym długotrwale bezrobotnych, z niepełnosprawnościami, bezdomnych i zaburzonych psychicznie. Z badań przeprowadzonych na potrzeby analizy założeń Wieloletniego Planu Działań wynika, że w

¹⁹ Ocena zasobów pomocy społecznej w woj. opolskim w 2015 r. ROPS. Opole maj 2016, s. 23.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ocena zasobów pomocy społecznej..., 2014, op., cit., s. 90.

²² Podmioty ekonomii (gospodarki) społecznej zalicza się do tzw. trzeciego sektora (obok innych struktur nowoczesnego państwa, tj. sektorów prywatnego i publicznego), w której działają organizacje pozarządowe non profit (nie dla zysku), choć ściśle ich zdefiniowanie jest również trudne jak wyznaczenie jednolitej granicy między trzecim sektorem i pozostałymi dwoma sektorami. W odróżnieniu bowiem od organizacji pozarządowych podmioty ES funkcjonują zwykle w oparciu o zasadę nie tylko dla zysku (not only for profit) lub nie dla prywatnego zysku (not for private profit). Oznacza to, że zysk lub jakakolwiek nadwyżka finansowa winna być przekazywana na działalność statutową i wspierać realizowaną przez nie misję społeczną. Za: Defourny, P. Develtere, Ekonomia społeczna: ogólnoswiatowy trzeci sektor, [w:] Trzeci sektor dla zaawansowanych. Współczesne teorie trzeciego sektora – wybór tekstów, Stowarzyszenie Klon/Jawor: Warszawa, 2006, s. 15, w: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2019 roku. Opole, czerwiec 2020, s. 112-113.

2014 roku sektor ekonomii społecznej w regionie był słabo rozwinięty²³. W województwie funkcjonowało 281 szeroko rozumianych podmiotów ekonomii społecznej, w tym:

- 171 organizacji pozarządowych prowadzących działalność gospodarczą lub odpłatną działalność pożytku publicznego (13 fundacji i 158 stowarzyszeń);
- 30 spółdzielni pracy (inwalidów);
- 18 zakładów pracy chronionej;
- 15 warsztatów terapii zajęciowej;
- 13 klubów integracji społecznej;
- 2 zakłady aktywności zawodowej;
- 2 centra integracji społecznej
- 30 spółdzielni socjalnych, z których połowa powstała w 2014 roku²⁴.

Średnio na 100 tys. mieszkańców województwa, przypadało zatem 26 podmiotów ekonomii społecznej, a wskaźnik ten wahał się od 7 w powiecie namysłowskim gdzie było ich najmniej do 101 w mieście Opolu, gdzie występowała ich największa liczba.

Jednym z kluczowych podmiotów ekonomii społecznej są spółdzielnie socjalne. W 2014 r. tego typu podmioty znajdowały się we wszystkich powiatach woj. opolskiego, za wyjątkiem powiatu namysłowskiego, przy czym ich największa koncentracja występowała w powiecie kluczborskim (8). Zdecydowana większość opolskich spółdzielni socjalnych korzystała z zewnętrznych źródeł finansowania, czyli dotacji unijnych lub krajowych, a najważniejszymi problemami były wówczas brak wystarczającej wiedzy otoczenia społeczno-gospodarczego o zasadach ich funkcjonowania oraz brak narzędzi finansowania zewnętrznego w postaci pożyczek, poręczeń i kredytów bankowych²⁵.

Istotnym instrumentem polityki społecznej w zakresie aktywnej integracji i zwiększania spójności społecznej są również Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej które jako j wyodrębnione organizacyjnie i rachunkowo jednostki realizują: usługi wsparcia ekonomii społecznej w zakresie:

- wsparcia finansowego dla *powstających podmiotów ekonomii społecznej*, (w tym m.in. finansowanie założenia/przystąpienia/zatrudnienia w spółdzielni socjalnej),
- świadczenia usług dla wsparcia ekonomii społecznej, (w tym usług animacyjnych, inkubacyjnych i *dla istniejących podmiotów ekonomii społecznej*, zgodnie z podziałem przyjętym w ramach KPRES),
- wsparcia *dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym* za pośrednictwem podmiotów ekonomii społecznej,
- podnoszenia kwalifikacji i doświadczenia zawodowego *pracowników podmiotów ekonomii społecznej*²⁶.

²³Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2016–2022. Opole 2016, s. 33-35. [Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2016-2022 .pdf](#) (data dostępu 06.09.2022).

²⁴ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2014 roku. Opole, maj 2015, s. 89.

²⁵ Ibidem, s. 91.

²⁶ Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej..., op., cit., s. 32.

Od 2013 roku²⁷ w woj. opolskim funkcjonował podział na trzy subregiony, w których działały Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej (*subregion północny* z powiatami: brzeskim, kluczborskim, namysłowskim i oleskim, *subregion środkowy* obejmujący powiaty: opolski, nyski, prudnicki i miasto Opole, oraz *subregion południowy*, w skład którego wchodziły powiaty: głubczycki, kędzierzyńsko-kozielski, krapkowicki i strzelecki). W *subregionie północnym* OWES był prowadzony przez Lidera Spółdzielnię Socjalną Usługowo-Handlowo-Produkcyjną w Byczynie w partnerstwie z Gminą Byczyna, Powiatem Kluczborskim i Stowarzyszeniem Animacji Lokalnej ARKONA w Byczynie; w *subregionie środkowym* w latach 2013-2014 OWES był prowadzony przez Wyższą Szkołę Zarządzania i Administracji w Opolu w partnerstwie z Gminą Tarnów Opolski, a od 2015 roku przez Lidera Opolskie Centrum Wspierania Inicjatyw Pozarządowych w partnerstwie z Wyższą Szkołą Zarządzania i Administracji w Opolu; natomiast w *subregionie południowym* funkcjonował OWES prowadzony przez Lidera Miejski Klub Sportowy SUPLES w Krapkowicach w partnerstwie z Powiatem Krapkowie. Na podstawie rekomendacji Komitetu Akredytacyjnego do spraw systemu akredytacji oraz standardów usług i działania Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej, Minister Pracy i Polityki Społecznej przyznał OWES-om w woj. opolskim status Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej Wysokiej Jakości, co oznaczało, że jakość usług oraz wsparcia, które było przez nie świadczone została pozytywnie zweryfikowana²⁸.

Kontekst uruchomienia interwencji

Opracowana logika interwencji w zakresie zdrowia i wykluczenia społecznego została oparta na założeniach i zapisach unijnych, krajowych i regionalnych dokumentów strategicznych, które precyzowały założenia, szczegółowe cele oraz oczekiwane efekty w zakresie obydwu analizowanych obszarów.

Obszar ochrony zdrowia

W kwestii celów zapisanych w Strategii Europa 2020²⁹ związanych ze zdrowiem należy się odwołać do projektu pt. Unia Innowacji, którego celem przewodnim było wykorzystywanie działalności badawczo-rozwojowej i innowacyjnej do rozwiązywania takich problemów jak [...] zdrowie oraz zmiany demograficzne [...]³⁰. W innych dokumentach UE dokonano konkretyzacji celów strategicznych uwzględniając cel strategiczny 3: Zapewnienie zdrowego życia wszystkim ludziom w każdym wieku oraz promowanie dobrobytu³¹ oraz uwzględniono

²⁷OWES –y powstały w 2013 r. w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytet VII Promocja Integracji Społecznej, Działanie 7.2.Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej, Poddziałanie 7.2.2 Wsparcie ekonomii społecznej, w: Ibidem.

²⁸ Ibidem. W 2017 r. z uwagi na fakt, iż Opolskie Centrum Wspierania Inicjatyw Pozarządowych nie korzystało ze środków EFS w ramach działania 8.3 RPO WO zaplanowano wybór nowego operatora wsparcia, czyli takiego OWES, który świadczyłby usługi wsparcia ES z wykorzystaniem środków RPO w rozumieniu KPRES. W tym celu subregion środkowy został podzielony na dwa wewnętrzne obszary: obszar obejmujący miasto Opole i powiat opolski-ziemski, oraz obszar obejmujący powiaty: nyski i prudnicki. Podział ten został wprowadzony na potrzeby konkursu, który miał wyłonić nowego operatora, do czego nie doszło.

²⁹ Komisja Europejska. Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu. Komunikat Komisji. Bruksela, 3.3. 2010. KOM (2010) 2020, s. 1-37. Wersja ostateczna [EN \(europa.eu\)](#) (data dostępu 10.02.2022).

³⁰Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), COM(2018) 382, s. 32-34, [Rozporządzenie projekt EFS plus COM 2018 382 30 05 2018 PL.pdf](#), (data dostępu 10.02.2022), s. 25. .

³¹ Ibidem.

Program UE w dziedzinie zdrowia, który dotyczył trzech najważniejszych obszarów: transgranicznych zagrożeń zdrowia, poprawy korzyści oraz ułatwienia wymiany i wdrażania najlepszych praktyk:

- Komponent „Zdrowie” EFS+ powinien się przyczyniać do profilaktyki zdrowotnej przez całe życie obywateli Unii i do promocji zdrowia przez działania dotyczące czynników ryzyka dla zdrowia, takich jak: palenie tytoniu i narażenie na wtórny dym tytoniowy, szkodliwe używanie alkoholu, stosowanie niedozwolonych środków odurzających, szkodliwe dla zdrowia skutki zażywania narkotyków, niezdrowe nawyki żywieniowe i brak aktywności fizycznej, a także wspierać środowisko sprzyjające zdrowemu stylowi życia, uzupełniając działania państw członkowskich zgodnie z właściwymi strategiami.
- Komponent „Zdrowie” EFS+ powinien upowszechniać efektywne modele zapobiegania chorobom, innowacyjne technologie i nowe modele i rozwiązania biznesowe, aby przyczyniać się do innowacyjnych, wydajnych i trwałych systemów ochrony zdrowia w państwach członkowskich i ułatwiać Europejczykom dostęp do lepszej i bardziej bezpiecznej opieki zdrowotnej³².

W korespondencji ze Strategią Europa 2020 na problem zdrowia, podobnie jak i wykluczenia społecznego zwracały uwagę wszystkie opracowywane wówczas dokumenty krajowe: Sprawne państwo 2020, Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030, Strategia Rozwoju kraju Polska 2020, Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego, Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa oraz program Kierunki informatyzacji e-zdrowie na lata 2011-2015.

Dwa najważniejsze to: Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR) i Strategia Rozwoju Regionalnego. Kwestie zdrowia ujęte w tych dokumentach były związane z nową wizją rozwojową, opierająca się na rozwoju odpowiedzialnym, a więc takim, który prowadzi do wzrostu spójności w wymiarze społecznym, ekonomicznym, środowiskowym i terytorialnym. W dokumentach tych przewidziano działania zmierzające do poprawy dostępności usług medycznych świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne (starzenie się społeczeństwa). Odpowiadając na wyzwania sformułowane w dokumentach europejskich i krajowych problematyka ochrony zdrowia zajęła ważne miejsce w dokumentach opracowanych na szczeblu regionalnym. Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 roku (uchwalona przez Sejmik Województwa Opolskiego 28 grudnia 2012 r.) jako nadrzędne cele rozwojowe regionu wskazała: rozwój usług publicznych (zdrowotnych, społecznych) i zwiększenie do nich dostępu. W związku z tym, jako instrument realizacji szczegółowych celów związanych z ochroną zdrowia zostały opracowane dwa dokumenty: Strategia ochrony zdrowia dla województwa opolskiego 2014-2020 oraz Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego. Problematykę zdrowotną uwzględniono również w Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016–2025, szczególnie w części diagnostycznej wskazując szereg obszarów, które wyznaczają cele strategiczne w zakresie

³² Ibid., s. 8.

odpowiadającym działaniom podejmowanym przez służby społeczne. Uzupełnieniem Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020 były także programy wojewódzkie: program pomocy i integracji społecznej; przeciwdziałania przemocy w rodzinie; profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; przeciwdziałania narkomanii. Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014–2020, jako dokument wykonawczy SRWO wyznaczał szczegółowe obszary wsparcia związane z integracją społeczną, w tym ze zdrowiem i infrastrukturą społeczną, wynikające z unijnych krajowych i regionalnych dokumentów strategicznych i programów sektorowych oraz precyzował działania mające na celu niwelowania zjawiska wykluczenia społecznego w regionie. RPO WO 2014-2020 był programem dwufunduszowym (EFRR i EFS), łączącym w sobie interwencję Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Zapisy Programu odpowiadały na główne wyzwania zdefiniowane w dokumentach strategicznych UE, w tym przede wszystkim w Strategii Europa 2020, ale jednocześnie zwracały uwagę na regionalne uwarunkowania określone w Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 roku. Celem głównym programu był długofalowy, inteligentny i zrównoważony rozwój oraz wzrost jakości życia mieszkańców regionu poprzez wykorzystanie i wzmocnienie jego potencjałów oraz systematyczne i intensywne ograniczanie negatywnego wpływu barier rozwojowych, który całkowicie korespondował z celami głównymi unijnych i krajowych dokumentów strategicznych, podobnie jak szczegółowo określone działania na rzecz niwelowania zjawiska wykluczenia społecznego zapisane w Osi Priorytetowej VIII Integracja społeczna oraz Osi Priorytetowej X Inwestycje w infrastrukturę społeczną. Celem głównym OP VIII było zmniejszenie obszarów wykluczenia społecznego i niwelowanie dysproporcji społecznych, między innymi w dostępie do usług zdrowotnych, poprzez Cel szczegółowy 1: Zwiększenie liczby świadczonych usług zdrowotnych i społecznych w regionie, a w OP X szczególne znaczenie miał Cel szczegółowy 2 Lepsze dostosowanie infrastruktury zdrowotnej do wyzwań demograficznych regionu.

Województwo opolskie, podobnie jak inne regiony UE, w sposób bezprecedensowy zostało dotknięte kryzysem gospodarczym, społecznym i zdrowotnym, będącym skutkiem pandemii COVID-19, który doprowadził do pogorszenia sytuacji osób zagrożonych ubóstwem, a tym samym spowodował zmniejszenie spójności wewnątrzregionalnej. W związku z tym nastąpiła konieczność rozszerzenia programu o OP XII w ramach, której działania były finansowane ze środków realizujących Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności, który był centralnym elementem Next Generation EU³³. Celem tego Instrumentu było wsparcie państw członkowskich w przeciwdziałaniu skutkom społeczno-ekonomicznym pandemii COVID-19 oraz wsparcie ich ekologicznej i cyfrowej transformacji³⁴, aby zwiększyć ich odporność na kryzys. W związku z tym w ramach RPO WO 2014-2020 zaplanowano realizację przedsięwzięć

³³ Regionalny Program..., op., cit., s. 26.

³⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2020/2221 z dnia 23 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do zasobów dodatkowych i przepisów wykonawczych w celu zapewnienia pomocy na wspieranie kryzysowych działań naprawczych w kontekście pandemii COVID-19 i jej skutków społecznych oraz przygotowanie do ekologicznej i cyfrowej odbudowy gospodarki zwiększającej jej odporność (REACT-EU).

infrastrukturalnych na rzecz przyspieszenia transformacji również w obszarze zdrowia, których celem korespondującym z w/w instrumentem było wsparcie systemu opieki zdrowotnej w zakresie poprawy dostępności do rehabilitacji medycznej w regionie oraz pomoc pacjentom w powrocie do sprawności sprzed choroby³⁵.

Obszar pomocy i ekonomii społecznej

Zjawisko wykluczenia społecznego jest najczęściej definiowane w kategoriach nieuczestniczenia bądź niezdolności do uczestnictwa jednostek w ważnych aspektach życia zbiorowego charakterystycznych dla danego społeczeństwa. Wykluczenie społeczne, obok takich problemów jak ubóstwo i bezrobocie, z którymi jest silnie związane, jest uznawane za jedno z ważniejszych wyzwań, jakim muszą sprostać państwa członkowskie Unii Europejskiej, ponieważ wpływa ono na jakość kapitału społecznego, ogranicza aktywność i mobilność mieszkańców, także ich przedsiębiorczość oraz powoduje wzrost kosztów funkcjonowania sektora pomocy społecznej. Znaczenie i wagę zjawiska wykluczenia społecznego potwierdzają zapisy dokumentów UE, w tym podstawowego dokumentu EUROPA 2020 Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu³⁶, w którym sformułowano 3 nowe priorytety oraz 5 nowych celów rozwojowych dla państw członkowskich:

- rozwój inteligentny: rozwój gospodarki opartej na wiedzy i innowacji;
- rozwój zrównoważony: wspieranie gospodarki efektywniej korzystającej z zasobów, bardziej przyjaznej środowisku, bardziej konkurencyjnej,
- rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu: wspieranie gospodarki o wysokim poziomie³⁷.

Z problematyką wykluczenia społecznego silnie powiązany jest ostatni z wymienionych celów Strategii. W ramach tego celu UE przyjęła, że podjęcie wysiłki ukierunkowane na osiągnięcie do 2020 roku celów szczegółowych, zakładających m.in. ograniczenie ubóstwa i wykluczenia społecznego zapewniających spójność społeczną i terytorialną poprzez ograniczanie liczby Europejczyków żyjących poniżej krajowej granicy ubóstwa o 25,0%, co oznaczało wydobycie z ubóstwa ponad 20 mln osób oraz podniesienie poziomu wykształcenia za pomocą ograniczenia wskaźnika przerywania nauki do 10,0% oraz zwiększenia do co najmniej 40,0% odsetka osób w wieku 30–34 lat posiadających wyższe wykształcenie³⁸. Wspólne Ramy Strategiczne, w których wyznaczono 11 celów tematycznych jako obszar wspólnych działań dla państw członkowskich realizowanych w ramach przyjętych funduszy UE uwzględniły 2 cele dotyczące polityki społecznej, na których powinny być oprzeć się krajowe strategie w zakresie pomocy społecznej i ekonomii społecznej. W celu realizacji założonych priorytetów i celów szczegółowych Komisja Europejska przedstawiła 7 projektów przewodnich, a wśród nich Europejski program walki z ubóstwem – „projekt na rzecz zapewnienia spójności

³⁵ Regionalny Program, op., cit., s. 28.

³⁶ Komisja Europejska. Europa 2020. Strategia na rzecz ..., op., cit.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid., s. 5.

społecznej i terytorialnej, tak aby korzyści płynące ze wzrostu gospodarczego i zatrudnienia były szeroko dostępne, a osoby ubogie i wykluczone społecznie mogły żyć godnie i aktywnie uczestniczyć w życiu społeczeństwa”³⁹. W innych dokumentach UE uwzględniono cel strategiczny 4: Europa o silniejszym wymiarze społecznym – wdrażanie Europejskiego filaru praw socjalnych⁴⁰. Dwadzieścia najważniejszych zasad filaru pogrupowano według trzech kategorii, które przyświecały działaniom prowadzonym w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)⁴¹.

W odpowiedzi na zapisy dokumentów europejskich problem wykluczenia społecznego uwzględnili wszystkie strategiczne dokumenty krajowe w tym: dwa najważniejsze Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR), ówczesnie najważniejszy w Polsce dokument rangi krajowej, wyznaczający kierunki rozwoju Polski w perspektywie średniookresowej oraz Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie⁴². Z SOR związana była nowa wizja rozwojowa, opierająca się na rozwoju odpowiedzialnym, a więc takim, który prowadzi do wzrostu spójności w wymiarze społecznym, ekonomicznym, środowiskowym i terytorialnym, bez umniejszania szans przyszłych pokoleń. Rozwój odpowiedzialny miał łączyć osiągnięcie celów gospodarczych z realizacją ważnych celów społecznych, takich jak: zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz ograniczenie różnych form nierówności. W ramach SOR przewidziano trzy cele szczegółowe, które w dużej mierze nawiązują do priorytetów unijnej Strategii Europa 2020:

- trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną;
- rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony;
- skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarczemu.

O ile pierwszy cel koncentrował się na tematyce gospodarczej, o tyle drugi cel był niemal w całości poświęcony zagadnieniom społecznym, w tym problemowi wykluczenia społecznego. W ramach tego celu przewidziano osiągnięcie spójności społecznej. W SOR podkreślano konieczność redukcji ubóstwa i wykluczenia społecznego, poprawy dostępności usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne oraz zwiększenia wykorzystania potencjału kapitału ludzkiego na rynku pracy. Szczegółowe cele dotyczące wykluczenia społecznego zostały również sformułowane w takich dokumentach rangi krajowej jak:

³⁹ Dokumenty: Szósty raport na temat spójności gospodarczej i społecznej i terytorialnej oraz Europejska Platforma Współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: europejskie ramy na rzecz spójności społecznej i terytorialnej, w: *Ibid.*, s. 6, s. 35.

⁴⁰ Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiające **wspólne przepisy** dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu i Migracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu na rzecz Zarządzania Granicami i Wiz **COM(2018) 37**.

⁴¹ Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), COM(2018) 382, s. 32-34, [Rozporządzenie projekt EFS plus COM 2018 382 30 05 2018 PL.pdf](#), (data dostępu 10.02.2022).

⁴² Dokument przyjęty przez Radę Ministrów dnia 25 września 2012 r.

Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020; Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej (2014-2020) (obecnie Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności społecznej) oraz Długofalowa Polityka Senioralna Polski na lata 2014–2020.

Problem wykluczenia społecznego był również wyraźnie dostrzegany na szczeblu regionalnym ze względu na utrzymujące się problemy demograficzne regionu i postępujące starzenie regionalnego społeczeństwa. Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 roku (uchwalona przez Sejmik Województwa Opolskiego 28 grudnia 2012 r.) precyzowała nadrzędne zadania dla województwa opolskiego poprzez sformułowanie 10 celów strategicznych. Pierwszy cel strategiczny Konkurencyjny i stabilny rynek pracy wśród sprecyzowanych celów operacyjnych zawierał dwa ważne cele:

- 1.4 Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i ubóstwu.
- 1.5. Rozwój usług opiekuńczych i wychowawczych⁴³.

Zadania przypisane samorządowi terytorialnemu, w tym samorządowi województwa, wymagały opracowania dokumentów regionalnych mających status autonomicznych programów wojewódzkich lub strategii sektorowych takich jak: Wojewódzka Strategia w zakresie Polityki Społecznej na lata 2016–2025 oraz Regionalny plan działań na rzecz zatrudnienia (coroczny program), a także Program współpracy Samorządu Województwa Opolskiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego (coroczny program)⁴⁴. W Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej jako cel główny wskazano: Wspieranie działań i rozwój instytucji służących zabezpieczeniu podstawowych potrzeb mieszkańców województwa opolskiego, a także integracja społeczeństwa regionu poprzez wzmocnienie aktywności mieszkańców i współdziałanie instytucji publicznych, komercyjnych oraz organizacji pozarządowych⁴⁵ określając jednocześnie 5 celów strategicznych wśród których wyróżniono cele operacyjne dotyczące włączenia społecznego oraz rozwoju ekonomii społecznej. W związku z realizacją celów strategicznych rozwoju województwa opolskiego opracowano także lub zaktualizowano 5 komplementarnych programów wojewódzkich: pomocy i integracji społecznej; przeciwdziałania przemocy w rodzinie; profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; przeciwdziałania narkomanii oraz rozwoju ekonomii społecznej⁴⁶. Jako jeden z instrumentów realizacji Strategii został opracowany Program Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim do 2020 roku; obecnie program „Opolskie dla rodziny”, wyznaczający szczegółowe obszary wsparcia również związane procesami wykluczenia społecznego i ubóstwa, w tym: Pakiet IV Złota jesień w ramach, którego podejmowano działania służące rozwojowi nowoczesnych, specjalistycznych usług i

⁴³ Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 roku, Opole 28 grudnia 2012, s. 87.

⁴⁴ Strategia w zakresie Polityki Społecznej na lata 2016–2025. Opole, grudzień 2015, s. 11-12. rops-opole.pl/wp-content/uploads/strategie_i_programy/STRATEGIA_POLITYKI_SPOLECZNEJ_2016-2025.pdf (data dostępu 22.02.2022).

⁴⁵ Ibid., s. 88.

⁴⁶ Ibid., s. 11.

placówek dedykowanych osobom starszym (w tym podniesienie ich jakości i dostępności)⁴⁷. Z wymienionymi dokumentami korespondował Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020, w którym stawiane cele w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, sformułowane w OP VIII oraz OP X wpisują się zarówno w określoną w SOR i KSRR politykę społeczną kraju jak i w najważniejsze wyzwania wskazane w dokumentach opracowanych dla poziomu regionalnego oraz w zaplanowane kierunki wsparcia z uwzględnieniem potencjałów oraz barier rozwojowych. W związku z tym jako cel główny OP VIII RPO WO 2014-2020 wskazano: zmniejszenie obszarów wykluczenia społecznego i niwelowanie dysproporcji społecznych, także w dostępie do usług społecznych (opiekuńczych, włączenia społecznego i wsparcia podmiotów ekonomii społecznej), do którego przypisano 3 cele szczegółowe:

- Cel szczegółowy 2: Zwiększenie liczby świadczonych usług społecznych w regionie.
- Cel szczegółowy 3: Wzrost gotowości do podjęcia zatrudnienia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w regionie dzięki aktywnej integracji.
- Cel szczegółowy 4: Wzrost zatrudnienia w ramach regionalnego sektora gospodarki społecznej.

Podobnie w OP X z pięciu przypisanych celów szczegółowych, dla problematyki wykluczenia społecznego szczególne znaczenie miał Cel szczegółowy 3: Lepsze dostosowanie infrastruktury społecznej do wyzwań demograficznych regionu.

Generalnie należy podkreślić, że RPO WO 2014-2020 w zakresie OP VIII oraz OP X był programem, który działał na rzecz aktywnego włączenia oraz ułatwienia dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym, a także wspierania przedsiębiorczości społecznej i integracji zawodowej w przedsiębiorstwach społecznych oraz ekonomii społecznej i solidarnej w celu ułatwienia dostępu do zatrudnienia. Wszystkie określone w dokumentach regionalnych działania zakładały szeroki zakres współpracy międzysektorowej na każdym poziomie aktywności lokalnej, w tym m.in. współpracę wszystkich instytucji publicznych (pomocy społecznej, ochrony zdrowia, sądownictwa, policji itp.), jak również współpracę z mieszkańcami, podmiotami komercyjnymi i III sektorem, uczestniczącymi w realizacji poszczególnych obszarów wsparcia. Tym samym obie osie priorytetowe w zakresie realizacji celów strategicznych i operacyjnych pozostawały w ścisłej korespondencji z dokumentami strategicznymi UE jak również krajowymi i regionalnymi dokumentami strategicznymi oraz strategiami sektorowymi i miały ograniczać skutki społeczne wywołane pandemią poprzez działania na rzecz poprawy dostępności do usług społecznych i opiekuńczych oraz ograniczać skutki wywołane pandemią w zakresie reintegracji społecznej i ekonomii społecznej.

⁴⁷ Program Specjalnej Strefy Demograficznej do 2020 roku. „Opolskie dla rodziny”. Zarząd Województwa Opolskiego, Opole 2014, s.43-44; [Program Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim](#) (data dostępu 22.02.2022).

Odtworzenie logiki interwencji

Z uwagi na wielowymiarowość zjawiska wykluczenia skuteczność interwencji, mającej na celu jego ograniczenie jest w dużej mierze uzależniona od komplementarnej realizacji działań na wielu płaszczyznach, których efektem oprócz wzrostu zatrudnienia muszą być ułatwienia w zakresie dostępu do usług publicznych (zdrowotnych i społecznych), pozwala to bowiem eliminować deficyty lub dysfunkcje osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, a także działać profilaktycznie, zapobiegając ich marginalizacji.

Mając na względzie powyższe ograniczanie procesu wykluczenia społecznego w województwie opolskim wymagało wdrożenia szerokiego wachlarza usług zdrowotnych i społecznych świadczonych zarówno w formach instytucjonalnych jak i zdeinstytucjonalizowanych, których realizacja skutkowałą by:

1. Poprawą dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz do specjalistycznych usług zdrowotnych, skierowanych przede wszystkim do noworodków, małych dzieci i ich matek oraz osób starszych, w tym z niepełnosprawnościami.
2. Rozwojem działań mających na celu zapobieganie chorobom cywilizacyjnym.
3. Wzrostem dostępu do kompleksowych usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych oraz potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym z niepełnosprawnościami, a także wspierających osoby sprawujące opiekę nad osobami starszymi.
4. Rozwojem usług wspierających aktywne starzenie się oraz tworzenie warunków sprzyjających samodzielnemu, niezależnemu i satysfakcjonującemu życiu.
5. Wzrostem dostępu do usług wspomagających rodziny naturalne w pełnieniu ról opiekuńczo-wychowawczych, w tym rodziny z dziećmi z niepełnosprawnościami, jak i rozwój usług skierowanych do dzieci i młodzieży umieszczonych w pieczy zastępczej.
6. Rozwojem działań na rzecz aktywnej integracji, w tym aktywizacji zawodowej oraz poprawiających zdolność do zatrudnienia wśród osób dotkniętych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.
7. Rozszerzeniem dotychczasowej sieci podmiotów ekonomii społecznej oraz zwiększenie ich efektywnego funkcjonowania, służącego tworzeniu trwałych i wysokiej jakości miejsc pracy.
8. Modernizacją infrastruktury usług zdrowotnych i społecznych.

Celem niniejszego rozdziału jest odtworzenie przyjętej w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Opolskiego logiki interwencji, polegającej na zilustrowaniu mechanizmu zmiany do której miała doprowadzić realizacja działań przewidzianych w ramach OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020.

Jak wynika z zapisów Programu zarówno w Osi Priorytetowej VIII „Integracja społeczna” jak i Osi Priorytetowej X „Inwestycje w infrastrukturę społeczną” skoncentrowano się na świadomie wyselekcjonowanych zagadnieniach, które zgrupowano w ramach czterech priorytetów inwestycyjnych.

W ramach priorytetów inwestycyjnych PI9(iv) Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, PI9(i) Włącznie społeczne oraz PI9 (v) Wsparcie podmiotów ekonomii społecznej finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego zaprojektowano działania, których wdrożenie miało skutkować zwiększeniem liczby świadczonych usług zdrowotnych i społecznych, wzrostem gotowości do podjęcia zatrudnienia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz wzrostem zatrudnienia w ramach regionalnego sektora gospodarki społecznej. Założone cele planowano osiągnąć poprzez:

1. Świadczenie usług zdrowotnych, w tym w szczególności ukierunkowanych na przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym oraz opiekę nad matką i dzieckiem.
2. Zintegrowane oraz zindywidualizowane programy realizowane w oparciu o ścieżkę reintegracji, obejmujące usługi aktywnej integracji o charakterze społecznym, edukacyjnym, zdrowotnym, zawodowym.
3. Wsparcie działalności w zakresie reintegracji zawodowej i społecznej, w szczególności prowadzonej przez takie podmioty jak Zakłady Aktywności Zawodowej, Kluby oraz Centra Integracji Społecznej, w tym rozwoju i upowszechniania zatrudnienia wspieranego.
4. Włączanie osób z niepełnosprawnościami w zajęcia na rzecz aktywizacji zawodowej, realizowane w warsztatach terapii zajęciowej poprzez finansowanie zajęć związanych z uczestnictwem w WTZ.
5. Tworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora pozarządowego, w tym zwłaszcza podmiotów ekonomii społecznej oraz tworzenie sieci powiązań między III sektorem, instytucjami publicznymi i społeczeństwem.

Natomiast w ramach priorytetu inwestycyjnego PI9a Modernizacja infrastruktury zdrowotnej i społecznej finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego przewidziano inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia oraz w infrastrukturę usług społecznych, których realizacja miała skutkować jej lepszym dostosowaniem do wyzwań demograficznych regionu. Aby osiągnąć założone cele ze środków PI9a finansowano remonty oraz wyposażenie w sprzęt bezpośrednio wykorzystywany przez mieszkańców województwa, w tym w szczególności przez osoby starsze oraz zagrożone wykluczeniem społecznym.

Ponadto w odpowiedzi na kryzys wywołany wystąpieniem pandemii COVID-19, której rozprzestrzenianie się generowało coraz bardziej widoczne i dotkliwe skutki dla mieszkańców dokonano uaktualnienia kierunków oraz celów prowadzonej w regionie polityki zdrowotnej i społecznej a także formuł realizacji interwencji, czego efektem było umożliwienie w ramach PI9(iv) oraz PI9a realizacji projektów przyczyniających się do zapobiegania rozprzestrzenianiu się koronawirusa oraz przeciwdziałających niekorzystnym skutkom pandemii COVID-19.

Celem zobrazowania związków przyczynowo skutkowych przyjętych w logice interwencji OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 w poniższej tabeli odtworzono założony w niej mechanizm zmiany i zilustrowano jak przy zaangażowaniu określonych zasobów i realizacji zaplanowanych działań, miały zostać osiągnięte określone efekty, które wywołają pozytywną

zmianę w zakresie rozwoju usług i infrastruktury ochrony zdrowia oraz pomocy i integracji społecznej.

Tabela 4 Logika interwencji Działań OP VIII i Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020.

<p>W związku z tym, że w regionie występują następujące problemy i potrzeby:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niska dostępność do usług zdrowotnych. 2. Niska dostępność do usług społecznych w tym usług opiekuńczych. 3. Niska dostępność zasobu mieszkaniowego dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. 4. Brak kompleksowej oferty wsparcia skierowanej do rodzin przeżywających problemy opiekuńczo- wychowawcze, w tym w sytuacji zagrożenia utraty możliwości opieki nad dziećmi. 5. Brak kompleksowej oferty wsparcia skierowanej do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ułatwiającej/umożliwiającej pozostanie w społeczności lokalnej. 6. Duża liczba osób starszych i z niepełnosprawnościami przebywających w instytucjach opieki długoterminowej, takich jak DPS-y. 7. Wysoki poziom zagrożenia wykluczeniem społecznym mierzony liczbą klientów pomocy społecznej. 8. Główna rola bezrobocia jako przyczyny zagrożenia wykluczeniem społecznym. 9. Wysoki udział chorych i z niepełnosprawnościami wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. 10. Niska dostępność podmiotów reintegracji społeczno – zawodowej. 11. Ograniczona dostępność oferty środowiskowej dla dzieci i młodzieży. 12. Słaby potencjał kadrowy, finansowy, sprzętowy i lokalowy PES. 13. Niewystarczające umiejętności pracowników kadr zarządzających PES zwłaszcza w obszarze działań biznesowych (sprzedaż, marketing, pozyskiwanie zleceń i źródeł finansowania). 14. Niski poziom wykształcenia i kwalifikacji zawodowych, brak kapitału i wiedzy pozwalającej na założenie działalności w sektorze ES. 15. Niewystarczająca widoczność PES wśród mieszkańców, JST, biznesu i innych podmiotów. 16. Niewystarczająca współpraca między różnymi PES, a także między PES i innymi podmiotami. 17. Niewystarczające zasoby infrastruktury ochrony zdrowia skutkujące niewystarczającą dostępnością i jakością usług zdrowotnych.
---	--

	<p>18. Niewystarczające zasoby infrastruktury pomocy społecznej skutkujące niewystarczającą dostępnością i jakością usług społecznych i reintegracyjnych.</p>
<p>...i dodatkowo występuje następujący kontekst/założenia:</p>	<p>Według ekonomicznych koncepcji wzrostu endogenicznego jakość kapitału ludzkiego, definiowanego jako „zasób wiedzy, umiejętności, zdrowia i energii witalnej zawartej w społeczeństwie”⁴⁸, wpływa na poziom wzrostu gospodarczego, a zmniejszanie nierówności warunkuje tempo tego wzrostu w długim okresie czasu.</p> <p>Zgodnie z powyższą koncepcją w przeprowadzonej diagnozie wyzwań, potrzeb i potencjałów obszarów/sektorów objętych RPO WO 2014-2020 zwrócono uwagę, że modernizacja infrastruktury i poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, a także działania na rzecz aktywnej integracji oraz wzmocnienia sektora regionalnej gospodarki społecznej wpłyną na podniesienie jakości tego kapitału.</p> <p>Tym samym bazująca na powyższych założeniach i przyjęta w dokumencie teoria bazowa, pozwoliła przyjąć założenie, że zrealizowanie postawionych celów mierzone stopniem osiągnięcia założonych wartości wskaźników wpłynie na ograniczenie występujących w regionie problemów oraz doprowadzi do poprawy sytuacji na opolskim rynku pracy.</p>
<p>...to jeżeli podejmiemy następujące działania obejmujące realizację następujących celów szczegółowych:</p>	<p>Cel szczegółowy: Zwiększenie liczby świadczonych usług zdrowotnych w regionie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Działania zapobiegające chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy skierowane do osób w wieku 6-65 lat. 2. Rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki medycznej nad osobami starszymi, w tym z niepełnosprawnościami. 3. Rozwój działań wpływających na poprawę stanu zdrowia osób starszych, w tym z niepełnosprawnościami. 4. Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem. 5. Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji personelu służb świadczących usługi zdrowotne dotyczące form zdeinstytucjonalizowanych. <p>Cel szczegółowy: Zwiększenie liczby świadczonych usług społecznych w regionie:</p>

⁴⁸ Domański S. R., *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1993, s.20.

1. Rozwój usług opiekuńczych nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
2. Poprawa dostępu do mieszkań o charakterze wspomaganych/chronionych.
3. Stworzenie kompleksowej oferty wsparcia skierowanej do rodzin, w tym:
 - - Działania profilaktyczne na rzecz prawidłowego funkcjonowania rodziny i odpowiedzialnego rodzicielstwa, w tym m.in. upowszechnianie usług rodzin wspierających, wspieranie kompetencji rodziców, w tym rodziców adopcyjnych i zastępczych.
 - - Usługi wsparcia i aktywizacji rodzin marginalizowanych, w tym usługa asystenta rodzinnego, konsultantów rodzinnych, mediatorów.
 - - Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej.
4. Rozwój działań umożliwiających osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozostanie w społeczności lokalnej.

Cel szczegółowy: Wzrost gotowości do podjęcia zatrudnienia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w regionie dzięki aktywnej integracji:

1. Kompleksowe programy aktywizacji społeczno-zawodowej realizujące usługi aktywnej integracji o charakterze społecznym, edukacyjnym, zawodowym i zdrowotnym.
2. Aktywizacja osób z niepełnosprawnościami poprzez WTZ.
3. Usługi reintegracji społecznej i zawodowej realizowane w ramach CIS, KIS, ZAZ.
4. Wsparcie tworzenia nowych podmiotów świadczących usługi aktywnej integracji.
5. Kompleksowa integracja dzieci i młodzieży wymagającej resocjalizacji i reintegracji.

Cel szczegółowy: Wzrost zatrudnienia w ramach regionalnego sektora gospodarki społecznej:

1. Wsparcie finansowe świadczone przez OWES.
2. Wsparcie doradcze, szkoleniowe i inkubacyjne świadczone przez OWES.
3. Wsparcie reintegracyjne.
4. Wsparcie promocyjne i animacyjne.
5. Działania promocyjne w ramach projektu koordynującego sektor ES.

	<p>6. Działania wspierające współpracę między PES oraz pomiędzy PES a innymi podmiotami w ramach projektu koordynującego sektor ES.</p> <p>Cel szczegółowy: Lepsze dostosowanie infrastruktury zdrowotnej do wyzwań demograficznych regionu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modernizacja infrastruktury wyposażenia podmiotów ochrony zdrowia. <p>Cel szczegółowy: Lepsze dostosowanie infrastruktury społecznej do wyzwań demograficznych regionu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modernizacja infrastruktury wyposażenia podmiotów pomocy i integracji społecznej.
<p>...przy następującym wkładzie zasobów:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Środki finansowe. <ol style="list-style-type: none"> a. Ogółem w wysokości 141 446 864 euro w tym: <ul style="list-style-type: none"> • Działanie 8.1: 65 448 890 euro. • Działanie 8.2: 11 854 878 euro. • Działanie 8.3: 4 784 69 euro. • Poddziałanie 10.1.1: 44 027 420 euro. • Poddziałanie 10.1.2: 15 331 407 euro. 2. Kadry, wiedza i zasoby beneficjentów. <ol style="list-style-type: none"> a. Podmioty działające w obszarze: <ul style="list-style-type: none"> • pomocy i integracji społecznej, • ochrony zdrowia, • ekonomii społecznej. b. Organizacje pozarządowe. c. Podmioty realizujące zadania związane z opieką nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. d. Przedsiębiorcy.
<p>...i następujących preferencjach, limitach i ograniczeniach określonych w:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020-zakres: Europejski Fundusz Społeczny. 2. Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 Zakres: Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego.
<p>...to w 2023 roku osiągniemy następujące efekty:</p>	<p><u>1. Obszar usług zdrowotnych i społecznych.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Produkty: <ul style="list-style-type: none"> • Objęcie usługami zdrowotnymi 12000 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

	<ul style="list-style-type: none"> • Objęcie usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym 11000 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. • Objęcie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym usługami asystenckimi i opiekuńczymi świadczonymi w społeczności lokalnej. • Objęcie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym usługami w postaci mieszkań chronionych i wspomaganych. • Objęcie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym usługami wspierania rodziny i pieczy zastępczej. • Objęcie 74 500 osób wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. • Objęcie wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID 765 podmiotów. • Wydatkowanie 20 000 000 na wydatki kwalifikowalne poniesione w działaniach związanych z pandemią COVID-19. • Wydatkowanie 10 0000 na zakup środków ochrony indywidualnej. • Wydatkowanie 4 300 000 na zakup sprzętu medycznego. • Zakup 2 karettek pogotowania i pojazdów na potrzeby reagowania kryzysowego. <p><u>b. Rezultaty:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 380 wspartych miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu programu. • 95% osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które deklarują wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS. • 2500 wspartych miejsc świadczenia usług społecznych, istniejących po zakończeniu programu. • 100 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy, uczestniczących w kształceniu lub szkoleniu zdobywających kwalifikacje, pracujących (łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek) po opuszczeniu programu. • Wzrost liczby osób z zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które opuściły opiekę instytucjonalną na rzecz usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej w programie.
--	--

- Stworzenie miejsc świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych istniejących po zakończeniu projektów.
- Stworzenie miejsc świadczenia usług w mieszkaniach wspomaganych i chronionych istniejących po zakończeniu projektów.
- Stworzenie miejsc świadczenia usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej istniejących po zakończeniu projektów.

2. Obszar aktywnej integracji.

a. Produkty:

- Objęcie wsparciem 3200 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
- Objęcie wsparciem 1000 osób z niepełno sprawnościami.

b. Rezultaty:

- 30,0% osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu.
- 25,0% osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy po opuszczeniu programu.
- 20,0% osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek).

3. Obszar gospodarki społecznej.

a. Produkty:

- Objęcie wsparciem 1 800 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
- Objęcie wsparciem 190 podmiotów ekonomii społecznej.

b. Rezultaty:

- 16,0% osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek).
- 225 miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych.

4. Obszar infrastruktury zdrowotnej i społecznej

a. Produkty:

- Wydatkowanie 84 280 240 na nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej.
- 77 wspartych ośrodków opieki nad osobami zależnymi.

	<ul style="list-style-type: none"> • Wydatkowanie 6 500 000 na zakup środków ochrony indywidualnej (CV 1). • Wydatkowanie 4 400 000 na zakup sprzętu medycznego (CV 2). • Wydatkowanie 150 000 na zakup leków związanych z testowaniem i leczeniem COVID-19 (CV 3). • Zakup 1 440 000 środków ochrony indywidualnej (CV 6). • Zakup 42 respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19 (CV 7). • Stworzenie 250 miejsc dodatkowej przestrzeni łóżkowej dla pacjentów chorych na COVID 19 (CV 8). • Wsparcie 19 podmiotów leczniczych w związku z pandemią COVID-19 (CV12). • Zakup 25 000 sztuk sprzętu medycznego innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory (CV13). • Wydatkowanie 11 500 000 na wydatki kwalifikowane w ramach działań związanych z pandemią COVID 19 (CV14). • Utworzenie 11 obiektów opieki nad dziećmi do 3 roku życia. <p>b. Rezultaty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objęcie 990 000 osób ulepszonymi usługami zdrowotnymi.
<p>... w wyniku których nastąpi następująca zmiana:</p>	<p>Wzrost jakości życia mieszkańców województwa opolskiego w wyniku:</p> <p>a) zwiększenia w regionie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych,</p> <p>b) zmniejszenia w regionie poziomu ubóstwa i niwelowana potencjalnych obszarów u wykluczenia społecznego,</p> <p>c) przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19, co jest zgodne z głównymi priorytetami Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego oraz zapisami strategii sektorowych.</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, wersja nr 7, Opole, listopad 2021; Diagnoza wyzwań, potrzeb i potencjałów obszarów/ sektorów objętych RPO WO 2014-2020, [Sekcja 1], Opole, listopad 2021; Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, zakres Europejski Fundusz Społeczny, wersja nr 47, Opole, listopad 2021; Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, zakres Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, wersja nr 53, Opole, maj 2022.

Ocena logiki interwencji

Jak wynika z przeprowadzonej analizy przesłanek oraz kontekstu, stanowiących podstawę dla zaprojektowania wsparcia, przyjęta w obszarze zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej logika interwencji stanowiła odpowiedź na zdiagnozowane w województwie opolskim wyzwania rozwojowe oraz wpisywała się w realizację celów sprecyzowanych w unijnych, krajowych i regionalnych dokumentach strategicznych.

Analiza odtworzonych i zobrazowanych z użyciem matrycy logicznej etapów jej wdrażania wskazuje również, że implementacja wsparcia na poziomie regionu dokonała się zgodnie z modelem teoretycznym dla wywołania określonej zmiany społecznej.

Rozpatrując kontekst wdrażania interwencji należy także zauważyć, że oddzielną i ważną kwestię stanowiła pandemia COVID-19, której skutki stanowiły nagły i nieoczekiwany impakt w zaprojektowany wcześniej mechanizm zmiany implikując konieczność wprowadzenia nowych form pomocy.

Bazując na zamieszczonych w dalszej części opracowania wynikach badań należy stwierdzić, że przewidziane w Działaniach 8.1, 8.2, 8.3 oraz w Poddziałaniach 10.1.1 i 10.1.2 typy i formy pomocy odpowiedziały na zróżnicowane potrzeby beneficjentów i ostatecznych odbiorców a przestrzenny rozkład wsparcia względnie korespondował z poziomem ich natężenia w przestrzeni regionu. Mając jednak na względzie, że działania ukierunkowane na rozwój sektora ekonomii społecznej realizowano głównie w powiecie kluczborskim. Natomiast projekty inwestycyjne z zakresu ochrony zdrowia w powiecie nyskim i m. Opole kwestia bardziej zrównoważonego rozkładu działań pomocowych powinna zostać rozważona w nowej perspektywie finansowej.

Zaprojektowana i uzupełniona o nowe formy wsparcia interwencja przyniosła pożądany efekt i przyczyniła się do wzrostu jakości życia mieszkańców województwa o czym świadczy fakt iż w okresie 2014-2020 zjawisko wykluczenia społecznego w regionie uległo znaczącemu ograniczeniu. Niemnie jednak należy zaznaczyć, że poprawa sytuacji w tym zakresie jest nie tylko wynikiem zastosowanej interwencji ale także efektem oddziaływania różnego rodzaju czynników, począwszy od dobrej koniunktury gospodarczej, poprzez spadek bezrobocia i wzrost przeciętnych wynagrodzeń brutto, a kończąc na uruchomieniu rządowego programu wspierającego rodziny (program Rodzina 500 plus) w wyniku, których zmieniły się w regionie źródła wykluczenia społecznego. Jeszcze w latach 90. XX wieku i w pierwszej dekadzie XXI wieku głównymi determinantami zjawiska wykluczenia społecznego były takie problemy jak: bezrobocie i ubóstwo. Aktualna sytuacja społeczno-gospodarcza, charakteryzująca się rekordowo niskim poziomem bezrobocia⁴⁹ i ograniczeniem sfery ubóstwa sprawia, że wymienione problemy nie odgrywają już tak znaczącej roli jak dawniej. Obecne uwarunkowania są raczej związane z indywidualnymi sytuacjami zdrowotnymi i rodzinnymi grup docelowych, jakkolwiek nadchodzący kryzys gospodarczy (inflacja) może mieć znaczny wpływ na zjawisko wykluczenia społecznego. Drugi ważny czynnik stanowi wojna w Ukrainie, która sprawia, że Polska staje się krajem przyfrontowym, z czym wiążą się określone konsekwencje związane z potencjalnymi procesami wykluczenia społecznego mogącego dotyczyć migrantów i uchodźców.

⁴⁹ Wg danych GUS w styczniu 2022r., stopa bezrobocia rejestrowanego wyniosła w Polsce 5,5% natomiast w sierpniu 4,8%

ROZDZIAŁ 3: WDROŻENIE INTERWENCJI OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020

Niniejszy rozdział ma na celu zobrazowanie i ocenę procesu wdrażania przyjętej w OP VIII i OP X logiki interwencji. Poniżej przedstawiamy zatem charakterystykę świadczonego wsparcia, oraz analizę poniesionych nakładów i efektów jakie osiągnięto.

Zgodnie z przyjętymi w Programie założeniami wsparcie świadczone w ramach OP VIII i OP X miało doprowadzić do ograniczenia problemu ubóstwa i wykluczenia społecznego w regionie poprzez świadczenie usług mających na celu:

1. Wzrost dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz do specjalistycznych usług zdrowotnych i podniesienie jakości opieki - PI 9(iv).
2. Zwiększenie dostępu do usług publicznych, w tym opiekuńczych wychowawczych i aktywizujących - PI 9(iv).
3. Realizację kompleksowych i indywidualnych programów aktywizacji społeczno-zawodowej - PI9(i).
4. Wsparcie działalności podmiotów ekonomii społecznej - PI9(v).
5. Modernizację infrastruktury zdrowotnej i społecznej i jej dostosowanie do wyzwań demograficznych regionu - PI9a.

Jak zobrazowano w poniższej tabeli na dzień realizacji badania w woj. opolskim podpisano umowy na realizację 348 projektów z czego do końca grudnia 2021r zrealizowano 104 projekty ukierunkowane na poprawę dostępu do usług zdrowotnych i społecznych 41 mających na celu reintegrację społeczno-zawodową poprzez świadczenie usług aktywnej integracji a także 3 wspierające rozwój sektora ekonomii społecznej oraz 88, których celem była modernizacja infrastruktury.

Tabela 5 Zestawienie umów na realizację projektów w podziale na Priorytety Inwestycyjne.

Priorytet inwestycyjny	Podpisane umowy	Projekty zakończone na dzień 31.12.2021	Projekty w trakcie realizacji
9(iv)	182	104	78
9(i)	52	41	11
9(v)	6	3	3
9a	108	88	20
Suma	348	236	112

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność.

Mając zatem na względzie skalę podjętych działań należy stwierdzić, że ewaluowana interwencja wywarła istotny wpływ na sytuację społeczną w regionie i w dużej mierze przyczyniła się do niwelowania zjawiska wykluczenia społecznego.

Zrealizowane działania

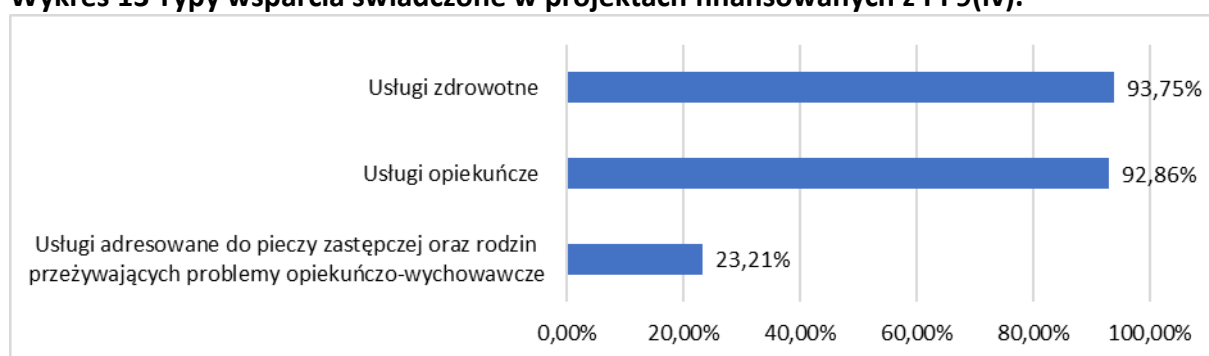
W celu sprawdzenia jakie typy usług, były oferowane ramach poszczególnych PI OP VIII i OP X oraz na ile świadczone wsparcie było dostosowane do zróżnicowanych potrzeb

ostatecznych odbiorców, zgodnie z przyjętym założeniem w zakresie doboru próby badawczej analizą objęto:

- w PI 9(iv) 112 projektów w tym 42 trwające i 70 zakończonych;
- w PI 9(i) 46 projektów w tym 3 trwające i 43 zakończone;
- w PI 9(v) 4 projekty w tym 3 trwające i 1 zakończony;
- w PI 9a 95 projektów w tym 14 trwających i 81 zakończonych.

Jak wynika z przeprowadzanej analizy formy pomocy świadczone w projektach, finansowanych z PI 9(iv), były ukierunkowane zarówno na wsparcie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa (93,75%) jak i świadczenie usług opiekuńczych (92,96%) oraz adresowanych do rodziny (23,21%).

Wykres 13 Typy wsparcia świadczone w projektach finansowanych z PI 9(iv).



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność. Procenty nie sumują się do 100 ponieważ jeden projekt mógł uwzględniać kilka form wsparcia.

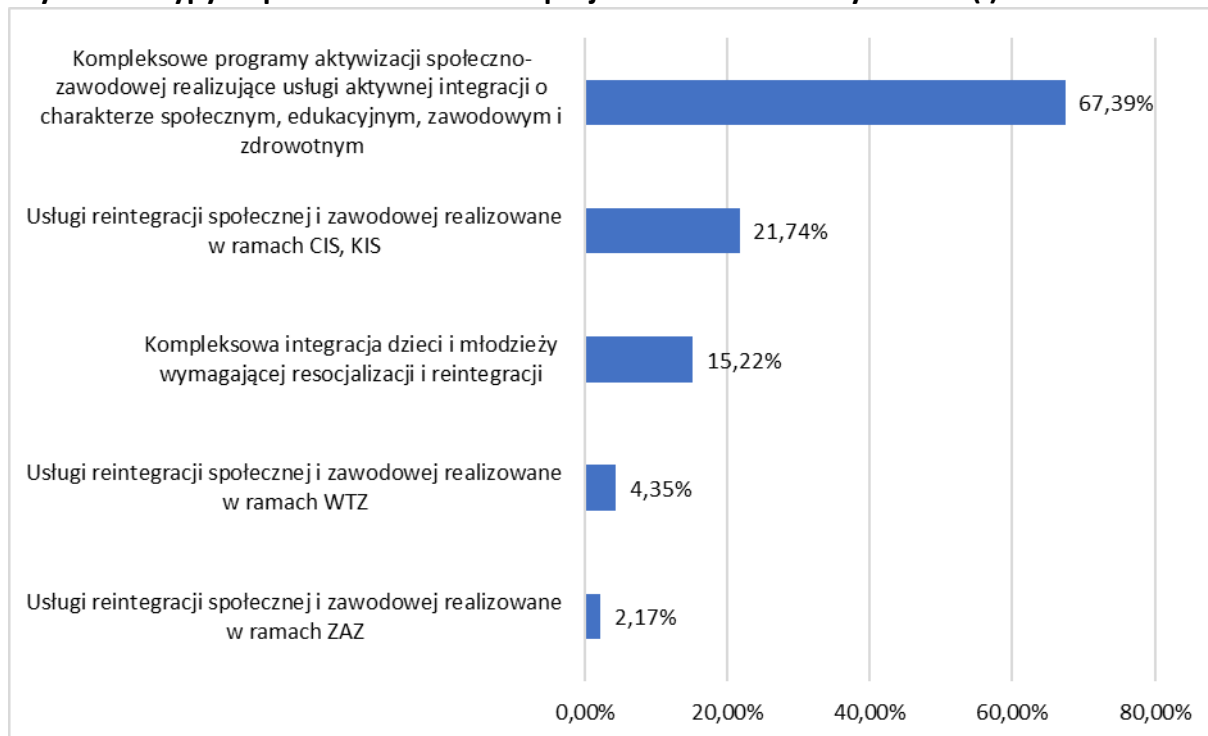
W projektach z zakresu zdrowia koncentrowano się głównie na świadczeniu usług przyczyniających się do poprawy stanu zdrowia osób starszych (43,81%) jak i rozwoju zdeinstytucjonalizowanych form opieki medycznej (37,14%). Ponadto część z nich była ukierunkowana na realizację działań z zakresu opieki nad matką i dzieckiem (14%) oraz zapobiegających chorobom cywilizacyjnym (4,76%).

W tym samym PI realizowano również projekty z zakresu usług opiekuńczych, które w większości miały na celu rozwój form opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (40,38%), oraz umożliwienie tym osobom, pozostanie w społeczności lokalnej (28,85%). Świadczone w tego typu projektach wsparcie adresowane było również do opiekunów faktycznych (25,96%) oraz miało na celu zwiększenie dostępności do mieszkań wspomaganych/ chronionych (4,81%).

Zgodnie z przyjętą logiką interwencji ze środków PI 9(iv) finansowane były także projekty kierowane do rodziny, w ramach których oferowano usługi adresowane do rodzin przeżywających problemy opiekuńczo-wychowawcze jak i rodzin zastępczych sprawujących opiekę nad dziećmi, których rodzice mają ograniczone prawa rodzicielskie lub zostali ich trwale lub czasowo pozbawieni.

Kolejną grupą projektów, których realizacja miała przyczynić się do poprawy sytuacji społecznej mieszkańców woj. opolskiego oraz skutkować ich powrotem na rynek pracy były projekty z zakresu aktywnej integracji realizowane w ramach PI9(i).

Wykres 14 Typy wsparcia świadczone w projektach finansowanych z PI 9(i).



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność. Procenty nie sumują się do 100 ponieważ jeden projekt mógł uwzględniać kilka form wsparcia.

Jak zobrazowano na powyższym wykresie najwięcej projektów finansowanych z PI9(i) oferowało wsparcie mające na celu kompleksową aktywizację społeczno-zawodową poprzez realizację usług aktywnej integracji o charakterze społecznym, edukacyjnym, zawodowym i zdrowotnym (67,39%). W ramach tego typu projektów świadczone głównie usługi, w postaci poradnictwa psychologicznego i psychospołecznego (96,77%) oraz poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy, a także realizowano kursy i szkolenia umożliwiające nabycie, podniesienie lub zmianę kwalifikacji i kompetencji zawodowych i społecznych niezbędnych na rynku pracy (93,55%). Popularne były także staże i praktyki (83,87%). Do grupy zdecydowanie rzadziej stosowanych instrumentów możemy zaliczyć poradnictwo prawnobywatelskie oraz usługi trenera pracy (38,71%). W jeszcze mniejszej liczbie projektów przewidziano usługi ukierunkowane na wyposażenie i doposażenia stanowisk pracy na potrzeby zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami (25,81%). Natomiast najrzadziej oferowano usługi asystenckie w zakresie wsparcia osób z niepełnosprawnościami w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym (12,90%) oraz usługi mające na celu przygotowanie do uczestnictwa w WTZ lub podjęcia zatrudnienia realizowanego przez środowiskowe domy samopomocy (6,45%).

Drugą co do wielkości grupę w omawianym PI stanowiły projekty realizowane przez Centra Integracji Społecznej oraz Kluby Integracji Społecznej a więc placówki świadczące usługi dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (21,74%). Realizowane przez CIS i KIS projekty najczęściej koncentrowały się na tworzeniu nowych miejsc reintegracji społecznej i zawodowej w istniejących podmiotach (80% analizowanych projektów). Natomiast zdecydowanie rzadziej na tworzeniu tego typu podmiotów (20% analizowanych projektów).

W PI9(i) realizowano także projekty z zakresu kompleksowej integracji dzieci i młodzieży wymagającej resocjalizacji i reintegracji (15,22%). We wszystkich tego typu projektach świadczone usługi ukierunkowane na pomoc w planowaniu kariery edukacyjnej i zawodowej oraz organizowano zajęcia dydaktyczne, profilaktyczno-wychowawcze, terapeutyczne i resocjalizacyjne umożliwiające nabywanie umiejętności życiowych ułatwiających prawidłowe funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i społecznym.

Najmniejszy odsetek projektów w PI9(i) stanowiły te, których beneficjentami były jednostki nastawione na aktywizację osób z niepełnosprawnościami, a więc Warsztaty Terapii Zajęciowej (4,35%) i Zakłady Aktywności Zawodowej (2,17%). Wszystkie realizowane przez WTZ projekty, miały na celu stworzenie nowej oferty ukierunkowanej na przygotowanie do podjęcia zatrudnienia i zatrudnienie dotychczasowych uczestników, dodatkowo w jednym z nich przewidziano także wsparcie dla nowych osób. Natomiast w ZAZ zrealizowano tylko jeden projekt który zakładał stworzenie tego typu podmiotu.

Oprócz działań mających na celu wzrost dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych a także tych mających na celu reintegrację i aktywizację społeczno-zawodową, ważną rolę w procesie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym pełnią także podmioty ekonomii społecznej (PES) i przedsiębiorstwa społeczne (PS), które poprzez tworzenie miejsc pracy przyczyniają się do powrotu na rynek pracy grup defaworyzowanych. W związku z tym aby zwiększyć kompleksowość wsparcia i w sposób możliwie najbardziej skuteczny przeciwdziałać przyczynom i skutkom zjawiska wykluczenia społecznego w regionie w ramach przyjętej logiki interwencji OP VIII RPO WO 2014-2020 rozwojowi tego sektora dedykowano wsparcie finansowane ze środków PI 9(v). Oferowane w omawianym PI wsparcie było świadczone przez dwa typy instytucji, którymi są Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej oraz Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.

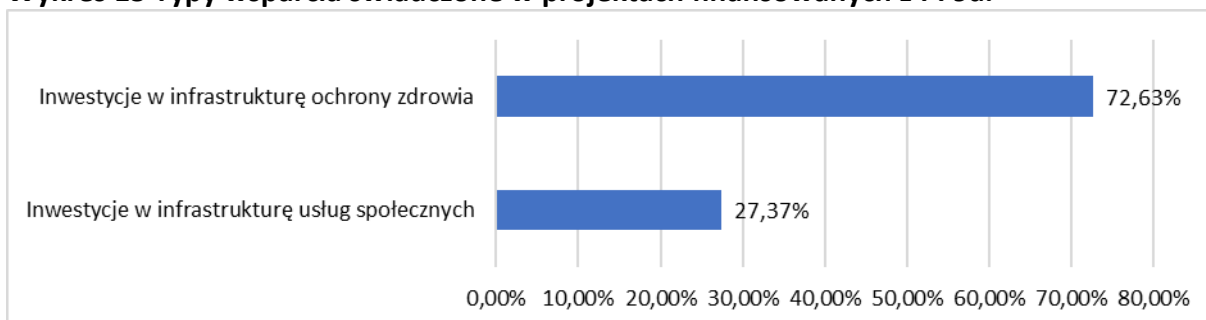
Jak wynika z przeprowadzonej analizy przedmiotem projektów realizowanych przez ROPS były głównie działania polegające na koordynowaniu polityki w obszarze ekonomii społecznej na poziomie regionalnym. Natomiast zakres wsparcia świadczonego w projektach OWES był bardziej zróżnicowany i uzależniony od potrzeb i sytuacji danego podmiotu przez co nie da się w nim wskazać dominujących form. Niemniej jednak można w nim wyróżnić sześć podstawowych rodzajów usług, które miały na celu 1) Tworzenie nowych miejsc pracy w podmiotach ekonomii społecznej. 2) Ekonomizację istniejących organizacji pozarządowych prowadzących nieodpłatną działalność pożytku publicznego. 3) Ekonomizację istniejących organizacji pozarządowych prowadzących odpłatną działalność pożytku publicznego. 4) Świadczenie usług wsparcia ekonomii społecznej i przedsiębiorstw społecznych zgodnie z KPRES. 5) Reintegrację zawodową osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym za pośrednictwem przedsiębiorstw społecznych i podmiotów sfery gospodarczej 6) Podnoszenie kwalifikacji zawodowych i kompetencji pracowników przedsiębiorstw społecznych.

Ponieważ skuteczność interwencji służącej ograniczeniu zjawiska wykluczenia jest w dużej mierze uzależniona od komplementarnej realizacji działań na wielu płaszczyznach, wsparcie

o charakterze „miękkim” finansowane ze środków Priorytetów Inwestycyjnych OP VIII RPO WO 2014-2020 zostało wzmocnione poprzez realizację projektów „twardych” mających na celu zakup wyposażenia oraz sprzętu a także inwestycje budowlane.

Jak zobrazowano na poniższym wykresie 72,63% projektów sfinansowanych ze środków PI 9a zakładało modernizację infrastruktury ochrony zdrowia natomiast 27,37% modernizację infrastruktury usług społecznych.

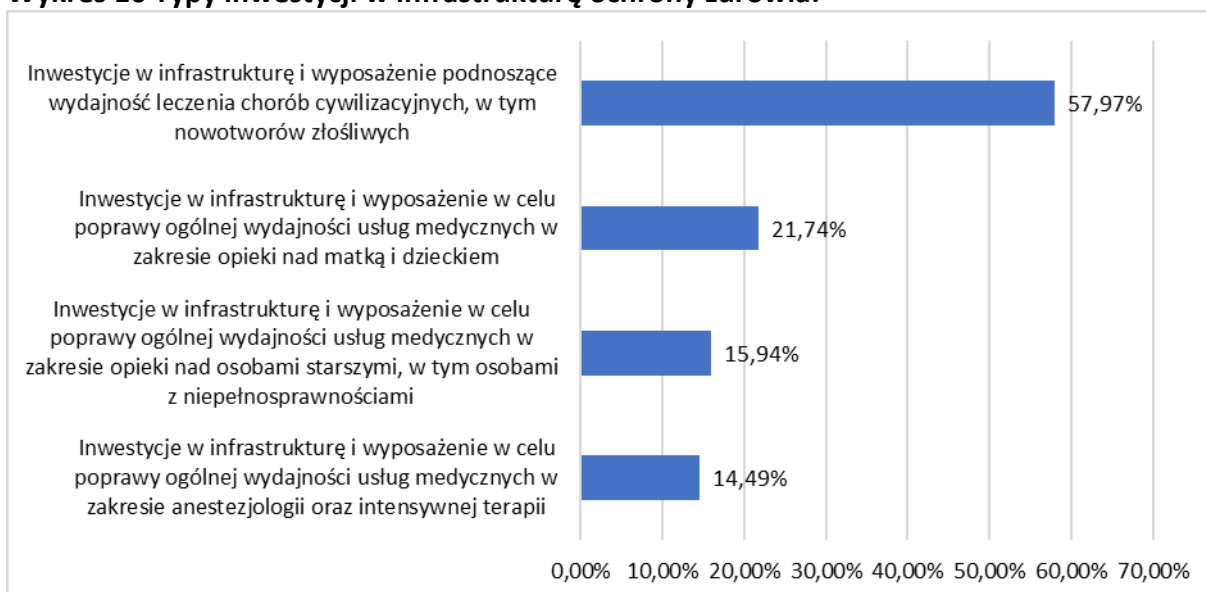
Wykres 15 Typy wsparcia świadczone w projektach finansowanych z PI 9a.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność.

W ponad połowie projektów realizowanych w obszarze ochrony zdrowia koncentrowano się na inwestycjach podnoszących wydajność leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów złośliwych (57,97%). Drugą co do wielkości grupę stanowiły projekty, których realizacja ukierunkowana była na modernizację i wyposażenie infrastruktury służącej opiece nad matką i dzieckiem (21,74%). Natomiast najmniejszy odsetek koncentrował się na działaniach inwestycyjnych mających na celu poprawę jakości usług medycznych dedykowanych osobom starszym w tym z niepełnosprawnościami oraz podnoszących wydajność usług w zakresie anestezjologii oraz intensywnej terapii, odpowiednio 15,94% oraz 14,49%.

Wykres 16 Typy inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia.



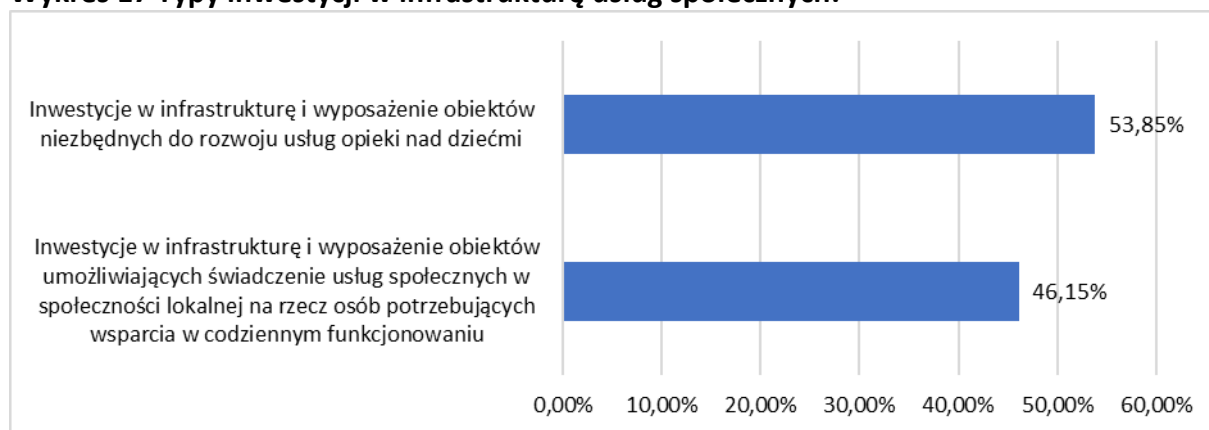
Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność. Procenty nie sumują się do 100 ponieważ jeden projekt mógł uwzględniać kilka form wsparcia.

Wszystkie przeanalizowane projekty zakładały zakup wyposażenia oraz sprzętu podnoszącego wydajność usług medycznych. Najwięcej inwestycji budowlanych zrealizowano w projektach dotyczących poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem (66,67%). Niewiele mniej w projektach ukierunkowanych na poprawę usług medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi w tym z niepełnosprawnościami (63,64%) oraz w projektach podnoszących wydajność usług medycznych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (60%). Natomiast najmniej w tych, które zakładały podniesienie wydajności leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów złośliwych (37,50%).

Projekty ukierunkowane na rozwój infrastruktury społecznej w większości miały na celu rozwój usługi opieki nad dziećmi (53,85%). We wszystkich tego typu projektach przewidziano zakup sprzętu a w zdecydowanej większości (78,57%) zrealizowano inwestycje polegające na modernizacji infrastruktury usług dedykowanych dzieciom do lat 3 tj.: żłobków w tym przyzakładowych, oddziałów żłobkowych i klubów dziecięcych. Dodatkowo w jednym z projektów przewidziano działania służące poprawie jakości opieki nad dziećmi do lat 6 świadczonej w lokalnej społeczności w ramach alternatywnych form opieki dziennej.

Nieco mniejszy odsetek projektów zakładał podniesienie jakości usług na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (46,15%). We wszystkich projektach ukierunkowanych na rozwój tego typu usług zrealizowano inwestycje mające na celu budowę lub przebudowę infrastruktury oraz doposażenie w sprzęt placówek świadczących usługi opiekuńcze i asystenckie w formach całodobowych. Natomiast w żadnym nie przewidziano świadczenia usług dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w miejscu ich zamieszkania pomimo, że mogły one stanowić element uzupełniający projektu.

Wykres 17 Typy inwestycji w infrastrukturę usług społecznych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność. Procenty nie sumują się do 100 ponieważ jeden projekt mógł uwzględniać kilka form wsparcia.

W odpowiedzi na zagrożenie epidemiczne spowodowane wystąpieniem pandemii COVID-19 w ramach PI 9(iv) PI 9(v) oraz PI 9a podpisano umowy na realizację 33 projektów, z czego do końca grudnia 2021 zrealizowano 18 z nich.

Tabela 6 Zestawienie umów na realizację projektów ukierunkowanych na przeciwdziałanie Pandemii COVID-19 w podziale na Priorytety Inwestycyjne.

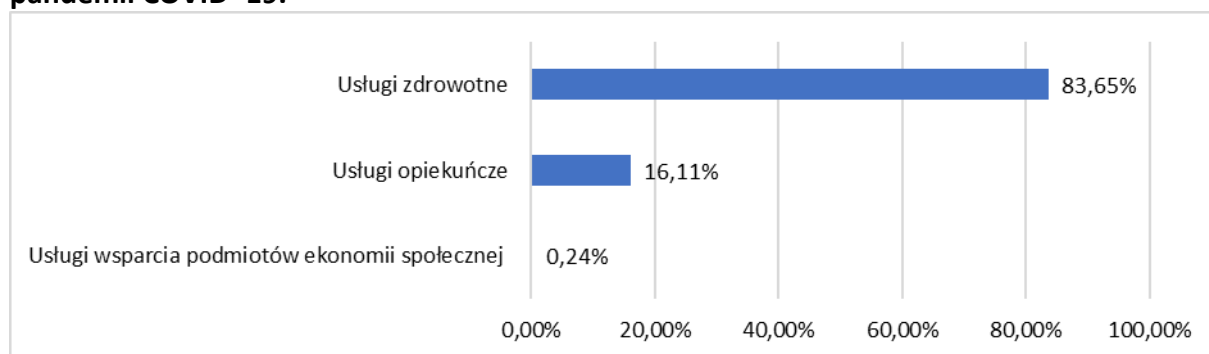
Priorytet inwestycyjny	Podpisane umowy	Projekty zakończone na dzień 31.12.2021	Projekty w trakcie realizacji
9(iv)	9	2	7
9(v)	3	0	3
9a	21	16	5
Suma	33	18	15

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność.

Realizatorami projektów były Województwo Opolskie, Miasto Opole, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Caritas Diecezji Opolskiej, Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą w województwie.

Głównym celem wsparcia świadczonego w ramach poszczególnych PI było zarówno zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego, społecznego oraz ekonomicznego mieszkańców województwa jak i wsparcie pracowników instytucji i podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia oraz pomocy i ekonomii społecznej.

Wykres 18 Typy wsparcia świadczone w projektach ukierunkowanych na przeciwdziałanie pandemii COVID -19.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność.

W zakresie poprawy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych uruchomiono 23 projekty: w tym dwa finansowane z PI 9(iv) 1) „Opolskie przeciw COVID–19”, 2) „Opolskie wspiera szpitale w walce z "COVID-19"”, oraz 19 finansowanych z PI 9(a), w ramach których sfinansowano zakup środków ochrony osobistej i środków do dezynfekcji oraz sprzętu i urządzeń medycznych a także wykonanie robót budowlanych niezbędnych do walki z pandemią. Ponadto wdrożono także jeden projekt pilotażowy: „Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim”, w którym przewidziano działania ukierunkowane na rehabilitację osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez wirusa SARS-CoV-2. Świadczone w ramach projektów wsparcie skierowano zarówno do szpitali jak i publicznych i prywatnych placówek ochrony zdrowia oraz ich pracowników a także służb ratowniczych w tym jednostek Ochotniczych Straży Pożarnych.

Ponadto w ramach projektów: 1) „Blżej rodziny i dziecka – wsparcie rodzin przeżywających problemy opiekuńczo – wychowawcze oraz wsparcie pieczy zastępczej – II edycja”, 2) „Nie-

Sami-Dzielni II – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne”, 3) „Centrum Pomocy – wsparcie osób niesamodzielnych oraz opiekunów faktycznych w Opolu”, 4) „Trudny start, lepsza przyszłość – program wsparcia rodzin i pieczy zastępczej w mieście Opolu”, 5) „Rozwój programu medycznych świadczeń pielęgnacyjnych w województwie opolskim” oraz 6) Jesień życia - w dobrej kondycji bez bólu 2 zrealizowano działania ukierunkowane na poprawę dostępności do usług społecznych i opiekuńczych dla osób wykluczonych (w tym w szczególności niesamodzielnych, starszych i bezdomnych) oraz wsparto instytucje pomocy społecznej w tym Domy Pomocy Społecznej, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie oraz świetlice terapeutyczne i środowiskowe a także oddziały terenowe Polskiego Związku Emerytów Rencistów i Inwalidów. Oprócz zakupu środków ochrony osobistej w ramach omawianych projektów zorganizowano także usługę całodziennego wyżywienia oraz usługę tzw. kuriera społecznego, w ramach której oferowane było dowożenie posiłków, leków, zakupów, robienie opłat, załatwianie pilnych spraw urzędowych oraz doraźna pomoc wg potrzeb. W celu przeciwdziałania skutkom pandemii dokonano także zakupu sprzętów umożliwiających naukę na odległość dla dzieci z domów dziecka a także zrealizowano kampanie informacyjne i uruchomiono telefoniczną pomoc dla ofiar przemocy w związku z COVID-19 oraz infolinię dla osób przebywających na kwarantannie lub potrzebujących wsparcia.

Wsparcie przedsiębiorczości społecznej realizowano głównie poprzez oferowanie przedsiębiorstwom społecznym oraz organizacjom pozarządowym i innym podmiotom prowadzącym działalność pożytku publicznego w obszarze ekonomii społecznej dofinansowania na pokrycie części wynagrodzeń pracowników i składek na ubezpieczenia społeczne a także pożyczek obrotowych z karencją w spłacie kredytu, dotacji na bieżącą działalność oraz usług doradztwa prawnego.

Zestawiając ze sobą zarówno typy projektów jak i analizując poszczególne działania jakie świadczone ostatecznym odbiorcom wsparcia w poszczególnych PI OPVIII i X należy stwierdzić że konstrukcja logiki interwencji OP VIII i X opierała się na kilku kluczowych zasadach, którymi były:

1. Wielosektorowość – świadczone działania na rzecz osób z obszaru wykluczenia społecznego realizowane były przez szerokie spektrum instytucji, reprezentujących zarówno sektor publiczny (OPS, PCPR) jaki i pozarządowy, ekonomii społecznej (KIS, CIS) oraz prywatny (firmy).
2. Komplementarność – szeroki zakres form wsparcia dla osób z obszaru wykluczenia społecznego adekwatnie odpowiadał na różnego typu problemy, z jakimi borykają się osoby wykluczone. Realizowane usługi były bardzo zróżnicowane i kierowane do osób, wobec których typowe instrumenty aktywizacji zawodowej nie są wystarczające ze względu na wielowymiarowość społecznych problemów, które ich bezpośrednio dotyczą (osoby „oddalone od rynku pracy” oraz osoby, które z różnych względów mogą być zagrożone wykluczeniem społecznym np. osoby z niepełnosprawnościami, bezdomne, tzw. „ubodzy pracujący”, osoby starsze). W

ramach poszczególnych PI dopuszczono wsparcie obejmujące m.in. rozwijanie umiejętności i kompetencji społecznych, niezbędnych na rynku pracy, poradnictwo psychologiczne, psychospołeczne, prowadzące do integracji społecznej i zawodowej, kursy i szkolenia umożliwiające nabycie, podniesienie lub zmianę kwalifikacji i kompetencji zawodowych, poradnictwo zawodowe oraz pośrednictwo pracy, staże, subsydiowane zatrudnienie i zajęcia reintegracji zawodowej u pracodawcy, wsparcie towarzyszące dla otoczenia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym niezbędne do ich aktywizacji, np. przy wykorzystaniu środowiskowych form aktywizacji społecznej. Dopuszczone formy wsparcia, z jednej strony, są na tyle zróżnicowane, że pozwalają rozwiązywać różne problemy osób wykluczonych społecznie, z drugiej zaś, mają one charakter uzupełniający, co pozwala zwiększać skuteczność realizowanego wsparcia.

3. Wieloobszarowość – charakterystyka osi OP VIII i X jest taka, iż nie skupia się ona na jednym wybranym problemie ale interesuje się zbiorem problemów, począwszy od zjawiska wykluczenia społecznego, poprzez dostępność do usług społecznych, kończąc na rozwoju ekonomii społecznej w regionie.

Poniesione nakłady

Jak wynika z danych zawartych w informacji kwartalnej z realizacji RPO WO 2014-2020, w grudniu 2021 r., łączna alokacja środków UE przeznaczona na walkę z problem wykluczenia społecznego w regionie wyniosła 646 194 203,11 zł, z czego do dnia 31 grudnia 2021 zakontraktowano wydatki na poziomie 638 286 009,36 zł. Biorąc pod uwagę poziom wydatkowania środków należy stwierdzić, że przewidziana w OP VIII i OP X alokacja została niemal w pełni wykorzystana, a procent realizacji zobowiązań UE na lata 2014-2020 ukształtował się na poziomie 98,8%.

W ogólnej puli środków przeznaczonych na realizację OP VIII i OP X najwięcej zarezerwowano na działania mające na celu poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych (307 232 819,39 zł). Drugą co do wielkości kwotę przeznaczono na inwestycje dot. infrastruktury społecznej na rzecz wyrównania nierówności w dostępie do usług (264 135 513,08 zł). Na realizację wsparcia mającego na celu włączenie społeczne przeznaczono 53 497 412,49 zł. Natomiast na rozwój sektora ekonomii społecznej 22 357 802,97 zł.

Rozpatrując poziom zakontraktowania środków w poszczególnych PI należy stwierdzić, że na dzień 31 grudnia 2021 alokacja środków UE przeznaczona na realizację działań w PI 9a została niemal w pełni wykorzystana. Natomiast w pozostałych analizowanych Priorytetach procent realizacji zobowiązań UE na lata 2014-2020 został przekroczony i ukształtował się powyżej założonej wartości.

Tabela 7 Alokacja środków UE w poszczególnych Priorytetach Inwestycyjnych.

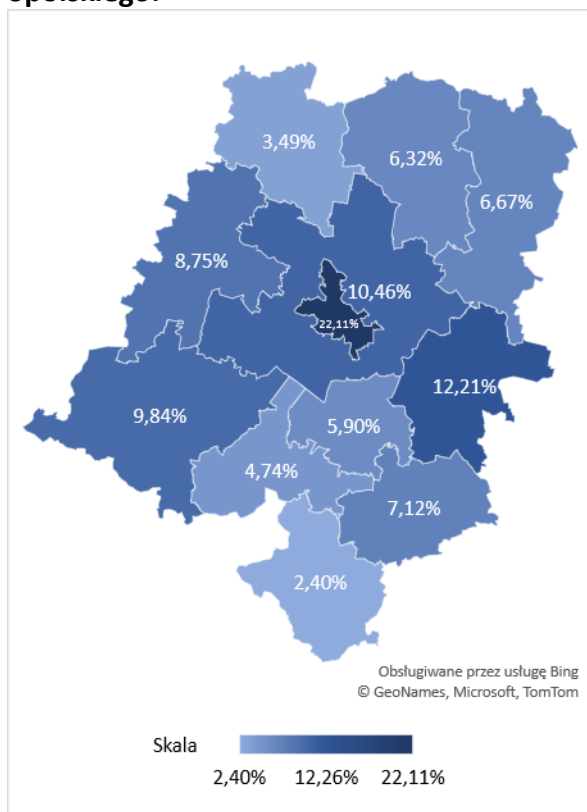
Priorytet inwestycyjny	Alokacja środków UE [zł]	Wydatki zakontraktowane do dnia 31 grudnia 2021 [zł]	Procent wykorzystania alokacji
PI 9(iv)	307 232 819,39	308 410 896,74	104%
PI 9(i)	53 014 118,34	53 497 412,49	100,9%
PI 9(v)	21 811 752,30	22 357 802,97	102,5%
PI 9a	264 135 513,08	254 019 897,16	96,2%
Ogółem	646 194 203,11	638 286 009,36	98,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji kwartalnej z realizacji RPO WO 2014-2020 IV kwartał 2021 r.

Analizując jak wsparcie świadczone w PI 9(iv) rozłożyło się w przestrzeni regionu należy stwierdzić, że z jego najwyższą koncentracją mamy do czynienia w mieście Opolu oraz powiatach opolskim, nyskim i strzeleckim. Natomiast najmniejszą w powiatach głubczyckim, namysłowskim oraz prudnickim. Świadczy o tym zarówno wewnątrzregionalny rozkład nakładów przeznaczonych na jego realizację, który obrazuje, że najwyższe kwoty przeznaczono na ten cel w mieście Opolu (22,11%), powiecie strzeleckim (12,21%) i opolskim (10,46%). Natomiast najmniejsze w powiatach głubczyckim (2,40%), namysłowskim (3,49%) oraz prudnickim (4,74%). Podobnie uwidocznili się przestrzenny rozkład liczby odbiorców wsparcia, z którego wynika, że z największą grupą niepowtarzalnych uczestników mamy do czynienia w mieście Opolu (23,21%), powiecie opolskim (14,20%) oraz nyskim (10,63%). Natomiast z najmniejszą powiatach głubczyckim (2,46%), namysłowskim (3,00%) i prudnickim (5,12%).

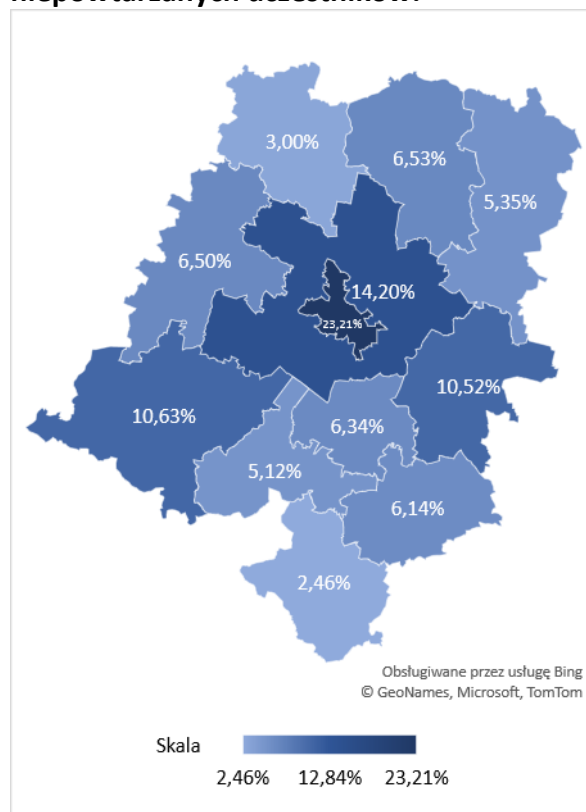
Omawiając poniższe dane należy także stwierdzić, że zarówno przestrzenny rozkład nakładów poniesionych na realizację wsparcia jak i liczby uczestników nim objętych koresponduje z liczbą mieszkańców poszczególnych powiatów. Mając zatem na względzie, że w analizowanym PI koncentrowano się na działaniach mających na celu poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych oraz biorąc pod uwagę powszechne w regionie występowanie deficytów w tym zakresie terytorialny rozkład siły i natężenia wsparcia w przestrzeni regionu można uznać za spójny z lokalnymi potrzebami.

Mapa 1 Procentowy rozkład nakładów przeznaczonych na realizację wsparcia w PI 9(iv) w latach 2016-2021 w powiatach woj. opolskiego.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

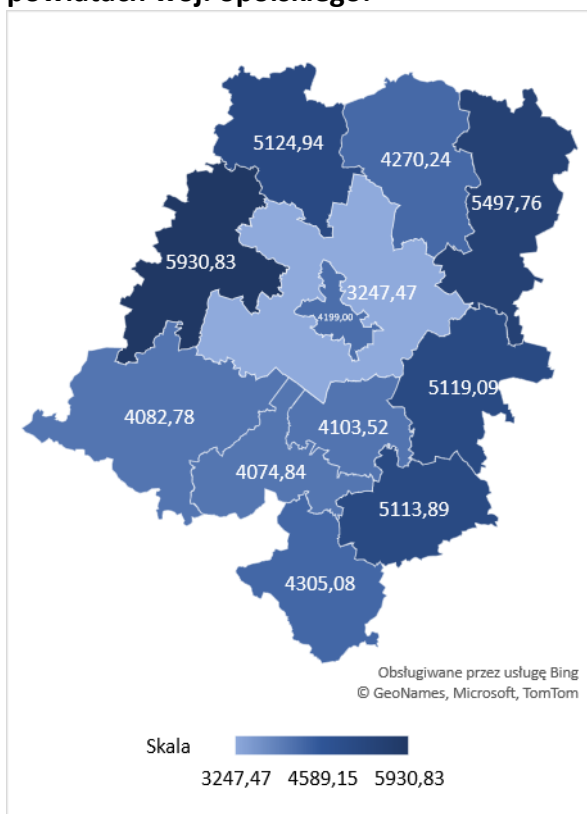
Mapa 2 Udział niepowtarzalnych uczestników projektów finansowanych z PI 9(iv) w latach 2016-2021 w ogólnej liczbie niepowtarzalnych uczestników.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

Zestawiając ze sobą analizowane dane można również zauważyć, że średni koszt realizacji wsparcia przypadający na 1 uczestnika PI 9(iv) ukształtował się w województwie na poziomie 4409,25 zł. Natomiast najwyższe nakłady zostały poniesione na ten cel w powiecie brzeskim 5930,83 zł a najniższe w powiecie opolskim 3247,47 zł. Na zaobserwowaną i wysoką rozpiętość kosztów realizacji wsparcia może w tym wypadku wpływać szeroki i zróżnicowany wachlarz usług pomocowych, które można było świadczyć ostatecznym odbiorcom.

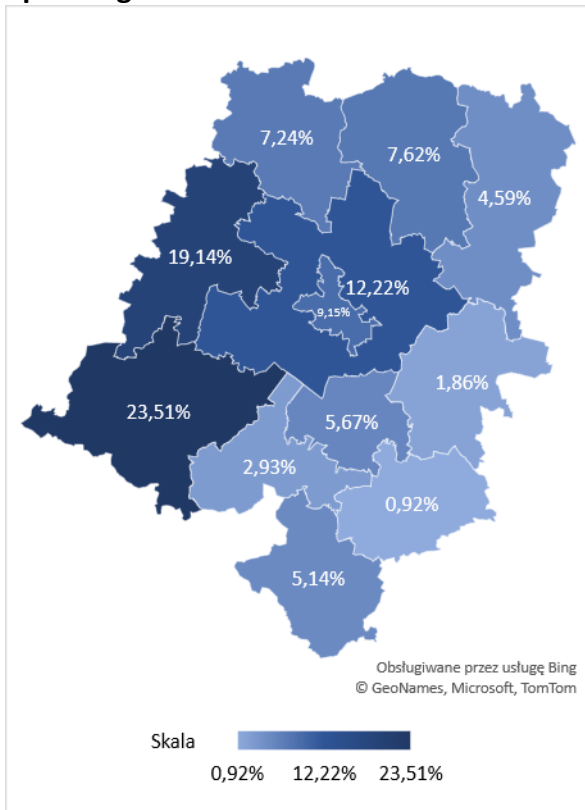
Mapa 3 Jednostkowe koszty wsparcia uczestników projektów finansowanych z PI 9(iv) w powiatach woj. opolskiego.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

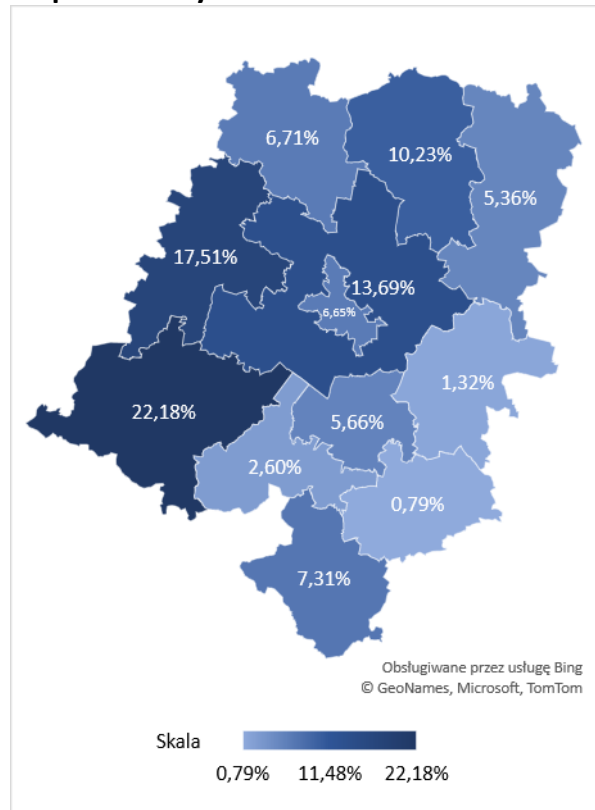
W PI (9i) najwyższe kwoty na realizację wsparcia wydatkowano w powiecie nyskim (23,51%), brzeskim (19,14%) i opolskim (12,22%). Natomiast najniższe w powiatach kędzierzyńsko-kozielskim (0,92%) strzeleckim (1,86%) i prudnickim (2,93%). Ze wsparcia z zakresu włączenia społecznego skorzystali mieszkańcy wszystkich powiatów. Najwięcej niepowtarzalnych uczestników projektów odnotowano w powiecie nyskim (22,18%), brzeskim (17,51%) oraz opolskim (13,69%). Natomiast najmniej w powiatach kędzierzyńsko-kozielskim (0,79%), strzeleckim (1,32%) i prudnickim (2,60%). Zestawiając ze sobą przestrzenny rozkład nakładów poniesionych na realizację wsparcia ze strukturą jego odbiorców w poszczególnych powiatach województwa należy stwierdzić, że rozkład ich liczby jest wprost proporcjonalny do wysokości poniesionych wydatków.

Mapa 4 Procentowy rozkład nakładów przeznaczonych na realizację wsparcia w PI 9(i) w latach 2016-2021 w powiatach woj. opolskiego.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

Mapa 5 Udział niepowtarzalnych uczestników projektów finansowanych z PI 9(i) w latach 2016-2021 w ogólnej liczbie niepowtarzalnych uczestników.

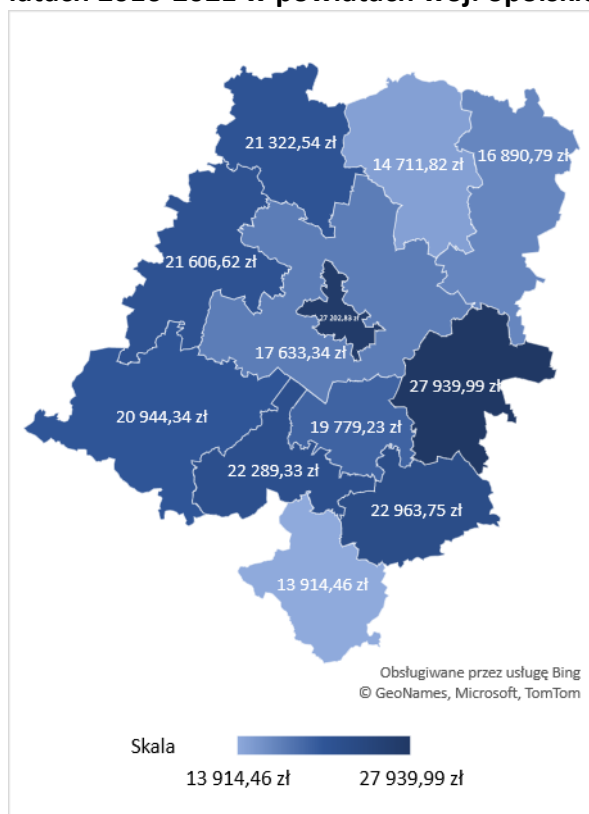


Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

Ponieważ głównym celem wsparcia świadczonego w PI(9a) była aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych dlatego porównując przestrzenny rozkład zrealizowanych działań z liczbą klientów pomocy społecznej w poszczególnych powiatach województwa opolskiego można wnioskować, że świadczone w PI 9(i) usługi zostały trafnie ukierunkowane i objęły te powiaty, w których zjawisko społecznej marginalizacji jest najbardziej zauważalne.

W omawiany PI średni koszt aktywizacji 1 uczestnika ukształtował się w na poziomie 19756,71 zł. Natomiast najwyższe nakłady na realizację wsparcia poniesiono w powiecie strzeleckim (27939,99 zł) a najniższe w powiecie głubczyckim (13914,46 zł). Podobnie jak PI 9(iv) także w przypadku PI 9(i) wysoka rozbieżność kosztowa w nakładach przeznaczonych na realizację wsparcia, może wynikać ze zróżnicowanego kosztowo wachlarza dostępnych usług aktywizacyjnych (staże, praktyki czy subsydiowane formy zatrudnienia) oraz możliwości ich wyboru celem dostosowania do potrzeb poszczególnych uczestników.

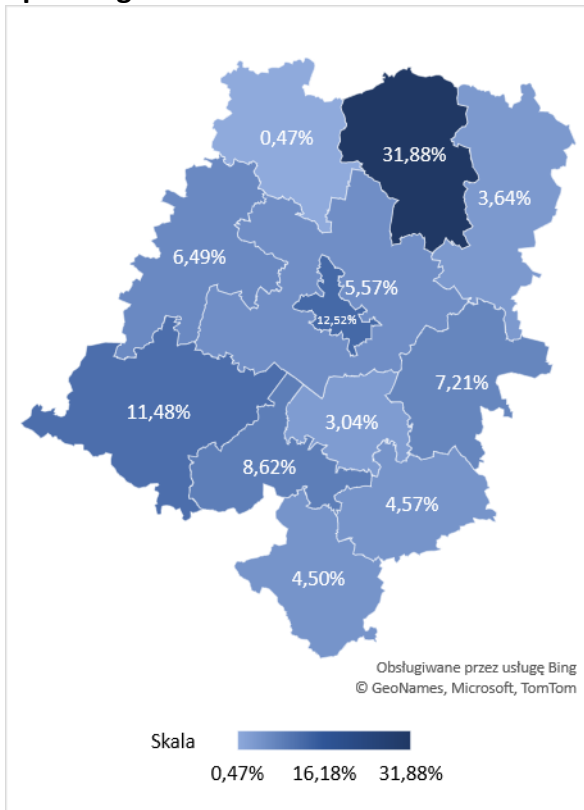
Mapa 6 Jednostkowe koszty wsparcia uczestników projektów finansowanych z PI 9(i) w latach 2016-2021 w powiatach woj. opolskiego.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

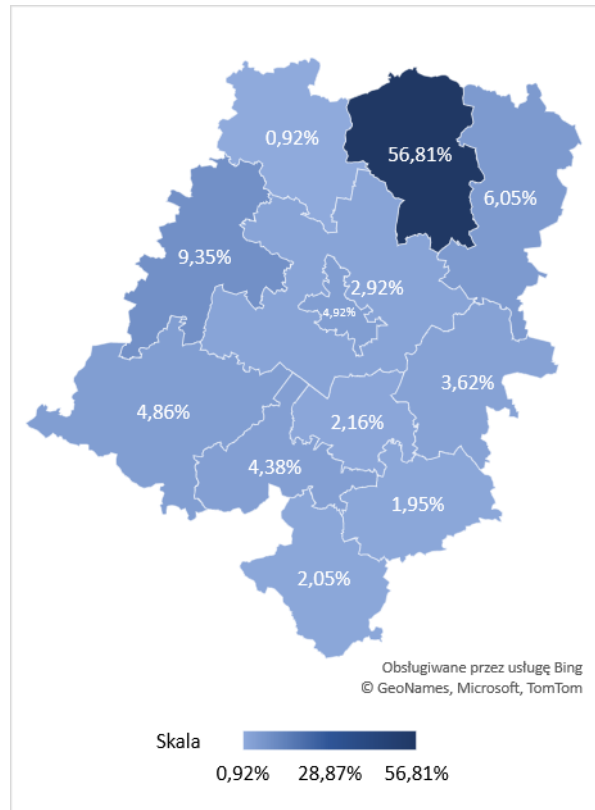
Przestrzenny rozkład nakładów w PI 9(v) obrazuje, że najwyższe kwoty na wsparcie sektora ekonomii społecznej wydatkowano w powiatach kluczborskim (31,88%), nyskim (11,48%) i w mieście Opolu (12,52%). Natomiast najmniejsze w powiatach namysłowskim (0,47%), krapkowickim (3,04%) oraz oleskim (3,64%). Przeprowadzona analiza uwidacznia również, że wysokość udzielonego wsparcia nie przekłada się jednoznacznie na ilość objętych działaniami projektowymi unikalnych uczestników projektów. Ich procentowy rozkład wskazuje, że największą grupę odbiorców objęto wsparciem w powiecie kluczborskim (56,81%), brzeskim (9,35%) i oleskim (6,05%). Natomiast najmniejszą w powiatach namysłowskim (0,92%), kędzierzyńsko-kozielskim (1,95%) i głubczyckim (2,05%).

Mapa 7 Procentowy rozkład nakładów przeznaczonych na realizację wsparcia w PI 9(v) w latach 2015-2021 w powiatach woj. opolskiego.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

Mapa 8 Udział niepowtarzalnych uczestników projektów finansowanych z PI 9(v) w ogólnej liczbie niepowtarzalnych uczestników.



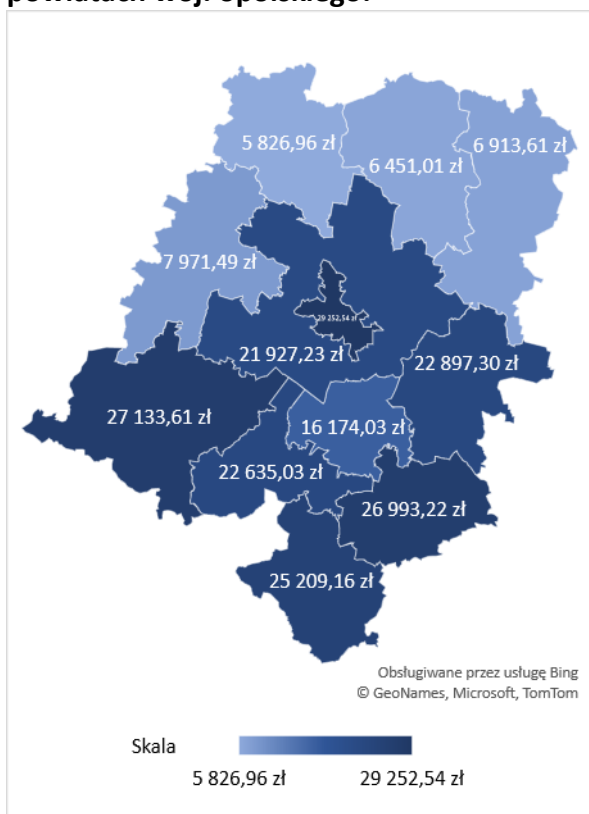
Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

Zróżnicowane natężenie nakładów w poszczególnych powiatach województwa wynika najprawdopodobniej z nierównomiernego rozłożenia w przestrzeni regionu liczby podmiotów, kwalifikujących się do objęcia wsparciem oraz wyraźnej dominacji na tym polu powiatu kluczborskiego na terenie, którego zlokalizowanych jest aż 15 z 39 funkcjonujących w województwie opolskim przedsiębiorstw społecznych⁵⁰. Natomiast dysproporcja pomiędzy wysokością wsparcia a ilością objętych działaniami projektowymi unikalnych uczestników projektów z tego, że nie wszystkie z nich zostały dotychczas zakończone i rozliczone.

W PI 9(v) średni koszt aktywizacji 1 uczestnika kształtuje się na poziomie 11494,47 zł a najwyższe nakłady na realizację wsparcia zostały dotychczas poniesione w powiecie nyskim (27133,61 zł). Natomiast najniższe w powiecie kluczborskim (6451,01 zł). Podobnie jak w przypadku pozostałych omówionych PI także i w tym wypadku wysokie rozbieżności mogą wynikać zarówno z szerokiego grona odbiorców wsparcia jak i zróżnicowanego kosztowo wachlarza możliwych do świadczenia usług ukierunkowanych zarówno na integrację środowiska ekonomii społecznej jak i wsparcie nowych oraz już istniejących PES.

⁵⁰ Baza przedsiębiorstw społecznych [Baza PS 2022 r.](#), stan na dzień 22 lutego 2022 r

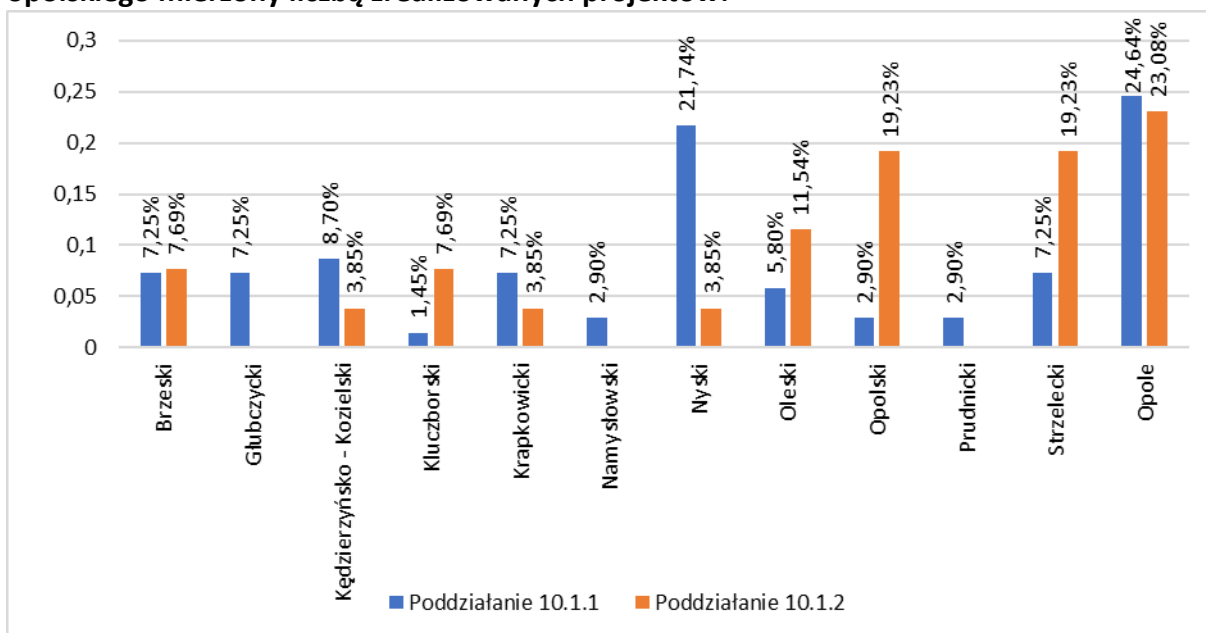
Mapa 9 Jednostkowe koszty wsparcia uczestników projektów finansowanych z PI 9(v) w powiatach woj. opolskiego.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o płatność zamieszczonych w bazie SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

Analizując zakres tematyczny projektów finansowanych ze środków PI (9a) należy zauważyć, że inwestycje w rozwój infrastruktury ochrony zdrowia były realizowane we wszystkich powiatach woj. opolskiego, natomiast mające na celu rozwój infrastruktury społecznej na terenie większości z nich. Nie przeprowadzono ich w powiatach: głubczyckim, namysłowskim i prudnickim. Zdecydowanie najwięcej projektów przyczyniających się do poprawy stanu infrastruktury zdrowotnej i społecznej zrealizowano na terenie miasta Opola (odpowiednio 24,64% i 23,08%). Wysoka koncentracja inwestycji w infrastrukturę zdrowotną jest także zauważalna w powiecie nyskim. Natomiast tych mających na celu rozwój infrastruktury usług społecznych w powiatach opolskim i strzeleckim (19,23%). W pozostałych częściach województwa obydwa rodzaje inwestycji były realizowane z o wiele mniejszym natężeniem.

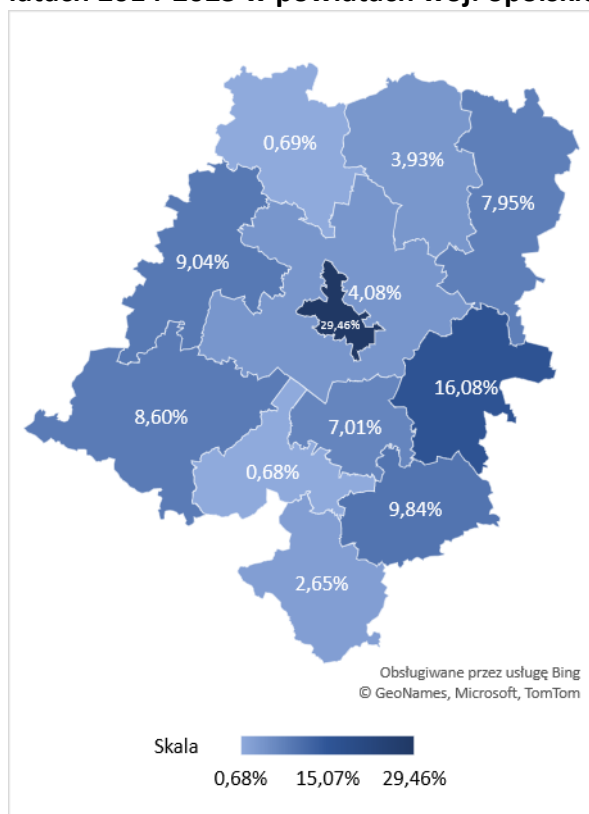
Wykres 19 Procentowy rozkład wsparcia świadczonego w PI 9a w powiatach woj. opolskiego mierzony liczbą zrealizowanych projektów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie i wniosków o płatność.

Przestrzenny rozkład nakładów poniesionych na realizację inwestycji w PI (9a) obrazuje natomiast, że najwyższe kwoty na modernizację infrastruktury zdrowotnej i społecznej wydatkowano w mieście Opolu (29,46%) oraz powiecie strzeleckim (16,08%), kędzierzyńsko – kozielskim (9,84%), brzeskim (9,04)% oraz nyskim (8,60%) . Natomiast najmniejsze w powiatach prudnickim (0,68%), namysłowskim (0,69%) oraz głubczyckim (2,65%).

Mapa 10 Procentowy rozkład nakładów przeznaczonych na realizację wsparcia w PI 9a w latach 2014-2023 w powiatach woj. opolskiego.



Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy SL, stan na 31 grudnia 2021 r.

Opartszy się o powyższe dane strumień finansowania PI (9a) należy uznać za względnie trafny został on bowiem ukierunkowany na wsparcie największych podmiotów leczniczych w regionie oraz skierowany do tych powiatów, w których odsetek mieszkańców w ogólnej liczbie ludności w województwie jest najwyższy.

Osiągnięte efekty

Efekty realizacji wsparcia świadczonego w OP VIII i X RPO WO 2014-2020 były mierzone z użyciem 44 wskaźników. Monitoring stopnia osiągnięcia wypracowywanych produktów odbywał się z wykorzystaniem 30 wskaźników. Natomiast pomiar osiągniętych rezultatów przy użyciu 14 z nich. Wartości wskaźników produktu, które są bezpośrednim wynikiem dofinansowanych projektów obrazują czy fundusze zostały spożytkowane. Natomiast poziom osiągnięcia wskaźników rezultatu mówi o tym czy zrealizowane działania faktycznie przyczyniły się do poprawy sytuacji odbiorców.

Tabela 8 Zestawienie wskaźników produktu i rezultatu w poszczególnych Priorytetach Inwestycyjnych.

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość osiągnięta do dnia 31.12.2021r.	Wartość założona do osiągnięcia w 2023r.	Stopień osiągnięcia
	PI 9(iv) Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych			
1	Liczba osób objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie- – wskaźnik produktu	13 040,00	12 500,00	104,3%
2	Liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w programie– wskaźnik produktu	91 278,00	90 000,00	101,4%
3	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie – wskaźnik produktu	11 955	12 000	99,63%
4	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie – wskaźnik produktu	12 284	11 000	111,67%
5	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami asystenckimi i opiekuńczymi świadczonymi w społeczności lokalnej w programie – wskaźnik produktu	2 222	n/d	-
6	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami w postaci mieszkań chronionych i wspomaganych w programie – wskaźnik produktu	40	n/d	-
7	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami wspierania rodziny i pieczy zastępczej w programie – wskaźnik produktu	9 301	n/d	-
8	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych,	1 050	380	276,32%

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość osiągnięta do dnia 31.12.2021r.	Wartość założona do osiągnięcia w 2023r.	Stopień osiągnięcia
	istniejących po zakończeniu projektu – wskaźnik rezultatu			
9	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które deklarują wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS – wskaźnik rezultatu	7 608	95%	64,00%
10	Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu – wskaźnik rezultatu	1 549	2 500	61,96%
11	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy, uczestniczących w kształceniu lub szkoleniu zdobywających kwalifikacje, pracujących (łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek) po opuszczeniu programu – wskaźnik rezultatu	112	100	112,00%
12	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które opuściły opiekę instytucjonalną na rzecz usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej w programie – wskaźnik rezultatu	26	n/d	-
13	Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych istniejących po zakończeniu projektu – wskaźnik rezultatu	236	n/d	-
14	Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług w mieszkaniach wspomaganych i chronionych istniejących po zakończeniu projektu – wskaźnik rezultatu	15	n/d	-
15	Liczba utworzonych w programie miejsc świadczenia usług wspierania rodziny i pieczy zastępczej istniejących po zakończeniu projektu – wskaźnik rezultatu	360	n/d	-

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość osiągnięta do dnia 31.12.2021r.	Wartość założona do osiągnięcia w 2023r.	Stopień osiągnięcia
	PI 9(i) Włączenie społeczne			
16	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie – wskaźnik produktu	3 349	3 200	105%
17	Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie – wskaźnik produktu	1 144	1 000	114%
18	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje po opuszczeniu programu – wskaźnik rezultatu	974	30%	29%
19	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy po opuszczeniu programu – wskaźnik rezultatu	571	25%	60%
20	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) – wskaźnik rezultatu	634	20%	34%
	PI 9(v) Wsparcie podmiotów ekonomii społecznej			
21	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, objętych wsparciem w programie- wskaźnik produktu	1 553	1 800	86%
22	Liczba podmiotów ekonomii społecznej objętych wsparciem- wskaźnik produktu	230	190	121%
23	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu (łącznie z pracującymi na własny rachunek) – wskaźnik rezultatu	89	16%	6%
24	Liczba miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych – wskaźnik rezultatu	194	225	86%
	PI 9a Infrastruktura społeczna na rzecz wyrównywania nierówności w dostępie do usług			
25	Liczba wspartych podmiotów leczniczych – wskaźnik produktu	50	77	65%

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość osiągnięta do dnia 31.12.2021r.	Wartość założona do osiągnięcia w 2023r.	Stopień osiągnięcia
26	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	95 453 348	84 280 240	113%
27	Liczba wspartych ośrodków opieki nad osobami zależnymi – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.2	19	20	95%
28	Liczba utworzonych obiektów opieki nad dziećmi do 3 roku życia – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.2	9	11	82%
29	Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi – wskaźnik rezultatu Poddziałanie 10.1.1	948 396	990 000	96%
	COVID-19 PI 9(iv)			
30	Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 – wskaźnik produktu	69 517	74 500	93,31%
31	Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID – wskaźnik produktu	1 003	765	131,11%
32	Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 – wskaźnik produktu	72 519 885	20 000 000	362,60%
33	Wartość zakupionych środków ochrony indywidualnej – wskaźnik produktu	27 184 766	10 000 000	271,85%
34	Wartość zakupionego sprzętu medycznego- wskaźnik produktu	13 104 964	4 300 000	304,77%
35	Liczba karetek pogotowienia i pojazdów zakupionych na potrzeby reagowania kryzysowego – wskaźnik produktu	4	2	200,00%
	COVID-19 PI 9a			
36	Wartość zakupionych środków ochrony indywidualnej (CV 1) – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	1 658 398	6 500 000	26%
37	Wartość zakupionego sprzętu medycznego (CV 2) – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	4 119 765	4 400 000	94%

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość osiągnięta do dnia 31.12.2021r.	Wartość założona do osiągnięcia w 2023r.	Stożek osiągnięcia
38	Wartość zakupionych leków związanych z testowaniem i leczeniem COVID-19 (CV 3) – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	245 056	150 000	163%
39	Liczba zakupionych środków ochrony indywidualnej (CV 6) – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	7 621 997	1 440 000	529%
40	Liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19 (CV 7) – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	36	42	86%
41	Dodatkowa przestrzeń łóżkowa stworzona dla pacjentów chorych na COVID 19 (CV 8) – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	204	250	82%
42	Liczba wspartych podmiotów leczniczych w związku z pandemią COVID-19 (CV12) wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	7	19	37%
43	Liczba zakupionego sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory(CV13)- wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	5 040	2 500	202%
44	Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID 19 (CV14) – wskaźnik produktu Poddziałanie 10.1.1	8 018 379	11 500 000	70%

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji kwartalnej z realizacji RPO WO 2014-2020 IV kwartał 2021 r.

W PI9(iv), w którym realizowano działania ukierunkowane na poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych do pomiaru efektów przyjęto 7 wskaźników produktu i 8 wskaźników rezultatu. Analizując osiągnięte wartości wskaźników należy stwierdzić, że w omawianym PI z największą skutecznością wsparcia rozumianą jako efektywne dotarcie i objęcie pomocą członków założonych grup docelowych mamy do czynienia w obszarze usług społecznych, w którym wartości wskaźników produktu: „Liczba osób objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie” oraz „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie” zostały przekroczone odpowiednio o 4,3% i 11,67%. Natomiast z nieco mniejszą w przypadku usług zdrowotnych gdzie przyjęty do monitoringu wskaźnik: „Liczba osób objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie” został przekroczony o 1,4% a wskaźnik „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie” został niemal w pełni osiągnięty i ukształtował się na poziomie

99,63% złożonej wartości docelowej. Jak wynika z zakresu treściowego przyjętych do monitoringu wskaźników rezultatu przedmiotem analiz w omawianym PI były zarówno efekty osiągnięte w grupie ostatecznych odbiorców jak i instytucji i podmiotów świadczących usługi zdrowotne i społeczne. Zaobserwowane rozkłady wartości wskaźników: „Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu” oraz „Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu”, z których pierwszy ukształtował się na poziomie 276,32% przyjętej wartości docelowej natomiast drugi osiągnął jedynie niecałe 62%, wskazują, że w grupie odbiorców instytucjonalnych o wiele wyższą trwałością cechowało się wsparcie kierowane do podmiotów, w których świadczone były usługi zdrowotne. Z nie do końca klarowną sytuacją mamy natomiast do czynienia analizując wartości wskaźników, które obrazują czy zrealizowane działania faktycznie przyczyniły się do poprawy sytuacji ostatecznych odbiorców ponieważ z jednej strony w przyjętej do pomiaru grupie, mniejszy a niżeli zakładano odsetek osób, odczuł, że udział w projektach przyczynił się do podniesienia poziomu jakości ich życia, co obrazuje wartość wskaźnika „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które deklarują wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS”, która ukształtowała się na poziomie 64,00%. Z drugiej natomiast poprzez realizację działań projektowych do aktywnego poszukiwania i zmiany statusu na rynku pracy zmobilizowano więcej uczestników wsparcia niż pierwotnie zakładano o czym świadczy przekroczone o 12% wartość wskaźnika „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy, uczestniczących w kształceniu lub szkoleniu zdobywających kwalifikacje, pracujących (łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek) po opuszczeniu programu”.

W PI 9(i) do pomiaru efektów działań, których celem było podniesienie gotowości do podjęcia zatrudnienia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zaprojektowano 2 wskaźniki produktu i 3 wskaźniki rezultatu. Podobnie jak w przypadku PI9(iv) także w tym PI, mamy do czynienia z wysoką skutecznością wsparcia. Obrazuje to wskaźnik: „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie”, którego wartość ukształtowała się na poziomie 105% założonej wartości docelowej oraz wskaźnik „Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie”, którego wartość została przekroczone o 14%. Optymizmem napawają również osiągnięte wartości wskaźników rezultatu, które świadczą o wysokim poziomie oddziaływania oferowanego wsparcia. Przekroczone wartość wskaźnika „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy po opuszczeniu programu” obrazuje, że poprzez realizację działań projektowych do aktywnego poszukiwania i zmiany statusu na rynku pracy zmobilizowano 35% więcej uczestników wsparcia niż pierwotnie zakładano. Natomiast stopień osiągnięcia wskaźnika „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu”, że zrealizowane działania w wysokim stopniu przyczyniły się do poprawy sytuacji odbiorców na rynku pracy. Zważywszy na fakt, że okres programowania jeszcze się nie skończył na zadowalającym poziomie ukształtowała się także wartość wskaźnika „Liczba osób

zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które uzyskały kwalifikacje po opuszczeniu programu” którego pełne osiągnięcie do końca 2023r. wydaje się być wysoce prawdopodobne.

Do oceny efektów realizacji działań finansowanych ze środków PI 9(v) i mających na celu rozwój sektora ekonomii społecznej przyjęto dwa wskaźniki produktu i dwa wskaźniki rezultatu. Osiągnięte wartości wskaźników produktu świadczą o zróżnicowanej skuteczności świadczonego wsparcia ponieważ z jednej strony skorzystała z niego mniejsza liczba osób niż pierwotnie zakładano, co obrazuje wartość wskaźnika „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, objętych wsparciem w programie”, która ukształtowała się na poziomie 86% założonej wartości docelowej. Z drugiej natomiast przekroczenie o 21% wartości wskaźnika „Liczba podmiotów ekonomii społecznej objętych wsparciem” pozwala wnioskować, że oferowane wsparcie cieszyło się dużym zainteresowaniem wśród podmiotów stanowiących główną grupę docelową odbiorców. Analiza przyjętych do monitoringu wskaźników rezultatu obrazuje natomiast, że efekty w postaci poprawy sytuacji zawodowej i społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz wzrostu zdolności do generowania miejsc pracy w podmiotach ekonomii społecznej osiągnięto w niepełnym stopniu ponieważ wskaźnik „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym pracujących po opuszczeniu programu” osiągnął jedynie 6% założonej wartości docelowej. Natomiast wskaźnik „Liczba miejsc pracy utworzonych w przedsiębiorstwach społecznych” ukształtował się na poziomie 86% założonej wartości docelowej.

W PI 9a w którym realizowano inwestycje mające na celu poprawę infrastruktury usług ochrony zdrowia i usług społecznych do monitoringu efektów wsparcia przewidziano cztery wskaźniki produktu oraz jeden wskaźnik rezultatu. W przypadku inwestycji w infrastrukturę zdrowotną efektywność dotarcia do podmiotów kwalifikujących się do objęcia wsparciem nie była wysoka, co obrazuje wartość wskaźnika „Liczba wspartych podmiotów leczniczych”, którego stopień osiągnięcia ukształtował się na poziomie 65%. Natomiast zrealizowane inwestycje miały szeroki zakres o czym świadczy wskaźnik produktu „Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej”, który ukształtował się o 13% powyżej założonej wartości docelowej oraz wskaźnik rezultatu „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, który został osiągnięty na poziomie 96%. Ze zróżnicowaną sytuacją mamy także do czynienia w przypadku inwestycji w infrastrukturę społeczną gdzie realizowano dwa rodzaje inwestycji. Pierwszy w obszarze infrastruktury usług opieki nad osobami zależnymi, w którym gdzie dostęp do zmodernizowanej infrastruktury oraz wyższej jakości usług został niemal w pełni zapewniony, co obrazuje wartość wskaźnika „Liczba wspartych ośrodków opieki nad osobami zależnymi”, który osiągnął 95% założonej wartości docelowej oraz drugi w infrastrukturę usług opieki nad dziećmi gdzie skuteczność realizowanych działań była nieco niższa. Osiągnięty stopień wartości wskaźnika „Liczba utworzonych obiektów opieki nad dziećmi do 3 roku życia” ukształtował się bowiem na poziomie 82%.

Oddzielny zestaw 15 wskaźników, z których 9 zostało zaproponowanych przez Komisję Europejską został przewidziany do monitoringu działań mających na celu przeciwdziałanie skutkom pandemii COVID-19.

Analizując efekty wsparcia osiągnięte w PI9(iv) należy stwierdzić, że wszystkie zrealizowane w nim działania charakteryzują się ponadprzeciętną skutecznością o czym świadczą wielokrotne przekroczenia założonych do pomiaru wartości wskaźników.

Z podobną sytuacją mamy do czynienia w PI 9a, w którym wartości trzech obrazujących walkę z Pandemią wskaźników tj.: „Wartość zakupionych leków związanych z testowaniem i leczeniem COVID-19 (CV 3)”, „Liczba zakupionych środków ochrony indywidualnej (CV 6)”, „Liczba zakupionego sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory(CV13)” zostały przekroczone. Natomiast wartości kolejnych trzech tj.: „Wartość zakupionego sprzętu medycznego (CV 2)”, „Liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19 (CV 7)” oraz „Dodatkowa przestrzeń łóżkowa stworzona dla pacjentów chorych na COVID 19 (CV 8)” są bliskie osiągnięcia, co świadczy o intensywnej realizacji wsparcia w okresie największego zagrożenia epidemicznego. Ponadto warto także nadmienić że pula środków na walkę z Pandemią była sukcesywnie wydatkowana a niezbyt wysoki poziom osiągnięcia wartości wskaźnika „Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID 19 (CV14)”, który osiągnął 70% założonej wartości docelowej wynika w tym przypadku z tego, że nie wszystkie projekty zostały dotychczas zakończone i rozliczone, a wskaźnik ten jest wykazywany po rozliczeniu zadań w projekcie. Tożsamy powód dotyczy wskaźnika „Liczba wspartych podmiotów leczniczych”, którego wartość ukształtował się na poziomie 65%.

Reasumując na podstawie powyższych analiz należy stwierdzić że osiągnięte cele OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1, 10.1.2) RPO WO 2014-2020 a także uzyskane efekty w pełni uzasadniają poniesione nakłady. Wielokrotne przekroczenia założonych do pomiaru wartości wskaźników świadczą o tym, że niemal wszystkie zrealizowane działania charakteryzowały się ponadprzeciętną skutecznością a wysoką rozpiętość kosztów realizacji wsparcia w poszczególnych powiatach uzasadnia szeroki i zróżnicowany wachlarz usług pomocowych, które można było świadczyć ostatecznym odbiorcom. Uzyskane efekty świadczą również o adekwatności wykorzystanych instrumentów w stosunku do indywidualnych i instytucjonalnych potrzeb odbiorców. Podobnych efektów nie udało by się zatem osiągnąć przy wykorzystaniu niższych zasobów.

ROZDZIAŁ 4: OCENA FORM WSPARCIA

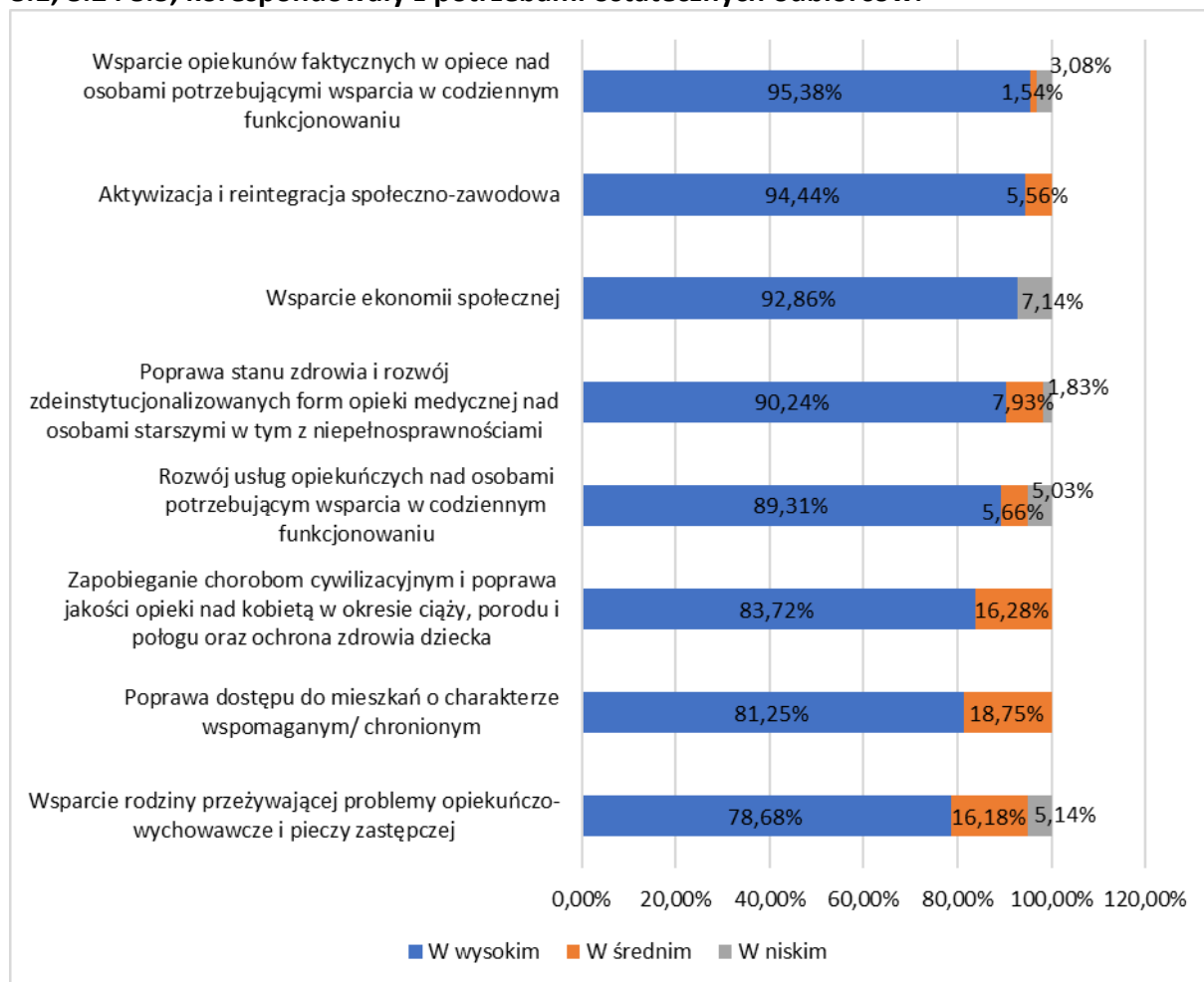
Perspektywa beneficjentów i instytucji świadczących wsparcie

Skuteczność wsparcia

Rozpatrując skuteczność form wsparcia oferowanych w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 przez pryzmat stopnia ich dopasowania do istniejących potrzeb należy stwierdzić, że wszystkie z nich cechowały się wysoką skutecznością ponieważ zdaniem respondentów, przedstawicieli

zróżnicowanych typów instytucji pomocowych, ich zakres odpowiadał na problemy, z którymi borykają się ostateczni odbiorcy. W opinii badanych podmiotów z istniejącymi w regionie potrzebami w najwyższym stopniu korespondowały te działania, które były ukierunkowane na wsparcie opiekunów faktycznych osób starszych oraz niepełnosprawnych, czyli potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

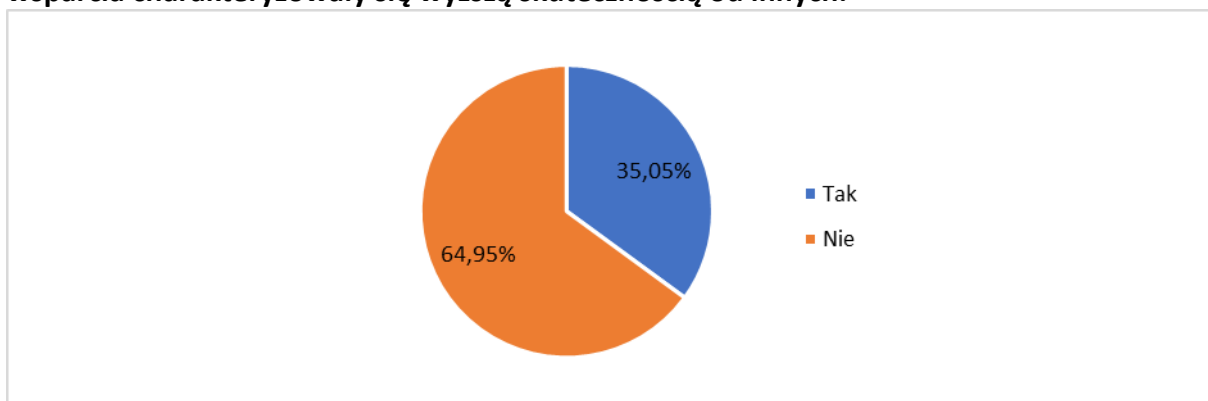
Wykres 20 Ocena stopnia, w jakim świadczone formy wsparcia świadczone w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3, korespondowały z potrzebami ostatecznych odbiorców.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

W grupie badanych instytucji nieco ponad jedna trzecia oceniła, że niektóre świadczone przez nie usługi przyniosły leprze efekty od innych, natomiast ponad połowa uznała, że wszystkie były skuteczne w takim samym stopniu.

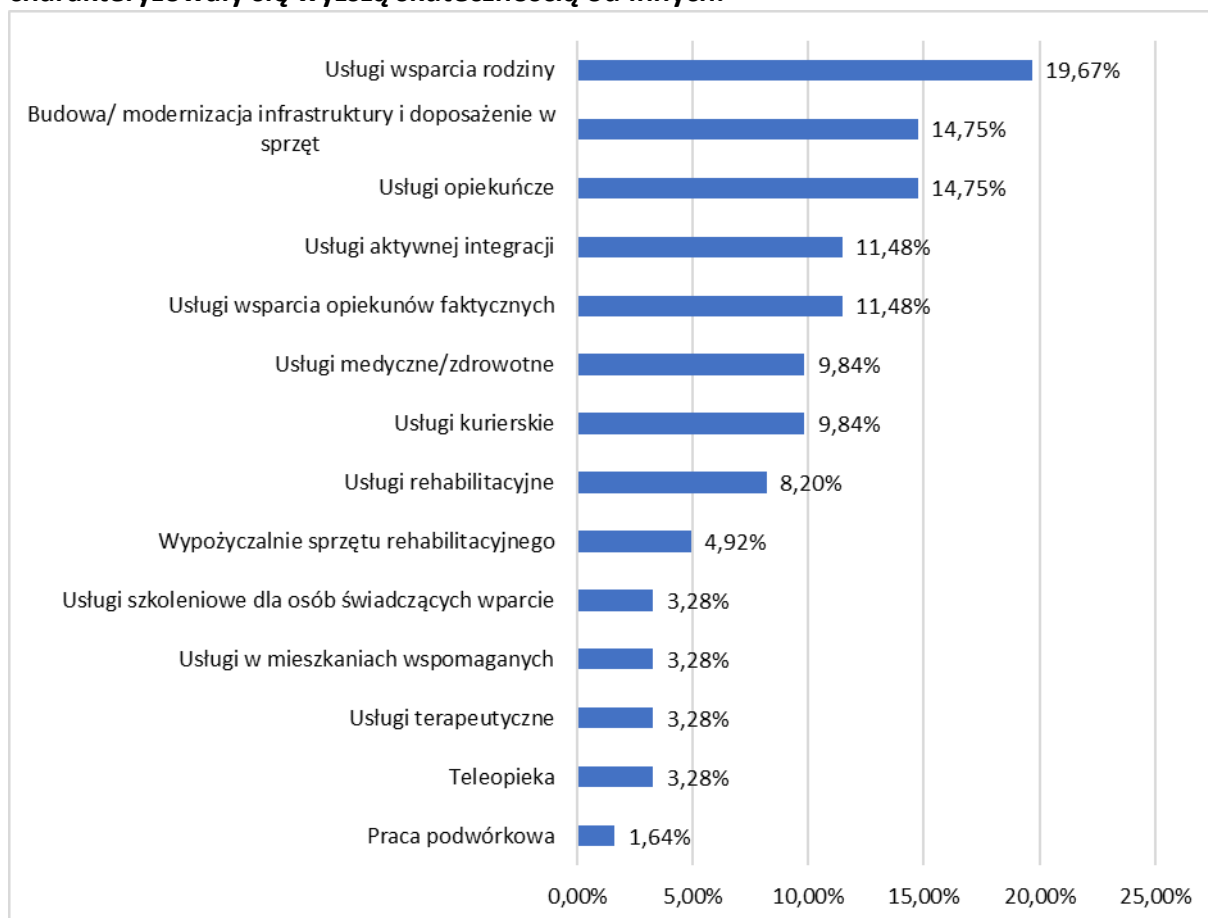
Wykres 21 Odsetek podmiotów, które realizowały wsparcie w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 i zadeklarowały, że niektóre spośród usług świadczonych w ramach poszczególnych form wsparcia charakteryzowały się wyższą skutecznością od innych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

Podmioty świadczące wsparcie w Działaniu 8.1 za najbardziej skuteczne a więc w najwyższym stopniu przyczyniające się do poprawy sytuacji ostatecznych odbiorców uznały szeroko rozumiane usługi wsparcia rodziny. Wysoką skuteczność przypisano również usługom opiekuńczym. Nieco niższy stopień skuteczności, jak oceniono, posiadały usługi wsparcia opiekunów faktycznych, usługi aktywnej integracji, usługi zdrowotne oraz usługi kurierskie. Najniższą skuteczność przypisano pracy podwórkowej, co oczywiste, bowiem jest to swoista forma wsparcia, której efekty nie są od razu widoczne.

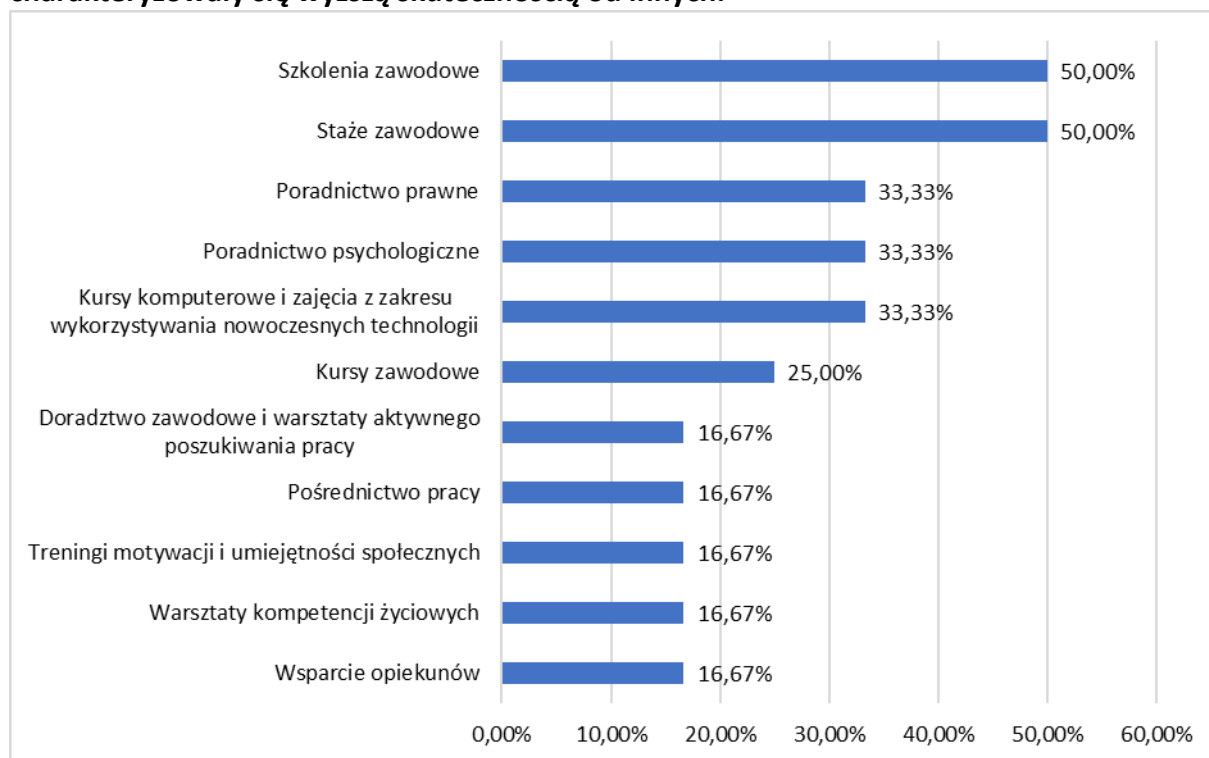
Wykres 22 Typy usług, które zdaniem podmiotów świadczących wsparcie w Działaniu 8.1 charakteryzowały się wyższą skutecznością od innych.



Źródło: opracowanie własne: na podstawie badania CAWI, n=61. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jeden typ usługi.

Ponad połowa instytucji świadczących wsparcie w Działaniu 8.2 najwyższą skuteczność przypisała stażom i szkoleniom zawodowym czyli tym typom usług, których celem jest określenie potencjału i pobudzenie aktywności zawodowej osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji na rynku pracy. Na wyższą niż przeciętna skuteczność poradnictwa (psychologicznego i prawnego) oraz kursów komputerowych i zajęć z zakresu wykorzystywania nowoczesnych technologii wskazała jedna trzecia respondentów. Natomiast na kursy zawodowe jedna czwarta badanych. Tylko niektórzy przedstawiciele badanych instytucji za formy wsparcia skuteczniejsze od innych uznali: warsztaty kompetencji życiowych treningi motywacji i umiejętności społecznych, pośrednictwo pracy, doradztwo zawodowe oraz warsztaty aktywnego poszukiwania pracy, co częściowo wynika z faktu, że część spośród nich ma bardziej specjalistyczny, a tym samym zawężony charakter.

Wykres 23 Typy usług, które zdaniem podmiotów świadczących wsparcie w Działaniu 8.2 charakteryzowały się wyższą skutecznością od innych.

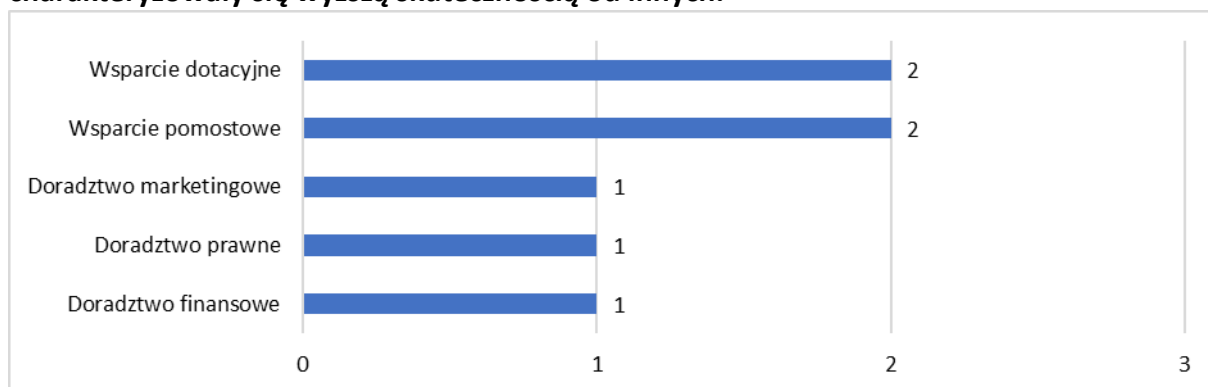


Źródło: opracowanie własne: na podstawie badania CAWI, n=12. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jeden typ usługi.

Rozpatrując uzyskane wyniki należy stwierdzić, że z powyższych danych wyłania się profil wsparcia bazujący na dwóch głównych filarach: doskonaleniu zawodowym oraz poradnictwie. Ponadto należy podkreślić że jak wskazywały badania empiryczne (Popyt na pracę... 2017), osoby należące do grup docelowych wsparcia bardzo często nie mają świadomości swego potencjału. W związku z tym, aby poprawić swój poziom aktywności zawodowej, potrzebują poradnictwa, które zwiększa ich poczucie pewności siebie oraz podnosi ich samoocenę. Dlatego patrząc przez pryzmat zwiększania szans na ich skuteczne zaadoptowanie się do zmieniającej się sytuacji na rynku pracy oraz znalezienie i podjęcie przez nie zatrudnienia wszystkie typy usług realizowane w Działaniu 8.2 należy uznać za istotne i składające się na kompleksowy zakres pomocy w obszarze aktywizacji zawodowej i reintegracji społecznej, która może być świadczona przez i na rzecz podmiotów instytucjonalnych.

Ekonomia społeczna to istotny instrument uzupełniający otwarty rynek pracy. W Działaniu 8.3 oferowano wsparcie będące w całości związane z dwoma typami zadań ukierunkowanych na wzmocnienie w regionie przedsiębiorstw społecznych oraz ekonomizację istniejących organizacji pozarządowych prowadzących nieodpłatną i odpłatną działalność pożytku publicznego. W tym przypadku jako wsparcie charakteryzujące się najwyższą skutecznością wskazano dotacje oraz wsparcie pomostowe, które bezpośrednio przyczyniały się do utrzymania istniejących przedsiębiorstw społecznych chroniąc osoby zagrożone wykluczeniem społecznym przed wyłączeniem z rynku pracy.

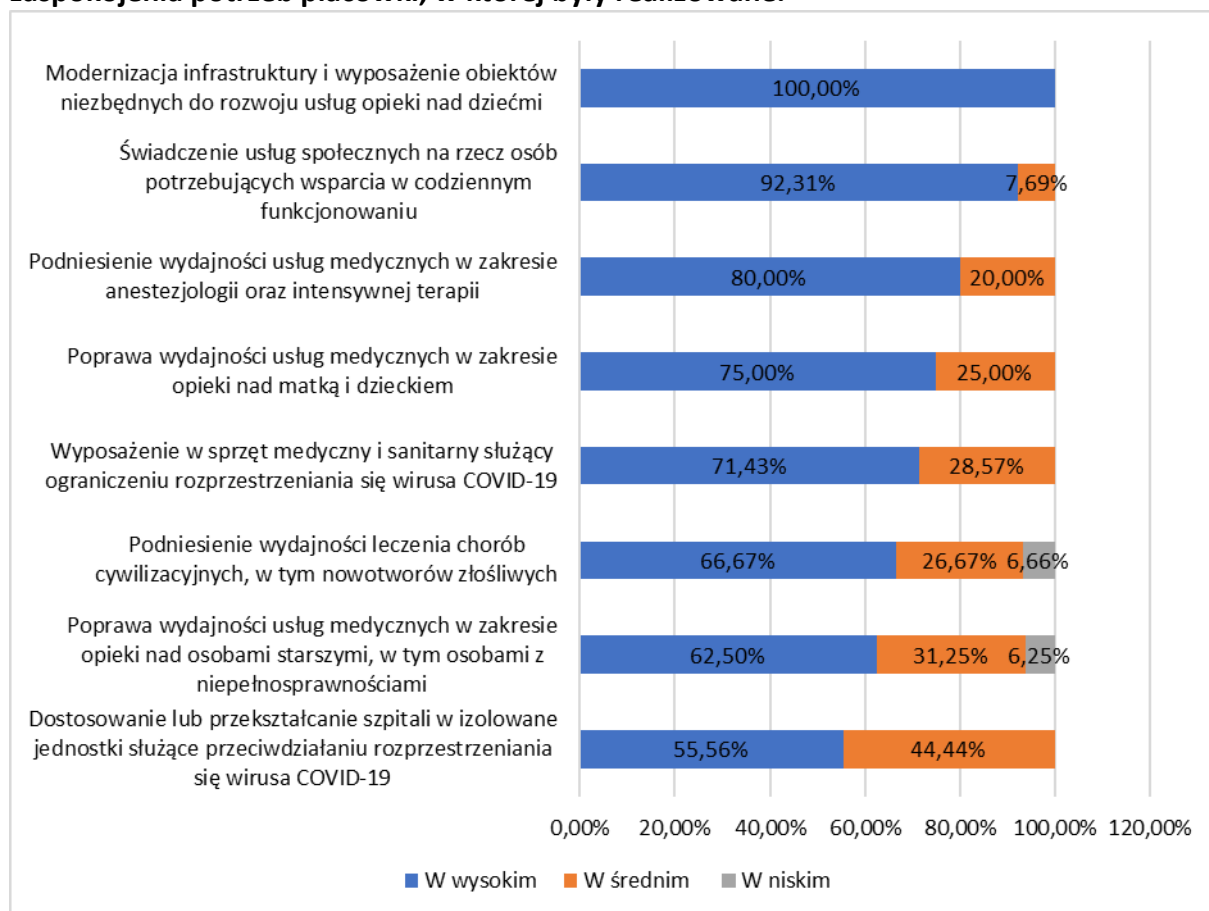
Wykres 24 Typy usług, które zdaniem podmiotów, świadczących wsparcie w Działaniu 8.3 charakteryzowały się wyższą skutecznością od innych.



Źródło: opracowanie własne: na podstawie badania CAWI, n=2. Można było wskazać więcej niż jeden typ usługi.

W przypadku Działania 10.1 skuteczność świadczonych form wsparcia również była wysoka o czym świadczą oceny beneficjentów, którzy wyrazili generalną opinie, że przeprowadzone inwestycje w wysokim stopniu przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb placówek, w których były realizowane. Grupa beneficjentów Poddziałania 10.1.1 za najbardziej skuteczne uznała zarówno działania inwestycyjne w infrastrukturę i wyposażenie mające na celu podniesienie wydajności usług medycznych w zakresie anestezjologii oraz intensywnej terapii jak i te mające na celu poprawę wydajności usług medycznych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Wysoko oceniona została także skuteczność działań służących ograniczeniu i przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19. W opinii beneficjentów Poddziałania 10.1.2 za najbardziej skuteczne, zostały uznane inwestycje mające na celu wyposażenie obiektów niezbędnych do rozwoju usług opieki nad dziećmi. Nieco żaciej wskazywano na inwestycje mające na celu świadczenie usług społecznych na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Wykres 25 Ocena stopnia, w jakim przeprowadzone inwestycje, przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb placówki, w której były realizowane.

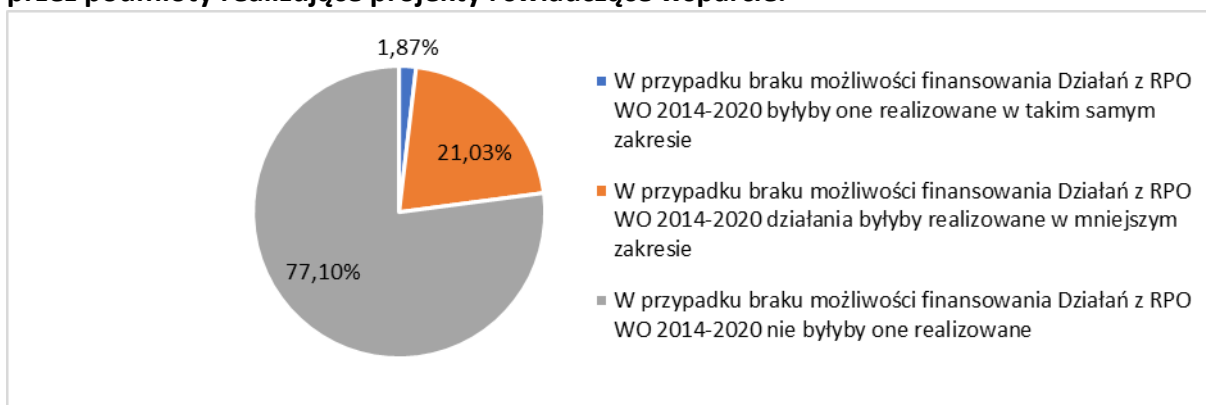


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=41.

Użyteczność wsparcia

Ocena użyteczności wsparcia świadczonego przez podmioty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 została dokonana poprzez wyrażenie opinii, czy w przypadku braku możliwości ich finansowania z RPO WO 2014-2020 można by je w ogóle realizować, a jeśli tak to w jakim stopniu. Wyniki badań wskazują, że otrzymane wsparcie oceniono bardzo wysoko. Znacząca większość respondentów reprezentujących podmioty świadczące usługi ostatecznym odbiorcom uznała bowiem, że w przy braku możliwości jego sfinansowania z RPO WO 2014-2020 nie byłoby żadnej możliwości jego realizacji.

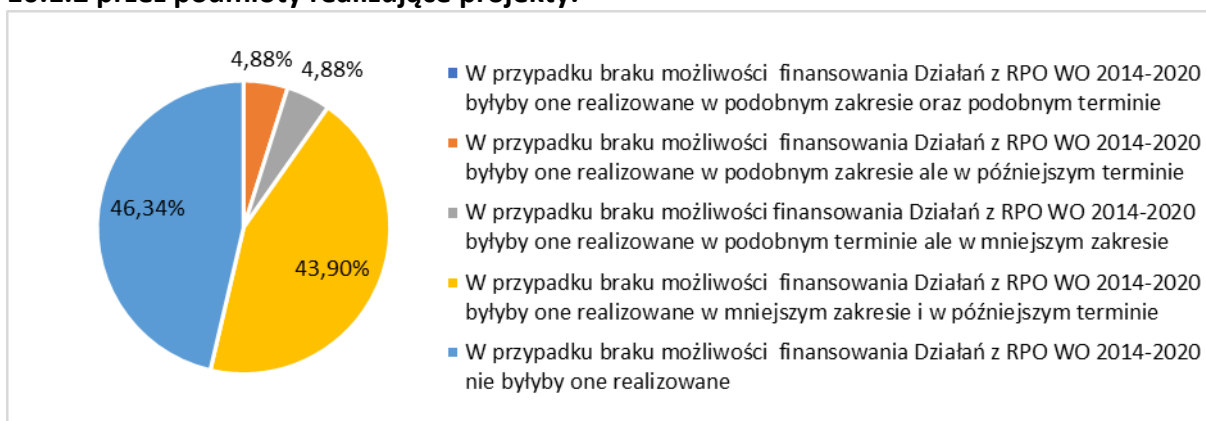
Wykres 26 Ocena użyteczności wsparcia finansowanego w ramach Działania 8.1, 8.2 i 8.3 przez podmioty realizujące projekty i świadczące wsparcie.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

Z nieco inną sytuacją mamy do czynienia w Działaniu 10.1. w którym niemal równoliczne grupy beneficjentów wyraziły zróżnicowane opinie w tej kwestii. Pierwsza, nieco większa uznała, że bez otrzymanego wsparcia inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie nie byłyby realizowane. Natomiast druga, że byłyby one realizowane w mniejszym zakresie i w późniejszym terminie. Pomimo, że część beneficjentów dostrzega możliwości uzyskania analogicznej pomocy z alternatywnych źródeł to jednak obydwa stwierdzenia świadczą o wysokiej użyteczności otrzymanego wsparcia oraz nie negują jego przydatności i celowości finansowania działań infrastrukturalnych ze środków Programu

Wykres 27 Ocena użyteczności wsparcia finansowanego w ramach Poddziałania 10.1.1 i 10.1.2 przez podmioty realizujące projekty.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=41.

Perspektywa ostatecznych odbiorców wsparcia

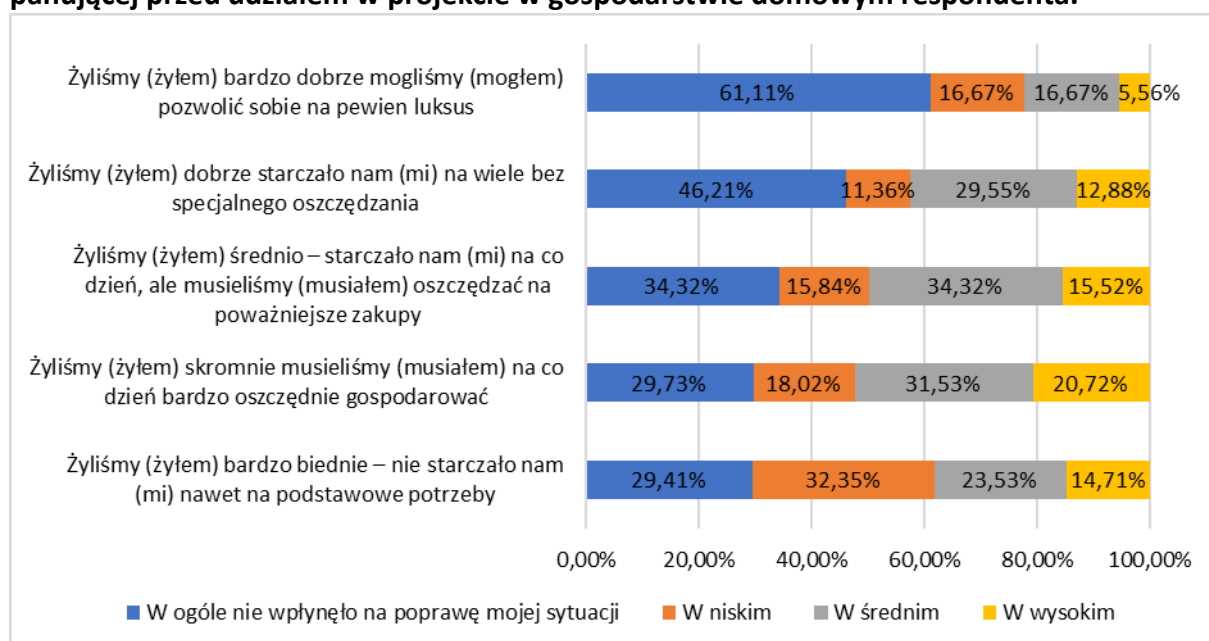
Skuteczność wsparcia

Oczekowaną – z punktu widzenia logiki interwencji – zmianą sytuacji uczestników projektów realizowanych w ramach OP VIII i OP X miała być przede wszystkim poprawa ich sytuacji zdrowotnej, zawodowej i społecznej. Zmiana ta powinna odzwierciedlać się przede wszystkim w zdobyciu i utrzymaniu przez nich trwałego zatrudnienia, a także w poprawie ich sytuacji materialnej oraz podniesieniu jakości życia. Do oczekiwanej zmiany miały doprowadzić zarówno te działania, które miały na celu rozwój usług zdrowotnych i

społecznych, jak i te wspierające reintegrację zawodową osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz wzmacniające potencjał podmiotów ekonomii społecznej.

W świetle uzyskanych wyników badań należy stwierdzić, że otrzymane wsparcie wpłynęło na zmianę sytuacji życiowej większości uczestników projektów przyczyniając się do jej poprawy w różnym stopniu. Ocena stopnia wpływu zależała od sytuacji życiowej respondenta przed uczestnictwem w projekcie. W grupie osób, które oceniły wpływ przyznanego wsparcia jako wysoki największy udział mieli ci respondenci, którzy swoją sytuację życiową przed uczestnictwem w projekcie oceniali jako skromną. Z kolei, ponad połowa tych respondentów, którzy przed uczestnictwem w projekcie żyli skromnie i średnio oszczędzając i ograniczając w różnym zakresie swoje wydatki oceniła wpływ otrzymanego wsparcia jako wysoki lub średni. Wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodu ubóstwa około 40,0% respondentów oceniło wpływ otrzymanego wsparcia jako średni lub wysoki, natomiast jedna trzecia jako niski. Na zupełny brak wpływu na poprawę swojej sytuacji życiowej wskazała ponad połowa tych osób, których sytuacja życiowa była bardzo dobra i blisko połowa tych respondentów, którzy oceniali swoją sytuację życiową jako dobrą. Na podstawie wyrażonych ocen można, zatem sformułować konstatację, że wpływ oferowanego wsparcia na poprawę sytuacji życiowej ostatecznych odbiorców był skuteczny i w znaczący sposób przyczynił się do osiągnięcia założonych celów.

Wykres 28 Ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie przyczyniło się do poprawy sytuacji panującej przed udziałem w projekcie w gospodarstwie domowym respondenta.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598.

Użyteczność wsparcia

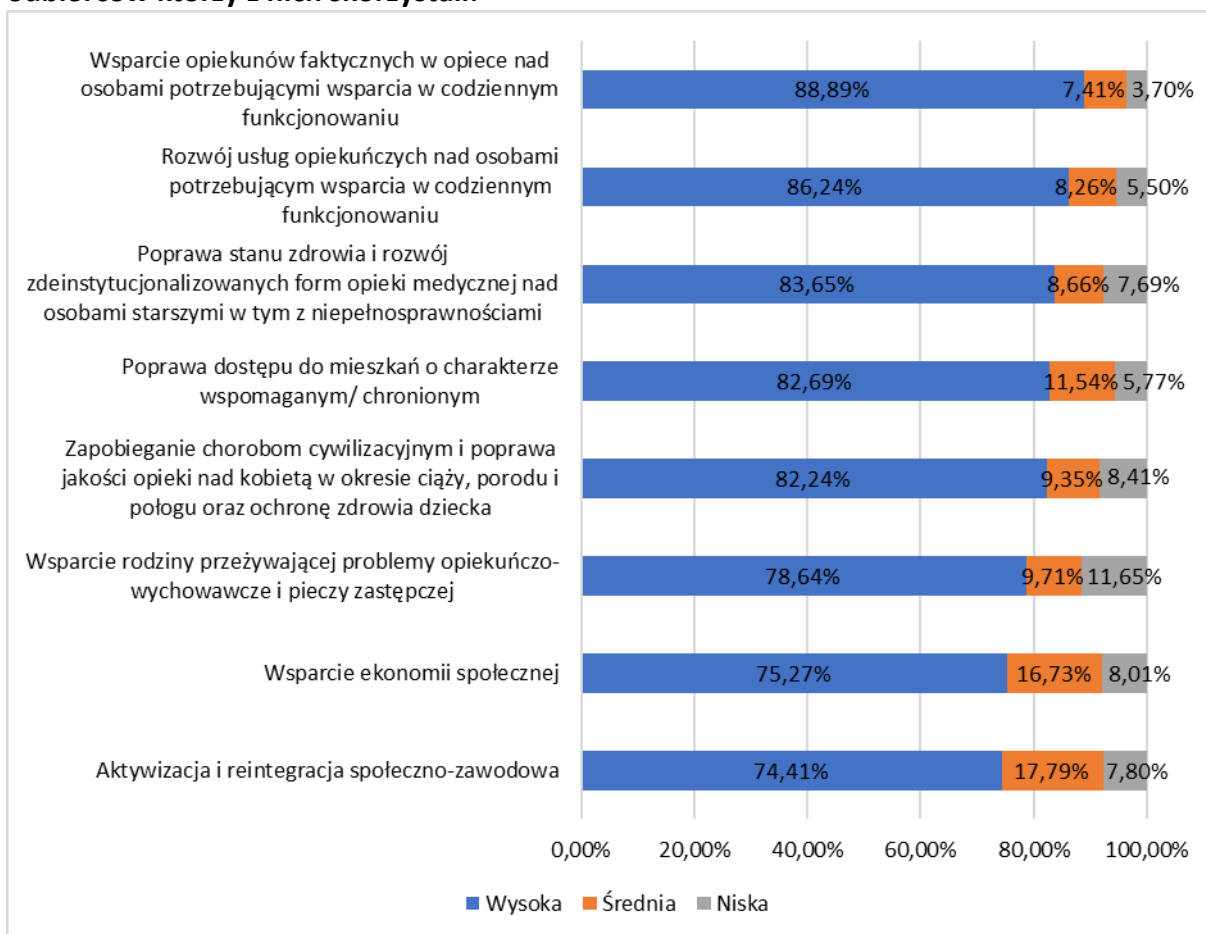
Wyniki badań wskazują, że wszystkim formom wsparcia oferowanym w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 przypisano wysoką użyteczność. Realizowane usługi przyczyniły się zatem do zaspokojenia potrzeb tych osób, które z nich skorzystały.

W Działaniu 8.1 największy odsetek ostatecznych odbiorców jako wysoce użyteczne ocenił te formy wsparcia, które były ukierunkowane na rozwój usług opiekuńczych oraz miały na celu wsparcie opiekunów faktycznych w opiece na osobami potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Jako użyteczne niemal powszechnie oceniono także usługi mające na celu poprawę stanu zdrowia i rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki medycznej nad osobami starszymi w tym z niepełnosprawnościami, jak również formy pomocy zapobiegające chorobom cywilizacyjnym oraz mające na celu poprawę jakości opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu i ochronę zdrowia dziecka. W zdecydowanej większości ankietowani pozytywnie ocenili także te działania, które były ukierunkowane na poprawę dostępu do mieszkań o charakterze chronionym. Natomiast nieco mniejszy odsetek badanych wskazał na wysoką użyteczność usług ukierunkowanych na wsparcie rodziny z trudnościami opiekuńczo-wychowawczymi i pieczy zastępczej.

Pozytywnie przez odbiorców zostało także ocenione wsparcie z zakresu aktywizacji i reintegracji społecznej i zawodowej realizowane w ramach Działania 8.2. Jak wskazują wyniki badania projekty w ramach których świadczone usługi ukierunkowane na znalezienie stabilnej pracy i poprawy sytuacji finansowej odpowiedziały na potrzeby przeważającej części ankietowanych. Szerokie spektrum korzyści ze wsparcia odnieśli także uczestnicy z niepełnosprawnościami, którzy oprócz poprawy sytuacji na rynku pracy i poprawy samooceny częściej niż inni doświadczali poczucia nadziei na przyszłość oraz lepszych warunków finansowych.

W Działaniu 8.3 największa liczba ostatecznych odbiorców wsparcia wskazała na wysoki stopień użyteczności zarówno finansowych form pomocy jaki i tych, których realizacja miała prowadzić do wzmocnienia motywacji i pozytywnych postaw społecznych oraz kompetencji i kwalifikacji, zawodowych pracowników PS oraz osób je prowadzących. Co z kolei miało skutkować zwiększeniem widoczności ekonomii społecznej na poziomie regionalnym oraz wzmocnieniem potencjału PS ich pozycji na rynku i w konsekwencji przełożyć się na trwałe i stabilne zatrudnienie uczestników oraz wzrost poziomu wynagrodzeń pozwalających na godne życie.

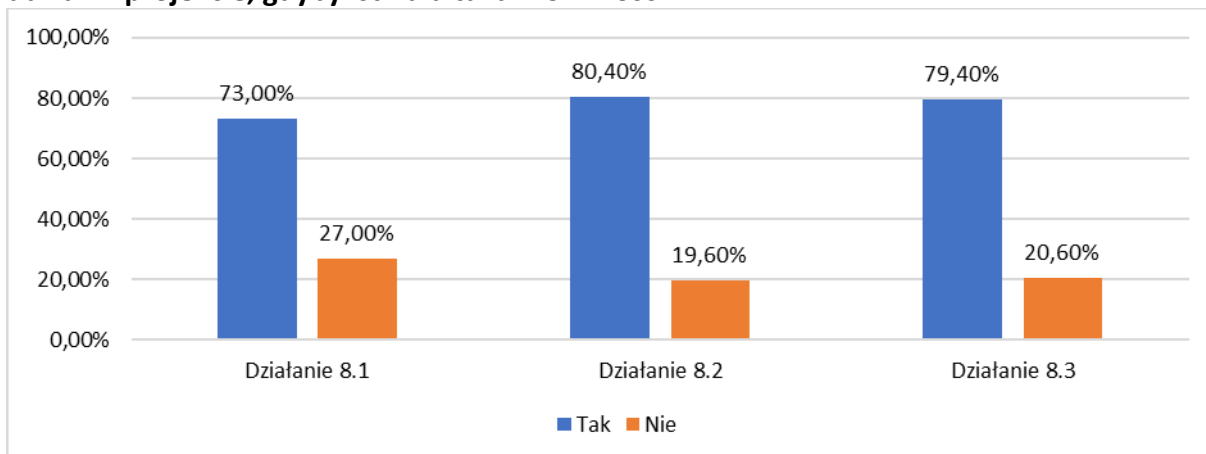
Wykres 29 Ocena stopnia użyteczności (przydatności) form wsparcia, przez ostatecznych odbiorców którzy z nich skorzystali.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598.

O wysokiej użyteczności oferowanego wsparcia oraz wysokim stopniu zaspokojenia indywidualnych potrzeb ostatecznych odbiorców świadczy także znaczący odsetek tych respondentów, którzy gdyby istniała taka możliwość, podjęliby ponową decyzję o uczestnictwie w projektach.

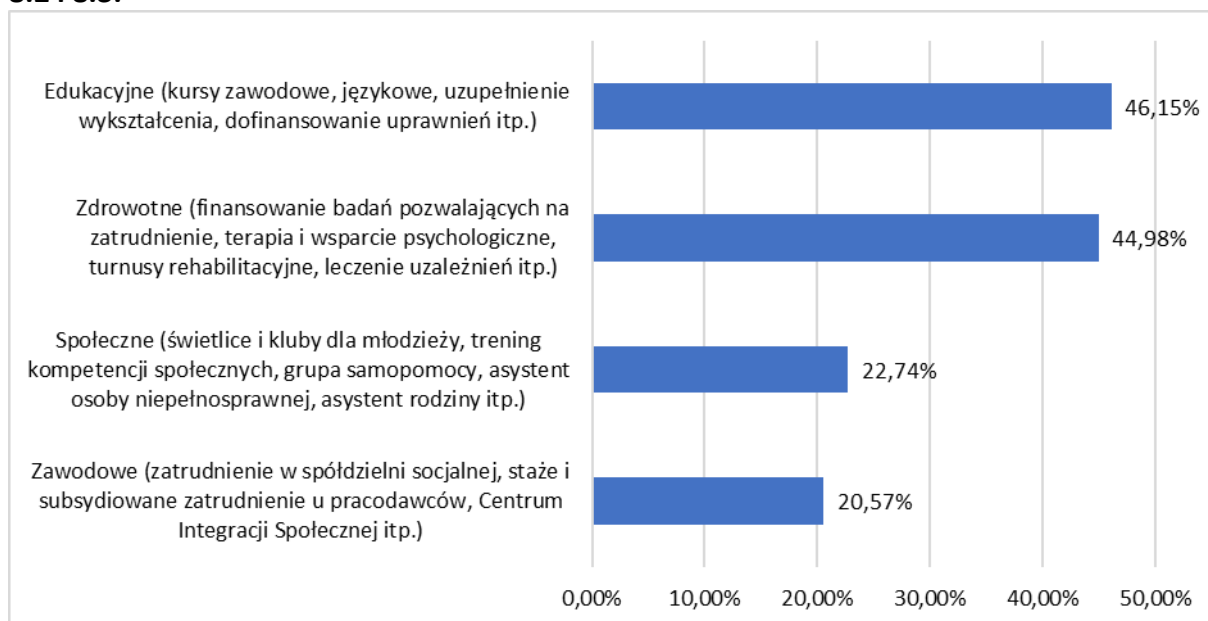
Wykres 30 Odsetek respondentów, którzy zadeklarowali że zdecydowaliby się na ponowny udział w projekcie, gdyby istniała taka możliwość.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598.

Ankietowani, którzy wyrazili chęć ponownego uczestnictwa w projektach byłoby w największym stopniu zainteresowani uczestnictwem w edukacyjnych formach wsparcia, które pozwoliłyby im na podniesienie i uzupełnienie kompetencji oraz wykształcenia jak również w szeroko rozumianym wsparciu zdrowotnym umożliwiającym zarówno finansowanie badań pozwalających na zatrudnienie jak i uczestnictwo w terapii i wsparciu psychologicznym, turnusach rehabilitacyjnych, czy leczeniu uzależnień. Nieco mniejsza grupa pytaných byłaby natomiast zainteresowana szeroko rozumianymi usługami społecznymi oraz uczestnictwem we wsparciu z zakresu reintegracji społecznej i ekonomii społecznej.

Wykres 31 Formy wsparcia, którymi byłoby zainteresowani ostateczni odbiorcy Działań 8.1, 8.2 i 8.3.



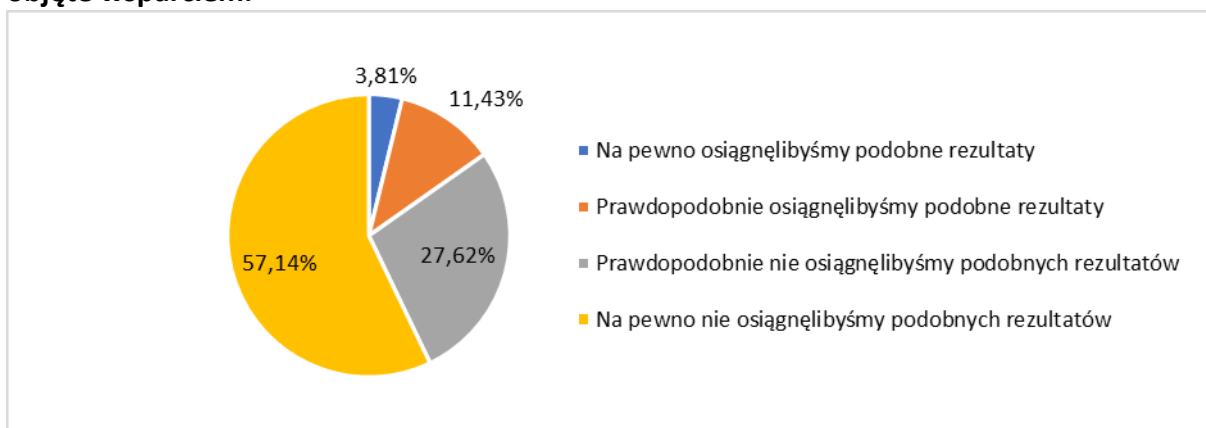
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną formę wsparcia, n=598.

Perspektywa podmiotów ekonomii społecznej

Skuteczność wsparcia

Ocena skuteczności wsparcia świadczonego w ramach Działania 8.3 została dokonana w oparciu o odpowiedź na pytanie, czy w przypadku brak możliwości jego sfinansowania ze środków Programu osiągnęłyby one takie same rezultaty. Wyniki badań wskazują, że skuteczność wsparcia oceniono bardzo wysoko. Ponad połowa ankietowanych podmiotów, które skorzystały ze wsparcia stwierdziła, że brak możliwości jego sfinansowania z RPO WO 2014-2020 spowodowałby, że podobne rezultaty na pewno nie zostałyby osiągnięte. Natomiast blisko 30%, że prawdopodobnie by ich nie osiągnięto.

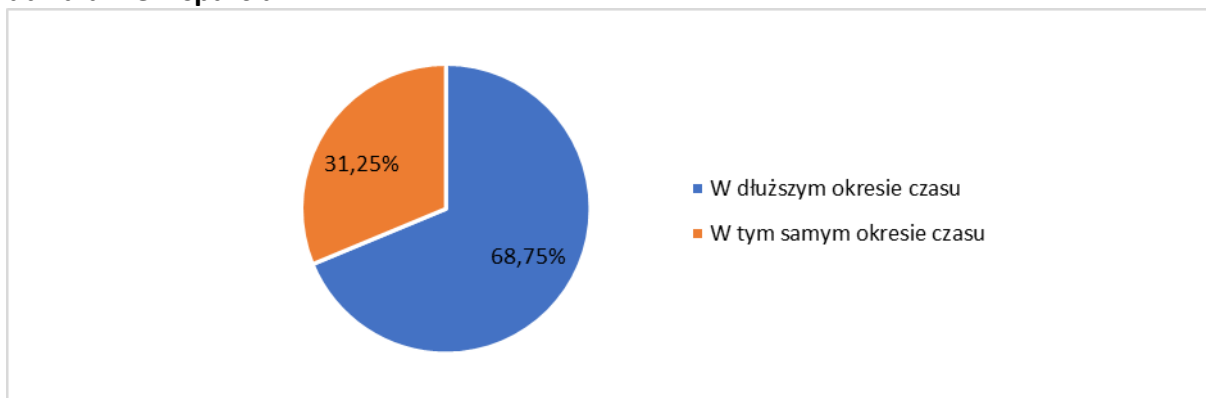
Wykres 32 Ocena skuteczności wsparcia świadczonego w Działaniu 8.3 przez podmioty objęte wsparciem.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

W grupie podmiotów, które uznały, że w przypadku braku możliwości finansowania wsparcia z RPO WO 2014-2020 osiągnęłyby te same rezultaty, jedynie 30%, stwierdziło że było by to możliwe w tym samym okresie czasu. Natomiast zdecydowana większość że czas potrzebny na ich osiągnięcie byłby dłuższy, co generalnie potwierdza jego skuteczność.

Wykres 33 Ocena czasu w jakim osiągnięcie podobnych rezultatów byłoby możliwe bez udziału we wsparciu.

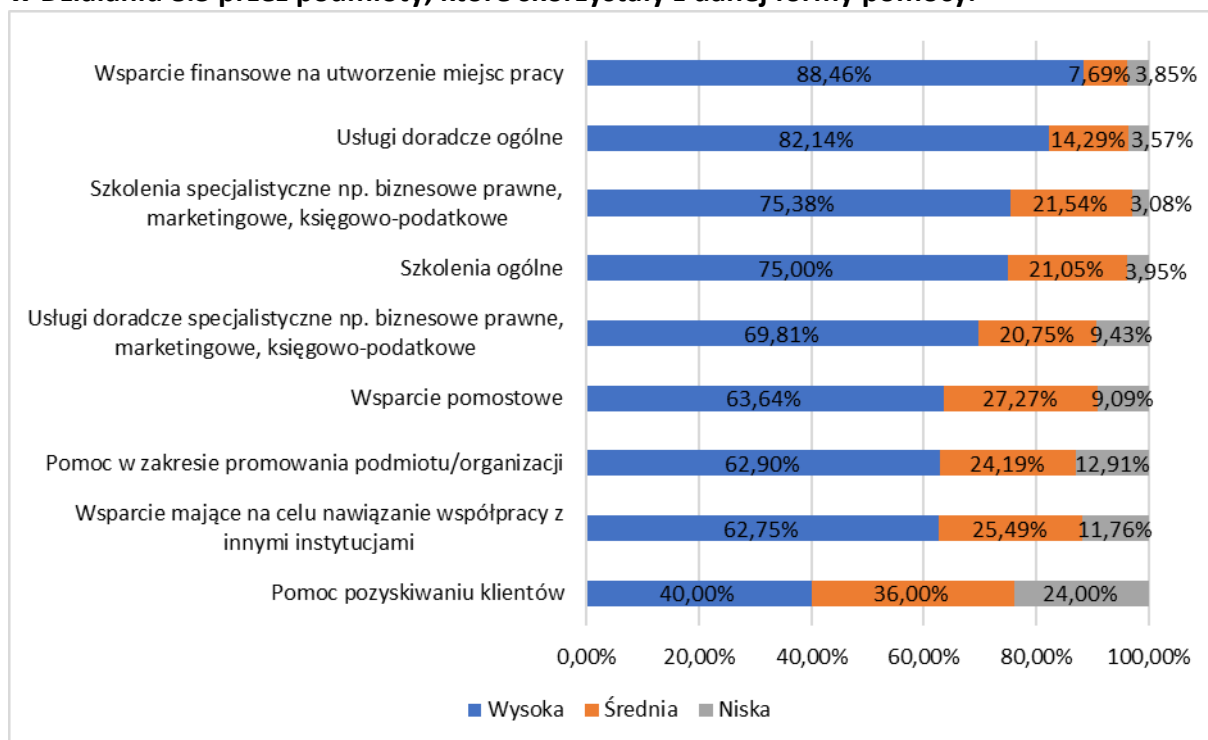


Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=16.

Użyteczność wsparcia

Ocena użyteczności poszczególnych form pomocy świadczonej w Działaniu 8.3 generalnie była wysoka. Realizowane usługi zaspokoily zatem potrzeby odbiorców. Najwyższą przydatność przypisano wsparciu finansowemu na utworzenie miejsc pracy, szkoleniom ogólnym i specjalistycznym oraz specjalistycznym usługom doradczym (prawnym, biznesowym, marketingowym, księgowym). Wysoko zostało także ocenione wsparcie pomostowe oraz mające na celu pomoc w zakresie promocji i w nawiązywaniu kontaktów z innymi instytucjami.

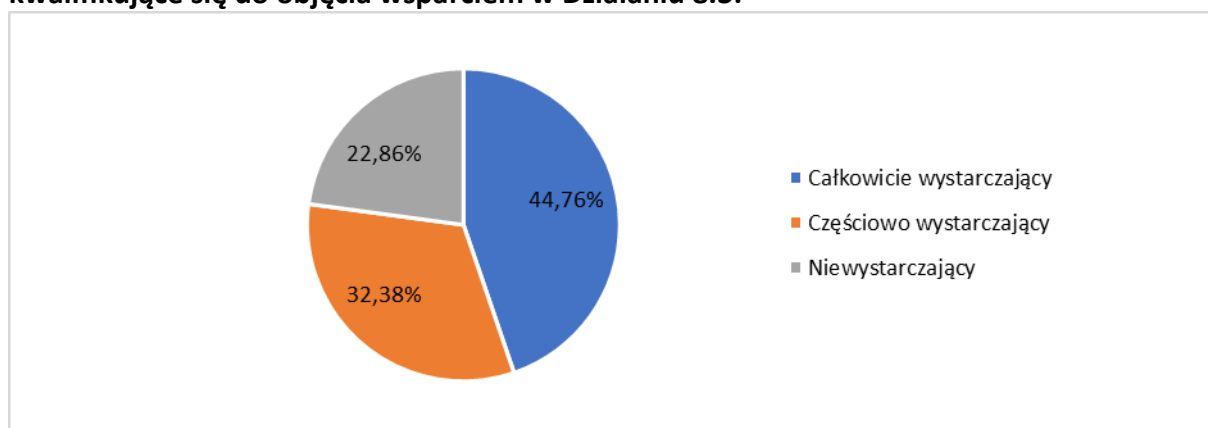
Wykres 34 Ocena użyteczności (przydatności) poszczególnych form pomocy świadczonych w Działaniu 8.3 przez podmioty, które skorzystały z danej formy pomocy.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

Opinie dotyczące zakresu form wsparcia, z których mogły skorzystać biorące udział w badaniu podmioty ekonomii społecznej są podzielone. Największa grupa badanych oceniła zakres wsparcia jako całkowicie wystarczający. Natomiast druga nieco mniej liczna określiła go jako częściowo wystarczający. Najmniejszy odsetek ankietowanych stwierdził, że nie był on wystarczający w stosunku do potrzeb.

Wykres 35 Ocena zakresu form wsparcia, z których mogły skorzystać podmioty kwalifikujące się do objęcia wsparciem w Działaniu 8.3.

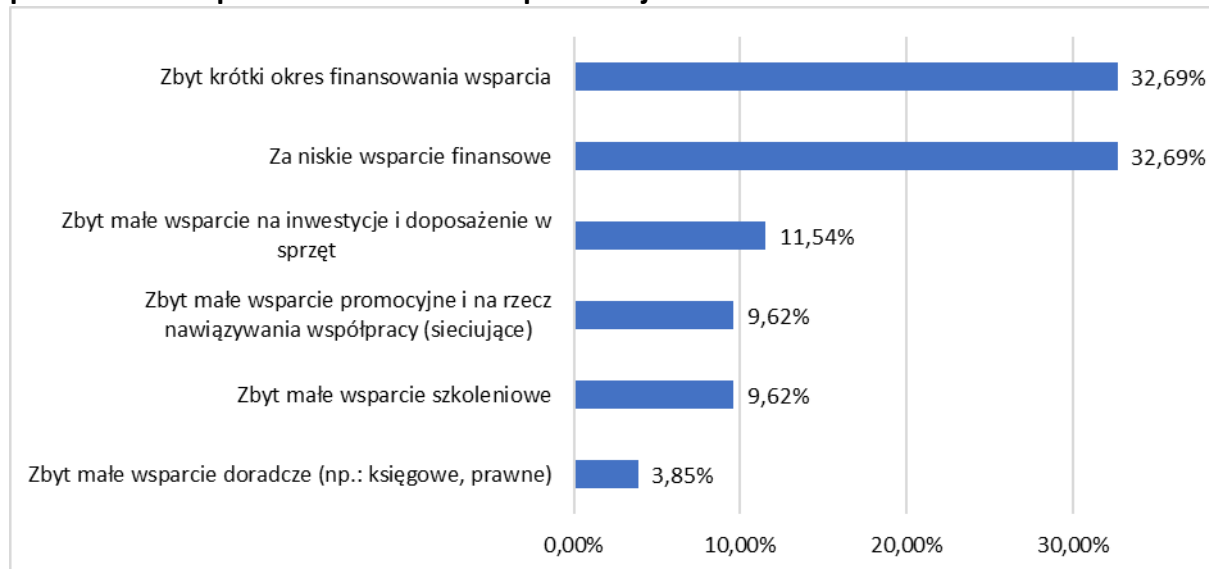


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

Pytane o opinię podmioty nie wskazały na nowe formy wsparcia, o które można by w przyszłej perspektywie finansowej uzupełnić katalog dotychczasowych działań pomocowych. Większość z nich artykułowała natomiast, że dwa podstawowe problemem z którym się borykają to za niski poziom wsparcia na tworzenie nowych miejsc pracy oraz zbyt krótki

okres jego finansowania. W nieco mniejszej liczbie przypadków oceniono, że wsparcie otrzymane na inwestycje i doposażenie w sprzęt oraz na promocję i nawiązywanie współpracy, a także na szkolenia również było zbyt niskie.

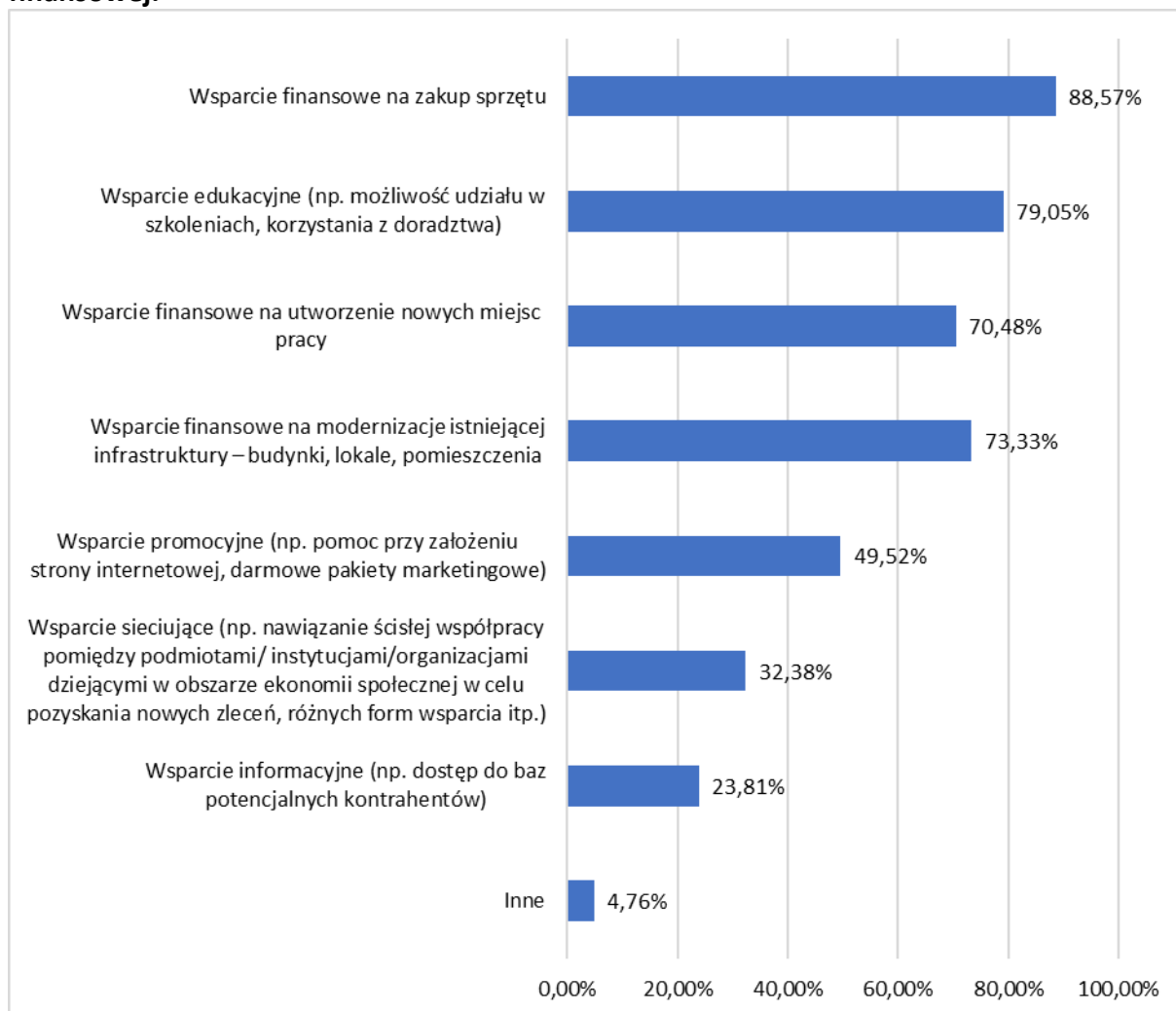
Wykres 36 Braki we wsparciu, świadczonym w ramach Działania 8.3 w opinii przedstawicieli podmiotów ekonomii społecznej.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=58.

W kontekście zaspokojenia najważniejszych potrzeb w perspektywie 2021-2027 przedstawiciele badanych podmiotów wskazali na konieczność kontynuowania wsparcia finansowego na zakup sprzętu oraz wsparcia edukacyjnego (szkolenia, doradztwo), oraz ukierunkowanego na utworzenie nowych miejsc pracy i modernizację istniejącej infrastruktury. Na konieczność kontynuowania pozostałych formy pomocy przyczyniających się do zwiększenia efektywności prowadzonych działań promocyjnych, informacyjnych oraz sieciujących a więc umożliwiających nawiązanie współpracy z innymi podmiotami wskazał znacznie mniejszy odsetek badanych.

Wykres 37 Formy wsparcia, które zdaniem przedstawicieli podmiotów ekonomii społecznej, należałoby przede wszystkim kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną formę wsparcia.

ROZDZIAŁ 5: WPŁYW WSPARCIA NA POPRAWĘ SYTUACJI OSTATECZNYCH ODBIORCÓW

Rezultaty wsparcia

Ostateczni odbiorcy wsparcia świadczonego w ramach Działań 8.1, 8.2, 8.3 dokonali bardzo zróżnicowanego wskazania rezultatów uzyskanych w wyniku uczestnictwa w projektach. Oceniając je całościowo, należy stwierdzić, że najwięcej badanych uznało że są to nabycie wiedzy o stanie zdrowia, zdobycie nowych kwalifikacji lub umiejętności oraz zaspokojenie potrzeb afiliacyjnych czyli otwarcie się na ludzi i nawiązanie nowych znajomości. Nieznacznie mniej zwróciło uwagę na poprawę swojej sytuacji zdrowotnej lub rodzinnej. Natomiast około 60% na znalezienie zatrudnienia oraz polepszenie sytuacji materialnej i zdobycie większej pewności siebie. Pozostałe z nich były wskazywane zdecydowanie rzadziej.

Analiza rezultatów uzyskanych w Działaniu 8.1 uwidoczniła podobną hierarchię: nabycie wiedzy o stanie zdrowia, poprawę sytuacji zdrowotnej, otwarcie się na ludzi i nawiązanie nowych znajomości oraz poprawa sytuacji rodzinnej i zdobycie nowych kwalifikacji/umiejętności. W Działaniu 8.2 największy odsetek respondentów wskazał na zdobycie nowych kwalifikacji/umiejętności, nabycie wiedzy o stanie zdrowia, otwarcie się na ludzi i nawiązanie nowych znajomości, poprawę sytuacji rodzinnej i znalezienie zatrudnienia. Natomiast w Działaniu 8.3 za najważniejsze uznano zdobycie nowych kwalifikacji/umiejętności, nabycie wiedzy o stanie zdrowia, otwarcie się na ludzi, nawiązanie nowych znajomości oraz poprawę sytuacji rodzinnej i znalezienie zatrudnienia.

Reasumując należy stwierdzić, że niezależnie od typu Działania uwagę zwracają dwa powtarzające się rezultaty wymieniane przez znaczną część ankietowanych: podniesienie wiedzy o swojej sytuacji zdrowotnej oraz otwarcie się na innych i nawiązanie nowych znajomości. Ich wskazanie świadczy o spełnieniu ważnych dla respondentów, a dotychczas niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych, poznawczych i afiliacyjnych.

Tabela 9 Rezultaty, które przyniósł udział w projektach finansowanych z Działań 8.1, 8.2 i 8.3.

Efekty udziału w projekcie	Działanie 8.1	Działanie 8.2	Działanie 8.3
Nabycie wiedzy o stanie zdrowia	60,50%	35,68%	33,17%
Poprawa sytuacji zdrowotnej	44,50%	21,61%	20,60%
Zdobycie nowych kwalifikacji/umiejętności	28,50%	40,20%	37,19%
Otwarcie się na ludzi, nawiązanie nowych znajomości	33,00%	33,67%	30,65%
Poprawa sytuacji rodzinnej	30,00%	27,14%	26,63%
Polepszenie sytuacji materialnej	16,50%	19,10%	25,63%
Znalezienie zatrudnienia	15,50%	22,61%	26,13%
Zdobycie większej pewności siebie	18,00%	20,10%	23,62%
Wzrost motywacji do poszukiwania pracy	10,00%	16,08%	12,56%
Usamodzielnienie się (brak konieczności korzystania z pomocy społecznej lub rzadsze korzystanie)	9,50%	7,04%	9,05%
Założenie przedsiębiorstwa społecznego/spółdzielni socjalnej	0,00%	0,00%	2,51%
Brak korzyści	4,50%	2,01%	2,01%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jeden efekt udziału w projekcie.

Analizując szeroki konglomerat rezultatów osiągniętych w wyniku świadczenia usług zdrowotnych i opiekuńczych oraz aktywizacyjnych i integracyjnych (nabycie wiedzy o stanie zdrowia i poprawa sytuacji zdrowotnej, a także otwarcie się na ludzi i nawiązanie nowych znajomości, poprawa sytuacji materialnej, znalezienie zatrudnienia, podniesienie samooceny czy zdobycie większej pewności siebie), należy stwierdzić, że mają one charakter miękkiej, co powoduje, że cechują się zróżnicowanym poziomem trwałości. Tym samym w zależności od typu osobowości danej jednostki oraz czynników zewnętrznych mogą być zarówno

krótkotrwałe jaki i utrzymywać się w osobowości ostatecznych odbiorców przez dłuższy okres czasu, a czasami nawet przez całe życie.

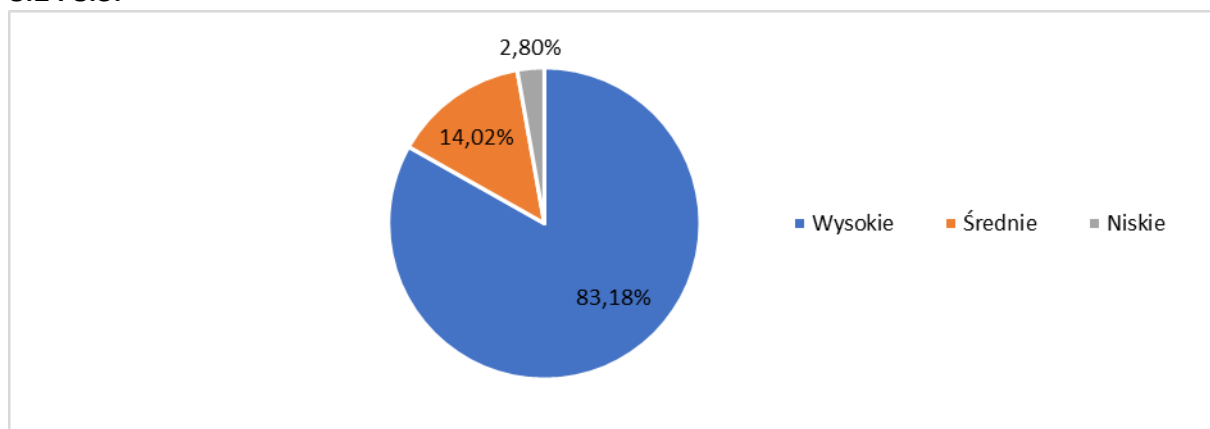
Czynniki mające wpływ na osiągnięte rezultaty

Na poziom rezultatów osiągniętych w Działaniu 8.1,8.2 i 8.3, mogło wpłynąć szereg czynników zewnętrznych. Zgodnie z przyjętym schematem oceny logiki interwencji w trakcie realizacji badania zidentyfikowano kilka z nich.

Poziom zainteresowania wsparciem w grupie ostatecznych odbiorców

Pierwszym jest poziom zainteresowania potencjalnych odbiorców udziałem w oferowanych formach wsparcia, który został oceniony przez zdecydowaną większość respondentów jako wysoki, możemy zatem stwierdzić, że stanowił on jedno z kluczowych uwarunkowań powodzenia w realizacji ewaluowanych Działań.

Wykres 38 Zainteresowanie udziałem w formach wsparcia oferowanych w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3.

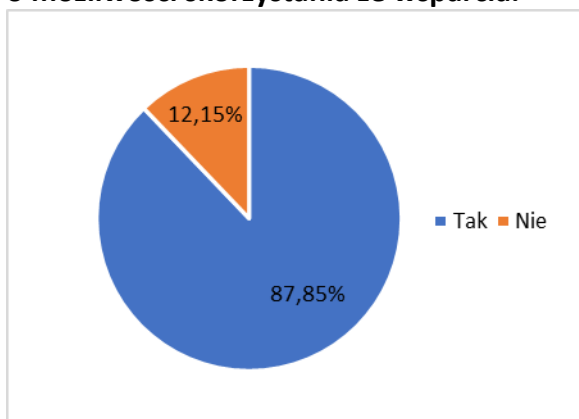


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

Działania informacyjno-promocyjne realizowane przez instytucje świadczące wsparcie

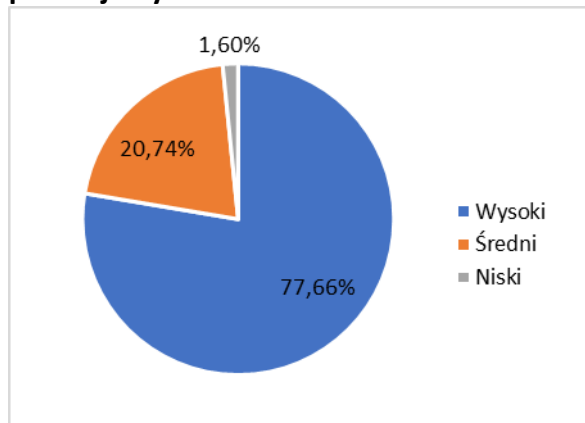
Na wysoki poziom zainteresowania wsparciem z pewnością wpłynął fakt, iż niemal wszystkie podmioty świadczące wsparcie realizowały działania informacyjne skierowane do potencjalnych odbiorców. Skuteczność działań informacyjnych niemal powszechnie oceniono jako wysoką, bowiem w ocenie respondentów wpłynęła ona na wzrost zainteresowania konkretnymi formami wsparcia jak i zmniejszyła potencjalne trudności z rekrutacją do projektów określonych grup docelowych.

Wykres 39 Odsetek podmiotów, które realizowały działania mające na celu poinformowanie potencjalnych odbiorców o możliwości skorzystania ze wsparcia.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

Wykres 40 Stopień w jakim realizacja działań informacyjno-promocyjnych przyczyniła się do zwiększenia poziomu zainteresowania wsparciem i zmniejszyła problemy z rekrutacją w grupie potencjalnych odbiorców.

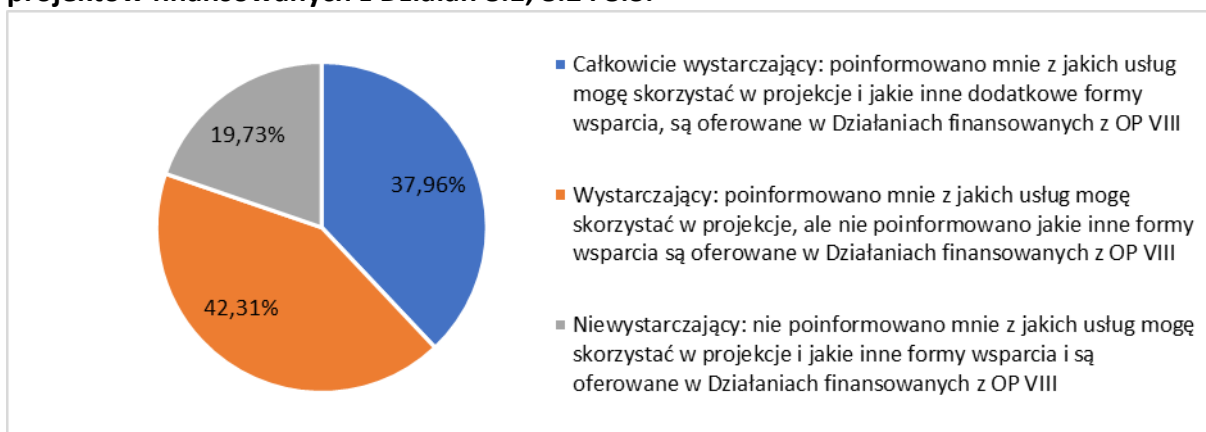


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=188.

Przekazywanie informacji

O ocenę przydatności przekazywanych informacji poproszono także osoby objęte wsparciem projektowym. Generalna ocena zakresu przekazywanych informacji na temat form wsparcia, z których można było skorzystać w poszczególnych Działaniach jest pozytywna. Niemniej jednak wyniki badań wskazują, że badana zbiorowość podzieliła się na dwie niezbyt różniące się pod względem wielkości grupy. Zasadniczo największy odsetek ankietowanych uznał, że przekazywany zakres informacji jest wystarczający, co oznacza że otrzymali oni jedynie informację z jakich usług mogą skorzystać w ramach określonego projektu. Druga, nieco mniejsza grupa uznała go za całkowicie wystarczający, co oznacza że zostali oni poinformowani nie tylko o formach wsparcia dostępnych w konkretnym projekcie, którego byli uczestnikami ale także o innych formach wsparcia dostępnych i oferowanych w ramach OP VIII. Najmniejszy ale jednak znaczący odsetek respondentów uznał zakres przekazywanych informacji za całkowicie niewystarczający, co świadczy o tym, że nie otrzymali oni zarówno informacji o możliwości skorzystania z konkretnych usług w projekcie, jak i o innych formach wsparcia oferowanych w ramach OP VIII.

Wykres 41 Ocena zakresu informacji nt. form pomocy przekazanych przez realizatorów projektów finansowanych z Działań 8.1, 8.2 i 8.3.

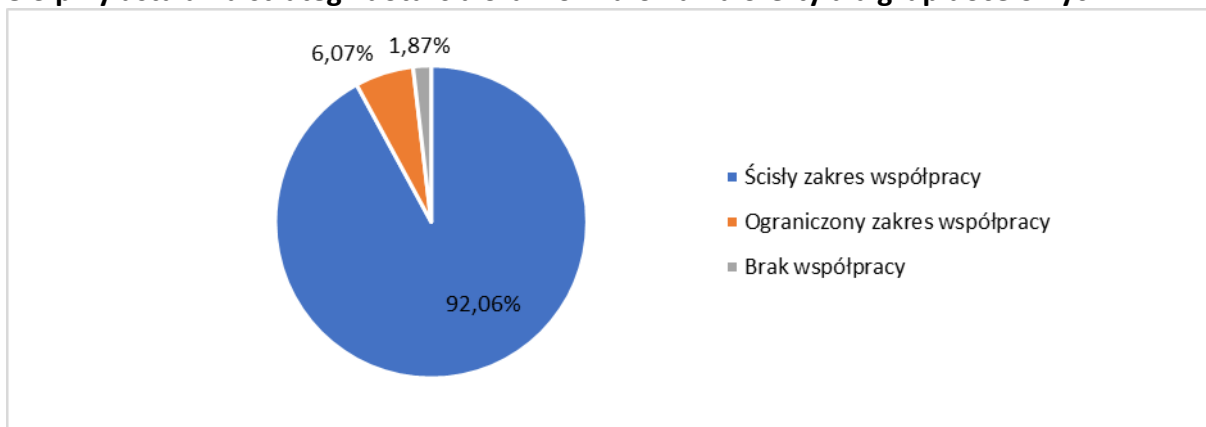


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598.

Współpraca instytucji realizujących projekty

Kooperacja pomiędzy podmiotami realizującymi projekty oraz pozostałymi interesariuszami działań finansowanych z OP VIII to kolejny czynnik wpływających na powodzenie w realizacji projektów oraz warunkujący skuteczność realizowanych działań. W świetle uzyskanych wyników niemal wszystkie ankietowane podmioty współpracowały ze sobą zarówno przy ustalaniu oferty wsparcia jak i przy opracowywaniu strategii informacyjnej oraz sposobów komunikowania się i dotarcia do grup docelowych.

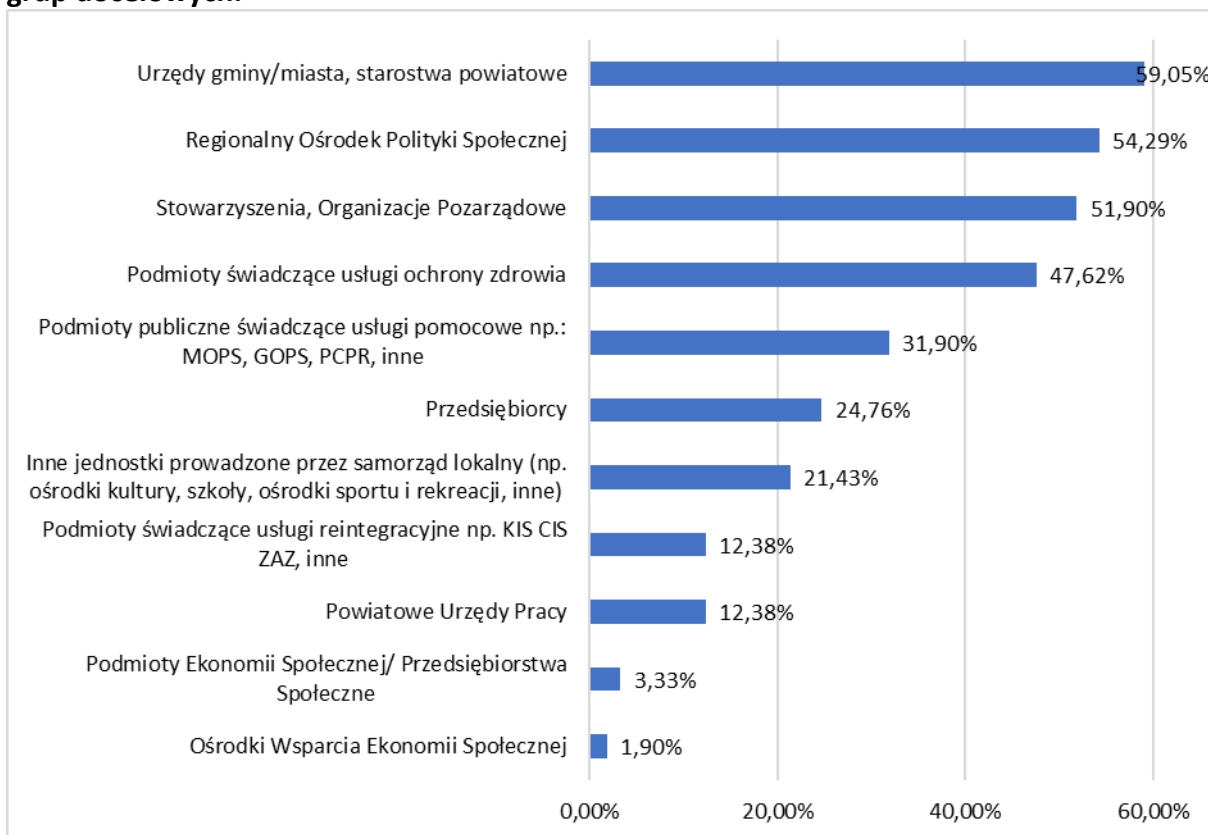
Wykres 42 Zakresy współpracy podmiotów realizujących projekty w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 przy ustalaniu strategii dotarcia oraz formułowania oferty dla grup docelowych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

Głównymi partnerami instytucji realizujących projekty w ramach Działań 8.1, 8.2, 8.3 były urzędy gmin, miast i starostwa powiatowe, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej oraz stowarzyszenia i organizacje pozarządowe. Nieco rzadziej nawiązywały one współpracę z podmiotami świadczącymi usługi ochrony zdrowia, a także podmiotami publicznymi świadczącymi usługi pomocowe. W toku realizacji projektów stosunkowo rzadko współpracowano z przedsiębiorcami i z innymi jednostkami prowadzonymi przez samorząd terytorialny (ośrodki kultury, szkoły). Niewielu respondentów zadeklarowało że współpracowało z podmiotami świadczącymi usługi reintegracyjne oraz powiatowymi urzędami pracy. Natomiast najmniej w z podmiotami ekonomii społecznej oraz z OWES.

Wykres 43 Podmioty, z którymi współpracowały instytucje realizujące projekty w Działaniach 8.1, 8.2, i 8.3 przy ustalaniu strategii dotarcia oraz formułowania oferty dla grup docelowych.

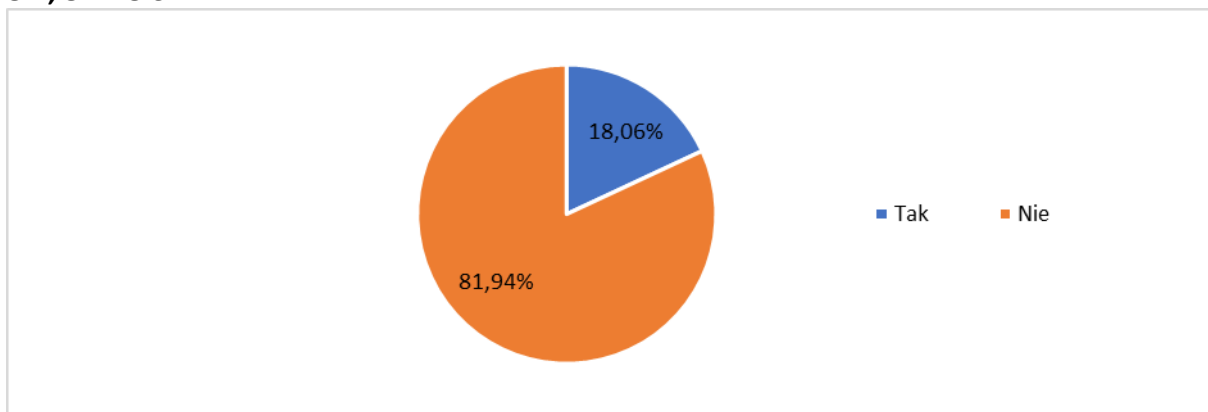


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=210. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jeden podmiot.

Bariery i trudności w uczestnictwie we wsparciu

Wyniki badań wskazują, że indywidualni odbiorcy Działan 8.1, 8.2 i 8.3 w przeważającej większości nie napotkali na bariery zarówno w trakcie starań jak i podczas korzystania ze wsparcia.

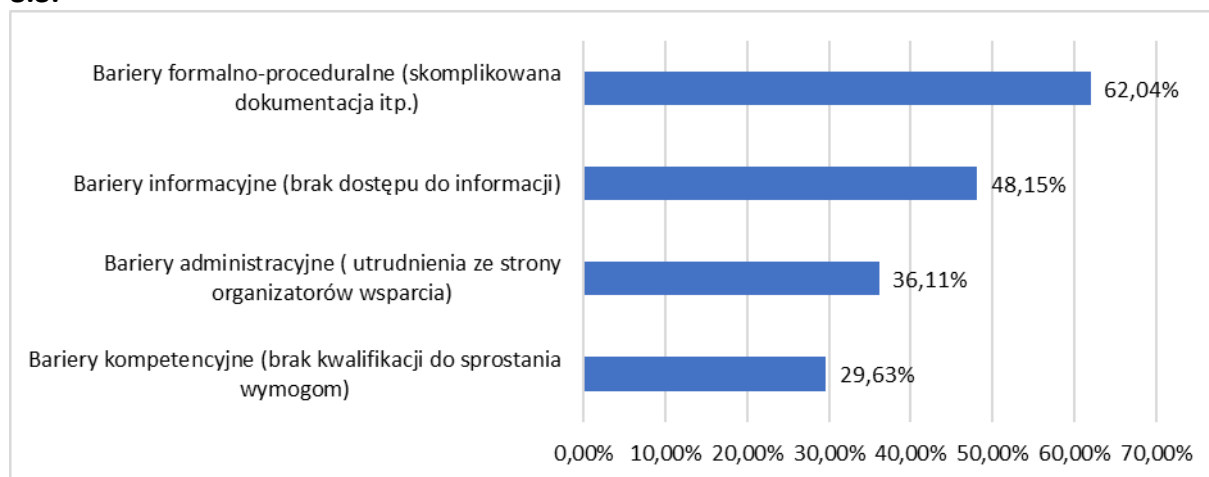
Wykres 44 Odsetek odbiorców wsparcia, którzy napotkali na bariery w trakcie starań o uzyskanie wsparcia lub podczas korzystania ze wsparcia świadczonego w ramach Działan 8.1, 8.2 i 8.3.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=598.

Osoby, które napotkały na trudności wskazywały przede wszystkim na bariery formalno-prawne mające zwykle związek ze skomplikowaną dokumentacją dotyczącą swojego udziału w projekcie. Nieco mniejszy odsetek respondentów wskazał na barierę wiedzy, czyli brak dostępu do informacji dotyczącej projektu oraz bariery administracyjne związane z utrudnieniami ze strony organizatorów wsparcia. Najmniejsza grupa respondentów wskazała na kłopoty wynikające z barier kompetencyjnych.

Wykres 45 Rodzaje barier, na które napotkali odbiorcy w trakcie starań o uzyskanie wsparcia lub podczas korzystania ze wsparcia świadczonego w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3.



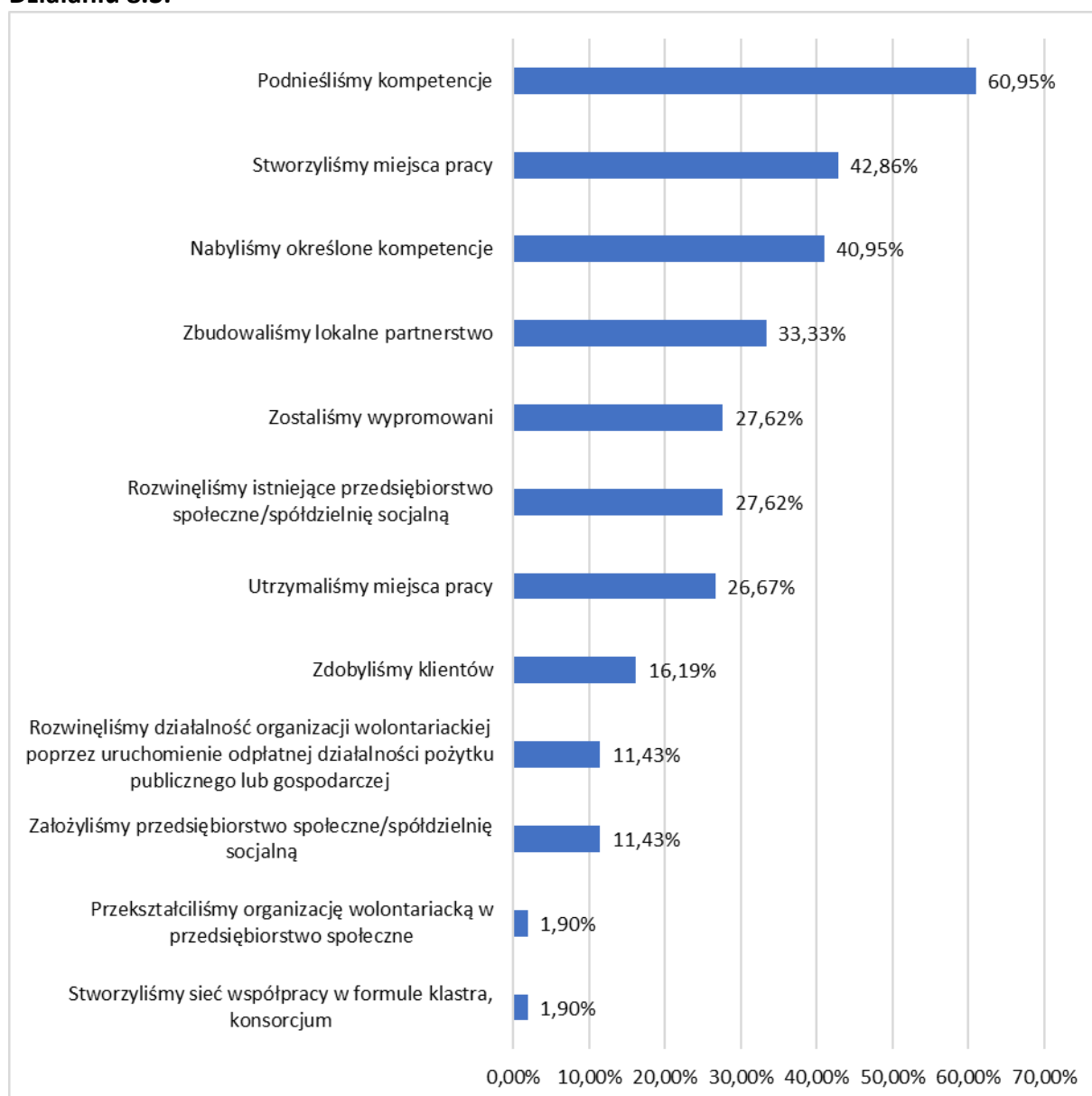
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI, n=108. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną barierę.

ROZDZIAŁ 6: WPŁYW WSPARCIA NA SEKTOR EKONOMII SPOŁECZNEJ

Rezultaty wsparcia

Rozpatrując zróżnicowany zakres korzyści osiągniętych przez podmioty objęte wsparciem w Działaniu 8.3 należy stwierdzić, że realizowane projekty przyczyniły się do rozwoju regionalnego sektora ekonomii społecznej. Pomimo, że uzyskane rezultaty w największym stopniu miały tzw. charakter miękkiej (podniesienie lub nabycie nowych kompetencji) to jednak należy podkreślić, że ponad 40,0% ankieterowanych stwierdziło, że oferowane wsparcie przyczyniło się do wzrostu zatrudnienia pozwalając stworzyć nowe miejsca pracy, a ponad 20,0% zadeklarowało, że dzięki niemu możliwe było ich utrzymanie.

Wykres 46 Rezultaty osiągnięte przez podmioty objęte wsparciem świadczonym w Działaniu 8.3.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jeden efekt wsparcia.

Wsparcie udzielone podmiotom ekonomii społecznej skutkowało również promocją działalności poszczególnych organizacji oraz przyczyniło się do budowy lokalnych partnerstw. Niemniej jednak współpraca w sektorze nie jest prowadzona ani formule klastrowej ani pod postacią konsorcjów społecznych. W świetle opinii biorącego udział w badaniu przedstawiciela ROPS-u, bez wątpienia wpłynęła na to pandemia COVID-19, której zajście ograniczyło efektywność działań podejmowanych w tym względzie.

Podkreślenia wymaga również wpływ wsparcia na powstanie nowych przedsiębiorstw społecznych oraz rozwój już istniejących, co wynikało zarówno z otrzymanego wsparcia jak i rosnącego społecznego zapotrzebowania na nowego rodzaju usługi (cateringowe, związane z produkcją środków ochrony osobistej)

Wskazywane przez podmioty objęte wsparciem w Działaniu 8.3 rezultaty (nabycie, wiedzy, nowych kompetencji) należy określić jako długookresowe. Podobnie jak te związane z powstaniem nowych przedsiębiorstw czy organizacji społecznych oraz utworzeniem czy utrzymaniem miejsc pracy. Tym niemniej warto podkreślić, że ich trwałość jest uzależniona zarówno od uwarunkowań wewnętrznych, które mogą zaistnieć na poziomie poszczególnych organizacji jak i od szeregu czynników makro i mezo strukturalnych w tym w szczególności warunkujących popyt i podaż na oferowane produkty i usługi oraz wynikających z rozwoju nauki i technologii, który generuje konieczność ciągłego uzupełnienia i doskonalenia kwalifikacji. Tym samym mając na względzie, że oddziaływanie wsparcia oferowanego m.in. pod postacią szkoleń, kursów, doradztwa a także dofinansowania na tworzenie i utrzymanie nowych miejsc pracy pozytywnie wpływa na bieżące funkcjonowanie podmiotów ekonomii społecznej i znacząco wspomaga PES w ich funkcjonowaniu należy stwierdzić, że rola OWES-ów w zapewnieniu długoletniego utrzymującego się w czasie oddziaływania uzyskanych efektów w dalszym ciągu pozostaje kluczowa.

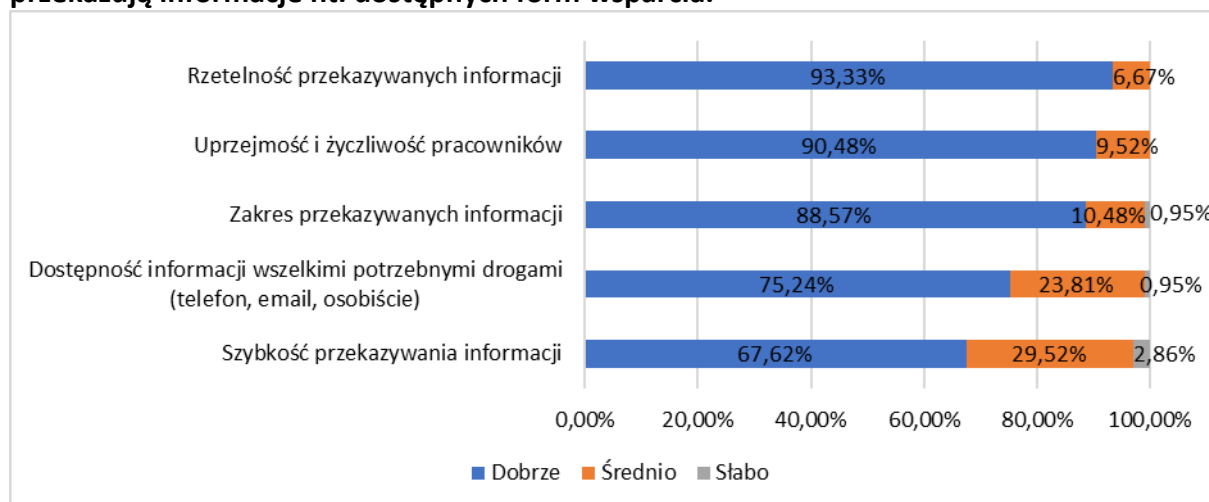
Czynniki mające wpływ na osiągnięte rezultaty

Podobnie jak w przypadku rezultatów osiągniętych przez indywidualnych odbiorców na efektywność oddziaływania wsparcia kierowanego do odbiorców instytucjonalnych oddziaływało kilka czynników zewnętrznych

Sposób przekazywania informacji

Jednym z nich jest polityka informacyjna prowadzona przez OWES. Wyniki badań wskazują, że została ona oceniona bardzo wysoko. Uczestniczące w badaniu przedstawiciele PES pozytywnie ocenili zarówno rzetelności przekazywanych informacji jak i ich zakres (kompleksowość) oraz dostępność. Dobrze oceniony został również sposób obsługi, czyli uprzejmości i życzliwości pracowników instytucji świadczących wsparcie. Natomiast nieco gorzej szybkość przekazywania informacji.

Wykres 47 Ocena sposobu w jaki instytucje wspierające rozwój ekonomii społecznej przekazują informacje nt. dostępnych form wsparcia.

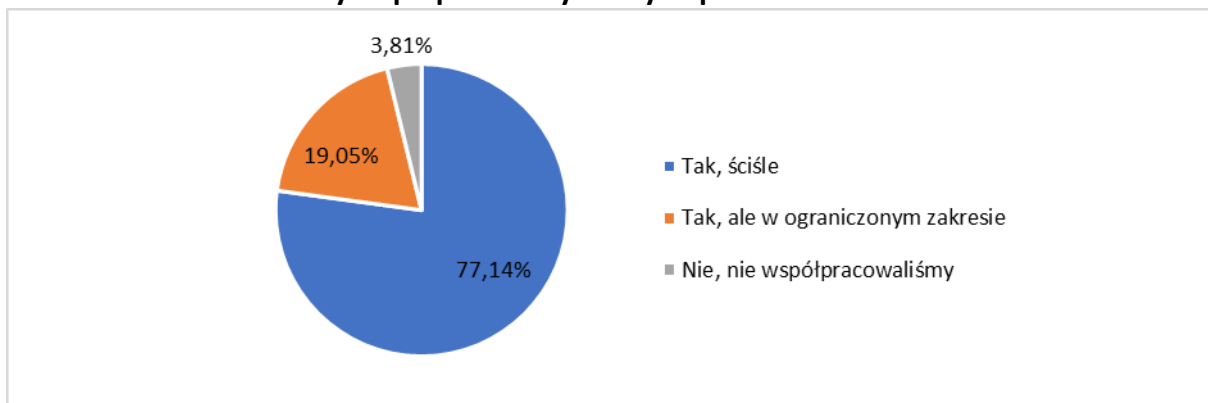


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

Współpraca

Kolejnym współpracującymi w sektorze podmiotów z innymi instytucjami. Analiza zebranych opinii wskazuje, że zarówno podczas ustalania strategii działania jak i formułowania oferty zdecydowana większość PES współpracuje z szerokim gónem interesariuszy, co z pewnością wpływa na kształtowanie właściwych relacji oraz wpływa na wzrost ich konkurencyjności i podnosi jakość oferowanych usług.

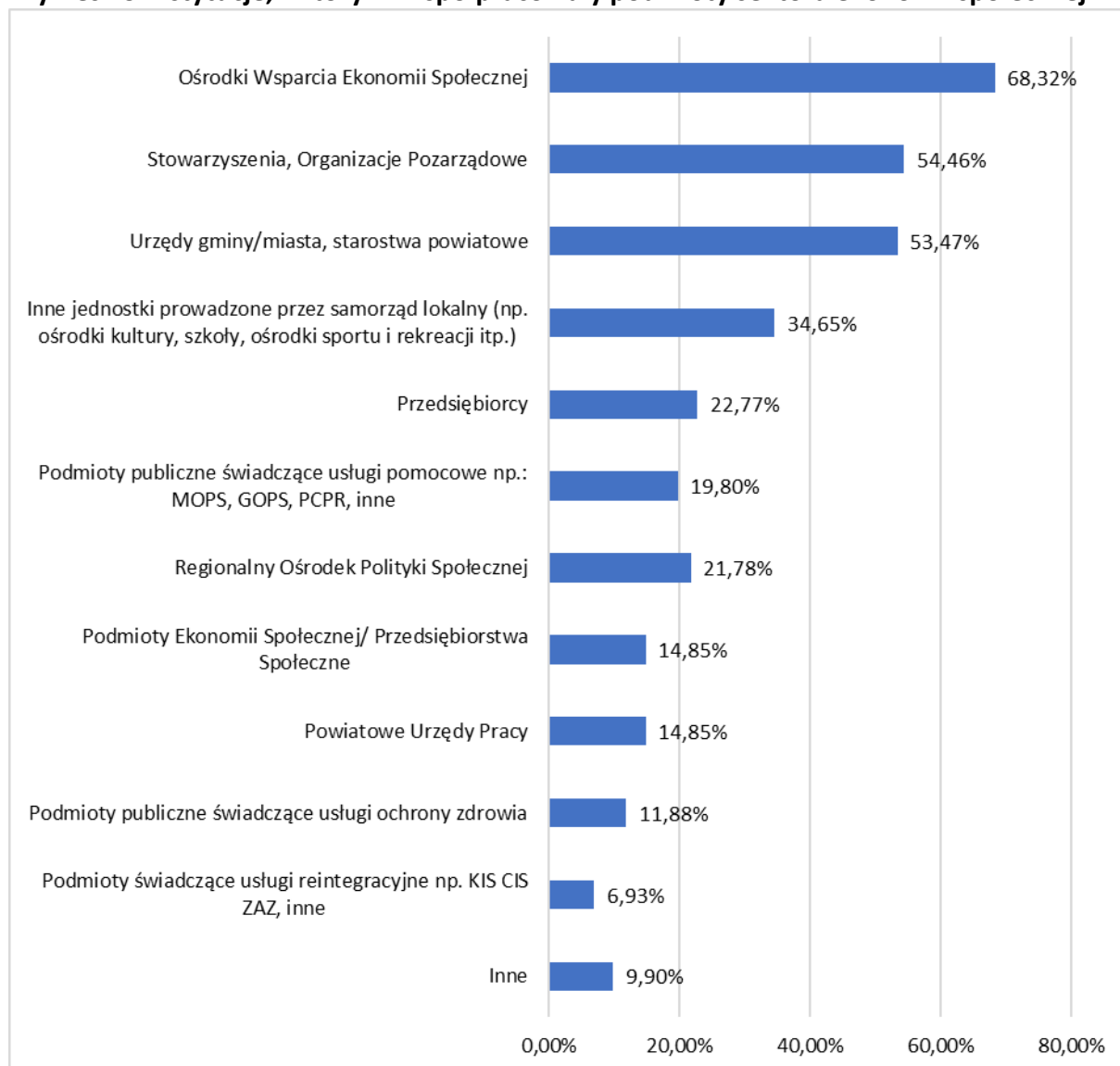
Wykres 48 Odsetek podmiotów które zadeklarowały że przy ustalaniu strategii działania oraz formułowaniu oferty współpracowały z innymi podmiotami.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

Podmiotami współpracującymi z PES są przede wszystkim, co oczywiste, Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej oraz Stowarzyszenia i Organizacje Pozarządowe a także jednostki samorządu terytorialnego oraz prowadzone przez samorząd lokalny. Druga grupa partnerów, z którą ankietowane PES zdecydowanie rzadziej nawiązują współpracę to przedsiębiorcy, podmioty publiczne świadczące usługi pomocowe w tym ROPS oraz inne podmioty ekonomii społecznej a także WUP. Niestety rzadkością jest współpraca z podmiotami świadczącymi usługi ochrony zdrowia. oraz podmiotami świadczącymi usługi reintegracyjne np. KIS CIS ZAZ.

Wykres 49 Instytucje, z którymi współpracowały podmioty sektora ekonomii społecznej.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną instytucję.

Działania zaradcze stosowane w związku z wystąpieniem pandemii Covid-19

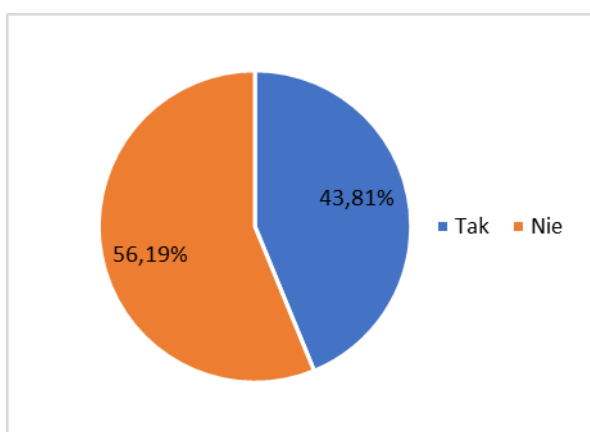
Okolicznością, której zajście mogło w negatywny sposób oddziaływać na rezultaty osiągnięte w wyniku wsparcia świadczonego w Działaniu 8.3 oraz generowało problemy w obszarze działalności poszczególnych typów organizacji działających w sektorze ekonomii społecznej było wystąpienie Pandemii COVID-19. Aby ograniczyć potencjalne skutki jej oddziaływania oraz ochronić działające w sektorze podmioty przed kryzysem zapisami tarczy antykryzysowej wprowadzono dwojake rozwiązania. Pierwszym z nich było objęcie PES w tym w szczególności przedsiębiorstw społecznych oraz organizacji pozarządowych prowadzących odpłatną działalność pożytku publicznego oraz działalność gospodarczą pakietem osłonowym dla przedsiębiorców. Drugim uruchomienie wsparcia dedykowanego wyłącznie dla podmiotów z III sektora, które przewidywało szeroki pakiet rozwiązań w tym

pozwalających na przesunięcie obowiązków sprawozdawczych, ułatwiających realizację zadań publicznych i wspomagające zatrudnienie socjalne.

Zaproponowane rozwiązania spowodowały, że wsparcie z którego mogły skorzystać podmioty sektora ekonomii społecznej było zróżnicowane oraz mogło być świadczone przez wiele typów instytucji w tym nie tylko przez OWES oraz instytucje wojewódzkie lub samorządowe czy wspierające rozwój społeczeństwa obywatelskiego w tym działalność pożytku publicznego i wolontariatu ale także podmioty rynku pracy oraz realizujące zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych i wspierające rozwój przedsiębiorczości.

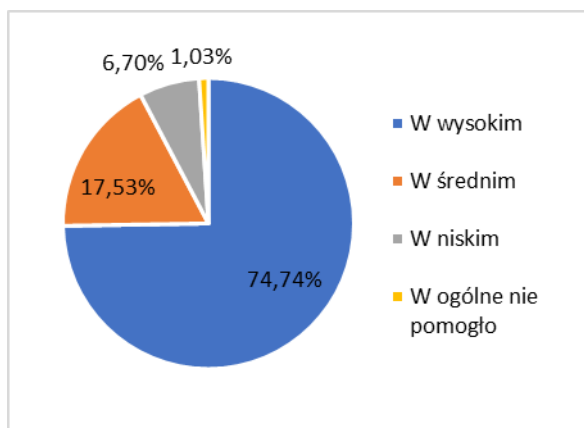
Wyniki badań wskazują, że ponad połowa ankietowanych PES nie korzystała z zewnętrznych antykrzysowych form wsparcia. Natomiast te, które z nich skorzystały w zdecydowanej większości oceniły, że oferowane wsparcie pomogło w czasach kryzysu i w wysokim stopniu przyczyniło się do zachowania ciągłości działania minimalizując skutki pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności oraz pozwalając na utrzymanie płynności finansowej, obniżenie zobowiązań kosztowych i zachowanie dotychczasowego poziomu zatrudnienia.

Wykres 50 Odsetek podmiotów objętych wsparciem w Działaniu 8.3, które skorzystały z zewnętrznych „antykrzysowych” form wsparcia, mających na celu podtrzymanie ciągłości działania i zminimalizowanie skutków pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

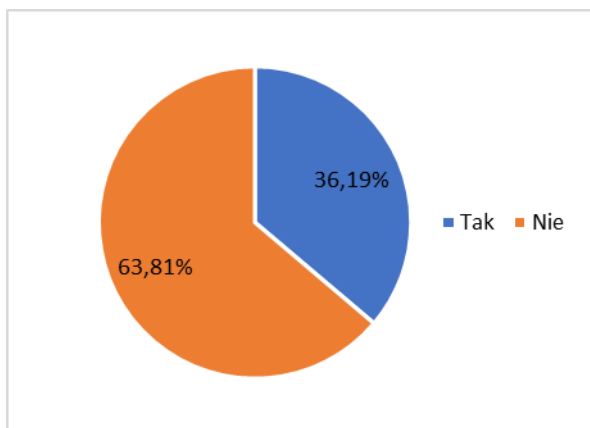
Wykres 51 Ocena stopnia, w jakim zewnętrzne „antykrzysowe” formy wsparcia pomogły w czasach kryzysu i pozwoliły zachować ciągłość działania podmiotów/ organizacji, które z nich skorzystały minimalizując skutki pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=46.

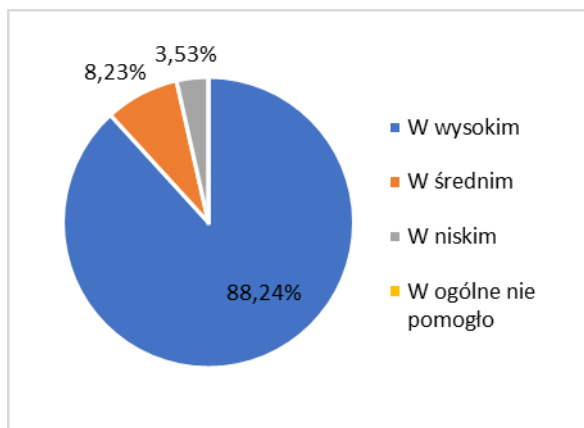
Podobnie większość podmiotów i organizacji działających w sektorze nie skorzystała z rozwiązań dedykowanych. Natomiast te, które z nich skorzystały niemal powszechnie oceniły że ich wprowadzenie w wysokim stopniu ułatwiło realizację zadań publicznych

Wykres 52 Odsetek podmiotów objętych wsparciem w Działaniu 8.3, które skorzystały z rozwiązań, ułatwiających realizację zadań publicznych, celem podtrzymania ciągłości działania i zminimalizowania skutków pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

Wykres 53 Ocena stopnia, w jakim rozwiązania, z których skorzystały podmioty objęte wsparciem w Działaniu 8.3 ułatwiły realizację zadań publicznych i pomogły podtrzymać ciągłości działania organizacji, minimalizując skutki pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności.

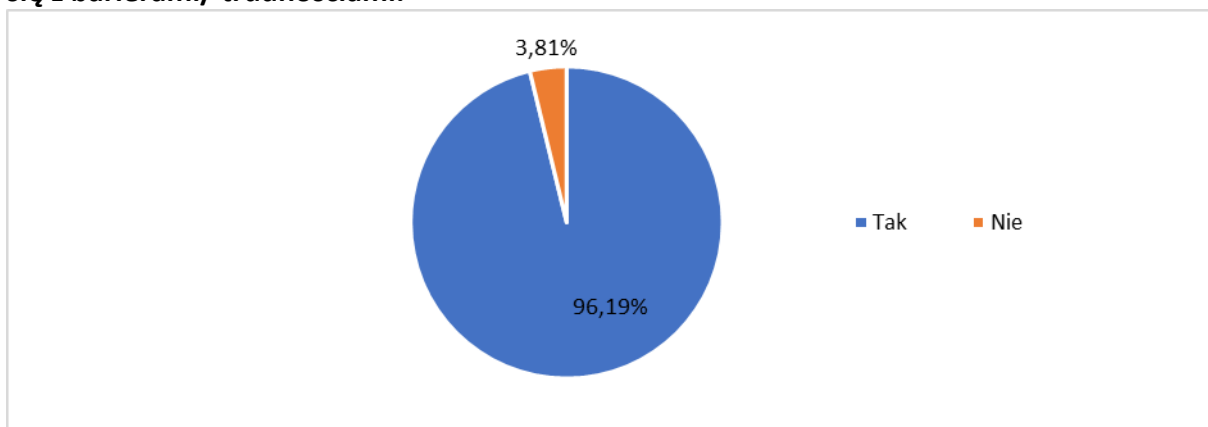


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=38.

Problemy, z którymi borykają się podmioty sektora ekonomii społecznej

Pomimo pozytywnych efektów wynikających zarówno z oddziaływania otrzymanego wsparcia jak i możliwości skorzystania z rozwiązań ograniczających negatywny wpływ Pandemii COVID-19 niemal wszystkie badane podmioty ekonomii społecznej deklarują, że nadal napotykają w swojej działalności na szereg barier i trudności.

Wykres 54 Odsetek podmiotów ekonomii społecznej, które w swojej działalności borykają się z barierami/ trudnościami.

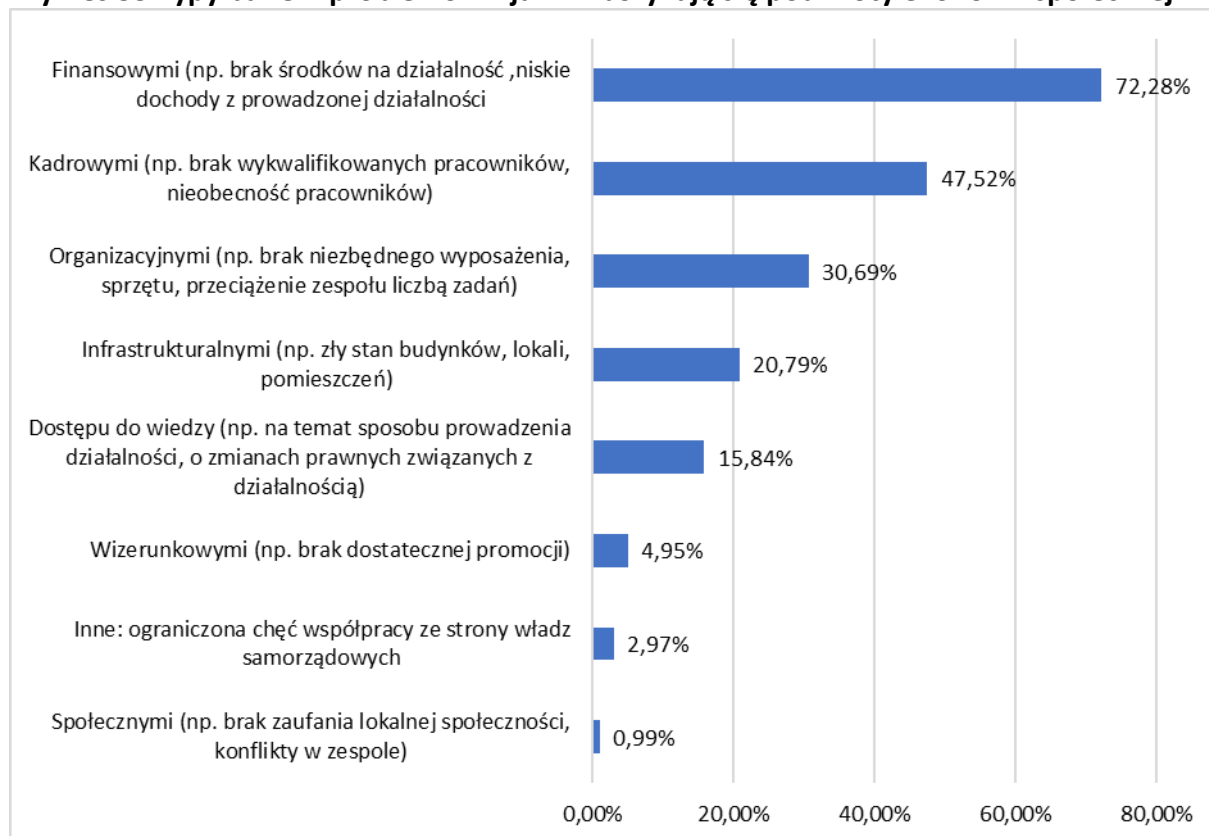


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

W zdecydowanej większości są to trudności natury finansowej, w blisko połowie są związane z niedoborami kadrowymi, a w jednej trzeciej z kłopotami organizacyjnymi, czyli brakiem niezbędnego wyposażenia, sprzętu, czy też przeciążeniem zespołu liczbą zadań. W mniejszym stopniu są podyktowane złym stanem budynków, pomieszczeń czy lokali, w

których prowadzona jest działalność. Niewielki problem stanowią brak dostępu do wiedzy, brak dostatecznej promocji oraz ograniczona chęć współpracy ze strony władz samorządowych. Marginalny odsetek ankieterów wskazał, że problemy, z którymi się borykają mają podłoże społeczne i wynikają z braku zaufania lokalnej społeczności lub konfliktów w zespole.

Wykres 55 Typy barier i problemów z jakimi borykają się podmioty ekonomii społecznej.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=101. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną barierę.

Wpływ pandemii COVID -19 na kondycję przedsiębiorstw społecznych

Status podmiotu

Przedsiębiorstwa społeczne stanowią specyficzną odmianę podmiotów ekonomii społecznej. Mogą one działać pod postacią różnych form prawnych (spółdzielni socjalnych, stowarzyszeń, fundacji, spółek non-profit), a wszelkie nadwyżki są w nich przeznaczane na realizację celów społecznych. Ponieważ poziom ich rozwoju wpływa na potencjał gospodarki społecznej, której nadrzędną funkcją jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu grup szczególnie zagrożonych, w toku realizacji badania postanowiono sprawdzić w jakiej kondycji znajdują się te przedsiębiorstwa oraz jaki wpływ na ich obecną sytuację miało wystąpienie pandemii COVID -19.

W grupie podmiotów objętych badaniem status przedsiębiorstwa społecznego/ spółdzielni socjalnej lub organizacji prowadzącej odpłatną działalność pożytku publicznego albo gospodarczą posiadało około 42,0% ankieterów. Pozostałe podmioty nigdy nie prowadziły tego typu działalności lub zlikwidowały ją przed okresem realizacji badania. W

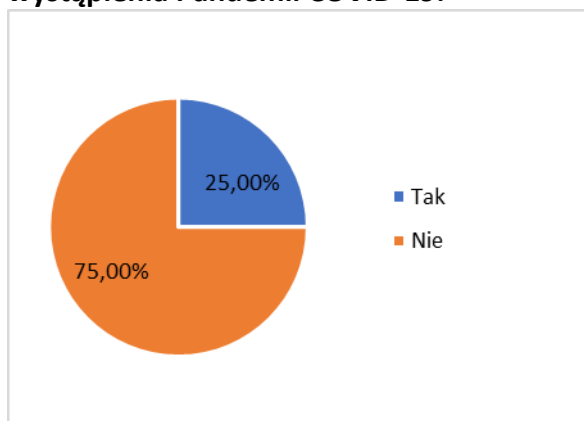
grupie podmiotów które zrezygnowały ze statusu przedsiębiorstwa społecznego 25% jako powód podało wystąpienie Pandemii COVID-19.

Wykres 56 Odsetek podmiotów, które w momencie realizacji badania posiadały status przedsiębiorstwa społecznego/spółdzielni socjalnej lub prowadziły odpłatną działalność pożytku publicznego albo gospodarczą.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=105.

Wykres 57 Odsetek podmiotów, które zrezygnowały z prowadzenia przedsiębiorstwa społecznego/ spółdzielni socjalnej lub odpłatnej działalności pożytku publicznego albo gospodarczej w skutek wystąpienia Pandemii COVID-19.

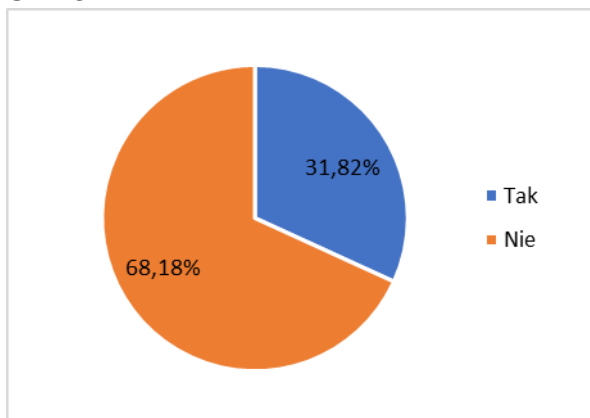


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=8.

Kondycja podmiotów

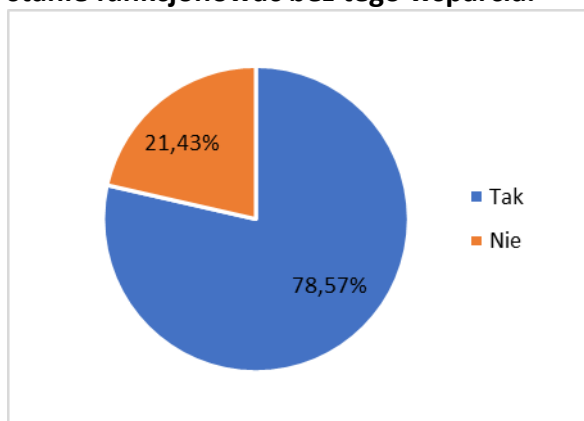
W momencie realizacji badania ponad 68% ankietowanych PS nie korzystało ze wsparcia OWES. Natomiast te, które z niego korzystały w zdecydowanej większości zadeklarowały, że byłyby w stanie funkcjonować bez tego rodzaju pomocy.

Wykres 58 Odsetek podmiotów, które w momencie realizacji badania posiadały status przedsiębiorstwa społecznego/ spółdzielni socjalnej lub prowadziły odpłatną działalność pożytku publicznego albo gospodarczą i korzystały ze wsparcia OWES.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=44.

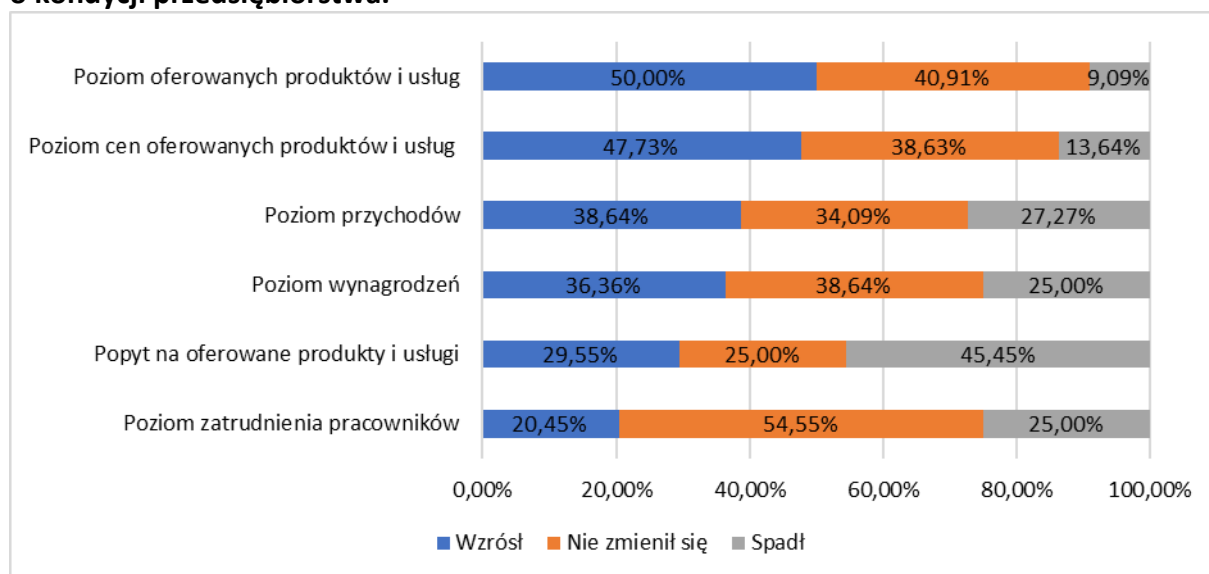
Wykres 59 Odsetek podmiotów, które w momencie realizacji badania korzystały ze wsparcia OWES ale zadeklarowały, że są w stanie funkcjonować bez tego wsparcia.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=14.

Na przestrzeni okresu od momentu rozpoczęcia działalności do czasu przeprowadzenia badania poszczególne wymiary działalności PS uległy zmianie w różnym stopniu. Około połowa badanych podmiotów rozszerzyła profil swojej działalności wprowadzając do swojego asortymentu nowe produkty i usługi. Blisko połowa podniosła także ceny. Pomimo rozszerzenia asortymentu większość PS odnotowała spadek popytu na oferowane przez siebie produkty i usługi, co w niektórych z nich skutkowało spadkiem poziomu przychodów. Nie był on jednak na tyle odczuwalny aby doprowadził do redukcji zatrudnienia. W większości ankietowanych podmiotów liczba zatrudnionych pracowników nie uległa zmianie. Odbił się on natomiast na poziomie wynagrodzeń. Większość ankietowanych zadeklarowała, bowiem, że wysokość płac w ich przedsiębiorstwach utrzymała się na tym samym poziomie lub spadła. W świetle uzyskanych wyników należy stwierdzić, że kondycja badanych PS nie jest do końca korzystna.

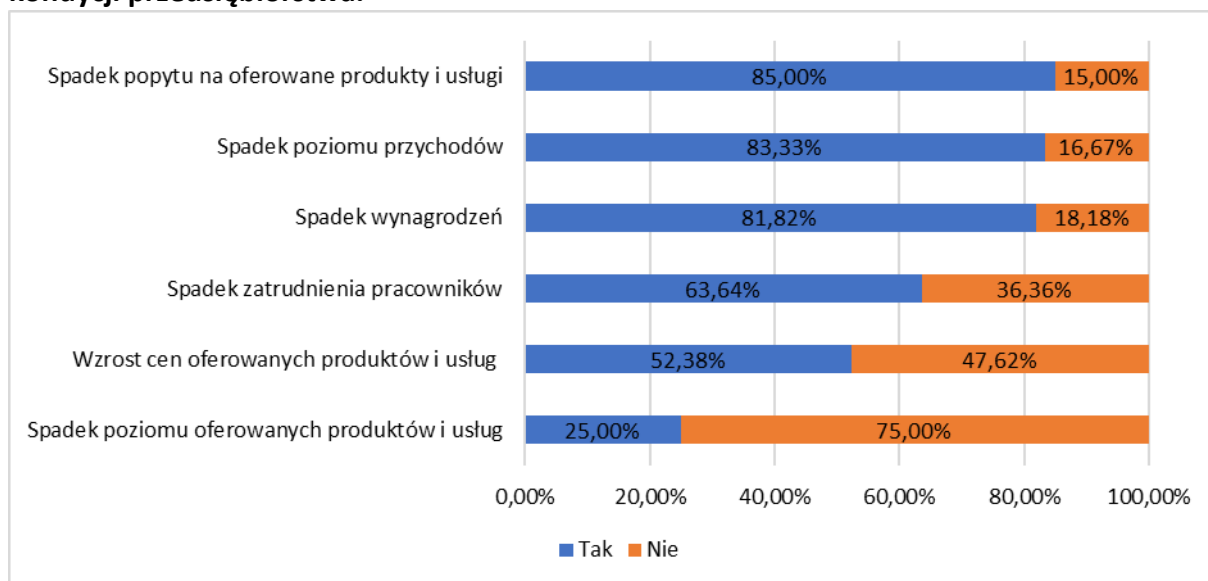
Wykres 60 Odsetek przedsiębiorstw społecznych, w których od momentu rozpoczęcia działalności do momentu realizacji badania zmianie uległy poszczególne cechy świadczące o kondycji przedsiębiorstwa.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=44.

Wyniki badań wskazują również, że skutki pandemii COVID-19 wśród badanych podmiotów odzwierciedliły się we wszystkich badanych aspektach ich funkcjonowania. Zdecydowana większość PS deklaruje, że wystąpienie pandemii miało wpływ na spadek popytu na oferowane przez nie towary i usługi oraz zmniejszenie poziomu przychodów i wynagrodzeń. Ponad 60% twierdzi, że na skutek jej wystąpienia musiało dokonać redukcji zatrudnienia. Około połowa uważa, że w jej efekcie podniosła ceny na oferowane produkty i usługi, a ponad 20% że jej wystąpienie spowodowało, że musiały zawęzić profil działalności.

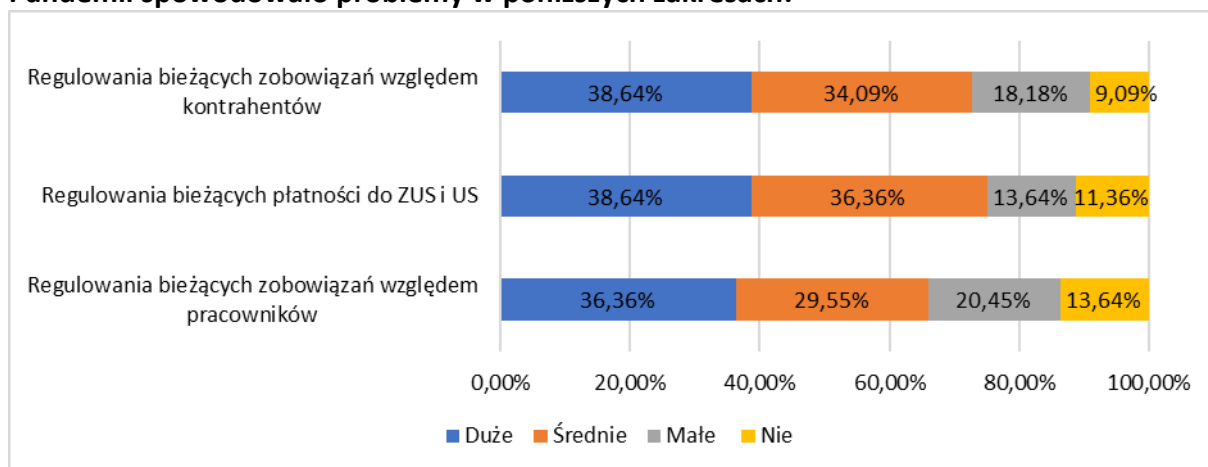
Wykres 61 Wpływ Pandemii COVID-19 na zmianę poszczególnych cech świadczących o kondycji przedsiębiorstwa.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=44.

Wystąpienie Pandemii COVID-19 spowodowało także, że większość badanych PS odnotowała duże lub średnie kłopoty z regulowaniem bieżących zobowiązań względem kontrahentów i pracowników oraz płatności do ZUS i US.

Wykres 62 Odsetek przedsiębiorstw społecznych, które zadeklarowały, że wystąpienie Pandemii spowodowało problemy w poniższych zakresach.



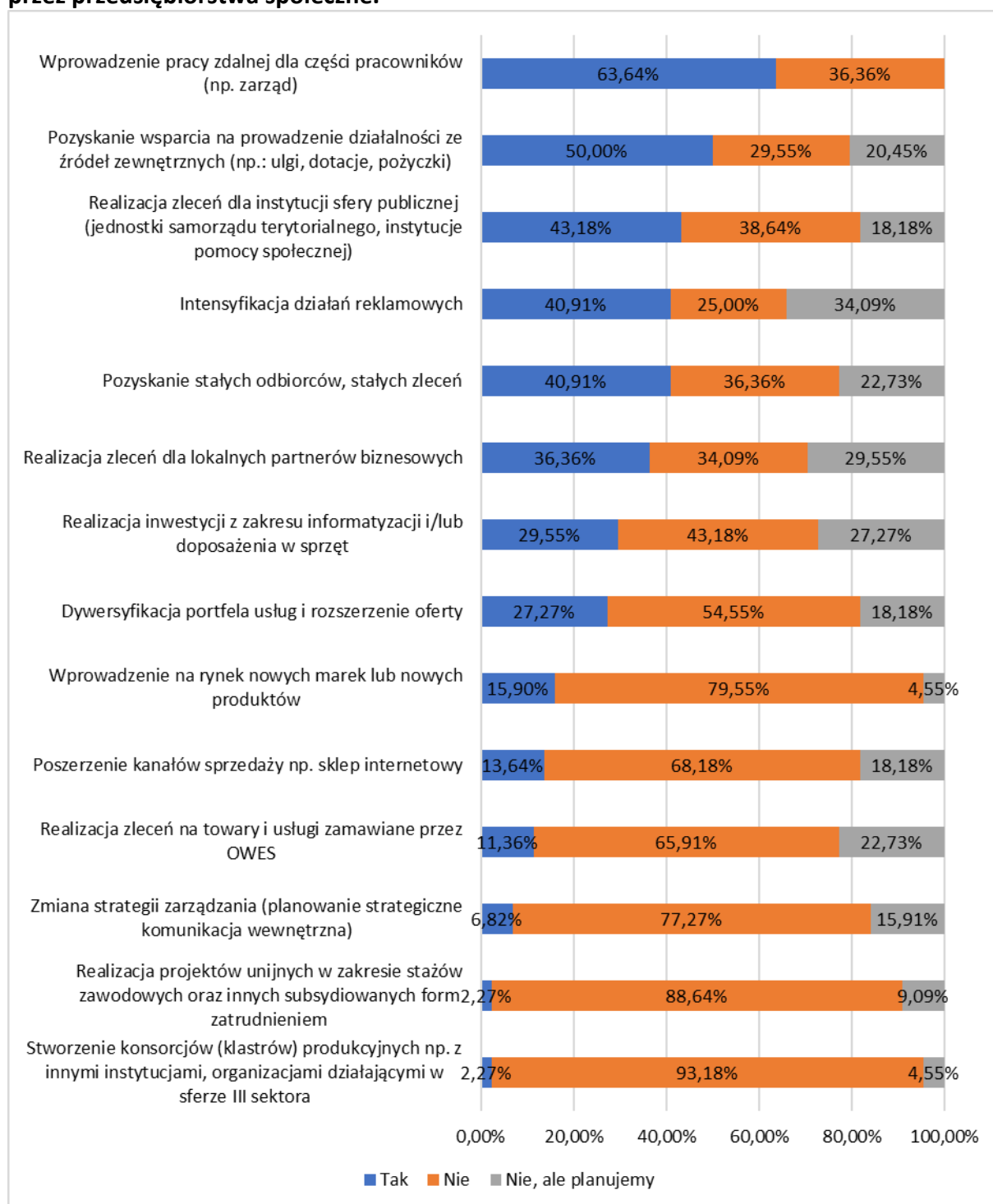
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=44.

Działania zaradcze stosowane przez przedsiębiorstwa społeczne

W związku wystąpieniem pandemii COVID-19 większość badanych przedsiębiorstw społecznych wdrożyła szereg zróżnicowanych działań zaradczych. Większość z nich wprowadziła pracę zdalną a ponad połowa pozyskała wsparcie na prowadzenie działalności ze źródeł zewnętrznych (np.: ulgi, dotacje, pożyczki). Znaczna część podmiotów realizowała zlecenia dla instytucji sfery publicznej (jednostki samorządu terytorialnego, instytucje pomocy społecznej) i lokalnych partnerów biznesowych a także pozyskała stałe zlecenia oraz zintensyfikowała działania reklamowe. W mniejszej skali, zrealizowano inwestycje z zakresu informatyzacji i/lub doposażenia w sprzęt lub wprowadzono dywersyfikację portfela usług i

rozszerzono ofertę. Niezbyt liczna grupa podmiotów wprowadziła na rynek nowe marki lub nowe produkty, poszerzyła kanały sprzedaży (sklep internetowy) lub realizowała zlecenia na towary i usługi zamawiane przez OWES. Aby ograniczyć skutki pandemii marginalny odsetek badanych modyfikował strategię zarządzania przedsiębiorstwem, posiłkował się subsydiowanym zatrudnieniem realizując projekty finansowane z funduszy UE lub starał się stworzyć konsorcja lub klastry produkcyjne z innymi podmiotami działającymi w sektorze.

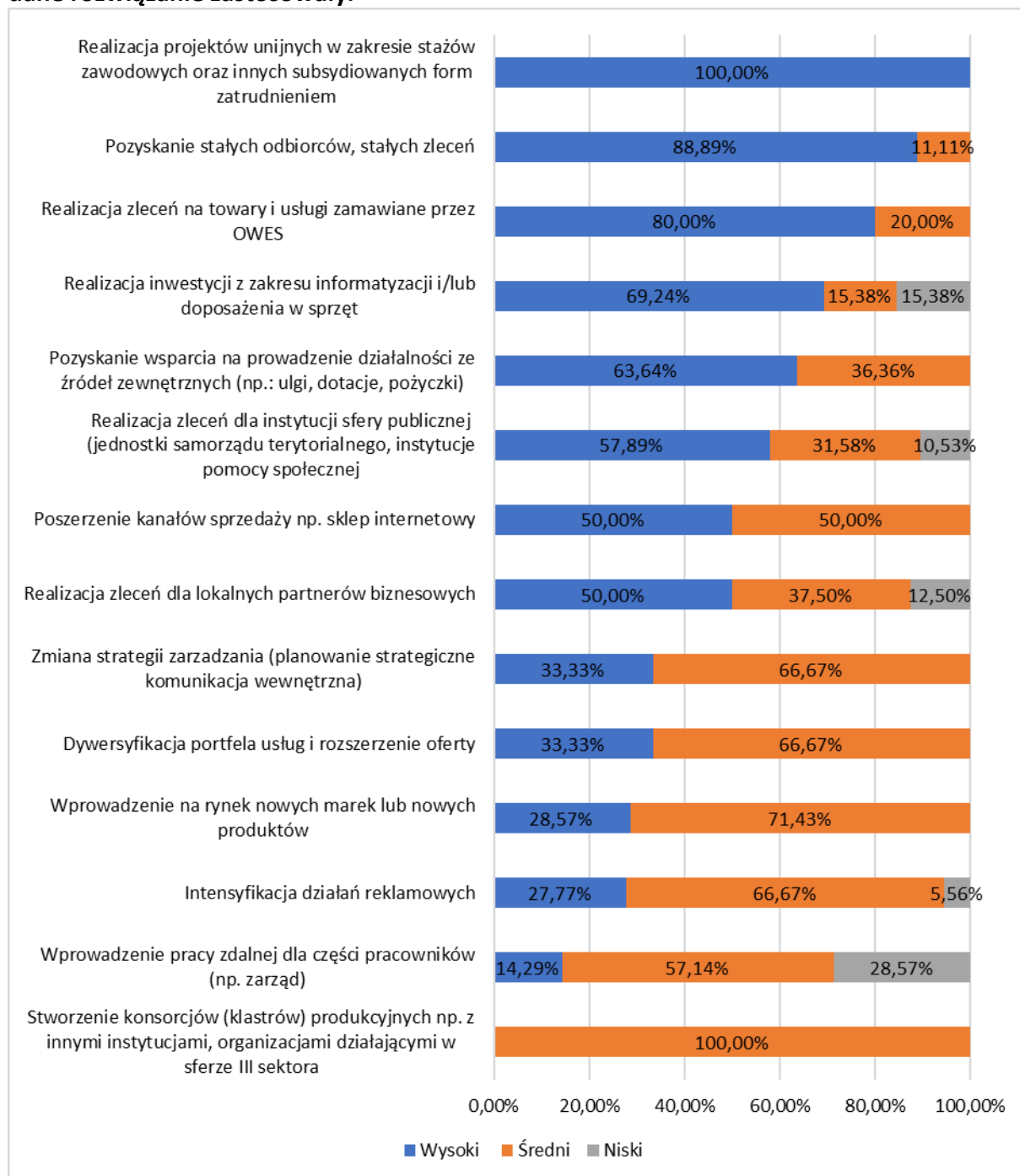
Wykres 63 Działania zapobiegające negatywnym skutkom Pandemii COVID-19 realizowane przez przedsiębiorstwa społeczne.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=44.

Te spośród ankietowanych przedsiębiorstw, które wdrożyły dany typ działania zapobiegawczego zostały poproszone o jego ocenę i wyrażenie opinii w jakim stopniu przyczyniło się ono do zminimalizowania skutków pandemii COVID-19. Wśród najlepiej ocenianych znalazły się: realizacja projektów unijnych w zakresie stażów zawodowych oraz innych subsydiowanych form zatrudnienia, pozyskanie stałych odbiorców i stałych zleceń oraz realizacja zleceń na towary i usługi zamawiane przez OWES. Na wysoką skuteczność inwestycji z zakresu informatyzacji i/lub doposażenia w sprzęt zwróciło uwagę około 70% PS, które zastosowały tego typu rozwiązanie. Natomiast około 60% z tych, przedsiębiorstw które skorzystały z ulgi, dotacji i pożyczek ze źródeł zewnętrznych stwierdziło, że pozyskanie wsparcie w wysokim stopniu pomogło w prowadzeniu działalności. Pomocne w dobie pandemii okazały się także realizacja zleceń dla instytucji sfery publicznej (jednostki samorządu terytorialnego, instytucje pomocy społecznej), poszerzenie kanałów sprzedaży i realizacja zleceń dla lokalnych partnerów biznesowych. Jako zdecydowanie mniej efektywne oceniono rozwiązania, które polegały na zmianie strategii zarządzania, dywersyfikacji portfela świadczonych usług i wprowadzeniu na rynek nowych marek lub nowych produktów oraz intensyfikacji działań reklamowych. Wszyscy respondenci, którzy byli zaangażowani w tworzenie klastrów czy konsorcjów produkcyjnych wskazali, że zastosowanie tego rozwiązania okazało się średnio skuteczne. Natomiast najslabiej przez pomioty, które wprowadziły tego typu rozwiązanie została oceniona przydatność pracy zdalnej.

Wykres 64 Ocena stopnia, w jakim wprowadzone rozwiązania przyczyniły się do zminimalizowania skutków Pandemii COVID-19 przez przedsiębiorstwa społeczne, które dane rozwiązanie zastosowały.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=44.

ROZDZIAŁ 7: BARIERY, TRUDNOŚCI

Na etapie aplikowania oraz w toku realizacji projektów

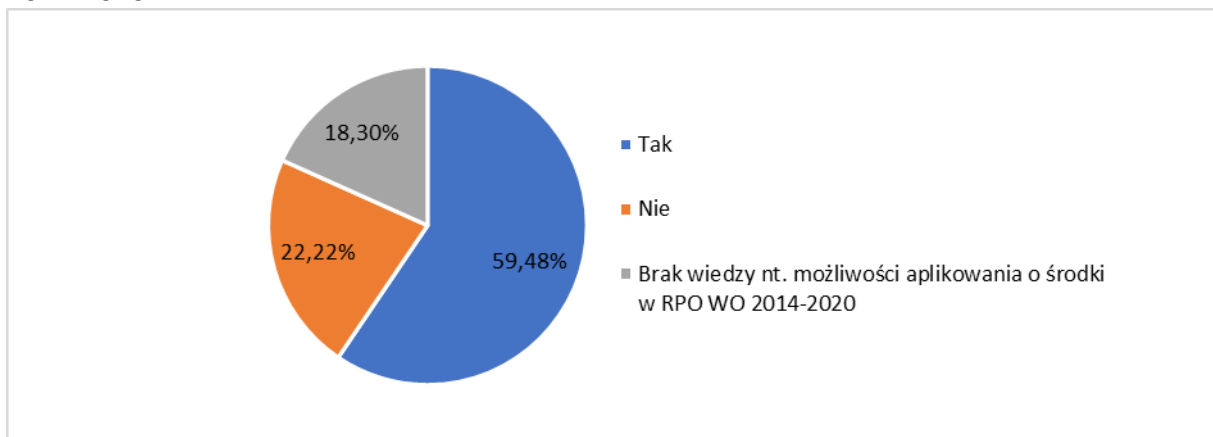
Poziom efektów osiągniętych w OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 oraz stopień oddziaływania wsparcia na sytuację w regionie jest warunkowany zarówno przez zainteresowanie beneficjentów, które przekłada się na absorpcję środków w poszczególnych

Działaniach jak i problemy, bariery i trudności pojawiające się przed oraz w toku aplikacji o projekty a także na etapie ich realizacji i rozliczania.

W pierwszym etapie, czyli przed aplikowaniem o środki potencjalni beneficjenci analizują zarówno czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne, które mogą sprzyjać podjęciu decyzji o złożeniu wniosku projektowego lub ją zahamować.

Jak wskazują wyniki badań w grupie podmiotów, które mogły starać się o wsparcie, niemniej jednak tego nie uczyniły 18,30% nie wiedziało o ogłaszanych konkursach, 73,80% dysponowało wiedzą na ten temat i rozważyło taką możliwość. Natomiast pozostałe 27,20% nie brały tego pod uwagę.

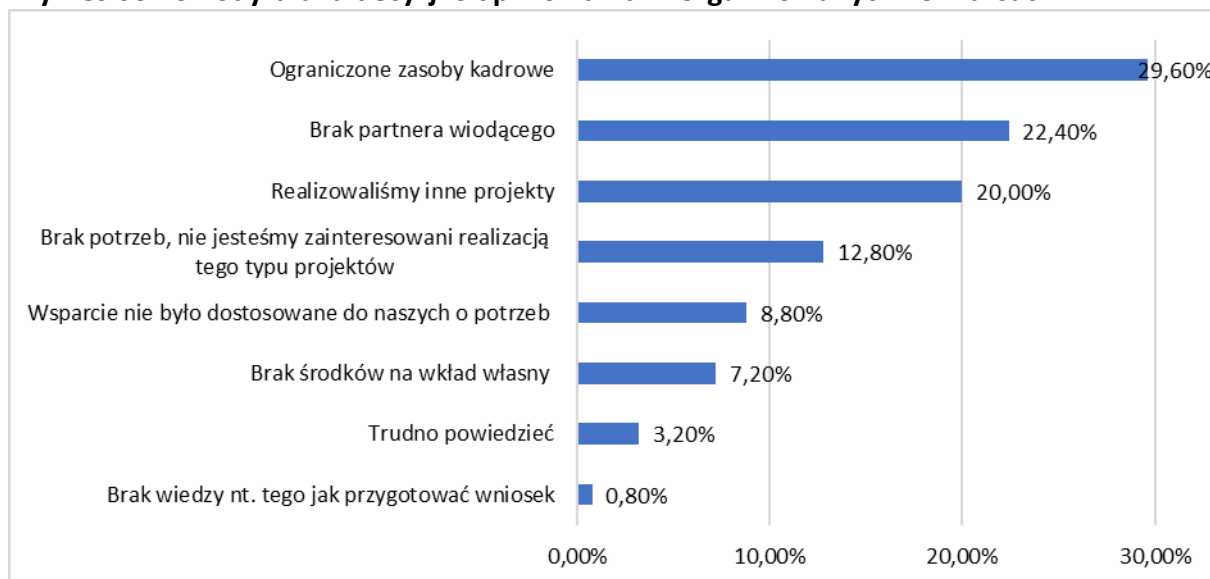
Wykres 65 Odsetek podmiotów, które rozważyły aplikowanie o środki w ramach RPO WO 2014-2020.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ITI, n=153.

Przyczyny wycofania się z decyzji ubiegania o środki były zróżnicowane. Podstawowa triada to: ograniczone zasoby kadrowe, brak partnera wiodącego oraz realizacja innego projektu. Pozostałe wskazywane rzadziej to: brak lub niedostosowanie wsparcia do potrzeb a także brak środków na wkład własny. Część spośród pytaných instytucji nie potrafiła wskazać głównego katalogu barier, które spowodowały, że podjęły one decyzje o nieaplikowaniu w organizowanych konkursach. Natomiast marginalny odsetek deklarował, że był to niewystarczający poziom wiedzy jak przygotować wniosek.

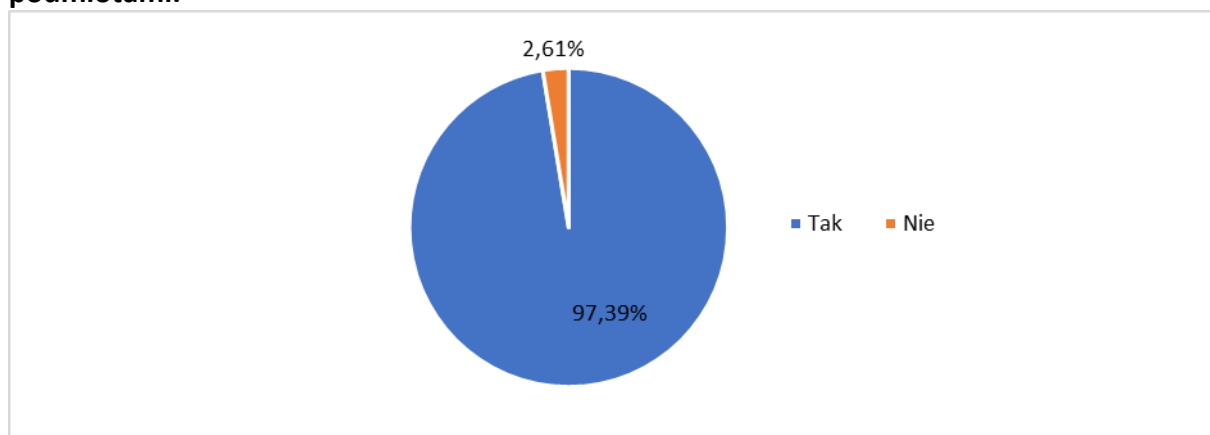
Wykres 66 Powody braku decyzji o aplikowaniu w organizowanych konkursach.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ITI, n=125. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną barierę.

Pomimo, że jedną z głównych przyczyn wpływających na podjęcie decyzji o nieaplikowaniu o wsparcie był brak partnera to jednak niemal wszystkie instytucje nieubiegające się o środki deklarują, że w swojej bieżącej działalności współpracują z szeregiem podmiotów (97,4%).

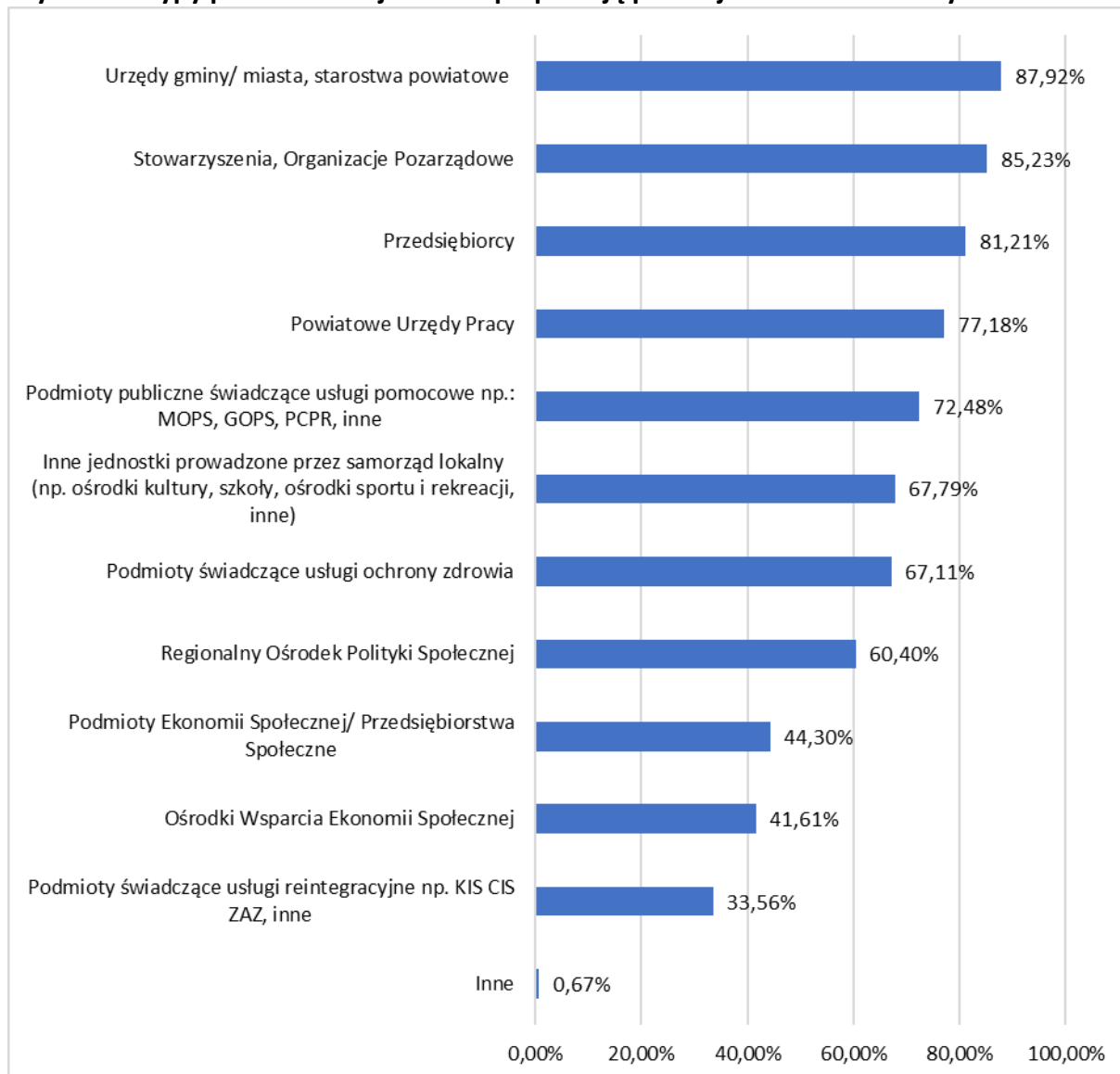
Wykres 67 Odsetek potencjalnych wnioskodawców, którzy współpracują z innymi podmiotami.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ITI, n=154.

Ich katalog jest bardzo zróżnicowany i obejmuje zarówno jednostki samorządu terytorialnego jak i działające w sektorze stowarzyszenia i organizacje pozarządowe. Ponadto badane podmioty wskazały, że współpracują także z przedsiębiorcami oraz instytucjami rynku pracy a także podmiotami publicznymi świadczącymi usługi w obszarze zdrowia, pomocy społecznej, reintegracji i ekonomii społecznej.

Wykres 68 Typy podmiotów z jakimi współpracują potencjalni wnioskodawcy.



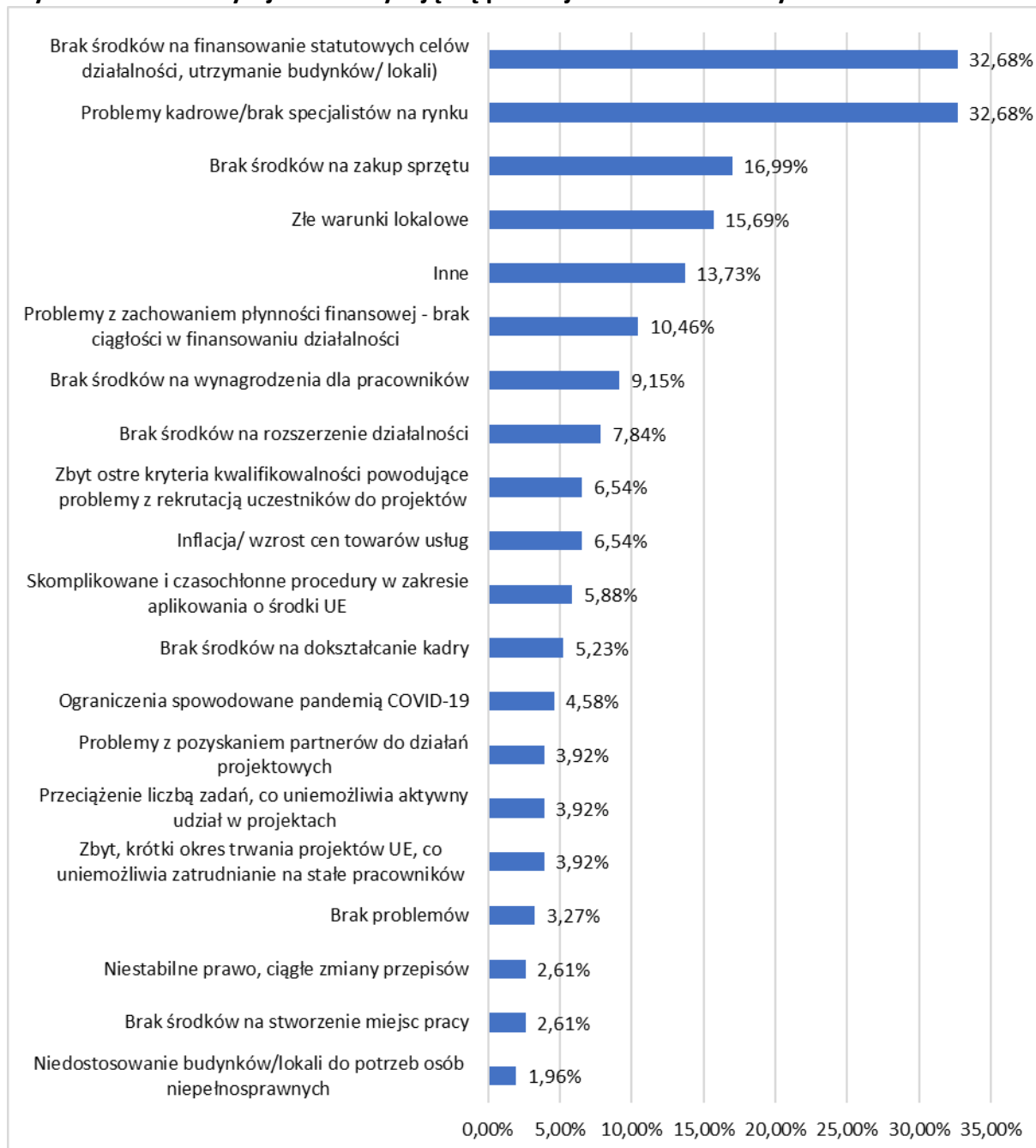
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ITI, n=149. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jeden podmiot.

W oparciu o zebrane dane można jednak stwierdzić, że przedmiotowa wskazywana przez badanych współpraca, dotyczy zazwyczaj realizacji zadań statutowych oraz tych wynikających z corocznie uchwalanych planów współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Ponieważ praktycznie wszystkie podmioty z którymi współpracują badani mogłyby pełnić funkcje partnerów projektowych, identyfikacja przyczyn związanych niemożnością ich znalezienia wymagałaby pogłębionych badań i dokładniejszego rozpoznania. Niemniej jednak w przypadku pewnej grupy podmiotów, które z uwagi na uwarunkowania prawne nie mogą same złożyć wniosku projektowego ponieważ w ich imieniu musi to zrobić powiat albo gmina problemy w nawiązaniu współpracy mogą wynikać z tego, że instytucje te niejednokrotnie mają tym względzie opory ponieważ takie rozwiązanie powoduje, że cały ciężar związany z administrowaniem realizacją oraz rozliczeniem projektu spoczywa na barkach ich pracowników.

Podjęcie decyzji o nieaplikowaniu jest także uwarunkowane wieloma dodatkowymi trudnościami, z którymi borykają się potencjalni wnioskodawcy. Trzy podstawie wskazywane wcześniej należy zatem uzupełnić o problemy finansowe generujące utrudnienia w bieżącym funkcjonowaniu organizacji, jak i te spowodowane brakiem odpowiedniego sprzętu i złymi warunkami lokalowymi. Ponadto na zaobserwowany stan rzeczy znaczący wpływ mają także czynniki istniejące w otoczeniu zewnętrznym w tym zarówno te obserwowane na rynku pracy i związane ze znalezieniem odpowiednich specjalistów, którzy mogliby świadczyć wsparcie ostatecznym odbiorcom jak i te wynikające z niestabilnego, zmieniającego się prawa oraz niekorzystnej i pogarszającej się sytuacji gospodarczej. Bariereą stanowią również skomplikowane i czasochłonne procedury w zakresie pozyskania środków z RPO a także zbyt ostre kryteria kwalifikowalności wydatków generujące problemy z rekrutacją w grupach potencjalnych odbiorców wsparcia. Jednym z powodów nieaplikowania jest także zbyt krótki okres trwania projektów, oraz brak możliwości zapewnienia potencjalnym beneficjentom ciągłości w pozyskiwaniu środków z RPO, co jak twierdzą badani powoduje problemy ze zależeniem pracowników do projektów, ponieważ można im zaoferować zatrudnienie wyłącznie na okres trwania projektu czyli w oparciu o umowę na czas określony lub umowy zlecenia.

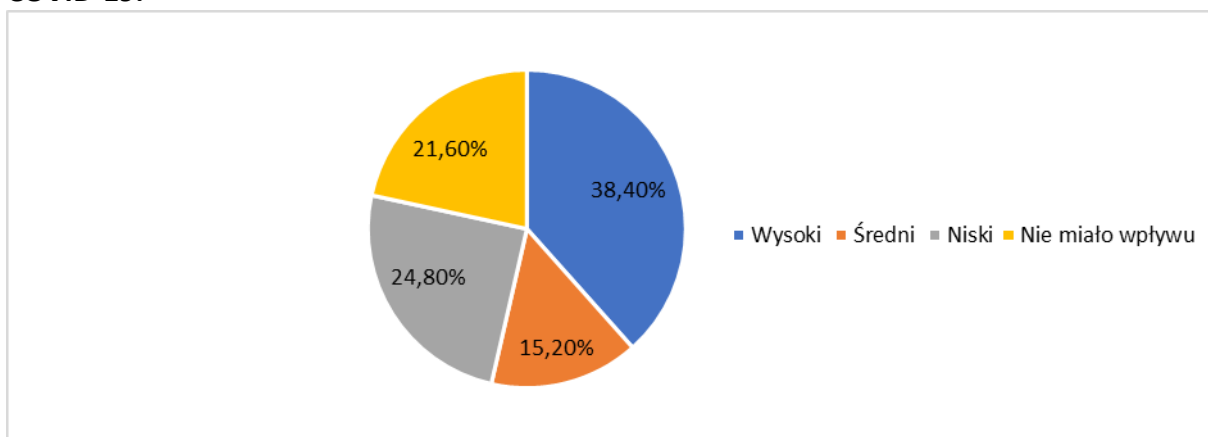
Wykres 69 Problemy z jakimi borykają się potencjalni wnioskodawcy.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ITI, n=153. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

Jednym ze znaczących uwarunkowań, które uwypukliło trudności, z jakimi borykają się potencjalni wnioskodawcy była także pandemia COVID-19. Wagę tego czynnika potwierdzają wyrażone oceny. Blisko 40,0% respondentów, którzy posiadali wiedzę o możliwości aplikowania o środki wskazało, że jej zajęcie oraz skutki miały w wysoki wpływ na podjęcie decyzji o nieubieganiu się o wsparcie.

Wykres 70 Wpływ jaki na podjęcie decyzji o nieaplikowaniu miało wystąpienie pandemii COVID-19.

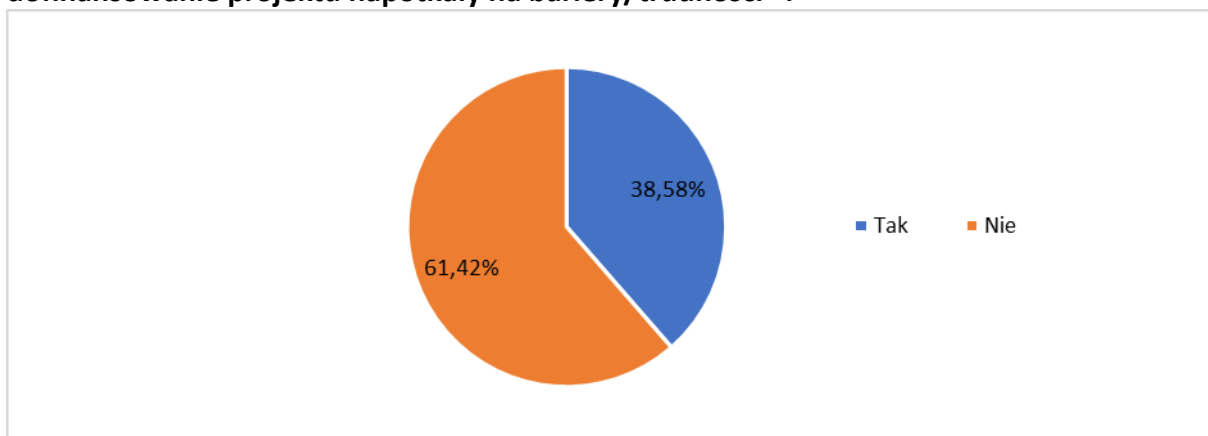


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ITI, n=125.

Ponieważ w przypadku ewaluowanej interwencji mamy do czynienia zarówno z bardzo dużym zróżnicowaniem form pomocy jak i szerokim gronem podmiotów uprawnionych do realizacji przedsięwzięć projektowych oraz świadczenia określonych usług pomocowych, wymagany w procesie składania wniosku o dofinansowanie zakres dokumentacji był skomplikowany, co mogło wpłynąć na wystąpienie pewnych komplikacji w trakcie starania się o środki.

Jak wskazują wyniki badań, pomimo możliwości wystąpienia zagrożeń większość podmiotów, które zdecydowały, że będą aplikować o wsparcie nie zetknęła się z trudnościami na etapie przygotowywania wniosku o dofinansowanie.

Wykres 71 Odsetek podmiotów, które w trakcie przygotowywania wniosku o dofinansowanie projektu napotkały na bariery/trudności⁵¹.



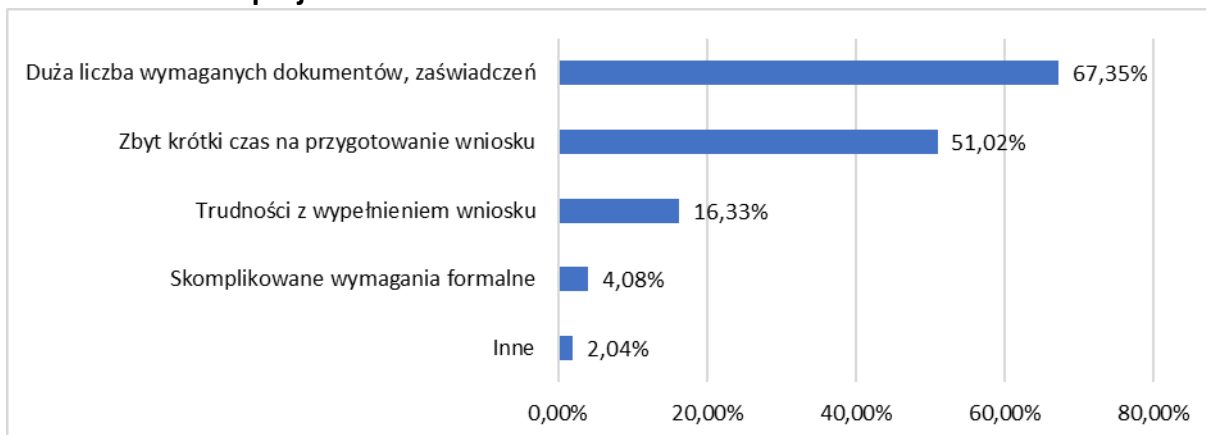
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=127.

Natomiast te spośród nich, które napotkały na bariery w pierwszej kolejności wskazały właśnie na kłopoty związane z zebraniem odpowiedniej dokumentacji, a w następnej na zbyt krótki czas na przygotowanie wniosku. Nieco mniejszy odsetek pytaných zwrócił uwagę na

⁵¹ Pytanie zadano jedynie tym podmiotom, które przygotowywały wniosek o dofinansowanie. Pozostali uczestnicy badania CAWI (128 instytucji) pełniło w projektach funkcję partnerów i nie przygotowywało takiego wniosku.

trudności z wypełnieniem wniosku. Natomiast niewielki na skomplikowane wymagania formalne.

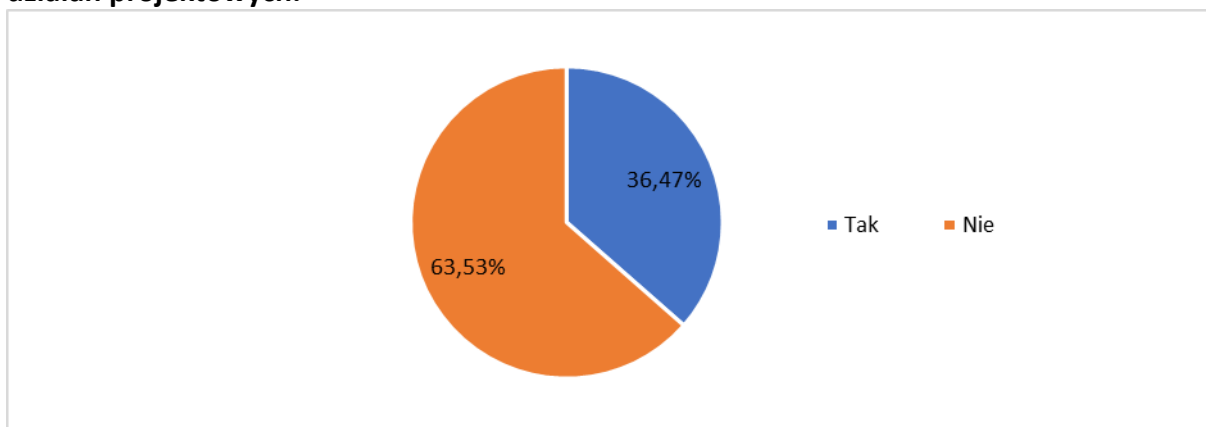
Wykres 72 Rodzaje barier/trudności na jakie napotkały podmioty przygotowujące wniosek o dofinansowanie projektu.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=49. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną barierę.

Wyniki badań wskazują, że podobnie jak w przypadku etapu aplikowania większość podmiotów nie doświadczyła barier i trudności także w fazie realizacji projektów.

Wykres 73 Odsetek podmiotów, które napotkały na bariery/ trudności w trakcie realizacji działań projektowych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=255.

Natomiast grupa podmiotów, która odnotowała takie problemy wskazała na zróżnicowany zespół czynników oddziałujących na tok realizacji działań.

Wyraźną barierę stanowią przede wszystkim skomplikowane zasady rozliczania projektów oraz konieczność posiadania środków na wkład własny. W drugim zespole czynników znalazły się: ograniczona kwalifikowalność wydatków oraz przedłużające się procedury związane z zamówieniami publicznymi lub realizacją projektu zgodnie z zasadą konkurencyjności, a także brak możliwości zabezpieczenia wkładu własnego w związku ze wzrostem cen materiałów i usług. Do istotnych czynników należy zaliczyć również opóźnienia w realizacji transz dofinansowania ze strony instytucji finansującej projekt, a także niedobory

kadrowe (ograniczone zasoby, kwalifikacje personelu) oraz problemy z wykonawcami (wybór, przebieg współpracy, dotrzymanie terminów).

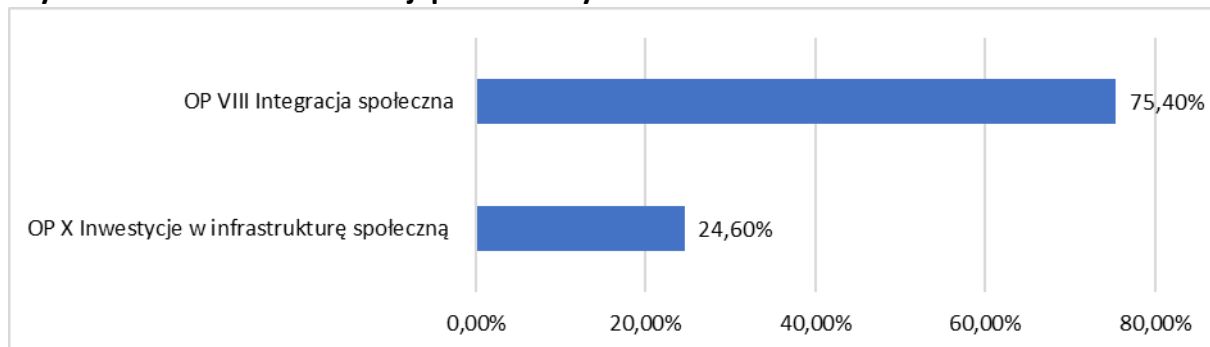
Tabela 10 Rodzaje barier/trudności na jakie w toku realizacji działań projektowych napotkały podmioty realizujące projekty.

Typ bariery	Procent wskazań
Skomplikowane zasady rozliczania projektów	60,22%
Konieczność posiadania środków na wkład własny	54,84%
Ograniczona kwalifikowalność wydatków	38,71%
Przedłużające się procedury związane z zamówieniami publicznymi lub realizacją projektu zgodnie z zasadą konkurencyjności	37,63%
Brak możliwości zabezpieczenia wkładu własnego w związku ze wzrostem cen materiałów i usług	32,26%
Opóźnienia w realizacji transz dofinansowania ze strony instytucji finansującej projekt	25,81%
Przedłużające się procedury związane z uzyskaniem odpowiednich pozwoleń	21,51%
Ograniczone zasoby kadrowe, trudności związane z zapewnieniem wystarczającej liczby personelu	20,43%
Przebieg współpracy z wykonawcami	18,28%
Trudności z dotrzymaniem terminów określonych w harmonogramie realizacji	13,98%
Trudności w wyborze wykonawcy do realizacji inwestycji	12,90%
Niskie zainteresowanie i problemy z rekrutacją w grupach odbiorców wsparcia	9,68%
Trudności w zakupie sprzętu	8,60%
Charakter lub częstość zmian zapisów wytycznych Instytucji Zarządzającej dotyczących realizacji projektów	8,60%
Przebieg współpracy z opiekunem projektu	7,53%
Przebieg współpracy z partnerami	7,53%
Poziom kwalifikacji personelu	6,45%
Obostrzenia w wyniku pandemii COVID-19	3,23%

Źródło: opracowanie własne: na podstawie badania CAWI, n=93. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną barierę.

Oprócz barier i trudności, z którymi borykają się beneficjenci do grupy czynników ograniczających efektywność realizowanych działań należy także zaliczyć błędy popełniane na etapie relacji projektów, na których identyfikację i wyszczególnienie pozwoliła przeprowadzona analiza Desk Research. Analizą objęto 69 informacji pokontrolnych, z czego 75,4% z nich dotyczyło OP VIII Integracja Społeczna, a pozostałe 24,6% OP X Inwestycje w Infrastrukturę społeczną.

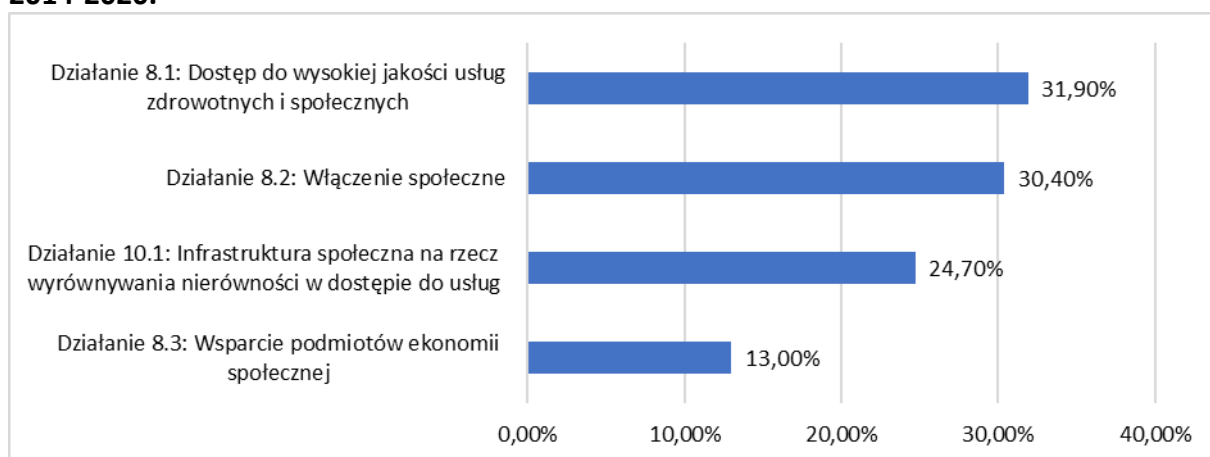
Wykres 74 Struktura informacji pokontrolnych OP VIII i OP X RPOWO 2014-2020.



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji pokontrolnych przekazanych przez Zamawiającego.

W ramach ewaluowanych Osi Priorytetowych największą liczbę kontroli 31,9% przeprowadzono w Działaniu 8.1 *Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych*. Następnie w Działaniu 8.2 *Włączenie Społeczne* (30,4%) oraz w Działaniu 10.1 *infrastruktura społeczna na rzecz wyrównania nierówności w dostępie do usług* (24,6%). Natomiast odsetek kontroli przeprowadzonych w Działaniu 8.3 *Wsparcie podmiotów ekonomii społecznej* wyniósł (13,0%)

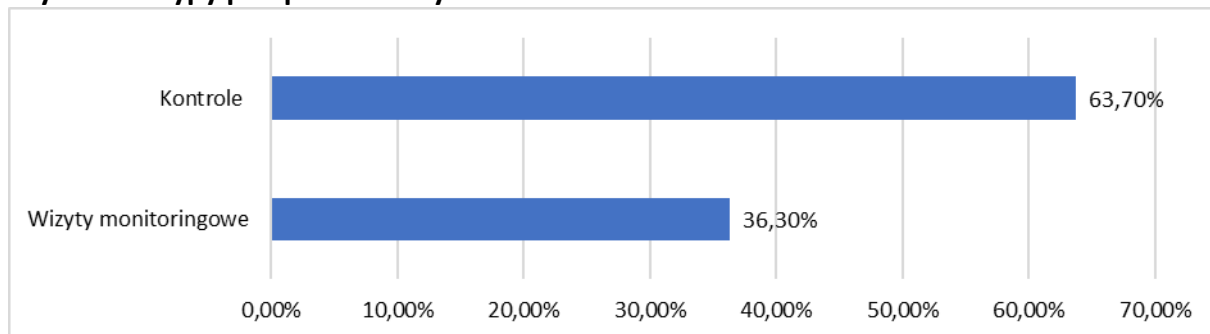
Wykres 75 Struktura kontroli w ramach poszczególnych Działań OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020.



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji pokontrolnych przekazanych przez Zamawiającego.

Formę sprawdzenia prawidłowości przebiegu realizacji projektów stanowiły przeprowadzane w trakcie ich realizacji kontrole planowe (63,7%) oraz planowe wizyty monitoringowe (36,3%).

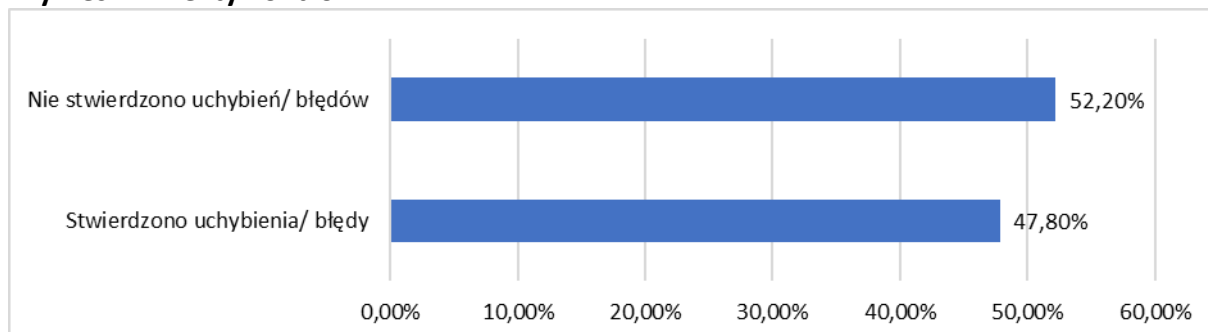
Wykres 76 Typy przeprowadzanych kontroli.



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji pokontrolnych przekazanych przez Zamawiającego.

W wyniku przeprowadzonych kontroli i wizyt monitoringowych w przypadku większości projektów (52,2%) nie stwierdzono nieprawidłowości w ich realizacji. W pozostałych skontrolowanych projektach zidentyfikowano kilka rodzajów popełnianych uchybień oraz błędów.

Wykres 77 Efekty kontroli.



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji pokontrolnych przekazanych przez Zamawiającego.

Wyniki analizy wskazują, że najważniejsze błędy, uchybienia czy nieprawidłowości utrudniające realizację projektów to:

- stosowanie błędnej podstawy prawnej dotyczącej kwalifikowalności wydatków,
- naruszenie zasady konkurencyjności związanej z przygotowaniem lub rozstrzygnięciem przetargu,
- nierealizowanie projektu zgodnie z harmonogramem,
- zlecanie przez beneficjenta usług partnerom projektu.

Opierając się o przytoczone powyżej analizy oraz posiłkując się informacjami uzyskanymi w toku zrealizowanych badań jakościowych należy stwierdzić że w każdym projekcie realizowanym ze środków publicznych istnieje kilka węzłowych czynników decydujących o jego powodzeniu:

Pierwszym z nich jest sprawne i terminowe przeprowadzenie zamówień publicznych. Prawidłowe przygotowanie procedury przetargowej pozwala bowiem wyłonić legalnie i zgodnie z harmonogramem wykonawcę projektu. Na ten typ, najczęściej popełnianych błędów wskazuje następująca wypowiedź:

[...] To właśnie tutaj zdarzały się najczęściej błędy, już podczas realizacji, dotyczące przeprowadzania zamówień, czyli skorzystania z zasady konkurencyjności i rozeznania rynku, czy samego stosowania prawa zamówień publicznych. Beneficjenci tutaj nie zawsze stosowali tę metodę, która jest wskazana w kwalifikowalności wydatków i przez to, jeżeli była kontrola już w miejscu realizacji projektu okazywało się, że część zamówień była nieudzielona i były naliczane korekty, i były dokonywane zwroty przez beneficjentów. To tutaj jest taka jedna z przyczyn odnośnie niestosowania zasady konkurencyjności [...] (IDI; DFE).

Kolejnym często popełnianym błędem są również nierealne założenia dotyczące wyboru grupy docelowej, których nie można spełnić podczas rekrutacji, co ma zasadniczy wpływ na osiągnięcie wskaźników produktu i rezultatu. Brak osiągnięcia założonego poziomu

wskaźników może skutkować niekwalifikowalnością całego projektu, na co wskazuje następujące wypowiedzi:

Projekty są zrealizowane w większości i efektami tych projektów są zawsze wskaźniki produktu i rezultatu, i z reguły są osiągnięte. Tylko zdarzają się takie sytuacje, że Beneficjent, [...] wskazuje sobie jakąś grupę docelową. Założy, że na przykład 50,0% osób to będą osoby niepełnosprawne, a później się okazuje, że podczas rekrutacji w ogóle nie ma osób chętnych z niepełnosprawnością i wtedy jest problem, bo część wskaźników ma punkty podczas oceny projektów, i dostają dodatkowe punkty za jakieś tam określone wskaźniki, i może się okazać, że jeżeli ten wskaźnik nie będzie osiągnięty, to cały projekt będzie niekwalifikowalny (IDI; DFE).

[...] Źle oszacowali tę potencjalną grupę docelową [...]; część, jakby można powiedzieć, że specjalnie źle oszacowuje, bo dzięki temu ma dodatkowe punkty. Jeżeli to doda do grupy docelowej takie osoby, które są z tych, na przykład zagrożone ubóstwem, czy osoby niepełnosprawne, osoby z terenów wiejskich, to za to z reguły są dodatkowe punkty i beneficjenci wybierają sobie taką grupę docelową, żeby uzyskać jak najwięcej punktów na ocenie i żeby przejść do realizacji projektu, czyli to niekoniecznie jest podyktowane takim racjonalnym rozpoznaniem rynku. Część osób po prostu, część beneficjentów próbuje dostać w ogóle jakiegokolwiek punkty, więc próbują tą metodą, i na przykład podczas realizacji projektu oni później próbują nam zmienić wskaźniki tylko, że nie każdy ze wskaźników da się wycofać, bo niektóre są bezwzględne i nie możemy zrezygnować, a niektóre są tak punktowane, że jakby nie mieli tyle punktów, to by nie uzyskali dofinansowania. No i wówczas tych nie można zmienić [...](IDI, DFE).

Do najważniejszych problemów pojawiających się zarówno na etapie aplikowania o środki, jak i w trakcie realizacji działań projektowych należy również kwalifikowalność wydatków, w tym kwestie rozliczania podatku VAT, a także wpisanie się w reguły projektu i wykazanie, że podejmowane w projekcie działania i dokonywane w nim zakupy są zasadne. Problemy z kwalifikowalnością wydatków wynikają zarówno z pewnej niejasności przepisów jak i z braku wiedzy lub niezrozumienia przez beneficjentów istoty projektów realizowanych w ramach poszczególnych Osi Priorytetowych co potwierdzają następujące wypowiedzi:

[...] Nieznajomości zapisów wytycznych do kwalifikowalności; tudzież niektórzy próbowali unikać stosowania zasady konkurencyjności, na przykład dzieląc zamówienie na kilka części bezpodstawnie [...] (Wywiad nr ,DFE).

[...] Tak, pojawiały się błędy i one dotyczyły zarówno tych zamówień publicznych, jak i na przykład błędnego zatrudniania pracowników, zatrudnianie własnych pracowników, na przykład na podstawie umowy zlecenie, czy zatrudnianie pracowników od partnera [...] Poza tym często się zdarza, także, że są rozliczane wydatki, które w ogóle nie były ujęte w projekcie i beneficjent musi nam złożyć formularz zmian z uzasadnieniem konieczności poniesienia takich wydatków i unijni eksperci oceniają, czy faktycznie on jest racjonalny i konieczny do poniesienia w ramach projektu czy nie, i albo wyrażamy zgodę, albo niestety wydatek jest nie jest kwalifikowalny w projekcie [...] (Wywiad nr DFE).

Kolejnym problemem dotyczącym beneficjentów i mającym istotne znaczenie dla powodzenia w realizacji projektów jest zmienność cen. W badaniach jakościowych zidentyfikowano problem niedoszacowania kosztów realizacji projektów ze względu na długi czas między rozpoznaniem rynku, a ostatecznym ogłoszeniem przetargu.

Innym źródłem problemów jest także to, że koszty urządzeń i infrastruktury w trakcie przygotowania SIWZ szacowane są często na podstawie cen od jednego dostawcy i przy poziomie upustów od tego dostawcy. Po wykonaniu szacunków uwzględniających ceny oficjalne (bez upustów) koszty rosną, nie wspominając o tym, że takie ograniczone rozpoznanie nie jest adekwatne do ogółu cen rynkowych. Tego typu problem dotyczy wszystkich rodzajów projektów w tym w szczególności projektów medycznych, w których trudno jest prawidłowo oszacować odpowiednie kwoty, a wzrost zakładanych kosztów powoduje trudności w uzupełnieniu różnicy.

Ważną grupę problemów stanowią także trudności we współpracy z wykonawcami, którzy nie zawsze respektują reguły czasowe w dostarczaniu potrzebnych materiałów lub sprzętu.

Beneficjenci stają też przed niezwykle ważnym problemem zmienności prawa i funkcjonujących przepisów całkowicie niezależnym od nich. Nadprodukcja prawa w Polsce jest dobrze znanym faktem, a według danych Barometru otoczenia prawnego w polskiej gospodarce w rekordowym 2016 r. powstało 35 280 stron aktów prawnych, w 2017 r. 23 681, w 2018 r. 21 011, a w 2020 roku 21 537. Zatem problemy wynikające z konieczności dostosowania się do zmieniających się przepisów prawa to ważny problem i znacząca trudność w prawidłowej realizacji projektów.

Szczególną sytuacją, która miała zasadniczy wpływ na osiągnięcie przez beneficjentów założonych wskaźników produktu i rezultatu była również pandemia COVID-19. W tym przypadku trudności w realizacji projektów wynikały, przede wszystkim z obaw osób otrzymujących wsparcie przed zakażeniem, które w związku z tym nie chciały brać udziału w spotkaniach grupowych, czy też wyjeżdżać do szpitala na dodatkowe badania.

[...] COVID-19 [...] Ale to były problemy z uczestnikami projektu, ponieważ ludzie obawiali się w ogóle spotykać w jakiejś większej grupie, czy wychodzić z domu. Czy te projekty, które były realizowane w ramach usług zdrowotnych, to też osoby bały się iść do szpitala na przykład na jakieś dodatkowe badania, więc to był problem Ale już jako instytucja zarządzająca, tutaj wydłużyliśmy okres realizacji projektu tak, aby była możliwość objęcia wsparciem tych założonych grup, żeby to wsparcie nic dla nikogo nie przepadło. I jeszcze przyjmowaliśmy taką możliwość, żeby też była teleporada. Zmienialiśmy też na przykład jakieś tam świadczenia na indywidualne z grupowych [...], żeby była możliwość kontaktu, ale żeby nie była to praca w grupie. Czy teraz, jeżeli teraz inni się do nas zwracali z prośbą o jakieś takie udogodnienie, to już nie widzieliśmy żadnych przeciwwskazań (Wywiad nr DFE).

W świetle analizy i oceny zakresu błędów popełnianych przez Beneficjentów na etapie aplikowania i realizacji projektów należy stwierdzić, że sytuacja w tym zakresie nie wymaga wprowadzenia jakichś szczególnych mechanizmów ograniczających ich ilość. Realizowane do

tej pory działania takie jak: zakrojone na szeroką skalę konsultacje związane z przygotowaniem wniosku o dofinansowanie, czy bieżący kontakt z opiekunami projektów w trakcie ich realizacji stanowią wystarczające mechanizmy minimalizujące ich ilość, oczywiście przy założeniu, że Beneficjenci zechcą z nich korzystać. Pewną pomocą będzie również zwiększenie liczby i zakresu kontroli oraz wizyt monitoringowych przeprowadzanych na różnych etapach realizacji projektów, bowiem zalecenia pokontrolne jednoznacznie wskazują kierunki korekt lub zmian, które powinny zostać dokonane oraz są jednoznacznymi wskazówkami do stosowania prawidłowej podstawy prawnej do kwalifikacji wydatków, czy realizacji zasady konkurencyjności, bowiem w tych przypadkach najczęściej popełniano błędy.

Związane z procesem deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych i społecznych

Obserwowany w ostatnich latach proces deinstytucjonalizacji usług społecznych prezentowany jest przede wszystkim, jako alternatywa dla działania i organizowania wsparcia w systemie polityki społecznej opartego na funkcjonowaniu dużych, publicznych instytucji.

Kierunek i charakter tych zmian wyznaczają dokumenty międzynarodowe takie jak: *Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Konwencja ONZ o Prawach Dziecka, Europejska Konwencja Praw Człowieka*, czy też „*Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – UE*”, które zawierają jednoznaczny zapis w tej kwestii – „*(...) kraje członkowskie oraz władze UE są zobowiązane wdrożyć rozwiązania intensyfikujące odejście od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na środowisku lokalnym (...)*”⁵².

Z przeglądu literatury przedmiotu wynika, że istnieje wiele definicji deinstytucjonalizacji w tym definicja UNICEF –u, która określa, że „*deinstytucjonalizacja oznacza całość planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji, przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki, bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty (...)*” oraz definicja Komisji Europejskiej wskazująca, że „*(...) Deinstytucjonalizacja rozumiana powinna być nie tyle jako dążenie do zamknięcia zakładów opieki, ale jako proces rozwoju usług opiekuńczych na poziomie rodziny i lokalnej społeczności, który miałby umożliwić pozostawanie przez osobę potrzebującą pomocy jak najdłużej w swoim środowisku zamieszkania (...)*”⁵³.

Istnieje wiele argumentów za przyjmowaniem strategii rozwoju usług zdeinstytucjonalizowanych. Doświadczeniach wielu krajów wskazują bowiem, że deinstytucjonalizacja przynosi dobre rezultaty w wielu dziedzinach polityki społecznej, a nowe systemy opieki środowiskowej i wsparcia w społecznościach lokalnych zapewniają poszanowanie praw, godności, potrzeb oraz woli każdej osoby oraz jej rodziny. Ocenia się ponadto, że proces deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej lepiej uwzględnia

⁵² Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia, [red. nauk.] M. Grewiński i J. Lizut. Warszawa 2021, s. 5.

⁵³ Ibidem.

specyficzne potrzeby osób niesamodzielnych i każdej innej grupy użytkowników, jakkolwiek opieka świadczona w środowisku rodzinnym i społecznym musi być prowadzona profesjonalnie i zorganizowana w systemowy sposób.

Dotychczasowe formy deinstytucjonalizacji usług społecznych w państwach UE dotyczyły, przede wszystkim: usług rodzinnych i opieki długoterminowej dla dzieci, w tym opieki zastępczej; usług opieki długoterminowej dla osób starszych, usług domowych dla osób niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami; tworzenia mieszkań socjalnych/chronionych w celach usamodzielnienia osób zależnych oraz opieki psychiatrycznej. Tego rodzaju formy deinstytucjonalizacji były również realizowane w woj. opolskim. Przestanki do zaprojektowania procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych i społecznych w ramach *RPO WO 2014-2020* wiązały się z ich deficytem, pogłębianiem i rozszerzaniem określonych problemów i wyzwań społecznych oraz pojawieniem się nowych wyzwań związanych ze zmianami w strukturze społecznej (starzenie się populacji), przeobrażeniami rynku pracy, rosnącym zapotrzebowaniem na nowe kompetencje, nowymi ryzykami ekologicznymi i zdrowotnymi, czy też z koniecznością rozwoju nowych form opieki nad osobami niesamodzielnymi i zależnymi. Ponadto instytucjonalne systemy wsparcia, oferujące usługi całodobowej opieki lub izolacji, szczególnie tzw. duże zakłady, stawały się coraz mniej wydolne i jednocześnie kosztowne, w związku z tym poszukiwano alternatywnych rozwiązań środowiskowych, które pozwoliłyby na zapewnienie wysokiej jakości usług i dokonywanie samodzielnych wyborów przez odbiorców wsparcia, a jednocześnie racjonalizowałyby efektywność kosztową. Deinstytucjonalizacja obu typów usług była także ważna z punktu widzenia coraz większej potrzeby podzielenia się odpowiedzialnością za realizację zadań społecznych na szczeblach lokalnych z różnymi interesariuszami, w tym z organizacjami pozarządowymi i podmiotami ekonomii społecznej, a także z podmiotami wyznaniowymi oraz sektorem nieformalnym, w ramach, którego można także rozwijać szereg usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych, wspierających i innych.

W okresie programowania 2014-2020 podstawową barierę utrudniającą realizację wsparcia w kontekście zasady deinstytucjonalizacji, stanowiła pandemia, jakkolwiek na samo składanie projektów nie miała takiego wpływu, nie zaobserwowano mniejszego zainteresowania konkursami. Znaczące bariery dotyczyły natomiast realizacji projektów, ponieważ były one kierowane do osób starszych wśród, których zachorowalność na COVID-19 i śmiertelność z tego powodu była wysoka, co uniemożliwiało ich realizację.

Inna przyczyna wynikała z przepisów, które ograniczały wydatkowanie środków na remonty, zakupy i inwestycje do 10,0% wartości projektu. Stanowiło to istotny czynnik ograniczający możliwości rozwojowe procesów deinstytucjonalizacji w województwie opolskim.

Ze wskazanymi barierami związane były trudności w powstawaniu w regionie Dziennych Domów Opieki Medycznej, ponieważ są one takimi formami deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, które wymagają wyodrębnionej strukturalnie części z jakiegoś podmiotu leczniczego. W województwie opolskim istnieją 2 takie DDOM-y, jeden przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Głuchołazach drugi przy Stobrowskim Centrum Medycznym.

Projekty tworzenia DDOM-ów należy ocenić jako przedsięwzięcie trudne w realizacji wymagające wcześniejszych działań inwestycyjnych ze względu na wymogi posiadania odpowiedniej infrastruktury, co oznacza konieczność posiadania stosownie wyposażonej nieruchomości lub realizacji takiej inwestycji w ramach działań finansowanych na przykład z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego lub innych źródeł.

Zatem podstawową barierę w realizacji tego typu projektów stanowią środki finansowe, ponieważ wymaga to wysokich nakładów własnych. Czynnikiem sprzyjającym lub ograniczającym aplikowanie o tego typu projekty jest również harmonogram organizowania konkursów. Powinien być on taki, aby wnioskodawcy mogli najpierw pozyskać środki na działania inwestycyjne, a dopiero w drugiej kolejności, jako uzupełnienie należy ogłaszać konkursy na miękkie działania, które mogłyby być realizowane w tych powstałych w ramach projektów inwestycyjnych DDOM-ach. Jak wyjaśnia respondentka:

[...] My staraliśmy się tak organizować konkursy i układać harmonogram naboru, żeby najpierw było ogłaszany konkurs finansowany z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, a dopiero potem ogłaszać konkursy dotyczące tych działań miękkich, czyli Działania 8 1 (usługi zdrowotne, żeby to się uzupełniało. I tutaj myślę o działaniu 10.1 i 10.1.1, gdzie były możliwość właśnie działań inwestycyjnych w obszarze usług zdrowotnych [...], ale tak jak widać dużego zainteresowania tutaj w tym obszarze nie było. Dodam tylko jeszcze, że ten jeden, który istnieje w województwie opolskim, powstał nie w ramach RPO WO 2014-2020, ale w ramach Programu Operacyjnego Wiedza-Edukacja-Rozwój, czyli w ramach ogólnokrajowego programu [...] (IDI DFE).

ROZDZIAŁ 8: WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA REALIZACJĘ WSPARCIA

Oddziaływanie pandemii COVID-19 na wsparcie realizowane w ramach OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 miało charakter złożony i wielowymiarowy, tak jak w przypadku ogólnego wpływu pandemii na życie społeczne i gospodarcze⁵⁴. Najważniejsze kwestie szczegółowe związane z negatywnym oddziaływaniem pandemii to: utrudnienia w realizacji projektów (szczególnie projektów zakładających świadczenie określonych usług społecznych i zdrowotnych lub oferujących wsparcie bezpośrednio uczestników projektów realizowane w formie szkoleń, czy doradztwa indywidualnego lub grupowego, a także przedsięwzięć z zakresu ekonomii społecznej. Należy podkreślić, że negatywny wpływ pandemii przejawiał się w tych samych lub podobnych aspektach bez względu na charakter Działań i Poddziałań. W obu Osiach Priorytetowych (VIII i X RPO WO 2014-2020) wystąpiła konieczność „przeorientowania” formuły realizacji działań projektowych ze stacjonarnej na zdalną, co było szczególnie utrudnione w przypadku niektórych grup docelowych oraz interwencji w obszarze społecznym. W obszarze zdrowia było to zaburzenie płynności funkcjonowania placówek zdrowotnych biorących udział w projektach lub je realizujących. Z powodu

⁵⁴ ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Sixth edition Updated estimates and analysis. 23 September 2020; [wcms_755910.pdf \(ilo.org\)](#); ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 6th edition (data dostępu 20.09.2022).

pandemii COVID-19 konieczne było poniesienie w regionie znacznych wydatków w ramach środków RPO WO 2014-2020 na zakup sprzętu i środków ochrony zdrowia, a także na zwiększenie wydajności szpitali i laboratoriów. We wszystkich obszarach wsparcia (zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej) wystąpiła konieczność pracy zdalnej, co spowodowało problemy wynikające z ograniczonego dostępu do szerokopasmowych łącz internetowych. W obszarze ekonomii społecznej oraz reintegracji społeczno-zawodowej wpływ pandemii przejawiał się w ograniczeniach możliwości prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorstwa społeczne. Pogorsząca się sytuacja gospodarcza w regionie w związku z pandemią COVID-19 wymusiły konieczność wprowadzenia elastycznych form zatrudnienia, zwłaszcza pracy zdalnej oraz wprowadzenie nowego modelu edukacji w obszarze aktywizacji zawodowej, czyli szkoleń prowadzonych zdalnie. Pandemia COVID-19 pogorszyła sytuację na rynku pracy poprzez wzrost stopy bezrobocia wynikający m.in. z likwidacji miejsc pracy. Według danych GUS, w II kwartale 2020 1/3 zlikwidowanych miejsc pracy wynikała z negatywnych skutków rozprzestrzeniania się korony wirusa⁵⁵. Skala oddziaływania pandemii na regionalny i lokalne rynki pracy w województwie opolskim okazała się mniejsza niż można było domniemywać jeszcze na początku epidemii⁵⁶, jakkolwiek wystąpił wzrost liczby zarejestrowanych bezrobotnych oraz stopy bezrobocia w 2020 r., po ich systematycznym wieloletnim spadku, likwidacja o prawie 39,0% więcej miejsc pracy (najczęściej w sektorze prywatnym w podmiotach o liczbie pracujących od 10 do 49 osób oraz do 9 osób), utworzenie mniejszej liczby nowych miejsc pracy, spadek wolnych miejsc pracy i liczby pracujących, jak również spadek wpisów do rejestru REGON nowych podmiotów oraz zawieszenie działalności większej liczby podmiotów niż rok wcześniej⁵⁷, co w konsekwencji mogło oddziaływać na wzrost zasięgu ubóstwa w regionie.

W obszarze pomocy społecznej w porównaniu do 2019 r. liczba oczekujących na miejsce w DPS-ach spadła, ale pomimo spadku liczby oczekujących nadal utrzymał się największy udział procentowy oczekujących na miejsce jest w DPS-ach dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych i niepełnosprawnych fizycznie. W 2020 r. nastąpił minimalny spadek osób objętych usługami opiekuńczymi (w tym specjalistycznymi) związany z koniecznością zachowania izolacji społecznej oraz śmiertelności osób starszych, korzystających dotychczas z usług opiekuńczych. Mimo trudności w realizacji działań społecznych, wynikających z pandemii COVID-19 w 2020 r. liczba miejsc opieki i wsparcia osób niesamodzielnych minimalnie wzrosła w instytucjach pomocy i integracji społecznej oraz placówkach całodobowej opieki, w domach pomocy społecznej, dziennych domach pomocy i klubach seniora, środowiskowych domach samopomocy, miejsc realizacji usług

⁵⁵ Wpływ epidemii COVID-19 na wybrane elementy rynku pracy w Polsce w II kwartale 2020 r., GUS, 10.09.2020 r., s. 2.

⁵⁶ Wpływ epidemii COVID-19 na rynek pracy w województwie opolskim (cz. I), niepublikowany raport z badań opracowany przez Pracownię Badań Społecznych SONDAŻ. Opole, sierpień 2020, s. 3-4; Wpływ epidemii COVID-19 na rynek pracy w województwie opolskim (cz. II)), niepublikowany raport z badań opracowany przez Pracownię Badań Społecznych SONDAŻ. Opole, sierpień 2020, s. 3-4; K. Heffner, P. Gibas, T. Słodra-Gwiżdż, Wyzwania opolskiego rynku pracy. Niepublikowany raport z badań, Instytut Śląski, Opole 2022, kwiecień 2022, s. 63-65.

⁵⁷ Dane BDL. Zmiany strukturalne grup podmiotów gospodarki narodowej w rejestrze REGON w województwie opolskim w 2020 r., Urząd Statystyczny w Opolu, Opole 31.03.2021 r. <https://opole.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/podmioty-gospodarcze/zmiany-strukturalne-gruppodmiotow-gospodarki-narodowej-w-rejestrze-regon-w-wojewodztwie-opolskim-w-2020-r-,3,31.html> (20.09.2022 r).

opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych, a także miejsc w mieszkaniach chronionych lub wspomaganych. Pandemia COVID-19 ograniczyła lub wstrzymała w 2020 r. część realizowanych lub planowanych działań w zakresie rozwoju usług społecznych i infrastruktury, przeznaczonej dla osób niesamodzielnych (w tym osób starszych, niepełnosprawnych i chorych). Czasowemu zahamowaniu uległ rozwój części usług świadczonych w Ośrodkach Pomocy Społecznej, w przypadku usług opiekuńczych w 2020 r. zanotowano ich minimalny spadek. Dodatkowe trudności wiązały się z uruchomieniem tworzonych w lokalnych środowiskach placówek wsparcia dziennego, kierowanych do wybranych grup społecznych. Jednocześnie pandemia spowodowała (w ramach działań antycovidowych) uruchomienie licznych, niekonwencjonalnych i innowacyjnych form wsparcia, realizowanych przez samorząd terytorialny, w tym szczególnie samorząd wojewódzki⁵⁸. Bardzo wyraźnie zaznaczył się również wpływ pandemii na sytuację społeczną grup docelowych objętych wsparciem w obszarze zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej. Szczególnie zostały nią dotknięte osoby starsze oraz dzieci i młodzież. Pandemia oraz związane z nią obostrzenia narzucone społeczeństwu spowodowały wzrost problemów ze zdrowiem psychicznym zarówno wśród dorosłych jak i dzieci i młodzieży. Publikacja Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF) wskazuje, że z perspektywy najmłodszych pandemia jest tak traumatycznym wydarzeniem, że jeśli nie zostaną podjęte odpowiednie działania będzie można mówić o „straconym pokoleniu COVID-19”⁵⁹. Jednym z najbardziej widocznych efektów pandemii jest wzrost ubóstwa wśród dzieci. W Polsce zaliczonej do krajów rozwiniętych wzrost ten szacuje się na 13,0%⁶⁰. Dzieci i młodzież dotknęło również zagrożenie przemocą domową (zakłócenia w dostępie do telefonów zaufania, programów antyprzemocowych oraz zburzenia w programach opieki psychiatrycznej), a także brak dostępu do Internetu lub zakłócenia w jego odbiorze, niewystarczająca liczba komputerów w domu w przypadku pracujących rodziców⁶¹. Z kolei w swoim najnowszym raporcie Monitor International Labour Organization wskazał, że COVID-19 miał „niszczący i nieproporcjonalny” wpływ na perspektywy zawodowe młodych osób⁶², a rosnący udział w społeczeństwie osób starszych pogorszył ich sytuację na rynku pracy związana z pandemią koronawirusa (pracodawcy często w pierwszej kolejności zwalniali osoby 50+). Wszystkie wskazane tytułem przykładu generalne zjawiska będące konsekwencją pandemii COVID-19 wywarły znaczący wpływ na realizowane w ramach OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 obszary wsparcia zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej.

Ocena wpływu pandemii COVID-19 na realizację interwencji przewidzianej w RPO WO 2014-2020 została dokonana także na podstawie analizy wyników uzyskanych poprzez wykorzystanie metody IDI oraz badań empirycznych wśród podmiotów oferujących wsparcie. Wpływ pandemii COVID-19 na realizację wsparcia w zakresie włączenia społecznego, przeciwdziałania ubóstwu i dyskryminacji, poprawy dostępu do wysokiej

⁵⁸ Ocena zasobów pomocy społecznej..., 2020, op., cit., s. 91-92.

⁵⁹ Averting a lost COVID generation A six-point plan to respond, recover and reimagine a post-pandemic world for every child. Published by UNICEF Division of Communication 3 United Nations Plaza New York, NY 10017, USA © United Nations Children's Fund (UNICEF), November 2022, s. 4-16.

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Ibidem.

⁶² ILO Monitor: COVID-19 and the world of work..., op., cit.

jakości i przystępnych cenowo usług zdrowotnych i społecznych, w tym usług pomocy rodzinie i pieczy zastępczej oraz na realizację wsparcia w obszarze ekonomii społecznej był znaczący.

Potwierdzają to wyniki badań wśród podmiotów, które mogły starać się o wsparcie, niemniej jednak tego nie uczyniły i wskazały, iż w podjęciu decyzji o nieubieganiu się o wsparcie wysoki udział miała pandemia i jej skutki

Co prawda pandemia nie spowodowała zmniejszenia zainteresowania konkursami, które były także ogłaszane w trakcie jej trwania, niemniej jednak wywołała określone skutki w zakresie projektów już realizowanych, co obrazuje następująca wypowiedź:

[...] Czy zainteresowanie było mniejsze? no niekoniecznie (IZ RPO WO; DFE 1); [...] nie zaobserwowaliśmy w okresie pandemii, a ogłaszaliśmy konkursy, jakiegoś mniejszego zainteresowania [...] (IZ RPO WO; DFE 3).

Konsekwencje pandemii dotknęły zarówno OP VIII jak i OP X RPO WO 2014-2020 właściwie w zakresie wszystkich analizowanych działań, niemniej jednak zdecydowanie mocniej odzwierciedliły się w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3.

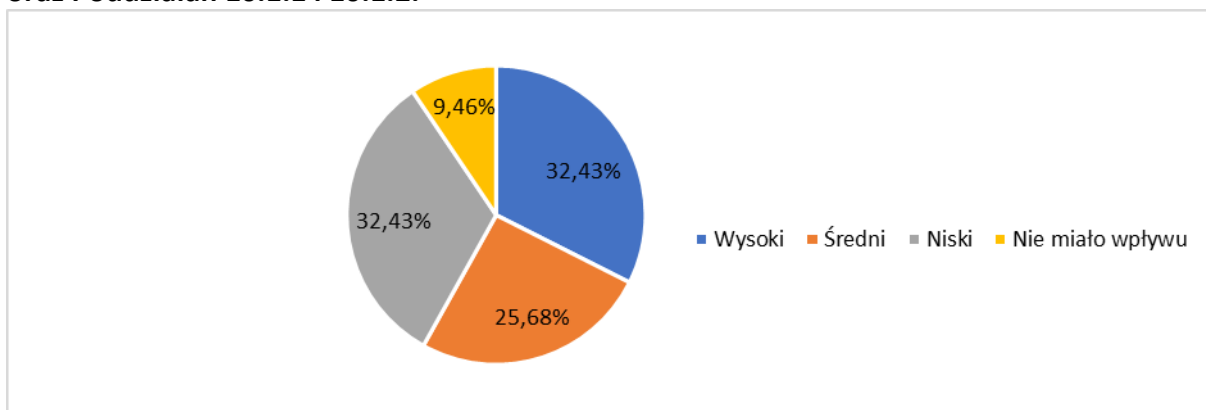
Jak wynika z analizy zebranego materiału wpływ epidemii dotyczył wielu kwestii w tym w szczególności:

- problemów z realizacją działań projektowych, trudnych bądź niemożliwych do przeprowadzenia w formie zdalnej, co owocowało koniecznością przesunięcia terminów zakończenia realizacji projektów czy korektami działań w nich realizowanych w celu osiągnięcia założonych wartości wskaźników;

[...] Na pewno pandemia wpłynęła na realizację tych projektów. Były ograniczenia, części zamierzeń nie dało się zrealizować [...] Miały miejsca przesunięcia terminu zakończenia realizacji projektów w całości w celu osiągnięcia tych wskaźników, następowały też korekty [...] albo zmieniało się zakres projektu, albo po prostu przedłużało się czas realizacji, żeby te zadania zaplanowane można zrealizować było, trochę z opóźnieniem [...] (IZ RPO WO; DFE 1).

Problemy z osiągnięciem założonych wartości wskaźników na skutek pandemii COVID-19 znalazły również swoje odzwierciedlenie w badaniach CAWI wśród instytucji realizujących projekty zarówno w OP VIII jak i OP X. W grupie podmiotów, które odnotowały problemy z ich osiągnięciem jedna trzecia wyraziła przekonanie, że wpływ pandemii na osiągnięcie założonych wartości wskaźników był wysoki, a tylko 9,46% uznało, że pandemia nie miała na to wpływu.

Wykres 78 Wpływ pandemii COVID-19 na problemy z osiągnięciem założonych wartości wskaźników w opinii instytucji, które realizowały projekty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=74.

- wycofywania się uczestników z projektów spowodowane obawami o własne zdrowie lub niechęcią do uczestnictwa w działaniach grupowych i realizacji usług zdrowotnych w instytucjach;

[...] Ale to były problemy z uczestnikami projektu, ponieważ ludzie obawiali się w ogóle spotykać w jakiejś większej grupie, czy wychodzić z domu [...] te projekty, które były realizowane w ramach usług zdrowotnych, to też osoby bały się iść do szpitala na przykład na jakieś dodatkowe badania [...], jeszcze przyjmowaliśmy taką możliwość, żeby też była teleporada. Zmienialiśmy też, na przykład, jakieś tam świadczenia na indywidualne z grupowych [...], żeby była możliwość kontaktu, ale żeby nie była to praca w grupie. (IZ RPO WO; DFE 2).

- ujawnienia się barier utrudniających proces deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych;

[...] W omawianym okresie, w tym okresie programowania, moim zdaniem, najważniejszą przeszkodą utrudniającą proces deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych, była pandemia, która już trwa 3 rok. Szczególnie na początku, jak to się zaczęło [...], te projekty w dużej części są skierowane do osób starszych, które wtedy zupełnie nie chronione niczym, były narażone na zakażenie. I umierały w dużej liczbie, więc myślę, że to było taką największą przeszkodą [...] (IZ RPO WO; DFE 3).

- konieczności wprowadzenia zmian kosztowych w projektach będących w trakcie realizacji ze względu na wzrost cen lub rezygnacji z realizacji projektu również ze względu na wzrost cen;

[...] chcąc wprowadzić zmiany kosztowe, przerzucenia kosztów z jednego typu do drugiego, wnioskodawcy powoływali się na wzrost cen, były także rezygnacje z ich realizacji [...] (OCRG).

- konieczności rozszerzenia realizowanych projektów o dodatkowe działania;

[...] w ramach tych projektów, no można było, nawet w już tych trwających wprowadzić nowe działania [...] poprzez właśnie świadczenie usług społecznych. Stworzono właśnie taką inicjatywę Marszałkowski Kurier Społeczny (IZ RPO WO; DFE 1).

- wprowadzenia do realizacji dwóch nowych projektów pozakonkursowych w ramach działania 10.1.1 w zakresie wsparcia infrastrukturalnego dla szpitali, które nie zakończyły jeszcze projektów oraz w ramach działania 8.1 dla tych szpitali (prywatnych i rządowych), które nie realizowały projektów, a także dla innych jednostek ochrony zdrowia, jak również wsparcia dla osób starszych oraz dla rodzin zastępczych;

Znaczący pierwszy projekt już był zaraz zrealizowany na początku pandemii. Już w marcu praktycznie się rozpoczęły pierwsze działania i w ramach Działania 8.1. był projekt „Opolskie w walce przeciwko COVID 19” i zakres wsparcia, no, był różny [...]. jakieś tam drobne prace remontowe, jakieś tam małe przebudowy, ale przede wszystkim środki ochrony zdrowia, ale też w niektórych szpitalach, czy innych jednostkach ochrony zdrowia były już większe inwestycje[...] dla Pogotowia, w ramach projektu, zostały zakupione karetki pogotowia, później drugi projekt, pod koniec 2020 roku, objęto no ponad 25 partnerów, przede wszystkim obejmował szpital uniwersytecki i utworzenie tego szpitala tymczasowego. Tam skierowano największą wartość wsparcia, także przebudowa, czy dostosowanie Centrum Rehabilitacyjnego w Korfantowie [...] Ale także w przypadku projektów: wsparcia dla rodzin zastępczych, były kupowane też laptopy, no więc zakres wsparcia w walce z przeciwdziałaniem skutkom COVID to był dosyć szeroki (IZ RPO WO; DFE 1).

Reasumując w Działaniu 8.1 najważniejsze kwestie związane z negatywnym oddziaływaniem pandemii COVID-19 to: utrudnienia w realizacji projektów (szczególnie tych zakładających świadczenie określonych usług społecznych i zdrowotnych lub oferujących uczestnikom wsparcie bezpośrednie) oraz ograniczenie możliwości prowadzenia działalności przez beneficjentów, co przełożyło się na stopień realizacji wskaźników i spowodowało konieczność wydłużenia okresu ich realizacji. Wywiady z przedstawicielami IP wskazują także, że konsekwencje pandemii nasiliły problemy związane z niską dostępnością asystentów i opiekunów oraz świadczeniem usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania a także dowożeniem posiłków. W ocenie beneficjentów skutkiem pandemii był także marazm uczestników oraz w wielu przypadkach depresja związana z zamknięciem w domu i samotnością. Ponieważ konsekwencje izolacji uczestników będą notowane jeszcze długo po ustaniu fali pandemii koronawirusa stają się one dodatkowym czynnikiem powodującym konieczność zapewnienia wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego.

Epidemia koronawirusa miała też wpływ na realizację wsparcia w Działaniu 8.2 i podobnie jak w przypadku działania 8.1 generowała opóźnienia w realizacji projektów, które wynikały z konieczności odroczenia działań z uwagi na wprowadzone obostrzenia. Skala takich przypadków nie była jednak duża z uwagi na fakt, że realizacja części projektów w tym działaniu zakończyła się przed wystąpieniem pandemii.

Wpływ pandemii na realizację wsparcia w zakresie ekonomii społecznej był również znaczący. W przypadku Działania 8.3 epidemia COVID-19 była główną przyczyną:

- rezygnacji ze wsparcia,

[...] około 17 osób zrezygnowało ze wsparcia dotacyjnego już na etapie, że tak powiem, finalnym, czyli to już można powiedzieć już przed samym podpisaniem umowy, w przypadku jednej grupy po podpisaniu umowy, ponieważ stwierdzili jednak, że nie zostanie to osiągnięte. Więc woleli zrezygnować. Było rozwiązanie umowy, zwrot dotacji, i tam jakieś kary dla tej grupy. [...] (OWES 1).

- opóźnień w zakresie realizacji części wskaźników opisujących postęp realizacji Działania, ograniczenia działań projektowych i korygowania wartości wskaźników,

[...] Niemniej jednak to dość poważnie wpłynęło na osiągnięcie przez nas wskaźników, zwłaszcza tych nowych przedsiębiorstw społecznych, a później w wyniku pandemii musieliśmy te wskaźniki zmniejszać do poziomu, który był określony na początku [...] (OWES 1).

- pogorszenia się kondycji przedsiębiorstw społecznych; konieczność przebranżowienia (zatrudnienie, wysokość wynagrodzeń, popyt na produkty, bądź też usługi),

[...] Jeśli chodzi o te branże, gastronomiczne, przedsiębiorstwa społeczne, które prowadziły przedszkole, szkołę, no tutaj te niekorzystne efekty były najbardziej widoczne. Niektóre mogły produkować rzeczy, produkty, półprodukty, które odpowiadają na zapotrzebowanie jednostek samorządu terytorialnego, wyżywienie klientów pomocy społecznej [...] dużo przestrzeni gminnej i powiatowej zostało też poddanych ozonowaniu [...] robiło jedno z przedsiębiorstw społecznych, [...] szycie maseczek (OWES 1).

- ograniczenia współpracy instytucjonalnej,

[...] przed pandemią były to bardzo regularne, fajne spotkania. Właśnie otoczenie biznesu, nauka, jednostki samorządu, wszystkie przedsiębiorstwa społeczne. Cały sektor (NGO lub NBO), więc to była taka wymiana informacji i takie sieciowanie, no pandemia nam to przerwała. [...] (OWES 2).

- konieczności skorzystania z Tarcz antykryzysowych,

[...] korzystały z tarczy, starały się kontynuować działalność. No, ale jeżeli już nie mogły kontynuować działalności, to na tyle ją ograniczały, zmieniając umowy z pracownikami, no by w okresie trwałości projektowej nie zwalniać ludzi [...] Ale też nie było takich przypadków, że komuś z dnia na dzień groziła upadłość czy bankructwo [...] (OWES 2).

- niemożności realizacji wielu przedsięwzięć: seminariów, działań informacyjno-edukacyjnych, targów ekonomii społecznej, bezpośrednich spotkań sieciujących, działań na rzecz aktywności obywatelskiej,

[...] poza tym seminaria, wszystkie spotkania sieciujące, wizyty studyjne, no wiadomo, że nie można było tego też żaden sposób realizować, targi ekonomii społecznej, przecież ja ich nie zrobię wirtualnych, zupełnie nie o to chodzi, trudno jest zorganizować galę aktywności obywatelskiej online [...] (ROPS 1).

Analizując podjęte działania mające na celu niwelowanie negatywnych skutków pandemii COVID-19 oraz przedstawione zmiany w stosowanych trybach wyboru projektów należy ocenić, ich efektywność jako wysoką. Na podstawie wyników badań można skonstatować, że przesunięcia terminów zakończenia realizacji projektów, czy korekty działań w nich realizowanych w celu osiągnięcia założonych wartości wskaźników, zmiany zakresu projektu

przyniosły pozytywne rezultaty owocujące zakończeniem realizacji projektu (czasami z późnieniem) i osiągnięciem założonych wartości wskaźników (jakkolwiek części zamierzeń nie dało się zrealizować). Zastosowany tryb nadzwyczajny przyczynił się do znaczącego skrócenia czasu oceny merytorycznej oraz krótszego czasu weryfikacji wniosków o płatność, szczególnie w przypadku projektów wybieranych w trybie pozakonkursowym. To, co pozytywnie wpływało na aplikowanie o środki to: modyfikacja kryteriów wyboru, zmniejszanie wartości docelowych wskaźników, zwiększanie alokacji w niektórych naborach, poszerzanie zakresu typów beneficjentów czy zwiększenie limitu dla wydatków w ramach crossfinancingu/ środków trwałych.

Wyniki badań empirycznych wskazują, również, że w czasie pandemii realizujący działania projektowe beneficjenci OP VIII i OP X podejmowali także stosowne działania zaradcze zarówno w celu poprawy sytuacji epidemicznej jak i ograniczenia negatywnych skutków pandemii na realizację projektów. Pomimo wykluczenia cyfrowego większości uczestników projektów jak również specyficznego charakteru procesów reintegracji społecznej czy zawodowej wymagającego bezpośredniego kontaktu i pracy warsztatowej w określonej lokalizacji, tam gdzie to było możliwe wprowadzono stosowane rozwiązania organizacyjne, które dotyczyły zmiany sposobu realizacji zadań (rotacja grup uczestników, zajęcia w formule zdalnej), dzięki czemu możliwe było zachowanie ciągłości działań i utrzymanie kontaktu z uczestnikami.

Ponadto w celu poprawy sytuacji epidemiologicznej ponad 63% podmiotów realizujących projekty w obu Osiach Priorytetowych podjęło działania mające na celu poprawę sytuacji epidemicznej. Niemal wszystkie z nich zakupiły środki ochrony osobistej i środki dezynfekcyjne na potrzeby placówek i pracowników świadczących usługi wsparcia oraz zakupiły i rozpropagowały środki ochrony osobistej i środki dezynfekcyjne w grupie ostatecznych odbiorców wsparcia. Natomiast blisko połowa wprowadziła usługi żywienia oraz usługi kuriera społecznego w grupie ostatecznych odbiorców wsparcia. W mniejszym zakresie wprowadzono również usługi z zakresu pomocy psychologicznej oraz poprawy samopoczucia i stanu psychicznego. Zakupiono sprzęt medyczny, sanitarny oraz sprzęt do badań diagnostycznych, a także leki związane z testowaniem i leczeniem COVID-19. Stworzono dodatkową przestrzeń łóżkową dla pacjentów chorych na COVID-19 oraz przygotowano miejsca odbywania kwarantanny, a także utworzono izolatki w placówkach świadczących usługi wsparcia i wyposażono stanowiska pracy w placówkach świadczących usługi wsparcia w sprzęt i infrastrukturę IT.

Tabela 11 Rodzaje działań, mające na celu poprawę sytuacji epidemicznej poprzez zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie koronawirusa lub ograniczenie negatywnych skutków pandemii COVID-19, które realizowały instytucje realizujące projekty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Podziałów 10.1.1 i 10.1.2.

Typ działania	Procent wskazań
Zakup środków ochrony osobistej i środków dezynfekcyjnych na potrzeby placówek i pracowników świadczących usługi wsparcia	83,33%

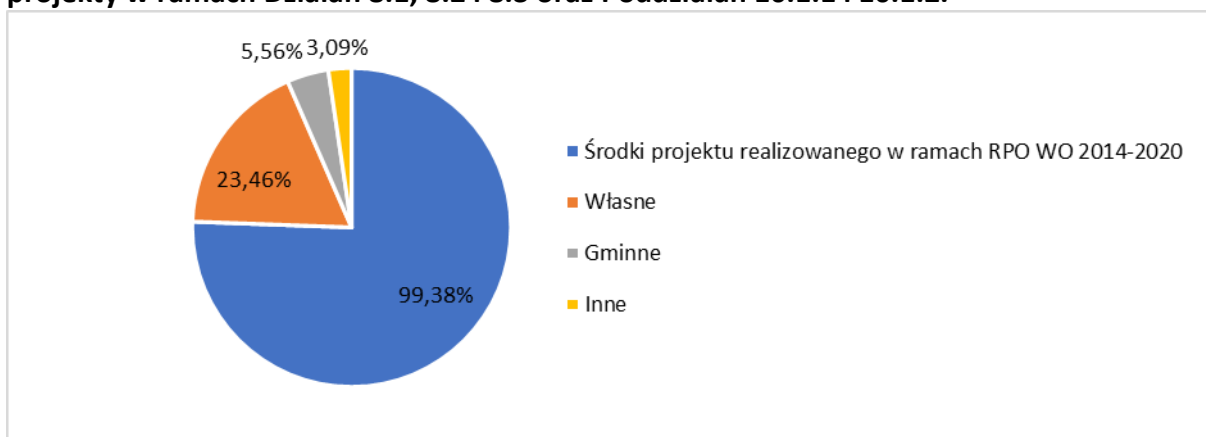
Typ działania	Procent wskaźń
Zakup i rozpropagowanie środków ochrony osobistej i środków dezynfekcyjnych w grupie ostatecznych odbiorców wsparcia	78,40%
Usługi dożywiania w grupie ostatecznych odbiorców wsparcia	45,06%
Usługi kuriera społecznego w grupie ostatecznych odbiorców wsparcia	40,12%
Zakup sprzętu sanitarnego	19,14%
Usługi z zakresu pomocy psychologicznej oraz poprawy samopoczucia i stanu psychicznego w grupie ostatecznych odbiorców wsparcia	18,52%
Doposażenie stanowisk pracy w placówkach świadczących usługi wsparcia w sprzęt i infrastrukturę IT	16,05%
Tworzenie izolatek i miejsc do kwarantanny w placówkach świadczących usługi wsparcia	15,43%
Zakup sprzętu medycznego	15,43%
Przygotowanie tymczasowych miejsc odbywania kwarantanny w placówkach świadczących usługi wsparcia	14,20%
Zatrudnienie dodatkowych pracowników świadczących usługi ostatecznym odbiorcom wsparcia	10,49%
Zakup leków związanych z testowaniem i leczeniem COVID-19	9,88%
Zakup sprzętu do badań diagnostycznych	9,26%
Stworzenie dodatkowej przestrzeni łóżkowej dla pacjentów chorych na COVID-19	6,17%
Inwestycje budowlane mające na celu dostosowanie lub przekształcanie całej placówki lub części placówki w izolowaną oddzielną jednostkę służącą przeciwdziałaniu skutkom pandemii COVID-19.	5,56%
Realizacja usług, wyżywienia dla osób świadczących usługi ostatecznym odbiorcom wsparcia, które nie mogą lub nie chcą wrócić do własnych domów i rodzin	5,56%
Budowa, doposażenie lub zwiększanie możliwości laboratoriów do testowania COVID-19	4,32%
Usługi z zakresu doradztwa prawnego i mediacji, w grupie ostatecznych odbiorców wsparcia	4,32%
Inwestycje budowlane mające na celu dostosowanie placówki lub części placówki do wymogów sanitarnych zaistniałych w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19	3,70%
Działania informacyjno-promocyjne w tym kampanii społecznych (np.: informacje radiowe, prasowe, filmy edukacyjne, dotyczące profilaktyki zdrowotnej, oraz procedur zabezpieczenia się w czasach zagrożenia pandemicznego	3,09%
Zamówienia na produkty i usługi świadczone przez PES i PS np.: środki higieniczne, dezynfekcji i ochrony osobistej, usługi cateringowe, czyszczenia, odkażania budynków i przestrzeni publicznych	3,09%
Zakup sprzętu IT dla podopiecznych przebywających w placówkach świadczących usługi wsparcia	2,47%
Zakup sprzętu do transportu osób starszych i niepełnosprawnych	1,85%
Zakup sprzętu do transportu medycznego (karetki typu P i S)	0,62%
Zakup sprzętu do transportu sanitarnego (karetki typu T)	0,62%
Przygotowanie miejsc noclegowych dla osób realizujących usługi, które nie mogą lub nie chcą wrócić do własnych domów i rodzin	0,62%

Typ działania	Procent wskazań
Wsparcie pomostowe (dla przedsiębiorstw posiadających zaległości publiczno-prawne zaistniałe w wyniku zajścia pandemii COVID-19)	0,62%
Wsparcie na wytworzenie przez PES i PS nowych produktów lub świadczenie nowych usług związanych z zapobieganiem pandemii COVID-19	0,62%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=162. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedno działanie.

Wymienione działania sfinansowano w całości ze środków projektów realizowanych w ramach RPO WO 2014-2020 posiłkując się środkami własnymi lub środkami gminnymi.

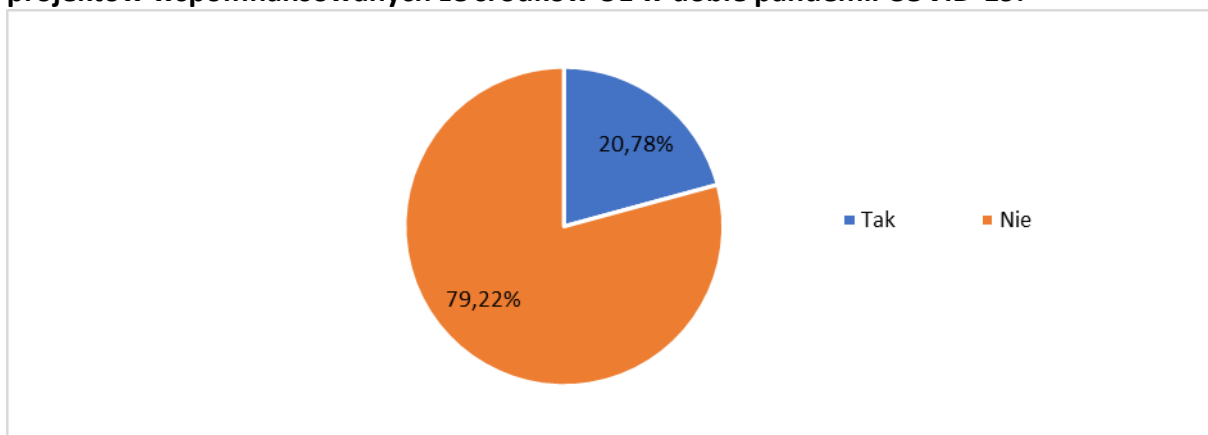
Wykres 79 Źródła finansowania działań, mające na celu poprawę sytuacji epidemicznej poprzez zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie koronawirusa lub ograniczenie negatywnych skutków pandemii COVID-19, które realizowały instytucje realizujące projekty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=162. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedno źródło finansowania.

Większość z badanych instytucji nie skorzystała natomiast z możliwości i rozwiązań zawartych w nowych uregulowaniach prawnych zawartych w tzw. „specustawie funduszowej”, które miały ułatwić zarówno aplikowanie o środki jak i realizację projektów współfinansowanych przez UE w czasie pandemii COVID-19.

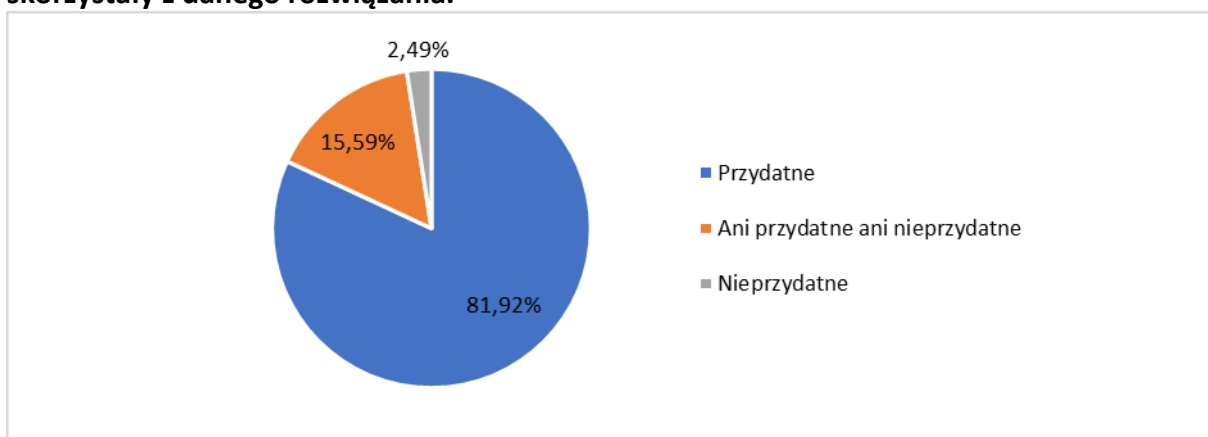
Wykres 80 Odsetek instytucji które realizowały projekty w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałaniach 10.1.1 i 10.1.2 i zadeklarowały, że korzystały z rozwiązań wprowadzonych przez tzw. specustawę fundusową, które miały ułatwić aplikowanie lub realizację projektów współfinansowanych ze środków UE w dobie pandemii COVID-19.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=255.

W grupie instytucji, które z nich skorzystały generalna ocena wprowadzonych rozwiązań prawnych była zdecydowanie pozytywna, uznano je za przydatne zarówno dla aplikowania jak i realizowania projektów w trakcie trwania pandemii.

Wykres 81 Ocena stopnia przydatności rozwiązań wprowadzonych przez tzw. specustawę fundusową, które miały ułatwić aplikowanie lub realizację projektów współfinansowanych ze środków UE w dobie pandemii COVID-19 przez podmioty które realizowały projekty w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałaniach 10.1.1 i 10.1.2 i skorzystały z danego rozwiązania.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=53.

Ocena wpływu pandemii COVID-19 na realizację projektów w obu Osiach Priorytetowych wskazuje, że ze względu na wprowadzenie przedstawionych rozwiązań, w tym specjalnych instrumentów prawnych, zakres jej negatywnego oddziaływania był mniejszy niż można by się tego spodziewać. Z przeprowadzonej oceny wynika także, że zidentyfikowane skutki pandemii stanowią przesłankę dla wprowadzenia w FEO 2021-2027 stosownych rozwiązań polegających zarówno na wdrożeniu różnego rodzaju typów oraz form wsparcia jak i wyborze określonych grup docelowych wsparcia.

ROZDZIAŁ 9: PERSPEKTYWA 2021-2027

Przesłanki dla uruchomienia interwencji

Identyfikacja przesłanek dla uruchomienia interwencji FEO 2021-2027 została przeprowadzona z wykorzystaniem analizy zmian wartości wskaźników obrazujących sytuację w obszarze zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej w okresie 2014-2020 jak również w oparciu o prognozę wartości tych wskaźników do roku 2027.

Przedstawiona w niniejszym rozdziale prognoza jest prognozą autorską. Prognozę wykonano na podstawie aktualnych danych zamieszczonych w Banku Danych Lokalnych GUS. Szacowanie wartości wskaźników dla roku 2027 zostało przeprowadzone z użyciem metody trendu monotonicznego i średniorocznego tempa zmian.

Zastosowanie analizy trendu monotonicznego uzasadnia głównie stosunkowo krótki czasookres dostępnych danych liczbowych. Ponadto jej dodatkowym atutem jest uniknięcie konieczności ekonometrycznego modelowania związków pomiędzy zmiennymi objaśniającymi analizowany wskaźnik przy jednoczesnym zachowaniu dobrych parametrów stawianych prognoz. Średnioroczne tempo zmian można natomiast stosować dla krótkich okresów, dla których analiza trendów nie zawsze może być zastosowana.

Pomimo, że zidentyfikowane trendy są wynikiem uwarunkowań statystycznych to jednak odczytując przedstawioną prognozę, a także zamieszczony komentarz nie można zapominać o dynamicznie zmieniających się warunkach otoczenia. Tocząca się wojna na Ukrainie, możliwość ponownego nasilenia się Pandemii COVID-19 a także inne dodatkowe i trudne do przewidzenia czynniki mogą bowiem spowodować, że oszacowane do roku 2027 wartości wskaźników ulegną nieznacznym odchyleniom. Zmianom nie powinny natomiast ulec zobrazowane za ich pomocą trendy i w tym sensie wykorzystanie opracowanych prognoz jest jak najbardziej zasadne.

Sytuacja społeczno-demograficzna

Od wielu lat najważniejszy problem społeczny regionu stanowi utrzymująca się depopulacja powodująca spadek jego potencjału ludnościowego. Niekorzystne zmiany ludnościowe są związane zarówno ze zmniejszającą się liczbą urodzeń jak i wydłużaniem się trwania życia. Powyższe procesy powodują, że wzrost udziału osób starszych w regionie będzie się pogłębiał prowadząc do niekorzystnych przeobrażeń w strukturze ludności.

Obserwowany w regionie proces starzenia się społeczeństwa jest szczególnie zaawansowany w powiatach: m. Opole, nyskim, kędzierzyńsko-kozielskim oraz głubczyckim. Jednocześnie w powiatach: m. Opole oraz nyskim na obszarze, których w latach 2014-2020 nastąpił wzrost udziału osób starszych o 4,2 p.p. dynamika tego zjawiska jest największa.

Starzenie się społeczeństwa w sposób bezpośredni wpływa na wskaźnik obrazujący poziom obciążenia demograficznego. Współczynnik obciążenia osobami starszymi w województwie opolskim wzrósł z poziomu 22,4 w 2014 r. do poziomu 28,8 w roku 2020., a najbardziej

niekorzystne zmiany w tym zakresie zaszły w powiatach: m. Opole, kędzierzyńsko-kozielskim, nyskim i głubczyckim, w których współczynnik ukształtował się na poziomie około 30,0.

W świetle prognozy demograficznej GUS liczba ludności w opolskim będzie nadal spadać i do 2025 zmniejszy się o 30,8 tys. osób⁶³, a w 2030 roku wyniesie 902 020 osób⁶⁴. Proces wyludniania się regionu będzie się zatem utrzymywał⁶⁵ i będzie warunkowany przez te same czynniki, co w latach poprzednich czyli systematycznie zmniejszającą się liczbę urodzeń (czynnik dominujący) oraz utrzymujący się negatywny przepływ migracyjny, jakkolwiek mniejszą wagę będzie miało ujemne saldo migracji zagranicznych na pobyt stały.

W 2030 roku w porównaniu do roku 2018, ujemny współczynnik przyrostu naturalnego w województwie zwiększy się ponad 2,5-krotnie (z -2,1% do -5,5%)⁶⁶, a w szczególności złej sytuacji znajdują się powiaty: nyski, kędzierzyńsko-kozielski, głubczycki i miasto Opole. Ujemny i pogłębiający się przyrost naturalny dotyczyć będzie zarówno miast, jak i wsi, jednak najprawdopodobniej to w miastach wystąpią większe ubytki ludnościowe⁶⁷.

Ponadto procesy starzenia się regionalnego społeczeństwa będą się pogłębiać a stosunek osób nieprodukcyjnych w stosunku do osób w wieku produkcyjnym będzie kształtował się bardzo niekorzystnie. Jak wskazują szacunki w opolskim w 2027 roku, na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadać będą blisko 43, osoby w wieku poprodukcyjnym, czemu będzie towarzyszyć zmniejszanie się udziału osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym.

Tabela 12 Wartość wskaźnika obciążenia demograficznego w woj. opolskim.

Nazwa wskaźnika	2021r.	2022r.	2023r.	2024r.	2025r.	2026r.	2027r.
Ludność wieku poprodukcyjnym/ 100 osób w wieku produkcyjnym	38,50	39,18	39,87	40,60	41,35	42,12	42,92

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Wszystkie przytoczone i obrazujące sytuację społeczno-demograficzną województwa wskaźniki świadczą o pogłębianiu się problemów depopulacyjnych oraz związanych z postępującymi procesami starzenia. Obserwowany stan rzeczy będzie się jednoznacznie przekładał na wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne, społeczne i opiekuńcze dla osób starszych oraz ukierunkowane na opiekę nad matką i dzieckiem. Oznacza to konieczność kontynuacji wsparcia w nowej perspektywie finansowej 2021-2027 zarówno w zakresie szeroko rozumianych programów prorodzinnych mających na celu przeciwdziałanie trendom depopulacyjnym, jak również konieczność kontynuacji działań zwiększających wsparcie i dostępność do usług instytucjonalnych i zdeinstytucjonalizowanych związanych z systemem ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej.

⁶³ Prognoza ludności na lata 2014-2050. GUS. Warszawa 2014, s. 113.

⁶⁴ [Województwo opolskie w liczbach » Przystępne dane statystyczne \(polskawliczbach.pl\)](http://Wojewodztwo.opolskie.w liczbach » Przystępne dane statystyczne (polskawliczbach.pl))

⁶⁵ Opolskie 2030. Diagnoza regionalna – opracowanie na potrzeby Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2030 roku, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole listopad 2020, s. 17.

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ Jeśli nie podano inaczej wszystkie dane statystyczne na podstawie BDL GUS.

Stan zdrowia i ochrona zdrowia

W związku ze wskazanymi niekorzystnymi procesami demograficznymi w województwie opolskim utrzymują się problemy związane z dostępnością do usług zdrowotnych, mimo pewnej poprawy w tym względzie.

Potrzeby zdrowotne wśród osób starszych będą nadal uwarunkowane wzrastającą zachorowalnością na choroby przewlekłe i cywilizacyjne (układu krążenia, cukrzyca, nowotwory), a także z dysfunkcjami ruchowymi, czyli wymagającymi długoterminowej, pozaszpitalnej opieki.

W okresie 2014-2020 w regionie wrósł wskaźnik zgonów na choroby nowotworowe a jego wartość liczona na 100 tys. ludności ukształtowała się w 2020r. na poziomie 282,5. Ponadto w porównaniu do roku 2014 w roku 2020 wzrosły liczebności zgonów na choroby cywilizacyjne związane z cukrzycą oraz układem krążenia, które wyniosły odpowiednio 402 i 4589. Na przestrzeni lat 2014-2020 wzrósł także wskaźnik zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania a jego wartości wyniosła w 2020r., 1,7. Z kolei liczba dorosłych pacjentów leczonych psychiatrycznie (na oddziałach psychiatrycznych) w 2020 r. wyniosła 2136, natomiast dzieci i młodzieży 198 osób. W omawianym roku ogólną opieką psychiatryczną objęto 33,22 tys. pacjentów dorosłych a leczeniem uzależnień 5,38 tys. osób. Natomiast wśród dzieci i młodzieży łączną opieką psychiatryczną objęto 3,14 tys. osób, natomiast leczeniem uzależnień 0,12 tys. osób⁶⁸.

W porównaniu do roku 2014 w opolskim spadła wartość wskaźnika zgonów niemowląt, która w 2020 roku ukształtowała się na poziomie 4,0. Pomimo to była ona nadal wyższa niż w kraju (3,6).

Z kolei wśród schorzeń stwierdzanych u dzieci w 2020 roku *liczba wystąpień chorób układu mięśniowo-szkieletowego* (również wad postawy) wyniosła 1940, natomiast udział pacjentów (0-17 lat) z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-szkieletowego wśród ogółu chorób dla tej kategorii wiekowej w regionie wyniósł 38,0%⁶⁹. Przyniesione wskaźniki potwierdzają konieczność utrzymania wsparcia z zakresu szeroko rozumianej opieki nad dziećmi poprzez zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych dla dzieci jak również dla kobiet w ciąży.

W okresie 2014-2020 w opolskim wzrosła liczba lekarzy pracujących według podstawowego miejsca pracy, która w 2020 roku wyniosła 43 osoby na 10 tys. ludności. Pomimo to jak wskazują dane zamieszczone w Mapach Potrzeb Zdrowotnych oraz rekomendacje zawarte w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Opolskiego sytuacja w opolskim nie jest korzystna a obserwowana dynamika zmian może być niewystarczająca w stosunku do rosnącego zapotrzebowania na usługi zdrowotne związane z rosnącą zachorowalnością na choroby cywilizacyjne i postępującym starzeniem się regionalnego społeczeństwa.

⁶⁸ Dane są tylko dla 2020 roku. [Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Dorośli. Mapy potrzeb zdrowotnych](#)

⁶⁹ Rehabilitacja. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego. [Mapy potrzeb zdrowotnych woj. opolskie. `Rehabilitacja – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia \(mz.gov.pl\)](#) (data dostępu 17.09.20220).

Podobnie niewystarczająca jest nadal liczba pielęgniarek o czym świadczy wartość wskaźnika: liczba pielęgniarek na 10 tys. ludności, która w okresie 2014-2020 nieznacznie zmalała i w 2020r., wyniosła 55,4 przy wartości w kraju 56,0. Zidentyfikowane niedobory wśród kadry medycznej mogą skutkować ograniczeniem dostępu do świadczeń zdrowotnych i wydłużeniem czasu oczekiwania na wykonanie zabiegów medycznych. Prognoza liczby udzielonych porad ambulatoryjnych na 1 lekarza pracującego w regionie wskazuje, że w latach 2021-2027 ich liczba wzrośnie.

Tabela 13 Wartość wskaźnika: pomoc udzielona-porady ambulatoryjne na 1 pracującego lekarza w woj. opolskim.

Nazwa wskaźnika	2021r.	2022r.	2023r.	2024r.	2025r.	2026r.	2027r.
Porady ambulatoryjne na 1 lekarza	1412,98	1434,93	1457,64	1481,13	1505,43	1530,58	1556,60

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Inwestycje w podstawową opiekę zdrowotną (POZ) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) stanowią ważny szczebel w systemie ochrony zdrowia. Od ich sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależeć będzie efektywność całego procesu leczenia pacjenta i sprawności systemu opieki medycznej. W opolskim podobnie jak w pozostałych województwach systematycznie zwiększa się dostęp do usług medycznych. Wzrost ten wydaje się jednak być niewystarczający w kontekście potrzeb społecznych, rosnących na skutek uwarunkowań demograficznych i cywilizacyjnych. W momencie uruchamiania programu RPO WO 2014-2020, dostępność do usług medycznych w regionie opolskim mierzona liczbą przychodni na 10 000 mieszkańców była taka sama jak w Polsce i wyniosła 5,0. W 2020 roku omawiany wskaźnik utrzymał się w województwie na tym samym poziomie natomiast w Polsce wzrósł do 6,0.

Udział świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom w wieku 65 i więcej lat w 2020 roku wyniósł nieco powyżej 41,0% ogółu świadczeń zdrowotnych. i w związku z nasilającymi się procesami starzenia będzie najprawdopodobniej wzrastać.

Kolejne wskaźniki świadczące o dostępności do usług zdrowotnych związane z infrastrukturą ochrony zdrowia w szpitalach ogólnych kształtowały się następująco: W porównaniu z rokiem 2014 w roku 2020 liczba oddziałów onkologicznych, zmniejszyła się z 3 do 2 oddziałów spadła również liczba łóżek na tych oddziałach z 98 do 45. W analizowanym okresie utrzymała się natomiast liczba oddziałów intensywnej terapii w liczbie 10 oddziałów, natomiast liczba łóżek na tych oddziałach wzrosła z 80 do 105. Zwiększyła się liczba oddziałów psychiatrycznych z 2 do 6 oraz liczba łóżek na tych oddziałach z 67 do 83.

W porównaniu z rokiem 2014 w roku 2020 z 88 do 46 spadła liczba łóżek na 2 oddziałach geriatrycznych i tym samym zmniejszyła się liczba leczonych pacjentów z 1443 do 883 osób. W 2020 roku udział leczonych osób powyżej 65 roku życia wśród ogółu leczonych pacjentów szpitalnych wynosił nieco powyżej 25,0%.

Nasilające się procesy starzenia powodują, że w regionie rośnie zapotrzebowanie na usługi z zakresu opieki długoterminowej, hospicyjnej i paliatywnej, a więc zarówno na te ratujące życie jak i poprawiające jakość życia osób przewlekle chorych.

Analiza zebranego materiału statystycznego oraz literatury przedmiotu dowodzi, że współczesne funkcjonowanie opieki zdrowotnej wymaga zapewnienia wysokiej jakości usług zdrowotnych. W świetle obserwowanych trendów demograficznych należy przyjąć, że w przyszłej perspektywie finansowej nadal będzie wzrastać zapotrzebowanie w regionie na wysokiej jakości usługi zdrowotne i opiekuńcze różnego typu dla różnych grup społecznych. Przeprowadzona analiza wskazała na kilka obszarów problemowych związanych z ochroną zdrowia wymagających dalszego wsparcia w województwie opolskim. Należały do nich m.in. formy wsparcia związane z opieką nad osobami starszymi oraz z tzw. opieką wytchnieniową.

Analizując prognozowane wartości wskaźników w zakresie stanu zdrowia i ochrony zdrowia oraz dostępności do szeroko rozumianych usług zdrowotnych należy zaznaczyć że opolski system ochrony zdrowia nie jest w dostatecznym stopniu przygotowany, aby zaspokoić rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i opiekuńcze. Jak wskazują wyniki badania „Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian”⁷⁰, placówki świadczące ambulatoryjną opiekę zdrowotną oraz POZ-y nie są wystarczająco przystosowane np. do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, co wskazuje na konieczność przeprowadzenia działań modernizujących i uzupełniających infrastrukturę i wyposażenie placówek w nowoczesny sprzęt medyczny.

Pomoc społeczna

Na poprawę sytuacji w zakresie ograniczania zakresu procesów wykluczenia społecznego ma wpływ, między innymi dostęp do świadczeń pomocy społecznej zarówno w zróżnicowanych formach pomocy instytucjonalnej jak i zdeinstytucjonalizowanej.

Analiza danych w latach 2014-2020 wskazuje natomiast na pewną poprawę instytucjonalnych zasobów pomocy i integracji społecznej regionu opolskiego. Znacząco wzrosła liczba placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (z 7 do 32)⁷¹ oraz liczba mieszkań chronionych (z 78 do 151)⁷², jak również liczba miejsc w mieszkaniach chronionych do 235 (22,0% przeznaczono dla młodzieży opuszczającej placówki opieki i wychowania, a 41,0% przeznaczonych było dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zagrożonych przemocą domową)⁷³.

Województwo opolskie od lat zajmuje pierwszą pozycję w Polsce pod względem liczby miejsc w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej (w tym głównie w domach pomocy

⁷⁰ Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian [aut. prof. dr hab. n. med. Adam Windak i in], Lublin, 28 lutego 2019; zdrowie.gov.pl (data dostępu 11.05.2022).

⁷¹ Ocena zasobów..., 2014 op., cit., s. 57; Ocena zasobów pomocy społecznej woj. opolskiego w 2020 roku. Opole czerwiec 2021, s. 79.

⁷² Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej..., op., cit., s. 80; Ibidem, s. 85.

⁷³ Ocena zasobów ...2020, op., cit., s. 84.

społecznej) w relacji do liczby mieszkańców, a według danych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej ma także najwyższy wskaźnik liczby miejsc w gminnych i ponadgminnych domach pomocy społecznej w stosunku do liczby mieszkańców na 10 tys. ludności (31,55). Średnia wartość tego wskaźnika w kraju wynosi 21,14. Podobnie wyróżnia go także najwyższy w kraju wskaźnik liczby miejsc w domach pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz przewlekle psychicznie chorych, zwłaszcza występujący w powiatach: głubczyckim, nyskim, prudnickim, brzeskim i namysłowskim.

Zgodnie z zaleceniami UE wymagane jest przechodzenie z opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w środowisku lokalnym, niemniej jednak sytuacja społeczno-demograficzna woj. opolskiego, czyli procesy depopulacyjne wynikające, między innymi z nasilonych migracji ludzi młodych opuszczających lokalne społeczności i nasilające się w nich procesy starzenia powodują, że potrzeby społeczne związane z koniecznością zapewnienia instytucjonalnej opieki osobom w wieku senioralnym, niepełnosprawnym i przewlekle chorym nie maleją. Co prawda w 2019 roku spadła liczba oczekujących na miejsce w DPS-ach (o 93 osoby), na co wpływ miała nadal występująca pandemia COVID-19 (pojawiające się w domach pomocy społecznej ogniska choroby i czasowe ograniczenia w dostępie do przebywających w nich mieszkańców oraz mniejsza liczba decyzji kierujących wydawana przez ośrodki pomocy społecznej), niemniej jednak, jak wskazują dane statystyczne, w 2020 roku utrzymał się największy udział procentowy (78,7%) oczekujących na miejsce w DPS-ach dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych i niepełnosprawnych fizycznie. Udział osób oczekujących na miejsce w domach pomocy społecznej dla: przewlekle psychicznie chorych (16,5%) oraz dzieci, młodzieży i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (4,8%) pozostaje na podobny poziomie jak w latach poprzednich, co potwierdza konieczność zaspokojenia tych potrzeb w wymiarze instytucjonalnym (również na zasadach komercyjnych) w nowym okresie programowania 2021-2027⁷⁴, co oczywiście nie uniemożliwia przechodzenie do świadczenie opieki bezpośrednio w społecznościach lokalnych, w tych, w których jest to jest możliwe.

W latach 2014-2020 r. liczba placówek wsparcia dziennego dla dzieci z rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze wzrosła z 31 w 2014 roku do 40 w 2020 roku, natomiast spadła liczba dzieci korzystających z tych placówek, bowiem przeciętnie korzystało z pobytu w nich 498 dzieci (w 2014 r. 508 dzieci), na co bezpośredni wpływ miało wprowadzenie obostrzeń pandemicznych⁷⁵. W 2020 r. w porównywaniu do 2014 r., w strukturze rodzinnych form pieczy zastępczej nastąpiły spadki liczby rodzin zastępczych spokrewnionych i rodzin zastępczych niezawodowych, natomiast wzrosła liczba rodzin zawodowych z 36 do 47 i Rodzinnych Domów Dziecka z 18 do 20. Zmianę tę należy oceniać jako korzystną w systemie rodzinnej pieczy zastępczej z punktu widzenia dobra dziecka.

Specjaliści wskazują na konieczność zwiększenia liczby rodzin zawodowych i Rodzinnych Domów Dziecka, natomiast zmniejszenia liczby dzieci przebywającej w instytucjonalnej

⁷⁴ Ibidem, s. 79.

⁷⁵ Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej..., op., cit., s. 78.

pieczy zastępczej, czyli w Domach Dziecka. W regionie od lat utrzymywała się niekorzystna sytuacja dotycząca czasu przebywania dzieci w pieczy zastępczej oraz w domach dziecka, a także wysoki udział dzieci pozostających w tych formach opieki często do uzyskania pełnoletności⁷⁶, wobec czego konieczne są określone formy wsparcia w ramach usług aktywnej integracji, w szczególności o charakterze społecznym i zawodowym, skierowane do osób będących w pieczy zastępczej, a także indywidualne programy usamodzielniania realizowane w mieszkaniach o charakterze wspomaganym/chronionym dla osób opuszczających pieczę zastępczą.

W latach 2014-2020 wzrosła pomoc zarówno w formie zwykłych usług opiekuńczych jak i specjalistycznych usług opiekuńczych z 2439 osób do 3586 osób (w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi)⁷⁷. W świetle danych statystycznych infrastruktura instytucjonalna dla osób starszych i niesamodzielnych uległa poprawie zarówno pod względem liczby miejsc w domach pomocy społecznej i opieki jak i ze względu na liczbę osób objętych usługami opiekuńczymi. Procesy deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych mogą napotykać na trudności ze względu na sytuację społeczno-demograficzną regionu.

W analizowanym okresie nie dokonana się natomiast istotna poprawa jeśli chodzi o spadek bierności zawodowej osób niepełnosprawnych, w 2014 r. bierność zawodowa obejmowała 31 tys. osób z niepełnosprawnościami, w 2020 r. – 30 tys., co przekłada się na ilość świadczeń rodzinnych z tytułu niepełnosprawności. Prognoza wskaźnika korzystający ze świadczeń rodzinnych z tytułu niepełnosprawności wskazuje w kolejnych latach 2021-2027 na systematyczny wzrost jego udziału w świadczeniach rodzinnych ogółem.

Tabela 14 Wartość wskaźnika: osoby niepełnosprawne korzystające ze świadczeń rodzinnych w woj. opolskim jako procent korzystających ogółem.

Nazwa wskaźnika	2021r.	2022r.	2023r.	2024r.	2025r.	2026r.	2027r.
Korzystający ze świadczeń rodzinnych/niepełnosprawność	18,22	18,55	18,88	19,23	19,59	19,97	20,35

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Liczba osób w regionie opolskim w latach 2021-2027 podlegających procesom wykluczenia społecznego z tytułu uzależnienia od alkoholu będzie nadal wzrastać, na co wskazuje prognoza wskaźnika dotyczącego pobierania świadczeń rodzinnych z tytułu alkoholizmu.

Tabela 15 Wartość wskaźnika: korzystający ze świadczeń rodzinnych z tytułu alkoholizmu w woj. opolskim jako procent korzystających ogółem.

Nazwa wskaźnika	2021r.	2022r.	2023r.	2024r.	2025r.	2026r.	2027r.
Korzystający ze świadczeń rodzinnych alkoholizm	3,08	3,14	3,20	3,26	3,32	3,38	3,45

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

⁷⁶ Ocena zasobów pomocy społecznej woj. opolskiego w 2013 r. ROPS. Opole, maj 2014, s. 46.

⁷⁷ Ocena zasobów pomocy społecznej woj. opolskiego w 2018 roku, s. 91; Ocena zasobów pomocy społecznej woj. opolskiego w 2020 roku; s. 89.

Diagnozy prowadzone na potrzeby RPO WO 2014-2020 wskazywały na zróżnicowane problemy regionalnego rynku pracy związane z bezrobociem oraz niskim wskaźnikiem zatrudnienia grup defaworyzowanych. Prognoza stopy bezrobocia rejestrowanego wskazuje na wzrost wartości wskaźnika w 2027 roku, mimo postępującej poprawy dochodów ludności w województwie opolskim w świetle prognozy.

Tabela 16 Wartość wskaźnika: stopa bezrobocia rejestrowana w woj. opolskim (Polska 100).

Nazwa wskaźnika	2021r.	2022r.	2023r.	2024r.	2025r.	2026r.	2027r.
Stopa bezrobocia rejestrowanego	122,00	123,80	125,65	127,56	129,53	131,56	133,65

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Tabela 17 Wartość wskaźnika: relacja przeciętnego wynagrodzenia brutto w woj. opolskim (Polska 100).

Nazwa wskaźnika	2021r.	2022r.	2023r.	2024r.	2025r.	2026r.	2027r.
Przeciętne wynagrodzenie brutto	91,50	92,18	93,92	95,72	97,58	99,51	101,51

Źródło: opracowanie własne na podstawie BDL GUS.

Ekonomia społeczna.

Sektor ekonomii społecznej w regionie był słabo rozwinięty w 2014 roku⁷⁸, a analiza jego stanu wskazywała na stosunkowo silne skoncentrowanie aktywności organizacji obywatelskich w Opolu oraz wskazywała, że aktywność podmiotów ekonomii społecznej wynikała bądź z wielkości ośrodka (stolica województwa), bądź aktywności konkretnych samorządów lokalnych⁷⁹. W 2021 roku sytuacja w tym zakresie uległa poprawie, ponieważ wzrosła liczba wszystkich rodzajów podmiotów ekonomii społecznej w regionie (w porównaniu do 2015 r. o 6,6%), w tym przedsiębiorstw społecznych i spółdzielni socjalnych z 30 w 2014 roku do 39 w 2021 roku, klubów integracji społecznej (z 5 do 10) oraz zakładów aktywności zawodowej (z 2 do 5), natomiast w latach 2015-styczeń 2021 o jeden podmiot zmniejszyła się liczba centrów integracji społecznej (z 6 do 5), a o 2 liczba fundacji i stowarzyszeń, prowadzących działalność gospodarczą lub odpłatną działalność pożytku publicznego. Jedynymi podmiotami ES, których liczba pozostała bez zmian w tym okresie, są warsztaty terapii zajęciowej (15)⁸⁰.

Wspieranie idei ekonomii społecznej było jedną z odpowiedzi na zidentyfikowane w województwie opolskim problemy, takie jak bezrobocie, ubóstwo czy brak partycypacji społecznej i zawodowej osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem. Wzrastało zapotrzebowanie na nowe podmioty ekonomii społecznej oraz rozwój działalności już istniejących. Koniecznym jest zatem wspieranie funkcjonujących przedsiębiorstw w

⁷⁸ Ocena zasobów pomocy społecznej..., 2014, s.90; Ocena zasobów pomocy społecznej woj..., 2020, op., cit., s. 100.

⁷⁹ Ocena zasobów pomocy społecznej..., 2014, s.90.

⁸⁰ Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2020 roku. Opole, czerwiec 2021, s. 99-100.

tworzeniu dodatkowych miejsc pracy, organizacji obywatelskich, podmiotów pożytku publicznego, partycypacji społecznej oraz usług inkubacyjnych, a także wszelkich inicjatyw rozwijających przedsiębiorczość społeczną jako użytecznych narzędzi w niwelowaniu problemów takich jak ubóstwo i wykluczenie społeczne również na poziomie lokalnym. W związku z tym w 2013 roku został dokonany podział województwa na 3 subregiony w celu stworzenia mniejszych obszarów, które miały być objęte działalnością Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej, jako ważnych instytucji mających na celu działalność na rzecz rozwoju ekonomii społecznej w regionie, wspieranie rozwoju przedsiębiorstw społecznych oraz szeroko rozumianą integrację osób wykluczonych bądź zagrożonych wykluczeniem z rynku pracy oraz rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. Przeprowadzenie tego podziału łączyło się z procesami decentralizacji w rozdziale środków UE wspierających rozwój przedsiębiorczości społecznej i integracji społecznej, między innymi poprzez lepsze rozeznanie potrzeb społecznych w subregionach i ogólnie „bycie bliżej” problemów lokalnych społeczności i jej mieszkańców, co z kolei miało się przekładać na lepszą skuteczność w działalności OWES-ów. Zmiana w liczbie OWES-ów roku z 3 na 2 i niepowodzenia w wyłonieniu nowego OWES-u spowodowała, że subregion środkowy pozostaje bez wsparcia do chwili obecnej. Niemniej jednak, pomimo występujących trudności w wyłonieniu Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej i pewnych trudności w funkcjonowaniu jednego z nich należy utrzymać w woj. opolskim podział na 3 subregiony. Będzie to zgodne zarówno z zasadami decentralizacji jak i prognozowanymi, potencjalnymi nowymi obszarami i sferami rozwoju ekonomii społecznej takimi jak: turystyka społeczna (dla grup wykluczonych społecznie, o niskich dochodach), ekologia selektywna (zbiórka odpadów, recycling, ochrona środowiska), odnawialne źródła energii (edukacja i animowanie społeczności lokalnej na rzecz realizacji takich działań), rolnictwo społeczne (wykorzystanie zasobów rolnych – roślinnych i zwierzęcych, celem stworzenia usług społecznych, np. w terapii), budownictwo społeczne (budowa i rewitalizacja mieszkań socjalnych, chronionych, treningowych czy komunalnych) oraz usługi społeczne dla wybranych grup osób wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem (np. usługi opiekuńcze i wspomagające dla osób starszych, niepełnosprawnych, dzieci i młodzieży), które wymagają dobrej orientacji w zakresie potrzeb i problemów lokalnych społeczności⁸¹. W ramach poszczególnych subregionów nie ma „białych plam”, czyli powiatów na obszarze, których w perspektywie 2014-2020 nie powstały nowe Podmioty Ekonomii Społecznej. Istnieją natomiast „białe plamy”, czyli powiaty na obszarze, których w perspektywie 2014-2020 nie powstały specyficzne PES jakimi są Przedsiębiorstwa Społeczne. Tego rodzaju „białe plamy” dotyczą wszystkich subregionów: *północnego*- powiatu namysłowskiego; *środkowego*: powiatu opolskiego oraz *południowego*: powiatu krapkowickiego. Podejmowane działania na rzecz przeciwdziałania wystąpieniu „białych plam” w przyszłej perspektywie finansowej powinny wynikać z diagnozy barier rozwojowych ekonomii społecznej w regionie. Powinno zatem przedsięwziąć następujące działania:

⁸¹ Ocena zasobów pomocy społecznej..., 2020, s. 106.

- szeroko rozumiane działania informacyjne i szkoleniowe w samorządach lokalnych na rzecz podniesienia wiedzy o możliwościach ekonomii społecznej dla rozwoju lokalnego, możliwościach wspierania rozwoju PES (narzędzi i mechanizmów prawnych, finansowych itp., zlecania i powierzania zadań PES np. z wykorzystaniem klauzuli społecznych);
- profesjonalizacji podmiotów ES;
- stałej promocji ES,
- pozyskania specjalistów branżowych oraz współpracy ze środowiskiem naukowym i sferą biznesu, co mogłoby umożliwić dostęp do nowych technologii i urządzeń,
- popularyzacji nowych obszarów i sfer rozwoju w zakresie ES i promocji szeroko rozumianej przedsiębiorczości społecznej,
- wyłonienie 3 OWES-ów w nowej perspektywie finansowej, które mogłyby objąć zakresem swojego działania wszystkie subregiony i intensywnie działać na rzecz tworzenia nowych podmiotów ekonomii społecznej w województwie opolskim, co wymaga powołania grupy inicjatywnej mogącej podjąć intensywne działania w tym zakresie.

Trudno jest wskazać podmioty, które legitymują się zarówno wystarczającym potencjałem jak i doświadczeniem, aby pełnić rolę OWES-ów w perspektywie finansowej 2021-2027. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na brak takich podmiotów, które spełniałyby warunki ustalone w przepisach prawnych. Obecnie działają, do czasu zakończenia projektów z poprzedniej perspektywy finansowej, dwa OWES-y: PROFES (Byczyna) obejmujący swoim zasięgiem subregion północny oraz stowarzyszenie SUPLES (Krapkowice) obejmujące subregion południowy. Ze względu na fakt, że podmioty pełniące funkcje Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej muszą posiadać odpowiednie zasoby kadrowe, infrastrukturalne i organizacyjne i biorąc pod uwagę znaczące fakty wydaje się, że wystarczającym potencjałem i doświadczeniem, aby pełnić rolę Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej w perspektywie finansowej 2021-2027 legitymują się, przede wszystkim podmioty trzeciego sektora, czyli organizacje pozarządowe oraz już istniejące i działające w regionie opolskim OWES-y.

W tym kontekście należy rozważyć w nowym okresie programowania 2021-2027 wzmocnienie roli ROPS, jako koordynatora polityki w obszarze ekonomii społecznej oraz wzmocnienie współpracy między ROPS-em, OWES-ami, a Instytucją Pośredniczącą, którą w nowym okresie programowania pozostał WUP, jakkolwiek nie jest to sprawą prostą. W nowej perspektywie finansowej przewidziano dwie Instytucje pośredniczące organizujące konkursy i rozdzielające środki europejskie, WUP (w polu działalności, którego leży obszar ekonomii społecznej) oraz OCRG. Zatem, to te instytucje posiadają stosowne uprawnienia oraz to na nich spoczywa całkowita odpowiedzialność za dystrybucję środków w tym obszarze oraz możliwość egzekwowania zobowiązań od Beneficjentów. W tej sytuacji koordynacja ROPS-u może być tylko i wyłącznie koordynacją na zasadzie działalności organizacyjnej, inicjującej i inspirującej. Może propagować ideę ekonomii społecznej, określać cele, wskazywać instrumenty i środki działania oraz inicjować i tworzyć pole współpracy pomiędzy WUP-em jako instytucją pośredniczącą, a OWES-ami wyłącznie na zasadzie dobrowolności. ROPS musiałby zostać wyposażony w inne instrumenty prawne (np.

dotyczące konieczności współpracy przy ustalaniu kryteriów konkursowych) oraz środki finansowe, które umożliwiłyby mu nie tylko spełnianie roli inicjatora, ale także pewną funkcję kontrolną.

Biorąc pod uwagę wszystkie omówione przesłanki dla uruchomienia interwencji w obszarach zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej oraz przestrzenny rozkład otrzymanego wsparcia należy stwierdzić, że nadal obszar województwa opolskiego pozostaje zróżnicowany przestrzennie pod względem potrzeb społecznych w tym zakresie. Najważniejsze dla regionu dokumenty strategiczne, tj. SRWO 2030⁸², w tym Diagnoza regionalna⁸³ wskazują, że obszary wiejskie stanowią ok. 90,0% obszaru regionu. Na podstawie literatury przedmiotu należy stwierdzić, że obszary wiejskie oraz małe miasta tracące swoje funkcje mają mniejszą odporność na zjawiska kryzysowe, borykają się z problemami społecznymi, gospodarczymi, przestrzennymi i środowiskowym, ulegają degradacji i peryferializacji rozwojowej. Są to obszary wyludniające się o słabym dostępie do usług publicznych, podlegające procesom marginalizacji (nierzadko trwałej) i dlatego w nowej perspektywie finansowej w ramach FEO 2021-2027 należy je szczególnie wspierać działając na rzecz przeciwdziałania szeroko rozumianemu zjawisku wykluczenia społecznego oraz rozwoju ekonomii społecznej, jako jednego z ważnych instrumentów przeciwdziałających marginalizacji i wzmacniających obywatelską aktywność lokalną. Strategia Opolskie 2030 szczególne znaczenie przypisuje obszarom strategicznej interwencji (wyodrębniono 5 OSI: Subregion Aglomeracja Opolska, Subregion Brzeski, Subregion Kędzierzyńsko-Strzelecki, Subregion Północny, Subregion Południowy), jako obszarom wymagającym właśnie ukierunkowanej interwencji publicznej uwzględniającej specyficzne problemy i potrzeby jego mieszkańców.

Kontekst uruchomienia interwencji

Konstrukcja projektu programu pt. *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027* została również oparta na *doświadczeniach poprzednich perspektyw finansowych*⁸⁴ oraz identyfikacji głównych wyzwań rozwojowych dla regionu wyodrębnionych, jak wskazują autorzy, na podstawie: *najważniejszych dla regionu dokumentów strategicznych, tj. SRWO 2030*⁸⁵, w tym *na Diagnozie regionalnej*⁸⁶, *RSIWO 2027*⁸⁷, *wnioskach z analiz gospodarczych i społecznych, krajowych dokumentach strategicznych, m.in.: SOR*⁸⁸ (kluczowego dokumentu w obszarze średnio- i długofalowej polityki gosp. Kraju) oraz *na KSRR 2030*⁸⁹ (dokumentu strategicznego polityki regionalnej państwa). *Interwencja w FEO 2021-2027 jest zgodna z zapisami projektu UP*⁹⁰ oraz kierunkami wskazanymi m.in. w *Sprawozdaniu krajowym – Polska 2019 i 2020 (Country Report: Polska 2019 i 2020), Zaleceniach Rady w sprawie krajowego programu*

⁸² Dokument przyjęty uchwałą nr XXXIV/355/2021 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 4 października 2021 r.

⁸³ *Opolskie 2030. Diagnoza regionalna – opracowanie na potrzeby Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2030 roku*, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole listopad 2020.

⁸⁴ *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027. Projekt. Wersja nr 3*. Opole, październik 2022, s. 11.

⁸⁵ Dokument przyjęty uchwałą nr XXXIV/355/2021 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 4 października 2021 r.

⁸⁶ *Opolskie 2030. Diagnoza regionalna – opracowanie na potrzeby Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2030 roku*, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole listopad 2020.

⁸⁷ Dokument przyjęty uchwałą nr 5624/2021 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 4 października 2021 r.

⁸⁸ Przyjęta przez Radę Ministrów uchwałą nr 8 z dnia 14 lutego 2017 r. (M.P. poz. 260).

⁸⁹ Przyjęta przez Radę Ministrów uchwałą nr 102 z dnia 17 września 2019 r. (M.P. poz. 1060).

⁹⁰ Projekt dokumentu przekazany KE 15 grudnia 2021 r. przez system SFC.

reform Polski na 2020 r. (CSR), w tym wytycznych inwestycyjnych dla Polski w zakresie finansowania Polityki Spójności na lata 2021-2027 (Załącznik D), Unijnej Strategii wzrostu gospodarczego - Europejski Zielony Ład, Unijnej Strategii na rzecz bioróżnorodności 2030, Krajowym planie na rzecz energii i klimatu na lata 2021-2030, Polityce ekologicznej państwa 2030, Aktualizacji Krajowego Programu Oczyszczania Ścieków Komunalnych (2021), Strategii Zrównoważonego Rozwoju Transportu do 2030 r., Nowym Europejskim programie na rzecz kultury (2018), Agendzie dla zrównoważonej i konkurencyjnej turystyki europejskiej (2007), Reflection papers numer 4⁹¹. Taki sam sposób postępowania został przyjęty przy konstrukcji programu RPO WO 2014-2020.

W FEO 2021-2027 zidentyfikowano 16 wyzwań rozwojowych wśród, których wyodrębniono dwa dotyczące obszaru zdrowia i pomocy społecznej: *Włączenie społeczne* oraz *Zdrowie*. Obydwa wyzwania stanowią o kontynuacji wsparcia, które w programie RPO WO 2014-2020 obejmowała OP VIII *Integracja społeczna* oraz OP X *Inwestycje w Infrastrukturę społeczną*.

Konieczność kontynuacji wsparcia w tym zakresie oparto na podstawowym założeniu:

- *kryzys gospodarczy i związana z nim pogarszająca się sytuacja na rynku pracy zahamowały spadkową tendencję w zakresie wskaźników ubóstwa i osób korzystających z pomocy społecznej⁹².*

Uznano, zatem, że należy utrzymać wsparcie w obu obszarach w nowym okresie programowania 2021-2027, które powinno skupiać się na sytuacji osób niepełnosprawnych, w tym na rodzinach z niepełnosprawnymi dziećmi (zgodnie z *Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych*)⁹³.

W 2020 roku zakończyła się realizacja strategii, **„Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”⁹⁴**, którą zastąpiła nowa strategia o nazwie **„Europejski Zielony Ład”⁹⁵**. *Stanowi ona integralną część strategii Komisji na rzecz realizacji Agendy Narodów Zjednoczonych do roku 2030 i celów zrównoważanego rozwoju oraz innych priorytetów ogłoszonych w wytycznych politycznych* *Celem Europejskiego Zielonego Ładu jest przekształcenie UE w sprawiedliwe i zamożne społeczeństwo[...]. Jej celem jest również [...] ochrona zdrowia i dobra obywateli...⁹⁶*. Strategia *Europejski Zielony Ład* ukierunkowuje zatem środki wszystkich polityk unijnych na realizację zapisanych w niej celów, szczególnie środki polityki spójności, poprzez priorytetyzację

⁹¹ Efekty wdrażania europejskiej polityki spójności w województwie opolskim w latach 2014-2020 w wymiarze gospodarczo - społecznym i instytucjonalnym. Doświadczenia, wnioski i rekomendacje, Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju PAN (KPZK PAN), Warszawa-Opole, styczeń 2022.

⁹² Fundusze Europejskie..., op., cit., s. 18.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ Komisja Europejska. Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu. Komunikat Komisji. Bruksela, 3.3. 2010. KOM (2010) 2020, s. 1-37. Wersja ostateczna [EN \(europa.eu\)](http://en.europa.eu) (data dostępu 18.02.2022).

⁹⁵ Komisja Europejska Europejski Zielony Ład. Bruksela, 11.12. 2019. COM (2019) 640, s. 1-33. Wersja ostateczna. ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/european-green-deal_pl (data dostępu 18.02.2022).

⁹⁶ Ibidem, s. 1.

preferowanych działań i koncentrację nakładów finansowych w wyznaczonych obszarach, między innymi w ramach *Celu 4. „Europa o silniejszym wymiarze społecznym...”*⁹⁷.

Umowa partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce określa strategię interwencji funduszy europejskich w ramach polityk unijnych: polityki spójności i wspólnej polityki rybołówstwa w Polsce w latach 2021-2027 oraz łączy ze sobą oczekiwania Komisji Europejskiej odnośnie koncentracji na celach określonych w pakiecie regulacji dotyczących tej perspektywy z wyzwaniami wynikającymi z krajowych dokumentów strategicznych⁹⁸.

W obszarze *Ochrona Zdrowia* dokument precyzuje wyzwania stojące przed systemem zdrowia jako następujące:

- *Większa dostępność usług zdrowotnych z uwzględnieniem zróżnicowania między regionami.*
- *Wzrost efektywności i jakości systemu ochrony zdrowia.*
- *Przejsięcie od świadczenia usług zdrowotnych i społecznych w dużych instytucjach do opieki lokalnej (deinstytucjonalizacja).*

Realizacja owych celów ma nastąpić poprzez następujące działania:

- *Realizacja kompleksowych programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób.*
- *Podnoszenie jakości świadczonych usług zdrowotnych.*
- *Wspieranie dostępności do wysokiej jakości nowoczesnych usług zdrowotnych.*
- *Modernizacja infrastruktury medycznej.*
- *Zwiększenie liczby personelu medycznego oraz podniesienie jego kwalifikacji.*
- *Wspieranie deinstytucjonalizacji świadczenia usług zdrowotnych i społecznych.*
- *Zwiększenie potencjału instytucji zarządzających systemem zdrowia.*

W obszarze *Włączenie i Integracja społeczna* wskazano następujące wyzwania:

- *Ograniczenie ubóstwa i wykluczenia społecznego.*
- *Większa dostępność usług społecznych.*
- *Przeciwdziałanie deprywacji materialnej.*

Realizacja wskazanych celów powinna nastąpić poprzez następujące działania:

- *Wspieranie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.*
- *Udzielanie pomocy żywnościowej lub podstawowej pomocy materialnej osobom najbardziej potrzebującym.*
- *Pomoc dla osób z niepełnosprawnościami w pokonywaniu codziennych trudności.*
- *Wspieranie integracji społeczno-gospodarczej obywateli innych państw i społeczności marginalizowanych.*
- *Wzmocnienie potencjału instytucji opieki społecznej oraz reintegracji.*

Wszystkie wskazane wyzwania i cele w obszarze zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej zostały uwzględnione w *Strategii Opolskie 2030*. Analiza ich zgodności wykazuje bardzo

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ Umowa Partnerstwa 2021-2027, s. 26-27. [umowa_partnerstwa_broszura_180121\(1\).pdf](#) (data dostępu 20.07.2022).

wysoką spójność pomiędzy założeniami i celami obu dokumentów. Wszystkie cele strategiczne, cele szczegółowe oraz działania *Strategii Opolskie 2030* wpisują się w cele zawarte w Umowie Partnerstwa do realizacji Polityki Spójności 2021-2027 oraz są zawarte w programie *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027*.

Pięć podstawowych celów polityki europejskiej zawartych w projekcie *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027* oraz przewidziane do realizacji kierunki działań korespondują z zapisami *Strategii Opolskie 2030*. Interwencja zaplanowana w ramach strategicznego rozwoju regionu opolskiego wpisuje się jednoznacznie w te założenia odpowiadając na wyzwania sformułowane w *Diagnozie sytuacji społeczno-ekonomicznej* opracowanej dla województwa opolskiego⁹⁹. Analiza porównawcza wskazuje, że wyzwania rozwojowe dla woj. opolskiego zapisane w projekcie FEO 2021-2027 koresponduje z głównymi wyzwaniami w zakresie rozwoju zawartymi w *Strategii Opolskie 2030* pn. *Wymiar społeczeństwo aktywni mieszkańcy*.

Tabela 18 Uwarunkowania polityki europejskiej a wyzwania rozwojowe dla województwa opolskiego w obszarze „społeczeństwo”.

Wyzwania rozwojowe dla woj. opolskiego zawarte w Strategii Opolskie 2030. Wymiar społeczeństwo – „aktywni mieszkańcy” (przygotowane do rynku aktywne społeczeństwo).	Główne wyzwania w zakresie rozwoju zapisane w projekcie Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027.
Kluczowe wyzwania szczegółowe	Kluczowe wyzwania szczegółowe
Wypracowanie i wykorzystanie efektywnych instrumentów polityki społecznej, w tym dalszej poprawy dostępności i jakości usług zdrowotnych i społecznych, gwarantujących łagodzenie skutków procesów demograficznych.	Demografia. Włączenie społeczne. Zdrowie.

Źródło: opracowanie własne.

Postulowane kierunki i formy wsparcia

Wskazanie kierunków wsparcia w zakresie badanego obszaru interwencji w perspektywie 2021-2027 powinno nastąpić z uwzględnieniem takich kwestii jak: aktualność dotychczasowych kierunków wsparcia, identyfikacja ewentualnych nowych obszarów/zakresów wymagających wsparcia oraz ewentualnych nowych zagadnień, które należy wziąć pod uwagę przy programowaniu przedmiotowego wsparcia w perspektywie finansowej 2021-2027, wewnętrznego zróżnicowania terytorialnego zrealizowanej interwencji stanowiącej przedmiot ewaluacji oraz oceny obecnej sytuacji i występujących potrzeb w regionie opolskim.

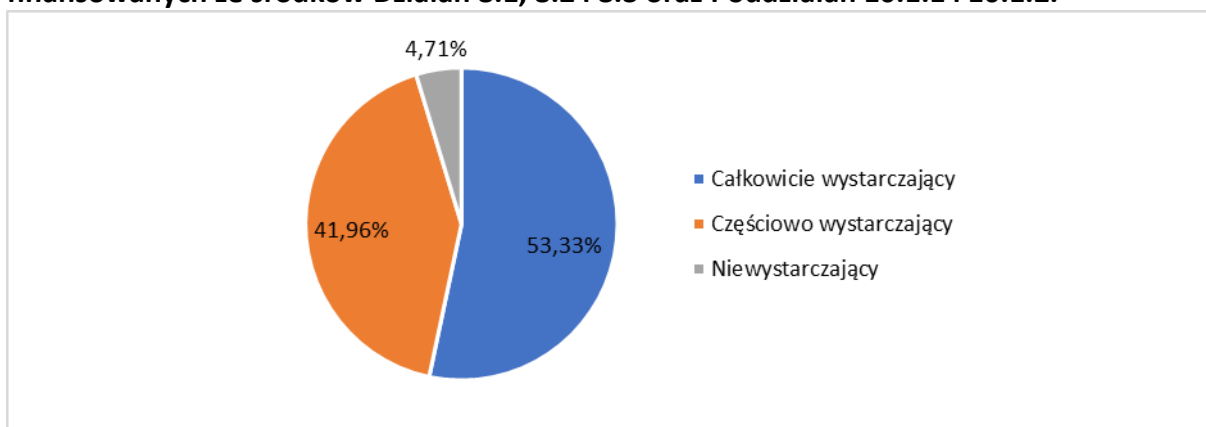
Komponentami prowadzonej analizy była ocena: sytuacji społeczno-demograficznej regionu, stanu ochrony zdrowia oraz pomocy i ekonomii społecznej w województwie opolskim, jak również skuteczności, użyteczności oraz efektów udzielonego wsparcia w ramach OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020. Przeprowadzono zatem szczegółową analizę sytuacji regionu w odniesieniu do zróżnicowanych parametrów charakteryzujących jego kondycję w obszarach

⁹⁹ Opolskie. Diagnoza regionalna. Opracowanie na potrzeby Strategii rozwoju województwa opolskiego do 2030 roku. Opole, listopad 2020 roku. opolskie.pl, (data dostępu 15.05.2022).

odpowiadających zakresowi tematycznemu poszczególnych Działań 8.1, 8.2, 8.3 oraz Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2.

Opierając się na wynikach badań empirycznych należy stwierdzić, że opinia podmiotów realizujących projekty w zakresie form wsparcia nie była jednoznaczna. Co prawda, odsetek respondentów, którzy stwierdzili, że zakres wsparcia w OP VIII i OP X był całkowicie wystarczający wyniósł nieco powyżej pięćdziesięciu procent, niemniej jednak 42,0 % instytucji stwierdziło, że był tylko częściowo wystarczający, co oznacza, że w przyszłej perspektywie finansowej powinien zostać uzupełniony.

Wykres 82 Ocena zakresu form wsparcia możliwych do realizacji w ramach projektów finansowanych ze środków Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=255.

Uzupełnienie form wsparcia

Wsparcie świadczone w ramach OP VIII i OP X w ramach RPO WO 2014-2020

charakteryzowało się szerokim zakresem usług i działań inwestycyjnych, a zatem postulaty uzupełnienia go mają stosunkowo ograniczony charakter. Analiza wyników badań zastanych jak i danych wywołanych wskazuje, że w Działaniu 8.1, przede wszystkim należy uzupełnić podejmowane działania o ten typ usług zdrowotnych i terapeutycznych, który będzie polegał na specjalistycznym zabezpieczeniu opieki zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego, w szczególności jeśli chodzi o dzieci i młodzież, ze względu na wzrost liczby osób wymagających pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej.

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Eurostat, dzieci są najbardziej zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym grupą obywateli UE. W przypadku dorosłych odsetek takich osób wynosi 21,7 proc, a w przypadku seniorów (osób powyżej 65. roku życia) – 20,4 proc. W 2020 roku 24,2 proc. dzieci w Unii Europejskiej było zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, natomiast w Polsce dzieci zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym stanowiły około 16 proc. osób niepełnoletnich¹⁰⁰. Zagrożenie wykluczeniem społecznym ma różne wymiary, w tym również związane z wykluczeniem z uczestnictwa w kulturze. Badania empiryczne wskazują, że największą grupę dzieci i młodzieży można zakwalifikować jako typ odbiorcy środków masowego przekazu i typ

¹⁰⁰ Unia Europejska. Poziom zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wśród dzieci - Wykluczeni.pl

zorientowany na współzycie w grupie. Najmniej liczny zaś jest typ zorientowany na konsumpcję związaną z uczęszczaniem do teatrów, na koncerty, oglądaniem zespołów estradowych itp¹⁰¹. Wychowywanie się w rodzinach zagrożonych ubóstwem dodatkowo ogranicza możliwości uczestnictwa w kulturze wśród dzieci i młodzieży. Zatem w nowej perspektywie finansowej należy uzupełnić przewidywane formy wsparcia o działania stwarzające możliwości uczestnictwa dzieci i młodzieży w kulturze, ale wpierać również ich samodzielną twórczość.

Drugim ważnym obszarem pomocowym w zakresie usług zdrowotnych wymagającym uzupełnienia form wsparcia jest obszar wsparcia w zakresie rehabilitacji, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji domowej (w tym szczególnie: rehabilitacji dla pacjentów po przejściu COVID-19 i rehabilitacji osób w wieku produkcyjnym). Konieczność zapewnienia wsparcia rehabilitacyjnego dla populacji osób, których dotyczą powikłania po przejściu COVID-19 wynika z braku zinstytucjonalizowanego systemu wsparcia po przejściu COVID-19, co ma z kolei związek z potrzebą ograniczenia negatywnego oddziaływania czynników zdrowotnych na skracanie się czasu aktywności zawodowej.

Ze względu na występowanie trwałego problemu deficytów kadrowych w obszarze ochrony zdrowia należałoby uzupełnić oferowane formy wsparcia o działania zorientowane na zmniejszenie skali deficytu kadr medycznych poprzez wprowadzenie systemu zachęt zarówno dla popularyzacji kształcenia na kierunkach medycznych (lekarski, pielęgniarski, ochrona zdrowia publicznego) jak i dla utrzymania i pozyskania kadr medycznych dla regionu opolskiego.

Trzecim ważnym obszarem pomocowym jest wprowadzenie form wsparcia dla obywateli państw trzecich, w tym: migrantów i uchodźców (szczególnie przybywających z Ukrainy) ze względu na wysoki stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym wśród osób które otrzymały status uchodźcy, zgodę na pobyt czasowy lub ochronę uzupełniającą (także wśród ofiar handlu ludźmi). Należy uzupełnić podejmowane działania o system zachęt, które potencjalnie mogą ograniczyć ryzyko przeniesienia się legalnie pracujących imigrantów do bogatszych niż Polska krajów. Jak wynika z badań migranci zarobkowi to głównie osoby w wieku 18-29 lat, natomiast uchodźcy to osoby między 30. a 44. rokiem życia. W obu grupach większość stanowiły kobiety: 70% imigrantów zarobkowych nie posiadało dzieci lub nie były one w Polsce, natomiast w przypadku uchodźców ponad 60% przybyło do Polski wraz z dziećmi. Wśród uchodźców blisko 60% ma wykształcenie wyższe, wśród imigrantów zarobkowych było to ponad 40%. Imigranci zarobkowi w zdecydowanej większości deklarowali, że wynajmują pokój, dom, mieszkanie, 1/3 uchodźczyń deklarowała, że korzysta z gościny polskiej rodziny. Trudno w tej chwili określić szczegółowy system zachęt, szczególnie w przypadku uchodźców. Ich zamiary pozostania, bądź wyjazdu będzie określać wynik wojny na Ukrainie (w badaniu przeprowadzonym w maju 2022 r. 40,0% respondentów deklarowało, że zmierza wrócić na Ukrainę, gdy tylko sytuacja się ustabilizuje). Niemniej

¹⁰¹ A. Kozubka, P. Ziółkowski, *Artystyczny uniwersytet dziecka i rodzica*. Bydgoszcz 2014, s. 59-77; [Artystyczny uniwersytet dziecka i rodzica \(9lib.org\)](https://www.9lib.org) (data dostępu 19.09.2022).

jednak należy wziąć pod uwagę następujące działania: zapewnienie mieszkań lub pomoc w ich znalezieniu, pomoc w kontaktach z urzędami i służbą zdrowia, zapewnienie możliwości uczestnictwa w kursach językowych, nostryfikacja dyplomów, wsparcie prawne w przypadku wystąpienia w miejscu pracy zjawisk patologicznych (nieprzestrzeganie minimalnego wynagrodzenia, dyskryminacji czy lobbingu itp.). Jesienna edycja badania (2022) wraz z wynikami badań majowych zostanie wykorzystana do opracowania planu integracji cudzoziemców w województwie opolskim, (tworzonym wspólnie z Urzędem Marszałkowskim i Uniwersytetem Opolskim) zawierającym więcej szczegółów w tym zakresie¹⁰².

Koniecznym jest również uzupełnienie świadczonych form wsparcia w zakresie usług społecznych, w tym szczególnie usług opiekuńczych o działania związane z tworzeniem środowiskowej formuły pomocy bazującej na tzw. „kręgach wsparcia” i pomocy sąsiedzkiej. Uzasadnieniem dla rozszerzenia dotychczasowych form wsparcia jest wzrost znaczenia najbliższego otoczenia społecznego w związku z postępowaniem procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz wzrostem znaczenia „nieformalnych sieci wsparcia” o tzw. „usługi sąsiedzkie jako dobrej praktyki w realizacji określonych usług społecznych”. Wspomaganie rozwoju podejścia środowiskowego będzie miało również znaczenie uzupełniające w opiece hospicyjnej i funkcjonowaniu środowiskowej formuły opieki paliatywnej jako alternatywy dla deficytu stacjonarnej opieki hospicyjnej.

Wsparcie na rzecz działań o profilu międzypokoleniowym: wolontariat międzypokoleniowy lub wewnątrzpokoleniowy (wolontariat dla osób w wieku senioralnym w ramach wsparcia dla innych osób w zbliżonym wieku). Ta forma wsparcia może zapobiegać występowaniu problemu ograniczania podmiotowości i stosowania „nadopiekuńczości” wobec osób starszych skutkującego ich ograniczoną aktywnością oraz działać na rzecz podtrzymania aktywności społecznej seniorów przez możliwie najdłuższy okres czasu, a także utrzymania seniorów przez możliwie najdłuższy okres czasu w ich dotychczasowym środowisku zamieszkania.

Uzupełnieniem usług społecznych powinno być również wsparcie w zakresie tzw. „turystyki społecznej” realizowane z wykorzystaniem instrumentów terytorialnych na obszarach wiejskich. Są to przedsięwzięcia angażujące i aktywizujące mieszkańców obszarów wiejskich w zakresie świadczenia usług turystycznych, które oferowane są w szczególności osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym, np. osobom starszym lub osobom z niepełnosprawnościami. W tym przypadku chodzi o możliwość zagospodarowania branży turystycznej przez przedsiębiorstwa społeczne. Model takiego przedsiębiorstwa społecznego był wdrażany i testowany w woj. opolskim, w ramach projektu „System wzmacniania

¹⁰² Wywiad dr S.Kubiciel –Lodzińskiej w radiu Opole; [Dr Sabina Kubiciel-Lodzińska o konkursie "Opolska firma przyjazna cudzoziemcom" i badaniach naukowych, które wskażą, jak skutecznie pomagać Uchodźcom - Radio Opole](#) (data dostępu 14.09.2022); Instytut Spraw Publicznych, [isp.org.pl](#) (data dostępu 22.04.2022), K. Heffner, P.Gibas, T.Soldra-Gwiżdż, Wyzwania opolskiego rynku pracy. Raport z badania. Instytut Śląski, Opole, kwiecień 2022, s. 56-59, niepublikowany raport z badań.

potencjału i kompetencji sektora spółdzielczości socjalnej oraz stworzenie sieci współpracy z instytucjami rynku pracy oraz pomocy i integracji”¹⁰³.

Ważnym postulatem w zakresie uzupełnienia dotychczasowych form wsparcia jest także wsparcie oddolnych inicjatyw mieszkańców w zakresie działań społecznych i zdrowotnych w środowisku lokalnym na rzecz dobra wspólnego pozwalającego na budowę nieformalnego kapitału społecznego, który mógłby zostać wykorzystany w realizacji działań społecznych i zdrowotnych.

W Działaniu 8.2 uzupełniające formy wsparcia powinny dotyczyć zindywidualizowanych działań w zakresie aktywnej integracji bazujących na podejściu mentoringowym i coachingowym. Dają one możliwość zastosowania narzędzi pomocowych, które umożliwiają nie tylko dostosowanie zakresu pomocy do specyficznych potrzeb odbiorców wsparcia, ale także pozwalają na jego dynamiczne modyfikowanie w procesie aktywnej integracji.

W Działaniu 8.3 uzupełnieniem dotychczasowych form wsparcia, powinny być działania na rzecz osób starszych poprzez ich włączanie w przedsięwzięcia w zakresie ekonomii społecznej. Występowanie tendencji demograficznych wskazujących na wzrost udziału osób starszych w populacji uzasadnia ten rodzaj działań oraz umożliwia rozwój warunków sprzyjających aktywnemu i pełnemu uczestnictwu osób starszych w życiu społecznym oraz pozwala na dostosowanie systemu wsparcia do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Sektor ekonomii społecznej w regionie charakteryzuje się brakiem specjalistów branżowych i niską profesjonalizacją podmiotów ES oraz brakiem młodych pracowników. Z drugiej strony problemem województwa jest bierność zawodowa mieszkańców, a odsetek osób biernych zawodowo w woj. opolskim jest zdecydowanie wyższy niż w Polsce i trend ten utrzymuje od 2016 roku. Podstawową przyczyną bierności zawodowej kobiet i mężczyzn według danych GUS jest emerytura, rzadziej nauka i uzupełnianie kwalifikacji oraz choroba i niepełnosprawność¹⁰⁴. A zatem istnieje pewien zasób, kapitał społeczny osób starszych, który potencjalnie mógłby wesprzeć sektor ekonomii społecznej w ramach działań podejmowanych na rzecz aktywnej starości. Należałoby jednak podjąć zarówno działania popularyzujące tę ideę jak i działania animacyjne na rzecz jej realizacji.

Od 30 października 2022 r. będzie obowiązywać ustawa o ekonomii społecznej. Dla przedsiębiorstw społecznych przewidziano możliwość korzystania z różnych form wsparcia, takich jak nowe zwolnienie z podatku dochodowego, czy dofinansowanie do tworzonych miejsc pracy, kredytów, w tym pożyczek i kontrgwarancji, co umożliwia im nie tylko wykonywanie swojej niezwykle istotnej pracy, ale też dalszy rozwój, jak również oddanie im do dyspozycji kapitału niezbędnego do działania i rozwoju przedsiębiorstwa. W związku z tymi regulacjami prawnymi ten typ usług dla przedsiębiorstw społecznych powinien być przewidziany w nowej perspektywie finansowej 2021-2027¹⁰⁵.

¹⁰³ Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2016–2022. Opole 2016, s. 41.

¹⁰⁴ K. Heffner, P. Gibas, T. Sołdra-Gwiżdż, Wyzwania opolskiego rynku pracy..., op., cit., s. 24-25; 30.

¹⁰⁵ [Nowe rodzaje finansowania przedsiębiorstw społecznych w Polsce | European Social Fund Plus \(europa.eu\)](#) (data dostępu 20.09.2022).

Kontynuacja form wsparcia

Wśród wielu zróżnicowanych form wsparcia, na które wskazali respondenci-przedstawiciele instytucji realizujących projekty w Działaniu 8.1, największy odsetek wskazań uzyskały usługi terapeutyczne. Niemniej jednak, jeśli pogrupujemy szczegółowo wymieniane usługi w zbiorcze typologie, to w pierwszej kolejności w programie FEO 2021-2027 należy kontynuować wsparcie w postaci szeroko rozumianych usług opiekuńczych, przede wszystkim zdeinstytucjonalizowanych (49,0% wskazań) oraz usług medycznych (26,5% wskazań), co oznacza trwałą konieczność zaspokajania potrzeb starzejącego się regionalnego społeczeństwa.

Tabela 19 Formy wsparcia, które zdaniem przedstawicieli podmiotów realizujących projekty w Działaniu 8.1 należałoby przede wszystkim kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej.

Typ usługi	Procent wskazań
Usługi terapeutyczne	26,98%
Kurier marszałkowski/społeczny	18,52%
Usługi opiekuńcze	16,93%
Usługi aktywnej integracji	15,34%
Usługi medyczne/zdrowotne	14,81%
Wszystkie obecnie dostępne	13,76%
Pomoc żywieniowa	13,23%
Usługi rehabilitacyjne	11,11%
Usługi pielęgnacyjne	7,94%
Usługi asystenckie	6,88%
Usługi wsparcia rodziny przeżywającej problemy opiekuńczo - wychowawcze	5,82%
Pomoc prawna	5,82%
Szkolenia dla osób świadczących wsparcie	4,76%
Modernizacja i wyposażenie w sprzęt	3,70%
Usługi transportu	3,17%
Usługi w mieszkaniach wspomaganych/chronionych	3,17%
Teleopieka	3,17%
Usługi wsparcia pieczy zastępczej	2,65%
Usługi wytchnieniowe	2,12%
Zakup środków ochrony osobistej	1,59%
Dzienne domy opieki medycznej	0,53%
Praca podwórkowa	0,53%
Inne	0,53%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=189. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną formę wsparcia.

Podobnie w Działaniu 8.2 oferującym formy wsparcia z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej i aktywnej reintegracji ponad połowa instytucji wskazała na konieczność kontynuacji usług terapeutycznych, i co ciekawe, szkoleń dla osób świadczących wsparcie. Oznacza to istnienie utrzymujących się potrzeb w doskonaleniu swoich umiejętności zawodowych personelu tych podmiotów. Wysoki odsetek wskazań uzyskały staże, kursy i

szkolenia zawodowe, treningi motywacyjne oraz kursy komputerowe i zajęcia z zakresu wykorzystywania nowoczesnych technologii, co wskazuje, że ten rodzaj wsparcia stanowi nadal skuteczny instrument w procesie aktywizacji zawodowej i reintegracji społecznej.

Tabela 20 Formy wsparcia, które zdaniem przedstawicieli podmiotów realizujących projekty w Działaniu 8.2 należałoby, przede wszystkim kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej.

Typ usługi	Procent wskazań
Szkolenia dla osób świadczących wsparcie	52,17%
Wsparcie terapeutyczne	52,17%
Stáže zawodowe	43,48%
Kursy zawodowe	43,48%
Treningi motywacji i umiejętności społecznych	43,48%
Kursy komputerowe i zajęcia z zakresu wykorzystywania nowoczesnych technologii	43,48%
Usługi aktywnej integracji	13,04%
Profilaktyka uzależnień	8,70%
Szkolenia zawodowe	8,70%
Usługi opiekuńcze	8,70%
Doposażenie stanowisk pracy osób niepełnosprawnych	8,70%
Stypendia szkoleniowe dla osób niepełnosprawnych	8,70%
Stypendia stażowe dla osób niepełnosprawnych	8,70%
Poradnictwo specjalistyczne dla osób niepełnosprawnych	8,70%
Rehabilitacja osób niepełnosprawnych	8,70%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=23. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną formę wsparcia.

W Działaniu 8.3, co oczywiste, oba badane podmioty wskazały, przede wszystkim na konieczność kontynuacji wsparcia finansowego na tworzenie miejsc pracy, a także na konieczność kontynuacji innych form wsparcia dla obszaru ekonomii społecznej w regionie: szkolenia/ warsztaty, mentoring, usługi animacji oraz doradztwo specjalistyczne, prawne finansowe, biznesowe, marketingowe i wizyty studyjne. Owe dokonane wybory i nieodrzućenie żadnej z form wsparcia świadczą o postępujących procesach rozwoju ekonomii społecznej w województwie opolskim i o konieczności kontynuacji zaspokajania zróżnicowanych potrzeb w tym obszarze w nowym okresie programowania.

Bardzo szeroki katalog form wsparcia, które należałoby kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej przedstawiły podmioty, które z różnych przyczyn nie aplikowały o projekty w ramach RPOWO 2014-2020. Zawierają się w nim wszystkie formy wsparcia, które były świadczone w ramach RPO WO 2014-2020 w ramach OP VIII i OP X.

Tabela 21 Formy wsparcia, które, w opinii podmiotów nieaplikujących o wsparcie w ramach RPOWO 2014-2020, należałoby, przede wszystkim kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej.

Typ usługi	Procent wskazań
Wsparcie finansowe działalności, modernizacja i doposażenie w sprzęt	37,91%
Usługi opiekuńcze	34,64%
Usługi terapeutyczne	27,45%
Usługi aktywnej integracji	26,80%
Usługi medyczne/zdrowotne	22,88%
Usługi rehabilitacyjne	22,88%
Inne	18,30%
Wsparcie finansowe na tworzenie miejsc pracy (subsydiowane zatrudnienie, pożyczki, dotacje, wsparcie pomostowe)	16,34%
Aktywizacja zawodowa (kursy, staże, szkolenia, pośrednictwo pracy)	13,73%
Doradztwo specjalistyczne i pomoc prawna	11,76%
Usługi wytchnieniowe	10,46%
Szkolenia dla osób świadczących wsparcie	9,80%
Usługi wsparcia rodziny przeżywającej problemy opiekuńczo – wychowawcze (praca socjalna, podwórkowa)	8,50%
Usługi wsparcia pieczy zastępczej	8,50%
Usługi opieki nad dziećmi	8,50%
Usługi pielęgnacyjne	6,54%
Usługi asystenckie	6,54%
Nie wiem/Trudno powiedzieć	5,23%
Kurier marszałkowski/społeczny	4,58%
Teleopieka	3,92%
Usługi w mieszkaniach wspomaganych/ chronionych	3,92%
Usługi transportu	3,92%
Usługi sieciowania	3,92%
Pomoc żywieniowa	3,27%
Tworzenie placówek wsparcia dziennego i domów opieki	1,96%
Tworzenie wypożyczalni sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego	1,31%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ITI, n=153. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną formę wsparcia.

Przedstawiony katalog potrzeb przez podmioty świadczące wsparcie w OP X w Poddziałaniach 10.1.1 i 10.1.2 świadczy o istnieniu szeregu zróżnicowanych potrzeb koniecznych do zaspokojenia w ramach programu FEO 2021-2027, których hierarchia jest zgodna ze strukturą demograficzno-społeczną regionalnego społeczeństwa. Nasilające się procesy starzenia wymagają w pierwszym rzędzie kontynuacji inwestycji w infrastrukturę zdrowotną w zakresie opieki geriatrycznej, długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej oraz związanej z chorobami geriatrycznymi, na co wskazali niemal wszyscy przedstawiciele instytucji uczestniczących w badaniach. Zaspokojenie potrzeb w zakresie leczenia i profilaktyki chorób nowotworowych wymaga kontynuacji inwestycyjnego wsparcia zarówno z zakresu onkologii dziecięcej jak i onkologii dorosłych. W całych badaniach przewija się istnienie w regionie niezaspokojonych potrzeb z zakresu psychiatrii, co wskazuje na konieczność kontynuacji wsparcia w zakresie inwestycji w infrastrukturę zdrowotną związaną

z chorobami psychicznymi dorosłych i dzieci. Kontynuacji inwestycji w infrastrukturę zdrowotną wymagają również pozostałe obszary zdrowia, zarówno te związane z opieką nad matką i dzieckiem (położnictwo, ginekologia, neonatologia, pediatria, hematologia, chirurgia i kardiochirurgia dziecięca) jak i z chorobami cywilizacyjnymi, a także kostno-stawowo-mięśniowymi i oddechowymi. Kontynuacji w przyszłym okresie programowania wymagają również inwestycje w infrastrukturę społeczną związaną z procesem deinstytucjonalizacji wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, jak również w zakresie usług opiekuńczych i asystenckich.

Tabela 22 Katalog potrzeb podmiotów, które zrealizowały projekty finansowane z Poddziałń 10.1.1 i 10.1.2.

Typ usługi	Procent wskazań
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie opieki geriatrycznej, długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej	83,33%
Inwestycje w infrastrukturę społeczną powiązaną z procesem deinstytucjonalizacji wsparcia rodziny i pieczy zastępczej	76,47%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami geriatrycznymi	75,00%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami nowotworowymi	58,33%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami psychicznymi	58,33%
Inwestycje w infrastrukturę społeczną powiązaną z procesem deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych i asystenckich	52,94%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie onkologii dziecięcej	50,00%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami układu krążenia	45,83%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego	45,83%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną związaną z chorobami układu oddechowego	45,83%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie ginekologii	41,67%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie neonatologii	41,67%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie pediatrii	41,67%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie psychiatrii dziecięcej	37,50%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie położnictwa	33,33%
Inwestycje w infrastrukturę społeczną sprzyjającą integracji społecznej i aktywizacji społeczno-zawodowej	29,41%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie kardiochirurgii dziecięcej	29,17%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie hematologii dziecięcej	25,00%
Inwestycje w infrastrukturę społeczną związaną z mieszkaniem o charakterze chronionym i wspomaganym	17,65%
Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną w zakresie chirurgii dziecięcej	12,50%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=41. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną potrzebę.

Katalog potrzeb podmiotów, które realizowały projekty finansowane z Działń 8.1, 8.2 i 8.3 obrazuje istnienie istotnych potrzeb, których zaspokojenie wymaga kontynuacji wsparcia w nowej perspektywie finansowej, przede wszystkim w zakresie doposażenia w sprzęt,

urządzenia, materiały niezbędne do świadczenia usług ostatecznym odbiorcom wsparcia oraz tych form wsparcia, które umożliwiają dalsze podnoszenie kompetencji/kwalifikacji osób świadczących usługi ostatecznym odbiorcom wsparcia.

Tabela 23 Katalog potrzeb podmiotów, które realizowały projekty finansowane z Działań 8.1, 8.2 i 8.3.

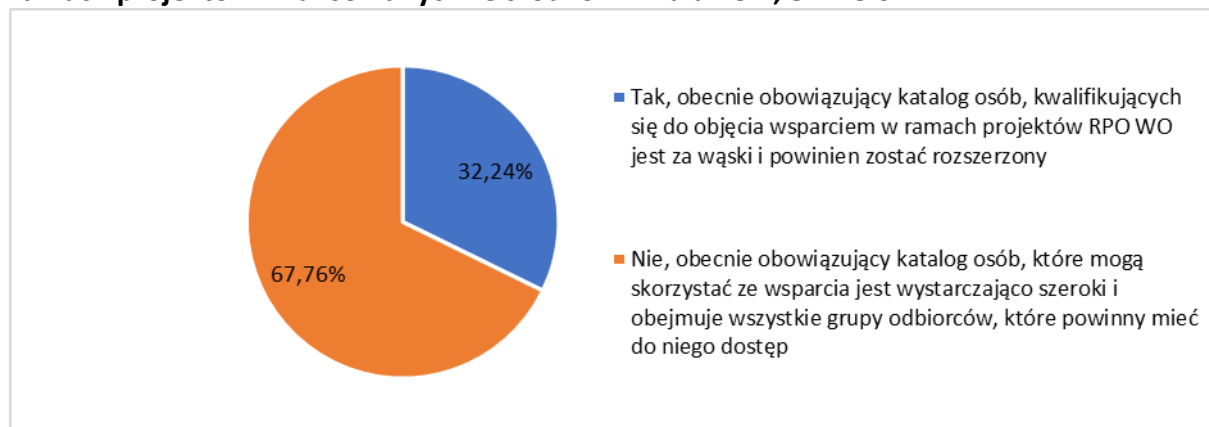
Typ usługi	Procent wskazań
Doposażenie w sprzęt, urządzenia, materiały niezbędne do świadczenia usług ostatecznym odbiorcom wsparcia	63,08%
Dalsze podnoszenie kompetencji/ kwalifikacji osób świadczących usługi ostatecznym odbiorcom wsparcia	47,66%
Modernizacja istniejącej infrastruktury (budynki, lokale, pomieszczenia) niezbędnej do świadczenia usług ostatecznym odbiorcom wsparcia	28,97%
Budowa nowej infrastruktury (budynki, lokale, pomieszczenia) niezbędnej do świadczenia usług ostatecznym odbiorcom wsparcia	11,68%
Zacieśnienie współpracy z innymi podmiotami	10,28%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną potrzebę.

Postulowane grupy docelowe wsparcia

Większość respondentów należących do grupy projektodawców oceniła, że katalog osób kwalifikujących się do objęcia wsparciem nie powinien ulec rozszerzeniu, bowiem obecnie jest on wystarczająco obszerny i obejmuje wszystkie grupy odbiorców, które powinny mieć dostęp do oferowanego wsparcia. Niemniej jednak mniejsza grupa respondentów widziała potrzebę rozszerzenia grup docelowych, bowiem nie wszyscy potencjalnie potrzebujący zostali objęci formami wsparcia w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3.

Wykres 83 Ocena zakresu katalogu osób kwalifikujących się do objęcia wsparciem w ramach projektów finansowanych ze środków Działań 8.1, 8.2 i 8.3.



Źródło opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=214.

Rozszerzenie grup docelowych

W świetle uzyskanych wyników badań należy stwierdzić, że jakkolwiek grupy docelowe do, których kierowane było wsparcie w zakresie OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 zostały trafnie dobrane, to zgodnie z postulatami dotyczącymi rozszerzenia form wsparcia, grupy

odbiorców, do których powinna trafić pomoc w przyszłym okresie programowania 2021-2027 powinny zostać rozszerzone o następujące kategorie:

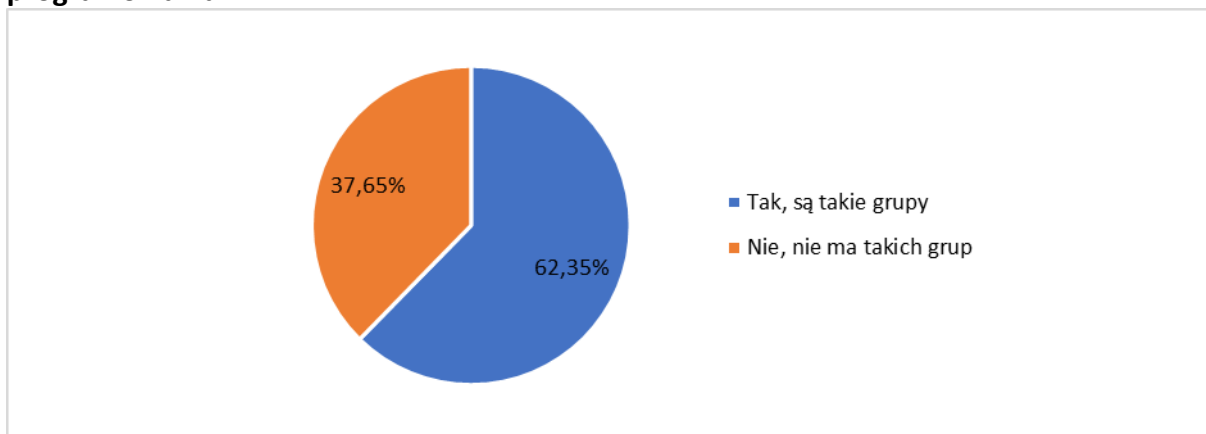
1. o dzieci i młodzież z problemami psychiatrycznymi lub z obszaru zdrowia psychicznego ze względu na wzrost liczby osób wymagających pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej, dzieci i młodzież z wadami rozwojowymi i wadami postawy;
2. o pacjentów z problemami zdrowotnymi po przejściu COVID-19, którzy przebyli chorobę powyżej 12 miesięcy od zakończenia leczenia związanego z COVID-19 (od początku pandemii) bez stosowania kryterium miejsca zamieszkania ze względu na dalekosiężne skutki COVID-19;
3. o lekarzy, pielęgniarki i studentów kierunków medycznych w związku z występowaniem trwałego problemu deficytów kadrowych w obszarze ochrony zdrowia;
4. o migrantów również państw trzecich (w tym ofiar handlu ludźmi), którzy otrzymali status uchodźcy, zgodę na pobyt czasowy lub ochronę uzupełniającą ze względu na wysoki stopień zagrożenia wykluczeniem społecznym;
5. o osoby tworzące, tzw. „kręgi wsparcia” i pomocy sąsiedzkiej w związku z postępowaniem procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz wzrostem znaczenia „nieformalnych sieci wsparcia”;
6. o osoby tworzące wolontariat międzypokoleniowy lub wewnątrzpokoleniowy dla osób w wieku senioralnym w ramach wsparcia dla innych osób w zbliżonym wieku;
7. o mieszkańców obszarów wiejskich świadczących usługi turystyczne w ramach tzw. „turystyki wiejskiej”, które oferowane są w szczególności osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym, np. osobom starszym, osobom niesamodzielnym lub osobom z niepełnosprawnościami;
8. o mieszkańców lokalnych społeczności podejmujących działania w zakresie społecznym i zdrowotnym w środowisku lokalnym na rzecz dobra wspólnego w związku z budowaniem tzw. „nieformalnego kapitału społecznego”;
9. o osoby wymagające wsparcia „mentoringowego i coachingowego” i dostosowania pomocy do ich specyficznych potrzeb ze względu na zasady aktywnej integracji;
10. o rolników, osoby starsze, w tym emerytów i rencistów oraz osoby działające oddolnie np. w ramach Kół Gospodyń Wiejskich, Straży Pożarnych mogących być włączanych w przedsięwzięcia w zakresie ekonomii społecznej sprzyjające aktywnemu i pełnemu uczestnictwu w życiu społecznym.

Działania, które powinny zostać zaimplementowane, aby poprawić sytuację takich grup powinny oprzeć się na dokładnym diagnostycznym rozpoznaniu ich specyficznych potrzeb. Zatem przygotowanie odpowiedniej diagnozy powinno stać się podstawą wyboru form i zakresu wsparcia.

Grupy, które w szczególności należy objąć wsparciem

Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych wskazują, że pomimo pozytywnej oceny form wsparcia oferowanych w ramach OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020 i trafności w doborze grup docelowych znaczący odsetek respondentów stwierdził, że w regionie nadal istnieją grupy społeczne, którym należy poświęcić szczególną uwagę w przyszłym okresie programowania.

Wykres 84 Odsetek podmiotów realizujących projekty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2, które stwierdziły, że wśród odbiorców wsparcia świadczonego w ramach tych Działań są grupy którym należy poświęcić większą uwagę niż dotychczas, i które w szczególności powinny zostać objęte wsparciem w przyszłym okresie programowania.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=255.

Przedstawiciele instytucji świadczących wsparcie w Działaniu 8.1 wskazali wiele szczegółowo określonych grup, którym należy się zwrócić uwagę w przyszłym okresie programowania. Biorąc pod uwagę przypisane liczebności wskazań największy odsetek wskazań otrzymały osoby starsze. Zastosowanie procedury typologicznej pozwoliło przypisać szczegółowo wskazane grupy do określonych kategorii wyróżnić rodzaje tych grup. Na czele takiego hierarchicznego uporządkowania znalazły się dzieci: w wieku od 3-8 lat, z rodzin patologicznych i dysfunkcyjnych, pozostające w pieczy zastępczej oraz z niepełnosprawnościami. W następnej kolejności wskazano kobiety, w tym kobiety w ciąży, samotne matki, narażone na przemoc domową, powyżej 50 roku życia oraz długotrwale bezrobotne. W trzeciej grupie znalazły się osoby przewlekle chore i ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi, osoby z niepełnosprawnościami, osoby po powikłaniach COVID-19, chorzy psychicznie oraz uzależnieni. Osobną kategorię stanowili uchodźcy (szczególnie przybywający w wyniku wojny na Ukrainie) wymagający natychmiastowego wsparcia i którym zdaniem respondentów powinno poświęcić się szczególną uwagę w FEO 2021-2027.

Tabela 24 Grupy, którym należy poświęcić większą uwagę niż dotychczas, i które w szczególności powinny zostać objęte wsparciem w przyszłym okresie programowania, zdaniem przedstawicieli podmiotów realizujących projekty w ramach Działania 8.1.

Rodzaj grupy	Procent wskazań
Osoby starsze	40,88%

Rodzaj grupy	Procent wskazań
Dzieci z rodzin patologicznych/dysfunkcyjnych	20,13%
Osoby przewlekle chore i ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi	19,50%
Osoby z niepełnosprawnościami	18,87%
Dzieci w pieczy zastępczej	13,84%
Uchodźcy	13,21%
Osoby po powikłaniach COVID-19	9,43%
Kobiety w ciąży	8,18%
Uzależnieni	6,29%
Młodzież powyżej 15 roku życia	5,66%
Dzieci z niepełnosprawnościami	5,03%
Kobiety	3,14%
Inne	3,14%
Długotrwale bezrobotni	2,52%
Osoby ubogie	2,52%
Chorzy psychicznie	1,89%
Osoby samotne	1,89%
Kobiety narażone na przemoc domową	1,89%
Kobiety powyżej 50 roku życia	1,89%
Osoby starsze powyżej 70 roku życia	1,26%
Samotne matki	1,26%
dzieci do lat 8	1,26%
Bezdomni	0,63%
Kobiety długotrwale bezrobotne	0,63%
Otoczenie osób objętych wsparciem	0,63%
Przedsiębiorstwa społeczne	0,63%
Dzieci	0,63%
dzieci do lat 7	0,63%
dzieci do lat 3	0,63%
Osoby niesamodzielne	0,63%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, n=159. Procenty nie sumują się do 100 można było wskazać więcej niż jedną grupę odbiorców.

Trafne i wczesne diagnozowanie potrzeb rozwojowych dzieci i młodzieży znajdujących się w opiece instytucjonalnej innej niż piecza zastępcza powinno stanowić podstawę starań o zapewnienie im warunków, które umożliwią ujawnienie ich potencjału rozwojowego oraz umożliwią przygotowanie do dorosłego życia. Dzieci i młodzież wychowująca się w opiece instytucjonalnej posiada, bowiem specjalne potrzeby rozwojowe, które wynikają zarówno z uwarunkowań biologicznych jak i społecznych. Identyfikacja potrzeb związanych z rozwojem biologicznym musi dokonywać się poprzez czynności diagnostyczne podejmowane przez lekarzy, podobnie jak diagnostyka szeroko rozumianych wszelkich innych potrzeb związanych z ich rozwojem i socjalizacją do społeczeństwa powinna być dokonywana przez specjalistów (psychologów, socjologów i pedagogów). Identyfikacja i zaspokajanie specjalnych potrzeb dzieci i młodzieży wymaga wypracowania całokształtu skoordynowanego, wielospecjalistycznego systemu, w którym specjaliści wraz z osobami bezpośrednio

opiekującymi się dziećmi i młodzieżą pozostającymi w pieczy instytucjonalnej będą w stanie zidentyfikować nie tylko ich potrzeby, ale również określić konieczny system wsparcia terapeutycznego i edukacyjnego z zachowaniem właściwych standardów postępowania diagnostycznego. W procesie identyfikacji potrzeb powinny także, co oczywiste uczestniczyć dzieci i młodzież, niemniej jednak całość takiego przedsięwzięcia wymaga starannego i specjalistycznego przygotowania.

Identyfikacja obszarów wykluczonych komunikacyjnie, czyli pozbawionych możliwości korzystania z transportu publicznego mieszkańców danego obszaru jest diagnostycznie trudnym przedsięwzięciem. Ze szczególnymi trudnościami mamy do czynienia w kontekście wsparcia osób starszych i z niepełnosprawnościami, które mogłyby skorzystać z usługi dowozu do miejsc świadczenia podstawowych potrzeb życiowych (tzw. „door to door”). Właściwym postępowaniem w takim wypadku jest przeprowadzenie badań diagnostycznych, w których po pierwsze zostaną określone obszary pozbawione możliwości korzystania z transportu publicznego poprzez zebranie informacji wśród przewoźników obsługujących dany teren i sprawdzenie danych statystycznych wskazujących ilość takich osób zamieszkujących ten obszar, można również wykorzystać dane znajdujące się w parafiach; po drugie badań wśród służb pomocy społecznej oraz pracowników socjalnych, którzy znając dany teren będą w stanie wskazać osoby starsze i z niepełnosprawnościami na danym obszarze, które powinny skorzystać z usługi dowozu; po trzecie poprzez sołtysów, którzy przekazą informacje mieszkańcom danej miejscowości i poproszą o zgłaszanie osób starszych i z niepełnosprawnościami, które powinny zostać objęte wsparciem tego typu.

Wyniki przeprowadzonych badań ilościowych i jakościowych wskazują na wysoki stopień zainteresowania udziałem w oferowanych formach wsparcia wyrażany przez potencjalnych odbiorców wsparcia oraz podmioty/instytucje kwalifikujące się do objęcia wsparciem. Należy, zatem utrzymać istniejący już system działań informacyjnych skierowanych do potencjalnych odbiorców wsparcia w ich zróżnicowanych formach. Wśród instytucji potencjalnie mogących aplikować o wsparcie wysoką oceną cieszyły się konsultacje udzielane przez pracowników Departamentu Funduszy Europejskich i wobec tego ten rodzaj działań należy kontynuować. Niemal wszystkie podmioty realizowały działania informacyjne skierowane do potencjalnych odbiorców wsparcia w zróżnicowanych formach zarówno w sposób bezpośredni poprzez indywidualne kontakty jak również poprzez informacje zamieszczane w mass-mediach o lokalnym i regionalnym zasięgu, a w szczególności w mediach społecznościowych, które oceniono jako wysoce skuteczne. Niemniej jednak nie należy również pomijać tradycyjnych form informacyjno-promocyjnych takich jak ulotki, czy ogłoszenia, na które potencjalni odbiorcy wsparcia również zwracają uwagę.

Współpraca instytucjonalna, pomiędzy podmiotami realizującymi wsparcie w obszarze ochrony zdrowia, pomocy i ekonomii społecznej w świetle wyników badań została oceniona pozytywnie. Niemal wszystkie podmioty deklarowały, że ściśle współpracowały ze sobą zarówno przy ustalaniu oferty wsparcia jak i przy opracowywaniu strategii informacyjnej oraz sposobów komunikowania się i dotarcia do grup docelowych. Zatem nie wymaga ona

intensyfikacji, ale raczej usprawnienia. Dotyczy to szczególnie jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów z obszaru ekonomii społecznej, które w świetle wyników badań powinny bardziej znacząco wspierane przez lokalny samorząd. Właściwym działaniem mogłaby być kontynuacja promocji tego sektora przez ROPS, jako jednostki pełniące zadania koordynujące.

W świetle wykonanych analiz należy stwierdzić, że szczególnego wsparcia w zakresie przeciwdziałania zjawisku wykluczenia społecznego i wsparcia rozwoju ekonomii społecznej w perspektywie finansowej 2021-2027 będą wymagały obszary wiejskie.

Oddzielną kwestię stanowi sektor ekonomii społecznej, a dokładnie rozwoju przedsiębiorstw społecznych, które rozwijają się w regionie stosunkowo słabo. Szczególnego wsparcia w tym zakresie będzie wymagał w subregionie północnym powiat namysłowski, w subregionie środkowym powiat opolski oraz w subregionie południowym powiat krapkowicki, ponieważ na tych obszarach nie powstało w latach 2014-2020 ani jedno przedsiębiorstwo społeczne.

Ocena wskazanych form wsparcia oraz grup odbiorców.

W województwie opolskim wciąż istotnym źródłem wykluczenia społecznego są: niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba jak również stan zdrowia psychicznego mieszkańców regionu. Kolejnym czynnikiem wpływającym na zjawisko wykluczenia społecznego są też uzależnienia (głównie od alkoholu). Z uzależnieniami sprzężone są również inne problemy, jak choćby bezrobocie, zła kondycja zdrowotna (fizyczna lub psychiczna), czy przemoc w rodzinie. Sytuacja opolskich rodzin w pewnych aspektach ulega poprawie, w innych aspektach widać pogłębianie się negatywnych zjawisk. Niekorzystnie też prezentuje się struktura gospodarstw domowych (znacząca przewaga gospodarstw jedno i dwuosobowych nad gospodarstwami cztero- i pięcioosobowymi). Obserwowane w regionie zmiany społeczno-demograficzne rodzą określone implikacje dla zjawiska wykluczenia społecznego. Niedostosowana infrastruktura społeczna i zdrowotna do rosnącej liczby osób starszych stanowi ważne źródło wykluczenia społecznego. Wraz z pogłębianiem się negatywnych procesów demograficznych sytuacja ta może ulec pogorszeniu.

Należy jednak zwrócić uwagę, że nadal są trzy grupy narażone w sposób szczególny na zjawisko wykluczenia i bezrobocia. Są to:

- osoby starsze,
- osoby z niepełnosprawnościami,
- kobiety, ponieważ w regionie odsetek kobiet wśród bezrobotnych wzrasta. Należy przy tym podkreślić, że po wprowadzeniu świadczenia dla rodzin (Program Rodzina 500 Plus) wśród kobiet spadł współczynnik aktywności zawodowej. Rezygnując z aktywności zawodowej na rzecz opieki nad dziećmi kobiety narażają się na niskie świadczenia emerytalne w przyszłości i zagrożenie wykluczeniem społecznym¹⁰⁶,
- dzieci.

¹⁰⁶I. Magda, A. Kiełczewska, N. Brandt, The "family 500 + " child allowance and female labour supply in Poland, Instytut Badań Strukturalnych, OECD. Warszawa, marzec 2018.

Wymienione grupy należy uzupełnić o jeszcze jedną grupę, mianowicie migrantów, w tym uchodźców przybywających do województwa opolskiego w wyniku wojny w Ukrainie.

Odpowiedniej wagi nabiera więc kontynuacja działań mających na celu poprawę dostępu osobom starszym do wysokiej jakości usług opiekuńczych, społecznych i zdrowotnych.

Oddzielną i ważną kwestię stanowi wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie i pomoc społeczną w regionie, której zasięg i skutki spowodowały konieczność wprowadzenia nowego rodzaju wsparcia już w RPO WO 2014-2020.

Wskazane zjawiska stanowią ważną przesłankę dla kontynuowania interwencji w ramach FEO 2021-2027. W związku z tym uznano za niezbędne kontynuację i sprostanie następującym wyzwaniom w zakresie wykluczenia społecznego:

- dalsze przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom pandemii;
- aktywizacji na rynku pracy [...] wsparcia przedsiębiorstw społecznych i ekonomii społecznej;
- zapewnienia wsparcia dla osób starszych i niesamodzielnych w codziennym funkcjonowaniu (usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne oraz asystenckie, często niedostępne ze względu na brak środków finansowych lub miejsce zamieszkania);
- zapewnienia wsparcia osobom bezdomnym, do tej pory marginalizowanym, a wymagające specyficznej, złożonej pomocy;
- ograniczenia wykluczenia społecznego dzieci powodowane m.in. przebywaniem w niekorzystnym środowisku opiekuńczo-wychowawczym rodziny dysfunkcyjnej oraz dzieci z rodzin wielodzietnych;
- wzmożonego napływu imigrantów, w tym zwłaszcza obywateli Ukrainy.

W odpowiedzi na występujące w regionie wyzwania w zakresie wykluczenia społecznego i zdrowia w dokumencie FEO 2021-2027 wskazano zróżnicowane formy wsparcia (typy projektów) wyróżnionych w ramach poszczególnych priorytetów, które z jednej strony stanowią kontynuację form wsparcia (typów projektów) realizowanych w RPO WO 2014-2020 z drugiej stanowią ich rozszerzenie. Korespondencję pomiędzy typami projektów pokazują poniższe tabele.

Tabela 25 Porównanie form wsparcia (typów projektów) w RPO WO 2014-2020 OP VIII Integracja społeczna i FEO 2021-2027 Opolskie Silne Społecznie.

	<i>FEO 2021-2027. Typy projektów</i>					
RPO WO 2014-2020 OP VIII Integracja Społeczna Typy projektów	Kompleksowe programy aktywizacji osób biernych zawodowo oraz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem (usługi reintegracji społeczno-zawodowej	Działania na rzecz rozwoju ekonomii społecznej	<i>Usługi społeczne:</i> rozwój usług opiekuńczych nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w tym starszych i z niepełnosprawnościami). Działania w zakresie wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. kompleksowa integracja dzieci i młodzieży wymagającej resocjalizacji i reintegracji,	<i>Usługi zdrowotne :</i> -choroby cywilizacyjne, -opieka nad osobami starszymi, w tym z niepełnosprawnościami -opieka nad matką i dzieckiem.	Wspieranie integracji społeczno-gospodarczej społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie	Wspieranie integracji społeczno-gospodarczej obywateli państw trzecich, w tym migrantów
Usługi zdrowotne -choroby cywilizacyjne, -opieka nad osobami starszymi, w tym z niepełnosprawnościami, -opieka nad matką i dzieckiem.				X		
usługi społeczne -wsparcie rodziny i pieczy zastępczej; -wsparcie dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.			X			
Kompleksowe programy aktywizacji społeczno-zawodowej realizujące usługi aktywnej integracji o charakterze społecznym, edukacyjnym, zawodowym i zdrowotnym.	X					
Wsparcie podmiotów ekonomii społecznej		X				

Źródło: opracowanie własne na podstawie Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, wersja nr 7, Opole, listopad 2021; Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, zakres Europejski Fundusz Społeczny, wersja nr 47, Opole, listopad 2021; Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027. Projekt, wersja nr 3. Opole, październik 2022 r.

Zidentyfikowane wyzwania dla rozwoju regionu w tym obszarze stanowią o konieczności kontynuacji w programie Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 następujących typów projektów podejmowanych w RPO WO 2014-2020 mających na celu włączenie i integrację społeczną:

- bardzo dobrze ocenianego projektu tzw. kurierów społecznych, którzy pomocą objęli ponad 3200 osób;
- wsparcia podmiotów ekonomii społecznej, którym w poprzednim okresie programowania objęto 250 podmiotów;
- usług teleopieki;
- działań o charakterze integracyjnym w zakresie pomocy społecznej, w latach 2014-2020 wsparcie uzyskało ponad 2200 osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej;
- działań o charakterze integracyjnym realizowanych przez WTZ-y, ZAZ-y, które są podstawowymi formami aktywności wspomagającymi proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych o zróżnicowanych zadaniach, zgodnie z opracowanym indywidualnym programem rehabilitacji i terapii dla uczestników;
- rozwoju pieczy zastępczej, w RPO WO 2014-2020 105 dzieci umieszczono w rodzinnych formach pieczy zastępczej, natomiast ponad 2 tys. dzieci przebywających w pieczy zastępczej skorzystało z różnych form integracji społecznej;
- działań na rzecz włączenia społecznego imigrantów, zwiększenie atrakcyjności osiedleńczej regionu i działań na rzecz ich adaptacji.

W programie Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 słusznie przyjęto, że w województwie opolskim jednym z kluczowych wyzwań w zakresie ochrony zdrowia jest dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba lekarzy w 2020 r. wzrosła w porównaniu do 2014 r., jednak wciąż jest dużo niższa, niż średnia krajowa. Wskazana jest, więc w programie FEO 2021-2027 realizacja projektów zwiększających dostępność do usług zdrowotnych. Będzie to kontynuacja działań podjętych w ramach RPO WO 2014-2020, w którym w ramach opieki nad matką i dzieckiem kobiety otrzymały wsparcie w formie badań prenatalnych, a także w zakresie mobilnej opieki okołoporodowej i poradnictwa specjalistycznego dla rodziców, jak również dzieci zostały objęte wsparciem dotyczącym pogłębionej diagnostyki rozwoju. W FEO 2021-2027 wskazano także na konieczność podjęcia działań dotyczących rozwoju deficytowych, choć kluczowych dla regionu obszarów ochrony zdrowia, tj. m.in. rehabilitacji medycznej, kardiologii, czy psychiatrii. Ze względu na fakt, że do 2030 r. region będzie jednym z najstarszych demograficznie zwiększy się zapotrzebowanie na usługi z zakresu m.in.: opieki paliatywnej, hospicyjnej oraz długoterminowej, a także na usługi zdrowotne, którymi w ramach RPO WO 2014-2020 objęto osoby starsze, również w formie teleopieki oraz utworzenia miejsc w dziennych domach opieki. W latach 2014-2020 prowadzone były zarówno działania usprawniające, jak i polepszające jakość usług medycznych, a także działania z zakresu promocji zdrowia. Projekty dotyczyły wyposażania placówek i poprawy dostępu do nich, np. poprzez rozwój infrastruktury towarzyszącej, co umożliwiło mieszkańcom województwa skorzystanie z ulepszonych usług medycznych.

Zatem sytuacja regionu w sektorze zdrowia poprawiła się, jednak konieczne jest kontynuowanie działań przyczyniających się do usprawniania systemu ochrony zdrowia, poprzez zróżnicowane działania, w tym poprzez poprawę równego i szybkiego dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych i opiekuńczych. Wskazane zjawiska stanowią ważną przesłankę dla kontynuowania interwencji w ramach FEO 2021-2027. W związku z tym uznano za niezbędne kontynuację i sprostanie następującym wyzwaniom w zakresie:

- zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych poprzez realizację programu zdrowotnego dla dzieci, w tym dla dzieci z wadami postawy, które stanowią ten typ zaburzeń, które nie zostaną odpowiednio wcześniej wyleczone przyniosą wiele dolegliwości w wieku późniejszym, wtedy też ich korekcja będzie znacznie trudniejsza, mogą również przyczynić się do dotknięcia dzieci znacznym stopniem niepełnosprawności, a ponadto koszty leczenia chorób tego typu pogłębiających się wraz z wiekiem będą o wiele wyższe;
- przeciwdziałania istniejącym i pogłębiającym się nierównościom w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej;
- zapobiegania zachorowaniom na tzw. choroby cywilizacyjne, które powodują większość przedwczesnych zgonów i zagrażają jakości życia osób również w młodszym wieku;
- rozwoju deficytowych, choć kluczowych dla regionu, obszarów ochrony zdrowia (geriatrii, onkologii, rehabilitacji medycznej, kardiologii i psychiatrii);
- zapotrzebowania na usługi z zakresu m.in. opieki paliatywnej, hospicyjnej i długoterminowej;
- usprawnienia, jak i polepszenia jakości usług medycznych oraz promocji zdrowia.

Tabela 26 Porównanie form wsparcia (typów projektów) w RPOWO 2014-2020 OP X i FEO 2021-2027 Opolskie Silne Społecznie w ramach poszczególnych priorytetów.

	<i>FEO 2021-2027 Typy projektów</i>			
RPOWO 2014-2020 OP X Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną Typy projektów	Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie w celu poprawy ogólnej wydajności i zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie m.in.: usług zdrowotnych skierowanych do dzieci, opieki okołoporodowej nad matką i dzieckiem, leczenia chorób wewnętrznych i kardiologicznych oraz rehabilitacji	Wzmocnienie roli POZ i AOS w dostarczaniu dobrej jakości usług zdrowotnych oraz poprawy dostępności do podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w szczególności na obszarach wiejskich, poprzez inwestycje infrastrukturalne,	Wdrażanie reformy psychiatrii poprzez tworzenie centrów zdrowia psychicznego oraz dziennych oddziałów psychiatrycznych	Deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej w regionie poprzez: -rozwój opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i/lub z niepełnosprawnościami (np. poprzez tworzenie DDOM-ów; -wsparcie rozwoju systemu opieki długoterminowej, paliatywnej oraz hospicyjnej zgodnie z zasadami deinstytucjonalizacji.
Inwestycje polegające na dostosowaniu infrastruktury do świadczenia usług w zakresie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym starszymi i z niepełnosprawnościami				X
inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem;	X			
inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie podnoszące wydajność leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów złośliwych; - inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie podnoszące wydajność usług medycznych w zakresie anestezjologii oraz intensywnej terapii;	X			
Inwestycje w sprzęt medyczny/wyposażenie i sprzęt sanitarny przyczyniający się do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19, - inwestycje dotyczące tymczasowego dostosowania szpitali lub przekształcanie części szpitali w izolowane oddzielne jednostki służące przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się wirusa COVID19.	X			

Źródło: opracowanie własne na podstawie Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, wersja nr 7, Opole, listopad 2021; Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, zakres Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, wersja nr 53, Opole, maj 2022; Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027. Projekt, wersja nr 3. Opole, październik 2022 r.

Zidentyfikowane wyzwania dla rozwoju regionu w obszarze zdrowia stanowią o konieczności kontynuacji w programie Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 następujących typów projektów podejmowanych w RPOWO 2014-2020 mających na celu ochronę zdrowia:

- realizowanych w latach 2014-2020 programów zdrowotnych, w tym w zakresie chorób cywilizacyjnych (głównie z zakresu otyłości i cukrzycy, usługami zdrowotnymi w latach 2014-2020 w ramach powyższych programów objęto ponad 150 tys. osób);
- działań *SRWO 2020* oraz *Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020* usprawniających i polepszających jakość usług medycznych oraz z zakresu promocji zdrowia;
- działań w zakresie odpowiedniego wyposażenia placówek, poprawy dostępu do nich, np. poprzez rozwój infrastruktury towarzyszącej, w ramach RPO WO 2014-2020 wsparto 74 podmioty lecznicze, co pozwoliło mieszkańcom aż 8 mln razy skorzystać z ulepszonych usług medycznych¹⁰⁷.

Należy zatem cenić, że program FEO 2021-2027 został dobrze przygotowany w odpowiedzi na zidentyfikowane wyzwania, potrzeby i problemy województwa opolskiego.

Nową grupę docelową, na którą zwrócono uwagę postulując, aby zaprogramować działania skierowane, przede wszystkim do tej grupy stanowią dzieci i młodzież (szczególnie młodzież wymagającą resocjalizacji, ze środowisk dysfunkcyjnych, do której, zdaniem respondentów, nie ma kierowanego specjalistycznego wsparcia), przede wszystkim dotyczącego zagospodarowania czasu wolnego jak również specjalistycznej opieki psychologiczno-pedagogicznej. Drugą wskazywaną grupą docelową byli imigranci nie tylko z Ukrainy, ale również z innych państw trzecich. Uznano, że dotychczasowe możliwości wsparcia w zakresie zdrowia i pomocy społecznej są zbyt ograniczone. Kolejna grupa docelowa, która często była wskazywana to osoby mające problemy psychiczne (w tym dzieci i młodzież). W związku z ograniczonymi możliwościami korzystania z usług zdrowotnych w zakresie wsparcia psychiatrycznego wskazywano na konieczność uwzględnienia tego typu interwencji w programie również w kierunku procesu deinstytucjonalizacji.

Postulaty dotyczące nowych możliwości wsparcia odnoszą się przede wszystkim do przedsiębiorstw społecznych i konieczności zmian w logice interwencji, która powinna w większym stopniu być ukierunkowana na wsparcie już działających PS i ich różnorodnych potrzeb rozwojowych, a odchodzić od jednoznacznego ukierunkowanie interwencji na wzrost zatrudnienia w PS. Rekomendujemy więc przeorientowanie znaczącej części wsparcia sektora ES na wsparcie podmiotów już działających, niezwiązane z tworzeniem nowych miejsc pracy. Wsparcie ES zorientowane jest przede wszystkim na tworzenie nowych PS oraz stymulowanie zatrudnienia w PS, wobec czego PS w celu uzyskania wsparcia decydują się często na zatrudnienie nowych pracowników, choć nie stanowi to ich najpilniejszej potrzeby rozwojowej. W kwestii projektów ES wskazywano na konieczność wprowadzenia narzędzi ekonomicznych analogicznych jak w tarczy anty kryzysowej i instrumentów zwrotnych oraz

¹⁰⁷ Fundusze Europejskie..., op., cit.

projektów inwestycyjnych dla przedsiębiorstw ekonomii społecznej. Postulowano również, aby projekty z zakresu Ekonomii Społecznej były przyznawane z rozszerzeniem wsparcia w dostępie do kultury jako elementu reintegracji społecznej oraz wprowadzenia przedsiębiorstw ekonomii społecznej do sieci.

Ważne postulaty dotyczyły również intensyfikacji działań związanych z budowaniem potencjału organizacji społeczeństwa obywatelskiego, przede wszystkim NGO-sów. Kluczową sprawą staje się intensyfikacja współpracy JST i NGO w zakresie organizacji pieczy zastępczej oraz usług na rzecz dziecka i rodziny, a także wypracowanie standardów tej współpracy pomiędzy instytucjami, ponieważ NGO mają ograniczony potencjał w zakresie organizacji wsparcia dla rodzin. Współpraca z jednostkami powiatowymi w zakresie organizacji pieczy zastępczej mogłaby wpłynąć na większą skuteczność w dotarciu do osób potrzebujących wsparcia w tym zakresie. Inne korzyści ze współpracy wiążą się z możliwością zapewnienia wysokiej jakości usług np. dzięki możliwości wykorzystania potencjału merytorycznego partnerów i ich zaplecza technicznego. Koniecznym wydaje się również w FEO 2021-2027 przewidzenie intensywnych działań informacyjno-promocyjnych skierowanych przede wszystkim do organizacji non-profit wyjaśniających planowane reguły wsparcia oraz zalecane sposoby jego realizacji.

Niezbędna wydaje się również intensyfikacja działań w zakresie promocji idei rodzicielstwa zastępczego oraz zintegrowanie tych działań ze zwiększaniem dostępności do specjalistycznego poradnictwa dla osób sprawujących pieczę zastępczą. Wsparcie w niewielkim stopniu uwzględniało projekty w zakresie kształcenia kandydatów na rodziny zastępcze i adopcyjne oraz doskonalenia osób sprawujących rodzinną pieczę zastępczą (spokrewnionych, niezawodowych i zawodowych rodzin zastępczych). Niezbędne jest zapewnienie dostępu do szkoleń, umożliwiających opiekunom sprawującym pieczę zastępczą zdobycie nowych umiejętności, jak również aktualizowanie już posiadanej wiedzy także po zakończeniu wsparcia zidentyfikowano potrzebę ciągłego podnoszenia kompetencji w zakresie pełnienia pieczy zastępczej. W związku z dynamiczną sytuacją rodzin zastępczych, usamodzielnianiem się wychowanków i opuszczaniem przez nich pieczy, przyjmowaniem na ich miejsce kolejnych dzieci będących na różnym etapie rozwoju niezbędne jest zapewnienie dostępu do szkoleń, umożliwiających opiekunom sprawującym pieczę zastępczą zdobycie nowych umiejętności, jak również aktualizowanie już posiadanej wiedzy także po zakończeniu wsparcia, co oznaczałoby w FEO 2021- 2027 przyjęcie zasady trwałości tj. zapewnienia wsparcia kompetencyjnego osobom opuszczającym pieczę zastępczą minimum 12 miesięcy po zakończeniu działań projektowych.

Niemal powszechnie postulowano wprowadzenie działań wspierających związanych z aktywizacją zawodową i adaptacyjną uchodźców, jak również wsparcie edukacji szkolnej ich dzieci. Istniejące możliwości w tej kwestii są, zdaniem respondentów niezadawalające.

Kolejną ważną kwestię stanowiła postulowana konieczność rozszerzenia usługi dowozu osób starszych do jakichś miejsc publicznych (np. bank, urząd gminy itp.) w ramach wsparcia projektowego. Z kolei jeśli chodzi o wsparcie z zakresu usług zdrowotnych postulowano o

rozszerzenie programów rehabilitacyjnych, szczególnie z uwzględnieniem usługi kontroli pocovidowej, jako wsparcia dla pozostawania w aktywności zawodowej lub powrotu na rynek pracy, osób, które będąc w wieku produkcyjnym zachorowały na COVID-19 i mogą być poza rynkiem pracy.

Model logiczny teorii zmiany przyjętej w FEO 2021-2027.

Tabela 27 Matryca powiązań przyczynowo skutkowych w obszarze ochrony zdrowia oraz pomocy i ekonomii społecznej

Ponieważ w regionie zachodzi potrzeba	O czym świadczą następujące przesłanki	To jeżeli w perspektywie finansowej 2021-2027 podejmiemy działania ukierunkowane na:	Których adresatami będą:	Oraz uwzględnimy następujące zagrożenia:	To osiągniemy następujące efekty:	Które przełożą się na wzrost jakości życia mieszkańców województwa opolskiego w wyniku:
<p>Wspierania aktywnego włączenia społecznego oraz zwiększania zdolności do zatrudnienia, w szczególności grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej i zawodowej.</p>	<p>-Wysoki udział osób biernych zawodowo w tym kobiet. -Niski odsetek osób z niepełnosprawnościami, znajdujących zatrudnienie na rynku pracy. - Niewystarczająca dostępność podmiotów reintegracji społeczno-zawodowej. - Słaby potencjał i kondycja finansowa PES.</p>	<p>1.Wsparcie na rzecz minimalizowania wykluczenia społecznego -kompleksowe programy aktywizacji osób biernych zawodowo oraz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem (aktywizacja społeczna, zawodowa, edukacyjna i zdrowotna) -usługi reintegracji społeczno-zawodowej realizowane w ramach centrów i klubów integracji społecznej, warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności zawodowej. - działania na rzecz zapewnienia osobom zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym dostępu do dóbr kultury / wzmacnianie uczestnictwa w kulturze (w tym aktywności kulturotwórcze, kreatywne), a także dostępu do ciekawych form spędzania wolnego czasu i rekreacji 2.Działania na rzecz rozwoju ekonomii społecznej - tworzenie nowych miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych, - usługi wsparcia ekonomii społecznej i przedsiębiorstw społecznych zgodne z KEPRES, -wsparcie realizacji indywidualnego procesu reintegracji do 36 miesięcy, - ekonomizacja istniejących organizacji pozarządowych. 3. Podnoszenie kwalifikacji kadr ekonomii społecznej i pomocy społecznej, wynikające z regionalnych i lokalnych potrzeb.</p>	<p>- osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym -bierni zawodowo -podmioty ekonomii społecznej - kadry ekonomii społecznej i pomocy społecznej</p>	<p>Dalsze konsekwencje pandemii COVID-19 oraz niekorzystne trendy gospodarcze.</p>	<p>-Spadek liczby osób bezrobotnych, w tym długotrwale bezrobotnych. -Spadek liczba osób biernych zawodowo. -Wzrost liczby osób poszukujących pracy. - Rozwój istniejących podmiotów ekonomii społecznej. -Wzrost liczby podmiotów ekonomii społecznej. -Zwiększenie się w regionie liczby osób, których sytuacja społeczna uległa poprawie.</p>	<p>- Zmniejszenia się w regionie poziomu ubóstwa.</p>

Ponieważ w regionie zachodzi potrzeba	O czym świadczą następujące przesłanki	To jeżeli w perspektywie finansowej 2021-2027 podejmiemy działania ukierunkowane na:	Których adresatami będą:	Oraz uwzględnimy następujące zagrożenia:	To osiągniemy następujące efekty:	Które przełożą się na wzrost jakości życia mieszkańców województwa opolskiego w wyniku:
Wspierania integracji społeczno-gospodarczej obywateli państw trzecich, w tym migrantów.	<ul style="list-style-type: none"> -Niewystarczająca znajomość języka polskiego wśród migrantów. -Niska adaptacja w społeczności lokalnej. - Spadek zasobów pracy. -Brak podaży pracy do zawodów niewymagających kwalifikacji. 	<ul style="list-style-type: none"> - wsparcie migrantów zarobkowych oraz pracodawców w procesie integracji na rynku pracy, - wsparcie integracji społecznej obywateli państw trzecich, w tym m.in.: edukacja włączająca i wsparcie o charakterze adaptacyjnym, - wsparcie potencjału organizacji pozarządowych obywateli państw trzecich. 	<ul style="list-style-type: none"> -obywatele państw trzecich i ich rodziny, -bezpieństwowcy, -osoby o nieokreślonym obywatelstwie, -osoby objęte ochroną międzynarodową, w tym uchodźcy, -organizacje pozarządowe działające na rzecz obywateli państw trzecich. 	Dalsze konsekwencje pandemii COVID-19 oraz niekorzystne trendy gospodarcze.	<ul style="list-style-type: none"> -Wzrost liczby osób z krajów trzecich poszukujących pracy. -Wzrost liczby osób z krajów trzecich pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek. 	Poprawy sytuacji na opolskim rynku pracy poprzez zwieszenie zasobów pracy w tym do zawodów niewymagających kwalifikacji
Integracji społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osób najbardziej potrzebujących i dzieci	<ul style="list-style-type: none"> -Niewystarczająca dostępność wsparcia dla rodzin zastępczych, adopcyjnych oraz naturalnych. -Wysoki odsetek dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych -Wzrost skali problemów psychicznych dzieci i młodzieży, związanych z konsekwencjami pandemii COVID-19. -Niewystarczająca dostępność wsparcia dla osób wykluczonych 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Działania w zakresie wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, w tym m.in.: <ul style="list-style-type: none"> -wsparcie rodzin przeżywających problemy opiekuńczo – wychowawcze, -kompleksowa integracja dzieci i młodzieży wymagającej resocjalizacji i reintegracji, -wsparcie pieczy zastępczej, w tym wsparcie procesu deinstytucjonalizacji poprzez tworzenie jej rodzinnych form, -poprawa dostępu do mieszkań o charakterze wspomaganym/chronionym dla osób opuszczających pieczę zastępczą. 2.Działania na rzecz zapewnienia osobom zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym zwłaszcza dzieciom dostępu do dóbr kultury / wzmacnianie uczestnictwa w kulturze (w tym aktywności kulturotwórcze, kreatywne), a także dostępu do ciekawych form spędzania wolnego czasu i rekreacji. 3.Działania na rzecz osób bezdomnych, zagrożonych bezdomnością i/lub innych osób doświadczających 	<ul style="list-style-type: none"> -osoby sprawujące pieczę zastępczą, kandydaci do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, -dzieci, młodzież i młodzi dorośli przebywający w instytucjonalnej pieczy zastępczej i innych placówkach całodobowych o charakterze długoterminowym, -młodzież opuszczająca pieczę zastępczą i inne placówki całodobowe o charakterze długoterminowym, -rodziny wychowujące dzieci, przeżywające problemy opiekuńczo – wychowawcze, 	Niedobór zasobów opieki psychiatrycznej w regionie	<p>Wzrost liczby miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej, które rozszerzyły ofertę wsparcia lub podniosły jakość oferowanych usług.</p> <p>- Wzrost liczby osób których sytuacja społeczna uległa poprawie dzięki objęciu usługami świadczonymi w społeczności lokalnej</p>	-Niwelowania w regionie potencjalnych obszarów wykluczenia społecznego

Ponieważ w regionie zachodzi potrzeba	O czym świadczą następujące przesłanki	To jeżeli w perspektywie finansowej 2021-2027 podejmiemy działania ukierunkowane na:	Których adresatami będą:	Oraz uwzględnimy następujące zagrożenia:	To osiągniemy następujące efekty:	Które przełożą się na wzrost jakości życia mieszkańców województwa opolskiego w wyniku:
	w tym zagrożonych kryzysem bezdomności.	wykluczenia społecznego, (np. osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych), w tym m.in.: terapia uzależnień, streetworking, praca socjalna, usługi zdrowotne, mieszkania wspomagane/chronione, program Najpierw Mieszkanie. 4.Podnoszenie kwalifikacji i kompetencji personelu / kadr działających w obszarze pomocy społecznej i innych obszarach związanych z działaniami wskazanymi powyżej. 5.Przeciwdziałanie ubóstwu energetycznemu poprzez wzmacnianie świadomości w zakresie konieczności oszczędnego korzystania z energii.	-osoby potrzebujące interwencji kryzysowej i ich otoczenie, -ofiary przemocy, w tym przemocy w rodzinie i ich otoczenie, -osoby w kryzysie bezdomności i zagrożone wykluczeniem mieszkaniowym i ich otoczenie, -personel/ kadry systemu pomocy społecznej, a także kadry m.in. świadczące usługi dla ofiar przemocy, osób w kryzysie bezdomności, a także usługi interwencji kryzysowej.			
Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, opieki zdrowotnej oraz ochrony socjalnej	-Niekorzystne zmiany demograficzne w tym m.in.: podwójne starzenie się społeczeństwa oraz rozwój chorób cywilizacyjnych. -Niewystarczająca dostępność do usług zdrowotnych, opiekuńczych i społecznych. zwłaszcza przez nieformalne sieci wsparcia oraz	1. Działania w zakresie usług zdrowotnych, w tym m.in.: -realizacja programów zdrowotnych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, -dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą in vitro i/lub realizacja programu zdrowotnego w zakresie leczenia niepłodności, -realizacja programów zdrowotnych w zakresie: opieki nad matką i dzieckiem, ochrony zdrowia psychicznego (m.in. rozwój usług w Centrach Zdrowia Psychicznego), -realizacja usług zdrowotnych skierowanych do dzieci w tym z niepełnosprawnościami (m.in.: wczesna diagnoza niepełnosprawności, wczesne wspomaganie rozwoju dziecka, diagnoza chorób i zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego, rewalidacja),	-mieszkańcy regionu w zakresie zapobiegania chorobom będącym istotnym problemem regionu, leczenia niepłodności oraz w zakresie zdrowia psychicznego, -noworodki, dzieci i kobiety w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, -dzieci (w tym z niepełnosprawnościami) – w zakresie m.in.: wczesnego wykrywania	-Niska kondycja finansowa JST powstrzymująca inwestycje w usługi zdrowotne i ochrony socjalnej	-Wzrost liczby wdrożonych programów polityki zdrowotnej istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu -Wzrost liczby osób objętych programami polityki zdrowotnej -Wzrost liczby podmiotów leczniczych, które	Zwiększenia w regionie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych opiekuńczych i społecznych.

Ponieważ w regionie zachodzi potrzeba	O czym świadczą następujące przesłanki	To jeżeli w perspektywie finansowej 2021-2027 podejmiemy działania ukierunkowane na:	Których adresatami będą:	Oraz uwzględnimy następujące zagrożenia:	To osiągniemy następujące efekty:	Które przełożą się na wzrost jakości życia mieszkańców województwa opolskiego w wyniku:
	wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	<p>-realizacja programów zdrowotnych skierowanych do dzieci (m.in.: profilaktyka wad postawy, zapobieganie i leczenie wad rozwojowych u dzieci),</p> <p>- realizacja zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad osobami starszymi i z niepełnosprawnościami, w tym rehabilitacja oraz opieka długoterminowa i hospicyjna,</p> <p>-inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie POZ/AOS w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych świadczonych w tych podmiotach (m.in. w zakresie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami),</p> <p>-wsparcie personelu/kadr systemu ochrony zdrowia poprzez m.in. system zachęt, podnoszenie kwalifikacji (kursy, szkolenia),</p> <p>-wdrażanie teleopieki.</p> <p>2.Działania w zakresie usług społecznych, w tym m.in.:</p> <p>-rozwój usług opiekuńczych nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym starszych i z niepełnosprawnościami) z uwzględnieniem deinstytucjonalizacji usług,</p> <p>-kompleksowe programy usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami powiązane z ich rehabilitacją zdrowotną oraz wsparciem psychologicznym i wytchnieniowym dla ich opiekunów,</p> <p>-usługi dowozu osób o ograniczonej mobilności m.in. w celu zapewnienia podstawowych potrzeb życiowych (door to door),</p> <p>-poprawa dostępu do mieszkań o charakterze wspomaganym/chronionym dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,</p> <p>- inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie obiektów służących opiece nad osobami potrzebującymi wsparcia</p>	wad rozwojowych, rehabilitacji i profilaktyki wad postawy, profilaktyki zdrowia psychicznego, -osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym starsze i z niepełnosprawnościami, -otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, -personel/ kadry systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej		wdrożyły standard dostępności -Wzrost liczby miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej, które rozszerzyły ofertę wsparcia lub podniosły jakość oferowanych usług -Wzrost liczby osób świadczących usługi zdrowotne i społeczne w społeczności lokalnej -Wzrost liczby osób objętych usługami zdrowotnymi i społecznymi świadczonymi w społeczności lokalnej	

Ponieważ w regionie zachodzi potrzeba	O czym świadczą następujące przesłanki	To jeżeli w perspektywie finansowej 2021-2027 podejmiemy działania ukierunkowane na:	Których adresatami będą:	Oraz uwzględnimy następujące zagrożenia:	To osiągniemy następujące efekty:	Które przełożą się na wzrost jakości życia mieszkańców województwa opolskiego w wyniku:
		<p>w codziennym funkcjonowaniu (np. domy pomocy społecznej, dzienne domy pomocy, mieszkania wspomagane, chronione),</p> <p>-podnoszenie kwalifikacji i kompetencji personelu / kadr działających w obszarze usług społecznych.</p> <p>3.Wsparcie na rzecz tworzenia Centrów Usług Społecznych oraz rozwój dostarczanych przez nie usług społecznych.</p> <p>4.Przeciwdziałanie ubóstwu energetycznemu poprzez wzmacnianie świadomości w zakresie konieczności oszczędnego korzystania z energii.</p>				
<p>Realizacji inwestycji zapewniających równy dostęp do opieki zdrowotnej i wspierających odporność systemów opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej oraz przechodzenie od opieki instytucjonalnej do opieki rodzinnej i środowiskowej</p>	<p>-Niewystarczająca jakość, ciągłość, kompleksowość i efektywność świadczonych usług medycznych.</p> <p>-Nierównomierny dostęp mieszkańców do placówek POZ i AOS.</p> <p>-Niewystarczające przystosowanie placówek do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami.</p>	<p>1.Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie m.in.:</p> <p>-usług zdrowotnych skierowanych do dzieci,</p> <p>-opieki psychiatrycznej, w tym m.in. tworzenie centrów zdrowia psychicznego, oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,</p> <p>-opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i/lub z niepełnosprawnościami (np. tworzenie DDOM-ów),</p> <p>-poprawy dostępności do oddziałów z deficytami łóżek (m.in. oddziałów geriatrycznych),</p> <p>-wspierające rozwój systemu opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej z uwzględnieniem deinstytucjonalizacji.</p> <p>2.Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie podnoszące wydajność leczenia chorób będących istotnym problemem regionu, w tym nowotworów oraz niepełności.</p>	<p>Mieszkańcy regionu - odbiorcy usług infrastruktury zdrowotnej.</p>	<p>- Znaczący wzrost kosztów prac i materiałów budowlanych, zwiększających koszty inwestycji infrastrukturalnych</p> <p>- Ryzyko (sezonowego) pogorszenia się sytuacji epidemicznej i wprowadzenia kolejnych obostrzeń sanitarnych utrudniających/uniemożliwiających realizację projektów</p>	<p>-Zwieszenie liczby zmodernizowanych podmiotów leczniczych</p> <p>-Zwiększenie liczby użytkowników nowych lub zmodernizowanych placówek opieki zdrowotnej</p>	<p>Lepszego dostosowania infrastruktury zdrowotnej do wyzwań demograficznych regionu.</p>

Ponieważ w regionie zachodzi potrzeba	O czym świadczą następujące przesłanki	To jeżeli w perspektywie finansowej 2021-2027 podejmiemy działania ukierunkowane na:	Których adresatami będą:	Oraz uwzględnimy następujące zagrożenia:	To osiągniemy następujące efekty:	Które przełożą się na wzrost jakości życia mieszkańców województwa opolskiego w wyniku:
<p>Realizacji inwestycji obejmującym usługi mieszkaniowe oraz usługi społeczne wspierające włączanie społeczno-gospodarcze.</p>	<p>-Niewystarczająca dostępność do infrastruktury usług społecznych i opiekuńczych -Zapewnienie możliwości korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywności osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu -Wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze świadczone w dotychczasowym środowisku danej osoby, -Wzrost zapotrzebowania na uzyskanie wsparcia w mieszkaniach chronionych i wspomaganych - Niewystarczająca dostępność zasobu mieszkaniowego dla osób wykluczonych w tym zagrożonych kryzysem bezdomności.</p>	<p>-Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie podmiotów świadczących usługi społeczne dla osób starszych i z niepełnosprawnościami (dienne domy pomocy społecznej, dzienne domy pobytu, rodzinne domy pomocy, mieszkania chronione i wspomagane), -Inwestycje w infrastrukturę społeczną powiązaną z procesem integracji społeczno-zawodowej, w tym m.in. warsztatów terapii zajęciowej oraz zakładów aktywności zawodowej, -Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie centrów usług społecznych, -Dostosowanie infrastruktury placówek całodobowych o charakterze długoterminowym do realizacji nowych usług o charakterze dziennym i środowiskowy, -Inwestycje w infrastrukturę szkół przysposabiających do pracy, -Inwestycje w infrastrukturę i wyposażenie podmiotów świadczących rodzicielstwo zastępcze zawodowe, w tym rodzinnych domów dziecka, -Inwestycje w mieszkania chronione/wspomagane dla młodzieży opuszczającej rodzinę zastępczą, placówki opiekuńczo-wychowawcze, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, zakłady dla nieletnich, -Przekształcenie ośrodków wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności oraz innych osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w zasób mieszkaniowy, -Inwestycje w lokale w ramach najmu socjalnego przeznaczone zwłaszcza dla osób bezdomnych, rodzin w kryzysie (objętych interwencją kryzysową) oraz osób ze społeczności romskiej, -inne inwestycje w infrastrukturę dla grup w niekorzystnej sytuacji.</p>	<p>-osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym i otoczenie osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym zwłaszcza: -dzieci z rodzin przeżywających trudności wychowawcze i pozbawione opieki rodzicielskiej, -osoby opuszczające pieczę zastępczą, -rodziny objęte interwencją kryzysową, -osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, -osoby bezdomne i zagrożone bezdomnością, -osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych.</p>	<p>- Znaczący wzrost kosztów prac i materiałów budowlanych, zwiększających koszty inwestycji infrastrukturalnych Ryzyko (sezonowego) pogorszenia się sytuacji epidemicznej i wprowadzenia kolejnych obostrzeń sanitarnych utrudniających/ uniemożliwiających realizację projektów</p>	<p>-Zwieszenie pojemności nowych lub zmodernizowanych lokali socjalnych -Zwieszenie pojemności nowych lub zmodernizowanych placówek opieki społecznej -Zwieszenie liczby użytkowników nowych lub zmodernizowanych lokali socjalnych -Zwieszenie liczby użytkowników nowych lub zmodernizowanych placówek opieki społecznej Zwieszenie liczby osób ze społeczności marginalizowanych, gospodarstw domowych o niskich dochodach oraz grup w niekorzystnej sytuacji, które</p>	<p>Lepszego dostosowania infrastruktury społecznej do potrzeb społeczności marginalizowanych, gospodarstw domowych o niskich dochodach oraz grup w niekorzystnej sytuacji, w tym osób o szczególnych potrzebach.</p>

Ponieważ w regionie zachodzi potrzeba	O czym świadczą następujące przesłanki	To jeżeli w perspektywie finansowej 2021-2027 podejmiemy działania ukierunkowane na:	Których adresatami będą:	Oraz uwzględnimy następujące zagrożenia:	To osiągniemy następujące efekty:	Które przełożą się na wzrost jakości życia mieszkańców województwa opolskiego w wyniku:
					zostały objęte zintegrowanymi działaniami na rzecz włączenia społeczno-gospodarczego	

Źródło: opracowanie własne na podstawie zrealizowanych analiz, literatury przedmiotu oraz zapisów dokumentu Fundusze Europejskie Dla Opolskiego 2021-2027 projekt wersja nr 3 Opole, październik 2022r.

ROZDZIAŁ 10: WNIOSKI I REKOMENDACJE

Celem projektu była ocena efektów wsparcia świadczonego w ramach OP VIII (Działania 8.1, 8.2 i 8.3) oraz OP X (Poddziałania 10.1.1. i 10.1.2) RPO WO 2014-2020. Przeprowadzona ocena została poprzedzona analizą sytuacji społeczno-demograficznej regionu opolskiego, stanu zdrowia i ochrony zdrowia, sytuacji w obszarze wykluczenia społecznego oraz ekonomii społecznej w momencie uruchamiania Programu, jak i dokonujące się w czasie jego trwania zmiany. Na dalszym etapie opracowano model logiki interwencji, ilustrujący mechanizm zmiany, do której miała doprowadzić realizacja działań przewidzianych w ramach OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020.

Ocena zmian zachodzących w województwie opolskim w obszarach oddziaływania ewaluowanej interwencji wykazała, że zmalała skala korzystania ze świadczeń pomocy społecznej, ponieważ nastąpiła generalna poprawa sytuacji materialnej mieszkańców, jednakże pomimo poprawiającej się ogólnej sytuacji na rynku pracy narasta problem bezrobocia długotrwałego. Z kolei sytuacja pod względem dostępności usług opiekuńczych, społecznych i zdrowotnych jest zróżnicowana zarówno ze względu na rodzaje tych usług, jak i czynniki geograficzne. Rozwija się także sektor ekonomii społecznej, chociaż nadal liczebność podmiotów tego sektora jest relatywnie niewielka.

Dokonana następnie ocena efektów wsparcia poszczególnych działań i poddziałań w ramach OP VIII i OPX wykazała, że ewaluowane interwencje generalnie należy ocenić pozytywnie pod kątem skuteczności, użyteczności, efektywności i trwałości. W ramach oferowanego wsparcia zapewniono dużą różnorodność form pomocy, co korzystnie wpłynęło na możliwość dostosowania konkretnych projektów do potrzeb odbiorców indywidualnych i instytucjonalnych. Pozytywna ocena odnosi się także do przyjętych mechanizmów wdrażania interwencji. W opinii podmiotów, beneficjentów oraz ostatecznych odbiorców wsparcia, świadczone w Działaniach 8.1, 8.2, 8.3 oraz w Poddziałaniu 10.1.1 i 10.1.2 formy wsparcia przyczyniły się do poprawy sytuacji ostatecznych odbiorców.

Na podstawie powyższych analiz i ocen form wsparcia opracowano wnioski w kontekście przyszłej perspektywy finansowej oraz zaproponowano rekomendacje zwiększające skuteczność oddziaływania świadczonego wsparcia, możliwe do zaimplementowania w perspektywie 2021-2027. Ogółem zidentyfikowano 12 zaleceń o charakterze programowym, w ramach których zwrócono uwagę na kilka kluczowych aspektów.

Po pierwsze, wskazano na aktualność wybranych dotychczasowych obszarów i zakresów pomocy. Wsparcie świadczone w ramach OP VIII i OP X w ramach RPO WO 2014-2020 charakteryzowało się szerokim zakresem usług i działań inwestycyjnych, a zatem zwraca się uwagę na kontynuację projektów z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia i infrastruktury społecznej poprzez realizację projektów na rzecz usprawniania systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim w zakresie opieki długoterminowej, nad osobami starszymi i opieki wytchnieniowej. W tym obszarze wskazuje się ponadto na realizację inwestycji mających na celu poprawę dostępności architektonicznej podmiotów leczniczych dla osób z

niepełnosprawnościami. W kontekście nowej perspektywy finansowej niezbędne jest także kontynuowanie finansowania usług zdrowotnych oraz opiekuńczych, przede wszystkim zdeinstytucjonalizowanych, które w sposób szczególny będą skierowane do grup defaworyzowanych (osoby starsze i niesamodzielne, zwłaszcza z obszarów wiejskich oraz osoby z niepełnosprawnościami), a także osób z problemami zdrowotnymi, w tym po przejściu COVID-19 oraz osób wymagających pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej. Warto, aby powyższe działania przybrały bardziej równomierny rozkład w przestrzeni województwa opolskiego i nie koncentrowały się w nielicznych wybranych ośrodkach. Zasadnym jest także kontynuowanie wsparcia w zakresie rozwoju rodzinnych form pieczy zastępczej, w tym kształcenia kandydatów na rodziny zastępcze i adopcyjne oraz uwzględnienie w przyszłej perspektywie projektów koncentrujących się na wsparciu z wychodzenia z pieczy zastępczej, zwłaszcza instytucjonalnej.

Drugim ważnym obszarem pomocowym wynikającym z występowania deficytów kadrowych w obszarze ochrony zdrowia wymagającym uzupełnienia jest podjęcie działań z zakresu podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez wprowadzenie systemu zachęt skierowanych do personelu medycznego, jak i osób podejmujących pracę w sektorze opieki zdrowotnej. Działania te powinny przełożyć się na poprawę w zakresie równego i szybkiego dostępu do wysokiej jakości usług.

Trzecim ważnym obszarem pomocowym jest wsparcie dla obywateli państw trzecich, w tym dla uchodźców z Ukrainy, które będą przeciwdziałały bądź minimalizowały problem wykluczenia społecznego cudzoziemców (m.in. działania w zakresie włączenia imigrantów do rynku pracy, w tym zwłaszcza uchodźczyń, działania w zakresie integracji społeczno-kulturowej, np. kursy językowe, wsparcie organizacji pozarządowych działających na rzecz cudzoziemców)

Tabela wniosków i rekomendacji.

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
1.	Jak wskazują wyniki badań natężenie wsparcia, które było świadczone w Poddziałaniach 10.1.1. i 10.1.2 przyjęło nierównomierny rozkład w przestrzeni województwa opolskiego i koncentrowało się w wybranych ośrodkach, w tym w szczególności w mieście Opole i powiecie nyskim.	W perspektywie finansowej 2021-2027 rekomenduje się wzmocnienie wsparcia kierowanego do podmiotów ochrony zdrowia położonych w północnej i południowej części województwa (powiaty namysłowski, kluczborski głubczycki i prudnicki), zwłaszcza inwestycje: 1) w infrastrukturę i wyposażenie w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, 2) w infrastrukturę i wyposażenie w celu poprawy ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi, w tym osobami z niepełnosprawnościami, 3) w infrastrukturę i wyposażenie podnoszące wydajność leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów złośliwych 4) w infrastrukturę i wyposażenie podnoszące wydajność usług medycznych w zakresie anestezjologii oraz intensywnej terapii, 5) w infrastrukturę i wyposażenie obiektów umożliwiających świadczenie usług społecznych w społeczności lokalnej na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 6) w infrastrukturę i wyposażenie obiektów niezbędnych do rozwoju usług opieki nad dziećmi.	IZ FEO 2021-2027	Zastosowanie rekomendowanej procedury przez podmioty realizujące projekty z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia i infrastruktury społecznej poprzez zastosowanie systemu preferencyjnego w postaci kryterium punktowego dla przedsięwzięć z powiatów położonych w północnej i południowej części województwa	31.12.2023r.	programowa

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
2.	<p>Jak wskazują wyniki badania CAWI beneficjenci Poddziałów 10.1.1 i 10.1.2 w wysokim stopniu ocenili skuteczność oferowanego wsparcia. Jednocześnie wyniki badania unaocniają szeroki zakres potrzeb inwestycyjnych odbiorców wsparcia oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej. Ponadto, w świetle obserwowanych trendów demograficznych należy przyjąć, że zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i opiekuńcze będzie rosnąć.</p>	<p>W związku z wysoką oceną skuteczności świadczonych form wsparcia w perspektywie finansowej 2021-2027 rekomenduje się kontynuację wszystkich dotychczasowych działań przyczyniających się do usprawniania systemu ochrony zdrowia, w tym działań inwestycyjnych. W szczególności chodzi o wsparcie w zakresie opieki długoterminowej, opieki nad osobami starszymi i opieki wytchnieniowej. Ponadto należy zauważyć, że z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych wsparcie powinno zostać ukierunkowane m.in. na wymianę aparatury i sprzętu medycznego.</p>	IZ FEO 2021-2027	<p>Wprowadzenie zapisów do SZOOP mówiących o kontynuacji projektów z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia i infrastruktury społecznej poprzez realizację działań na rzecz usprawniania systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim w zakresie opieki długoterminowej, nad osobami starszymi i opieki wytchnieniowej (m.in. projekty inwestycyjne, wymiana aparatury i sprzętu medycznego, zwł. wyposażenie w sprzęt niezbędny do diagnostyki i rehabilitacji, wspieranie zarówno układów organizacyjnych - pielęgniarstwa i opiekuńczego do osób w ich miejscu zamieszkania, jak i przygotowanie miejsc do takiej długoterminowej opieki).</p>	31.12.2023r.	programowa

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
3.	Współczesne funkcjonowanie opieki zdrowotnej wymaga zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej, jednocześnie w świetle obserwowanych trendów demograficznych należy przyjąć, że wzrośnie zapotrzebowanie na wysokiej jakości usługi zdrowotne i opiekuńcze.	W celu usprawniania systemu ochrony zdrowia rekomenduje się podejmowanie działań na rzecz kształcenia kadr medycznych, co przełoży się na poprawę równego i szybkiego dostępu do wysokiej jakości usług.	- IZ FEO 2021-2027	Zastosowanie rekomendowanych form wsparcia z zakresu podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu medycznego poprzez dodatki mieszkaniowe, refundację kosztów przeprowadzki, udział w konferencjach, stażach, dla personelu medycznego, jak i osób podejmujących pracę w sektorze opieki zdrowotnej,	31.12.2023r.	programowa
4.	Jak wskazują wyniki badania „Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian”, placówki świadczące ambulatoryjną opiekę zdrowotną oraz POZ-y nie są wystarczająco przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.	W perspektywie finansowej 2021-2027 rekomenduje się realizację inwestycji mających na celu poprawę dostępności architektonicznej podmiotów leczniczych oraz wyposażanie tych podmiotów w sprzęt ułatwiający komunikację oraz swobodne poruszanie się.	IZ FEO 2021-2027	Wprowadzenie zapisów do SZOOP mówiących o realizacji inwestycji służących poprawie dostępności architektonicznej do podmiotów leczniczych oraz wyposażania w sprzęt ułatwiający komunikację (z osobą niesłyszącą, z osobą z zaburzeniami mowy) oraz swobodne poruszanie się (oznaczenia, podjazdy, podnośniki).	31.12.2023r.	programowa
5.	Jak wskazują wyniki badania CAWI z beneficjentami oraz realizatorami wsparcia zaplanowane w Działaniu	W kontekście nowej perspektywy finansowej niezbędne jest kontynuowanie finansowania usług zdrowotnych oraz opiekuńczych, przede wszystkim zdeinstytucjonalizowanych, w sposób szczególnie skierowanych do grup defaworyzowanych (osoby	IZ FEO 2021-2027	Wprowadzenie zapisów do SZOOP mówiących o kontynuacji świadczenia usług zdrowotnych i opiekuńczych, przede wszystkim zdeinstytucjonalizowanych	31.12.2022r.	programowa

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	8.1 interwencje, których celem była poprawa dostępności do usług zdrowotnych i opiekuńczych okazały się skuteczne i odpowiedziały na zidentyfikowane problemy.	starsze i niesamodzielne, zwłaszcza z obszarów wiejskich oraz osoby z niepełnosprawnościami), a także do osób z problemami zdrowotnymi, w tym po przejściu COVID-19 oraz osób wymagających pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej (np. usługi rehabilitacyjne, opieka hospicyjna, usługi w zakresie zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, usługi w zakresie opieki higieniczno-sanitarnej, usługi w zakresie pomocy w podtrzymywaniu psychofizycznej kondycji osoby, specjalistyczne usługi terapeutyczne).		skierowanych do grup defaworyzowanych.		
6.	W świetle obserwowanych trendów demograficznych należy przyjąć, że zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i opiekuńcze będzie rosnąć. W kolejnej perspektywie finansowej 2021+ należy zatem ukierunkować wsparcie szczególnie na osoby starsze oraz położyć nacisk na opiekę wytchnieniową. Wyniki panelu ekspertów pokazały, że jednocześnie należy dążyć do rozwoju usług zdeinstytucjonalizowanych świadczonych w	Zasadne będzie rozszerzenie form organizacyjnych opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi o wsparcie opieki paliatywnej w środowisku lokalnym osób potrzebujących.	IZ FEO 2021-2027	Wprowadzenie projektu typu: wsparcie opieki paliatywnej w środowisku lokalnym osób potrzebujących.	31.12.2023r.	programowa

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	środowisku lokalnym osób potrzebujących.					
7.	Wnioski z wywiadów pogłębionych pozwalają stwierdzić, że w związku z dynamiczną sytuacją panującą w rodzinach zastępczych w tym usamodzielnianiem się wychowanków i opuszczaniu przez nich pieczy, przyjmowaniem na ich miejsce kolejnych dzieci (będących na różnym etapie rozwoju i w innym wieku, mierzących się z innymi zaburzeniami), ważne jest systematyczne szkolenie i podnoszenie kwalifikacji osób sprawujących rodzinną pieczę zastępczą, osób	Zasadnym jest kontynuacja wsparcia w zakresie rozwoju rodzinnych form pieczy zastępczej, w tym kształcenia kandydatów na rodziny zastępcze i adopcyjne. Zapewnienie ciągłego podnoszenia kompetencji w zakresie pełnienia pieczy zastępczej poprzez dostęp do szkoleń, warsztatów, doradztwa indywidualnego i grupowego, superwizji umożliwiających zdobycie nowych umiejętności, jak również aktualizowanie już posiadanej wiedzy również po zakończeniu wsparcia.	IZ FEO 2021-2027	Intensyfikacja działań informacyjnych w zakresie propagowania idei pieczy zastępczej oraz i promocji idei rodzicielstwa zastępczego akcentująca korzyści ze zdeinstytucjonalizowanych usług wsparcia rodziny, w tym dzieci i młodzieży. Kształcenie kandydatów na rodziny zastępcze i adopcyjne.	31.12.2023r.	programowa

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	prowadzących rodzinne domy dziecka oraz dyrektorek/ dyrektorów i pracowników/ pracownic placówek opiekuńczo – wychowawczych typu rodzinnego.					
8.	Jak wskazuje raport NIK pt.: „Funkcjonowanie placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz ich współdziałanie z innymi instytucjami na rzecz powrotu dzieci do wychowania w rodzinie”, dzieci opuszczające placówki opiekuńczo-wychowawcze częściej doświadczają kłopotów z usamodzielnieniem i przystosowaniem do życia, niż te, które wychowywały się w rodzinach adopcyjnych i zastępczych. Wyniki panelu ekspertów pokazały, że jednocześnie	W kolejnej perspektywie należy także uwzględnić projekty koncentrujące się na wsparciu z wychodzenia z pieczy zastępczej, zwłaszcza instytucjonalnej, w tym zapewnienie wsparcia psychologicznego, kompetencyjnego, przygotowującego do odnalezienia się w nowej sytuacji, wsparcia w radzeniu sobie z wyzwaniami dnia codziennego, pomoc i profesjonalne doradztwo w wyborze ścieżki zawodowej, zgodnie z indywidualnymi potrzebami.	IZ FEO 2021-2027	Przyjęcie zasady trwałości tj. zapewnienia wsparcia kompetencyjnego osobom wychodzącym z pieczy zastępczej minimum 12 miesięcy po zakończeniu działań projektowych w postaci wsparcia ukierunkowanego, np. bon na wsparcie psychologiczne.	31.12.2023r.	programowa

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	potrzebne jest wsparcie osób wychodzących z pieczy zastępczej, które nie będzie pozwalało na dowolną konsumpcję, lecz będzie to wsparcie ukierunkowane.					
9.	Wyniki badania CAWI w grupie beneficjentów i realizatorów wsparcia unaoczniają potrzebę objęcia wsparciem w działaniach 8.1 i 8.2 obywateli państw trzecich (w tym szczególności uchodźców z Ukrainy)	W kontekście nowej perspektywy finansowej proponuje się utrzymanie wsparcia dla obywateli państw trzecich (w tym szczególności uchodźców z Ukrainy).	IZ FEO 2021-2027	Wdrożenie rekomendacji w podejmowanych w regionie działaniach wobec cudzoziemców, w tym uchodźców z Ukrainy poprzez zastosowanie form wsparcia przeciwdziałających bądź minimalizujących wykluczenie społeczne cudzoziemców (m.in. działania w zakresie włączenia imigrantów do rynku pracy, działania w zakresie integracji społeczno-kulturowej, np. kursy językowe, wsparcie organizacji pozarządowych działających na rzecz cudzoziemców).	31.12.2023r.	programowa
10.	PS nie biorą udziału w przetargach o zamówienia publiczne JST. (Problem ten został podniesiony już w roku 2018 w ramach badania <i>Świadczenie usług badawczych stanu sektora</i>	Należy promować stosowanie klauzul społecznych PZP wśród przedstawicieli JST regionu, odpowiedzialnych za zamówienia publiczne.	ROPS	Akcja informacyjno-promocyjna skierowana do JST regionu, promująca stosowanie klauzul społecznych, realizowana w ramach kontynuowanego projektu systemowego ROPS,	31.12.2023r.	programowa

L.p.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	<p><i>ekonomii społecznej w województwie podkarpackim, Lokalne Badania Społeczne dla Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie, raport z I części badania).</i></p>			<p>współfinansowana ze środków EFS.</p>		

BIBLIOGRAFIA

- Analiza powiązań społeczno-gospodarczych i przestrzennych zachodzących w województwie opolskim oraz prognoza wskaźników dla nich istotnych w perspektywie do 2030 roku. Państwowy Instytut Naukowy – Instytut Śląski w Opolu „Sondaż” Olgierd Gwiżdż, Opole, listopad 2018 r. Ekspertyza na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego [Ekspertyza UMWO 04_12_2018.pdf \(opolskie.pl\)](#) (data dostępu 15.09.2022).
- Averting a lost COVID generation A six-point plan to respond, recover and reimagine a post-pandemic world for every child. Published by UNICEF Division of Communication 3 United Nations Plaza New York, NY 10017, USA © United Nations Children’s Fund (UNICEF), November 2022.
- Baza przedsiębiorstw społecznych [ekonomiaspoleczna.gov.pl](#), stan na dzień 22 lutego 2022 r.
- Budżety gospodarstw domowych w województwie opolskim w 2014 r. Informacja sygnalna. Urząd Statystyczny w Opolu. Opole, wrzesień 2015.
- Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia, [red. nauk.] M. Grewiński i J. Lizut. Warszawa 2021.
- Denzin N. Sociological Methods: A Sourcebook. Aldine Transaction. Routledge 2006.
- [Dr Sabina Kubiciel-Lodzińska o konkursie "Opolska firma przyjazna cudzoziemcom" i badaniach naukowych, które wskażą, jak skutecznie pomagać Uchodźcom - Radio Opole](#) (data dostępu 14.09.2022)
- Diagnoza wyzwań, potrzeb i potencjałów obszarów objętych RPO WO 2014-2020, w:
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (wersja nr 7). Opole, listopad 2021 [Regionalny Program Województwa Opolskiego 2014-2020 - Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej \(funduszeuropejskie.gov.pl\)](#) (data dostępu 17.02.2022)
- Dokumenty: Szósty raport na temat spójności gospodarczej i społecznej i terytorialnej oraz Europejska Platforma Współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: europejskie ramy na rzecz spójności społecznej i terytorialnej, w: Komisja Europejska. Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu. Komunikat Komisji. Bruksela, 3.3. 2010. KOM (2010) 2020, s. 1-37. Wersja ostateczna [EN \(europa.eu\)](#) (data dostępu 10.02.2022).
- Domański S. R., Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy. Warszawa 1993.
- Efekty wdrażania europejskiej polityki spójności w województwie opolskim w latach 2014-2020 w wymiarze gospodarczo - społecznym i instytucjonalnym. Doświadczenia, wnioski i rekomendacje, Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju PAN (KPZK PAN), Warszawa-Opole, styczeń 2022.
- Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027. Projekt. Wersja nr 3. Opole, październik 2022.
- Heffner K., Gibas P., Sołdra-Gwiżdż T., Wyzwania opolskiego rynku pracy. Raport z badania. Instytut Śląski, Opole, kwiecień 2022; niepublikowany raport z badań.
- ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Sixth edition Updated estimates and analysis. 23 September 2020; [wcms_755910.pdf \(ilo.org\)](#) [ilo.org](#) (data dostępu 17.09.2022).
- Instytut Spraw Publicznych, [isp.org.pl](#) (data dostępu 22.04.2022).
- Jak wzmacniać organizacyjne uczenie się w administracji rządowej?, pod red. B. Ledzion, K. Olejniczak, J. Rok. Warszawa 2014.

- Komisja Europejska. Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu. Komunikat Komisji. Bruksela, 3.3. 2010. KOM (2010) 2020, s. 1-37. Wersja ostateczna [EN \(europa.eu\)](http://europa.eu) (data dostępu 10.02.2022).
- Komisja Europejska. Europejski Zielony Ład. Bruksela, 11.12. 2019. COM (2019) 640, s. 1-33. Wersja ostateczna. ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/european-green-deal_pl (data dostępu 18.02.2022).
- Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, red. naukowa Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
- Kozubska A., Ziółkowski P., Artystyczny uniwersytet dziecka i rodzica. Bydgoszcz 2014; [Artystyczny uniwersytet dziecka i rodzica \(9lib.org\)](http://9lib.org) (data dostępu 19.09.2022).
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów dnia 25 września 2012 r. [Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego - Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej - Portal Gov.pl \(www.gov.pl\)](http://www.gov.pl) (data dostępu 17.02.2022).
- Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020 [Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji - Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej - Portal Gov.pl \(www.gov.pl\)](http://www.gov.pl) (data dostępu 17.02.2022).
- Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej (2014-2020) (obecnie Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności społecznej [Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2014-2020 :: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej - Departament Ekonomii Społecznej i Solidarnej \(ekonomiaspoleczna.gov.pl\)](http://ekonomiaspoleczna.gov.pl) (data dostępu 17.02.2022).
- Magda I., Kielczewska A., Brandt N., The “family 500 + ” child allowance and female labour supply in Poland, Instytut Badań Strukturalnych, OECD. Warszawa, marzec 2018.
- Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2014 r. Opole, maj 2015; ops.rops-opole.pl (data dostępu 17.09.2020).
- Ocena zasobów pomocy społecznej w woj. opolskim w 2015 r. Opole maj 2016; [OZPS 2015.pdf \(rops-opole.pl\)](http://rops-opole.pl) (data dostępu 17.09.2020).
- Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2017 r. Opole, czerwiec 2018; rops-opole.pl (data dostępu 17.09.2020).
- Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2018 r. Opole, czerwiec 2019; [OZPS za 2018.pdf \(rops-opole.pl\)](http://rops-opole.pl) (data dostępu 17.09.2020).
- Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2019 r. Opole, czerwiec 2020; [OZPS za 2019.pdf \(rops-opole.pl\)](http://rops-opole.pl) (data dostępu 17.09.2020).
- Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego 2020. Opole czerwiec 2021; [OZPS 2020.pdf \(rops-opole.pl\)](http://rops-opole.pl) (data dostępu 17.09.2020).
- Olejniczak K., Praktyka ewaluacji programów rozwoju regionalnego – studium porównawcze. Warszawa 2009.
- [Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – dorośli – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia \(mz.gov.pl\)](http://mz.gov.pl) (data dostępu 17.09.2020).
- Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2016-2022. Opole 2016; [Opolski Program Rozwoju Ekonomii Społecznej na lata 2016-2022 .pdf \(rops-opole.pl\)](http://rops-opole.pl) (data dostępu 17.09.2020).

- Opolskie 2030. Diagnoza regionalna – opracowanie na potrzeby Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2030 roku, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole listopad 2020; [Strategii rozwoju województwa opolskiego do 2030 roku \(9lib.org\)](#) (data dostępu 22.02.2022).
- Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian [aut. prof. dr hab. n. med. Adam Windak i in], Lublin, 28 lutego 2019; [zdrowie.gov.pl](#) (data dostępu 11.05.2022).
- Program Specjalnej Strefy Demograficznej do 2020 roku. „Opolskie dla rodziny”. Zarząd Województwa Opolskiego, Opole 2014, s.43-44; [dlarodziny.opolskie.pl](#) (data dostępu 22.02.2022).
- Prognoza ludności na lata 2014-2050. GUS. Warszawa 2014; [eur-lex.europa.eu](#) (data dostępu 22.02.2022).
- Raport Ochrona zdrowia w województwie opolskim. Urząd Statystyczny w Opolu, Opole 2018.
- Raport z badania pn. Ewaluacja ex-ante programu operacyjnego województwa opolskiego na lata 2014-2020. ECORYS Polska sp. z o.o. Warszawa 2014.
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020. Wersja nr 7.Opole, listopad 2021. [Regionalny Program Województwa Opolskiego 2014-2020 - Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej \(funduszeuropejskie.gov.pl\)](#) (data dostępu 17.02.2022). Rehabilitacja. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Mapy potrzeb zdrowotnych woj. opolskie. [Rehabilitacja – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia \(mz.gov.pl\)](#) (data dostępu 17.09.2020).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2020/2221 z dnia 23 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do zasobów dodatkowych i przepisów wykonawczych w celu zapewnienia pomocy na wspieranie kryzysowych działań naprawczych w kontekście pandemii COVID-19 i jej skutków społecznych oraz przygotowanie do ekologicznej i cyfrowej odbudowy gospodarki zwiększającej jej odporność (REACT-EU).
- [Rozporządzenie 2020/2221 zmieniające rozporządzenie \(UE\) nr 1303/2013 w odniesieniu do zasobów dodatkowych i przepisów... - Prawo.pl](#) (data dostępu 22.02.2022).
- Sałustowicz P. Pojęcie, koncepcje i funkcje ekonomii społecznej, [w:] Starega-Piasek J. (red.), *Ekonomia społeczna. Perspektywa rynku pracy i pomocy społecznej*. Warszawa 2007.
- Sołdra-Gwiżdż T., Społeczne uwarunkowania rozwoju ekonomii społecznej w regionalnej społeczności (na przykładzie Opolszczyzny). *Zeszyty Pracy Socjalnej* 2015, zeszyt 3, s. 105-112.
- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR). [Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 \(z perspektywą do 2030 r.\) – SOR - Portal Interoperacyjności i Architektury - Portal Gov.pl \(www.gov.pl\)](#) (data dostępu 17.09.2020).
- Strategia ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020. Opole 20 grudnia 2013. [Strategia-ochrony-zdrowia-dla-województwa-opolskiego-na-lata-2014-2020-CAŁOŚĆ-z-numerem-i-datą-przyjęcia-przez-ZWO.pdf](#); (data dostępu 17.09.2020).
- Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 roku, Opole 28 grudnia 2012.
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, zakres Europejski Fundusz Społeczny, wersja nr 47, Opole, listopad 2021; [SZOOP_EFS_wersja_44.pdf \(funduszeuropejskie.gov.pl\)](#) (data dostępu 17.09.2020).
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, zakres Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, wersja nr 53, Opole, maj 2022; [SZOOP_EFRR_wersja5.pdf \(funduszeuropejskie.gov.pl\)](#) (data dostępu 17.09.2020).

- Umowa Partnerstwa 2021-2027; [umowa partnerstwa broszura 180121 \(1\).pdf](#) (data dostępu 20.07.2022).
- Unia Europejska. Poziom zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wśród dzieci - [Wykluczeni.pl](#) (data dostępu 17.02.2020).
- Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025. Opole, grudzień 2015; [rops-opole.pl/wp-content/uploads/strategie_i_programy/STRATEGIA_POLITYKI_SPOLECZNEJ_2016-2025.pdf](#) (data dostępu 22.02.2022).
- Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), COM(2018) 382. [Rozporządzenie projekt EFS plus COM 2018 382 30 05 2018 PL.pdf](#), (data dostępu 10.02.2022).
- Wniosek Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu i Migracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu na rzecz Zarządzania Granicami i Wiz COM(2018) 37; [EUR-Lex - 32021R1060 - EN - EUR-Lex \(europa.eu\)](#) (data dostępu 17.09.2022).
- [Rozporządzenie projekt EFS plus COM 2018 382 30 05 2018 PL.pdf](#), (data dostępu 10.02.2022).
- Wojewódzka strategia w zakresie polityki społecznej na lata 2016-202. Opole, grudzień 2015.
- Wojewódzki Program Pomocy i Integracji Społecznej na lata 2016-2025., Opole 2015.
- [Województwo opolskie w liczbach » Przystępne dane statystyczne \(polskawliczbach.pl\)](#) (data dostępu 17.05.2020).
- Wokół ekonomii społecznej, [red.], Frączek M., Hausner J., Mazur S. Kraków 2012.
- Wpływ epidemii COVID-19 na wybrane elementy rynku pracy w Polsce w II kwartale 2020 r., GUS; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/popyt-na-prace/wplyw-epidemii-covid-19-na-wybrane-elementy-ryнку-pracy-w-polsce-w-czwartym-kwartale-2020-r> (data dostępu 10.09.2020).
- Wpływ epidemii COVID-19 na rynek pracy w województwie opolskim (cz. I), niepublikowany raport z badań opracowany przez Pracownię Badań Społecznych SONDAŻ. Opole, sierpień 2020.
- Wpływ epidemii COVID-19 na rynek pracy w województwie opolskim (cz. II)), niepublikowany raport z badań opracowany przez Pracownię badan Społecznych SONDAŻ. Opole, sierpień 2020.
- Zmiany strukturalne grup podmiotów gospodarki narodowej w rejestrze REGON w województwie opolskim w 2020 r., Urząd Statystyczny w Opolu, Opole 31.03.2021 r. <https://opole.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/podmioty-gospodarcze/zmiany-strukturalne-gruppodmiotow-gospodarki-narodowej-w-rejestrze-regon-w-województwie-opolskim-w-2020-r-3,31.html> (20.09.2022).

SPIS ILUSTRACJI

Diagram 1 Model ewaluacji logiki interwencji publicznej.....	31
Diagram 2 Triangulacja metodologiczna.....	31

Wykres 1 Ocena stopnia, w jakim świadczone formy wsparcia, przyczyniły się do poprawy sytuacji ostatecznych odbiorców wsparcia realizowanego w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3.....	8
--	---

Wykres 2 Ocena użyteczności wsparcia finansowanego w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 przez podmioty realizujące projekty i świadczące wsparcie.	9
Wykres 3 Ocena stopnia, w jakim przeprowadzone inwestycje, przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb placówki, w której były realizowane.....	9
Wykres 4 Ocena użyteczności wsparcia finansowanego w ramach Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2 przez podmioty realizujące projekty.....	10
Wykres 5 Odsetek respondentów, którzy zadeklarowali że zdecydowaliby się na ponowny udział w projekcie, gdyby istniała taka możliwość.	11
Wykres 6 Ocena użyteczności (przydatności) poszczególnych form pomocy świadczonych w Działaniu 8.3 przez podmioty, które skorzystały z danej formy pomocy.....	11
Wykres 7 Efekty osiągnięte przez podmioty objęte wsparciem świadczonym w Działaniu 8.3.	13
Wykres 8 Typy inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia.	14
Wykres 9 Typy inwestycji w infrastrukturę usług społecznych.	14
Wykres 10 Odsetek podmiotów, które napotkały na bariery/trudności w trakcie aplikowania o dofinansowanie.	15
Wykres 11 Odsetek podmiotów, które napotkały na bariery/ trudności w trakcie realizacji działań projektowych.....	15
Wykres 12 Odsetek odbiorców wsparcia którzy napotkali na bariery w trakcie starań o uzyskanie wsparcia lub podczas korzystania ze wsparcia świadczonego w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3.....	16
Wykres 13 Typy wsparcia świadczone w projektach finansowanych z PI 9(iv).....	67
Wykres 14 Typy wsparcia świadczone w projektach finansowanych z PI 9(i).	68
Wykres 15 Typy wsparcia świadczone w projektach finansowanych z PI 9a.....	70
Wykres 16 Typy inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia.	70
Wykres 17 Typy inwestycji w infrastrukturę usług społecznych.	71
Wykres 18 Typy wsparcia świadczone w projektach ukierunkowanych na przeciwdziałanie pandemii COVID -19.	72
Wykres 19 Procentowy rozkład wsparcia świadczonego w PI 9a w powiatach woj. opolskiego mierzony liczbą zrealizowanych projektów.....	82
Wykres 20 Ocena stopnia, w jakim świadczone formy wsparcia świadczone w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3, korespondowały z potrzebami ostatecznych odbiorców.....	92
Wykres 21 Odsetek podmiotów, które realizowały wsparcie w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 i zadeklarowały, że niektóre spośród usług świadczonych w ramach poszczególnych form wsparcia charakteryzowały się wyższą skutecznością od innych.....	93
Wykres 22 Typy usług, które zdaniem podmiotów świadczących wsparcie w Działaniu 8.1 charakteryzowały się wyższą skutecznością od innych.....	94
Wykres 23 Typy usług, które zdaniem podmiotów świadczących wsparcie w Działaniu 8.2 charakteryzowały się wyższą skutecznością od innych.....	95
Wykres 24 Typy usług, które zdaniem podmiotów, świadczących wsparcie w Działaniu 8.3 charakteryzowały się wyższą skutecznością od innych.....	96
Wykres 25 Ocena stopnia, w jakim przeprowadzone inwestycje, przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb placówki, w której były realizowane.....	97
Wykres 26 Ocena użyteczności wsparcia finansowanego w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 przez podmioty realizujące projekty i świadczące wsparcie.	98
Wykres 27 Ocena użyteczności wsparcia finansowanego w ramach Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2 przez podmioty realizujące projekty.....	98
Wykres 28 Ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie przyczyniło się do poprawy sytuacji panującej przed udziałem w projekcie w gospodarstwie domowym respondenta.	99
Wykres 29 Ocena stopnia użyteczności (przydatności) form wsparcia, przez ostatecznych odbiorców którzy z nich skorzystali.....	101
Wykres 30 Odsetek respondentów, którzy zadeklarowali że zdecydowaliby się na ponowny udział w projekcie, gdyby istniała taka możliwość.	101

Wykres 31	Formy wsparcia, którymi byłoby zainteresowani ostateczni odbiorcy Działań 8.1, 8.2 i 8.3.	102
Wykres 32	Ocena skuteczności wsparcia świadczonego w Działaniu 8.3 przez podmioty objęte wsparciem.	103
Wykres 33	Ocena czasu w jakim osiągnięcie podobnych rezultatów byłoby możliwe bez udziału we wsparciu.	103
Wykres 34	Ocena użyteczności (przydatności) poszczególnych form pomocy świadczonych w Działaniu 8.3 przez podmioty, które skorzystały z danej formy pomocy.	104
Wykres 35	Ocena zakresu form wsparcia, z których mogły skorzystać podmioty kwalifikujące się do objęcia wsparciem w Działaniu 8.3.	104
Wykres 36	Braki we wsparciu, świadczonym w ramach Działania 8.3 w opinii przedstawicieli podmiotów ekonomii społecznej.	105
Wykres 37	Formy wsparcia, które zdaniem przedstawicieli podmiotów ekonomii społecznej, należałoby przede wszystkim kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej.	106
Wykres 38	Zainteresowanie udziałem w formach wsparcia oferowanych w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3.	108
Wykres 39	Odsetek podmiotów, które realizowały działania mające na celu poinformowanie potencjalnych odbiorców o możliwości skorzystania ze wsparcia.	109
Wykres 40	Stopień w jakim realizacja działań informacyjno-promocyjnych przyczyniła się do zwiększenia poziomu zainteresowania wsparciem i zmniejszyła problemy z rekrutacją w grupie potencjalnych odbiorców.	109
Wykres 41	Ocena zakresu informacji nt. form pomocy przekazanych przez realizatorów projektów finansowanych z Działań 8.1, 8.2 i 8.3.	110
Wykres 42	Zakresy współpracy podmiotów realizujących projekty w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 przy ustalaniu strategii dotarcia oraz formułowania oferty dla grup docelowych.	110
Wykres 43	Podmioty, z którymi współpracowały instytucje realizujące projekty w Działaniach 8.1, 8.2, i 8.3 przy ustalaniu strategii dotarcia oraz formułowania oferty dla grup docelowych.	111
Wykres 44	Odsetek odbiorców wsparcia, którzy napotkali na bariery w trakcie starań o uzyskanie wsparcia lub podczas korzystania ze wsparcia świadczonego w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3.	111
Wykres 45	Rodzaje barier, na które napotkali odbiorcy w trakcie starań o uzyskanie wsparcia lub podczas korzystania ze wsparcia świadczonego w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3.	112
Wykres 46	Rezultaty osiągnięte przez podmioty objęte wsparciem świadczonym w Działaniu 8.3.	113
Wykres 47	Ocena sposobu w jaki instytucje wspierające rozwój ekonomii społecznej przekazują informacje nt. dostępnych form wsparcia.	114
Wykres 48	Odsetek podmiotów które zadeklarowały że przy ustalaniu strategii działania oraz formułowaniu oferty współpracowały z innymi podmiotami.	115
Wykres 49	Instytucje, z którymi współpracowały podmioty sektora ekonomii społecznej.	116
Wykres 50	Odsetek podmiotów objętych wsparciem w Działaniu 8.3, które skorzystały z zewnętrznych „antykryzysowych” form wsparcia, mających na celu podtrzymanie ciągłości działania i zminimalizowanie skutków pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności.	117
Wykres 51	Ocena stopnia, w jakim zewnętrzne „antykryzysowe” formy wsparcia pomogły w czasach kryzysu i pozwoliły zachować ciągłość działania podmiotów/ organizacji, które z nich skorzystały minimalizując skutki pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności.	117
Wykres 52	Odsetek podmiotów objętych wsparciem w Działaniu 8.3, które skorzystały z rozwiązań, ułatwiających realizację zadań publicznych, celem podtrzymania ciągłości działania i zminimalizowania skutków pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności.	118
Wykres 53	Ocena stopnia, w jakim rozwiązania, z których skorzystały podmioty objęte wsparciem w Działaniu 8.3 ułatwiły realizację zadań publicznych i pomogły podtrzymać ciągłości działania organizacji, minimalizując skutki pandemii COVID-19 dla prowadzonej działalności.	118
Wykres 54	Odsetek podmiotów ekonomii społecznej, które w swojej działalności borykają się z barierami/ trudnościami.	118
Wykres 55	Typy barier i problemów z jakimi borykają się podmioty ekonomii społecznej.	119

Wykres 56 Odsetek podmiotów, które w momencie realizacji badania posiadały status przedsiębiorstwa społecznego/spółdzielni socjalnej lub prowadziły odpłatną działalność pożytku publicznego albo gospodarczą.	120
Wykres 57 Odsetek podmiotów, które zrezygnowały z prowadzenia przedsiębiorstwa społecznego/spółdzielni socjalnej lub odpłatnej działalności pożytku publicznego albo gospodarczej w skutek wystąpienia Pandemii COVID-19.	120
Wykres 58 Odsetek podmiotów, które w momencie realizacji badania posiadały status przedsiębiorstwa społecznego/ spółdzielni socjalnej lub prowadziły odpłatną działalność pożytku publicznego albo gospodarczą i korzystały ze wsparcia OWES.	120
Wykres 59 Odsetek podmiotów, które w momencie realizacji badania korzystały ze wsparcia OWES ale zadeklarowały, że są w stanie funkcjonować bez tego wsparcia.	120
Wykres 60 Odsetek przedsiębiorstw społecznych, w których od momentu rozpoczęcia działalności do momentu realizacji badania zmianie uległy poszczególne cechy świadczące o kondycji przedsiębiorstwa.	121
Wykres 61 Wpływ Pandemii COVID-19 na zmianę poszczególnych cech świadczących o kondycji przedsiębiorstwa.	122
Wykres 62 Odsetek przedsiębiorstw społecznych, które zadeklarowały, że wystąpienie Pandemii spowodowało problemy w poniższych zakresach.	122
Wykres 63 Działania zapobiegające negatywnym skutkom Pandemii COVID-19 realizowane przez przedsiębiorstwa społeczne.	123
Wykres 64 Ocena stopnia, w jakim wprowadzone rozwiązania przyczyniły się do zminimalizowania skutków Pandemii COVID-19 przez przedsiębiorstwa społeczne, które dane rozwiązanie zastosowały.	125
Wykres 65 Odsetek podmiotów, które rozważyły aplikowanie o środki w ramach RPO WO 2014-2020.	126
Wykres 66 Powody braku decyzji o aplikowaniu w organizowanych konkursach.	127
Wykres 67 Odsetek potencjalnych wnioskodawców, którzy współpracują z innymi podmiotami.	127
Wykres 68 Typy podmiotów z jakimi współpracują potencjalni wnioskodawcy.	128
Wykres 69 Problemy z jakimi borykają się potencjalni wnioskodawcy.	130
Wykres 70 Wpływ jaki na podjęcie decyzji o nieaplikowaniu miało wystąpienie pandemii COVID-19.	131
Wykres 71 Odsetek podmiotów, które w trakcie przygotowywania wniosku o dofinansowanie projektu napotkały na bariery/trudności.	131
Wykres 72 Rodzaje barier/trudności na jakie napotkały podmioty przygotowujące wniosek o dofinansowanie projektu.	132
Wykres 73 Odsetek podmiotów, które napotkały na bariery/ trudności w trakcie realizacji działań projektowych.	132
Wykres 74 Struktura informacji pokontrolnych OP VIII i OP X RPOWO 2014-2020.	134
Wykres 75 Struktura kontroli w ramach poszczególnych Działań OP VIII i OP X RPO WO 2014-2020.	134
Wykres 76 Typy przeprowadzanych kontroli.	134
Wykres 77 Efekty kontroli.	135
Wykres 78 Wpływ pandemii COVID-19 na problemy z osiągnięciem założonych wartości wskaźników w opinii instytucji, które realizowały projekty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2.	144
Wykres 79 Źródła finansowania działań, mające na celu poprawę sytuacji epidemicznej poprzez zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie koronawirusa lub ograniczenie negatywnych skutków pandemii COVID-19, które realizowały instytucje realizujące projekty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2.	149
Wykres 80 Odsetek instytucji które realizowały projekty w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałaniach 10.1.1 i 10.1.2 i zadeklarowały, że korzystały z rozwiązań wprowadzonych przez tzw.	

specustawę funduszową, które miały ułatwić aplikowanie lub realizację projektów współfinansowanych ze środków UE w dobie pandemii COVID-19.... Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.	
Wykres 81 Ocena stopnia przydatności rozwiązań wprowadzonych przez tzw. specustawę funduszową, które miały ułatwić aplikowanie lub realizację projektów współfinansowanych ze środków UE w dobie pandemii COVID-19 przez podmioty które realizowały projekty w Działaniach 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałaniach 10.1.1 i 10.1.2 i skorzystały z danego rozwiązania.	150
Wykres 82 Ocena zakresu form wsparcia możliwych do realizacji w ramach projektów finansowanych ze środków Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałania 10.1.1 i 10.1.2.....	165
Wykres 83 Ocena zakresu katalogu osób kwalifikujących się do objęcia wsparciem w ramach projektów finansowanych ze środków Działań 8.1, 8.2 i 8.3.	173
Wykres 84 Odsetek podmiotów realizujących projekty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałania 10.1.1 i 10.1.2, które stwierdziły, że wśród odbiorców wsparcia świadczonego w ramach tych Działań są grupy którym należy poświęcić większą uwagę niż dotychczas, i które w szczególności powinny zostać objęte wsparciem w przyszłym okresie programowania.	175

Chart 1 Assessment of the extent to which the forms of support provided contributed to the improvement of the situation of final recipients of the support provided under Measures 8.1, 8.2 and 8.3.....	20
Chart 2 Assessment of the usefulness of support financed under Measures 8.1, 8.2 and 8.3 by entities implementing projects and providing support.....	21
Chart 3 Assessment of the extent to which the investments made contributed to satisfying the needs of the institution in which they were implemented.	21
Chart 4 Assessment of the usefulness of support financed under Sub-measures 10.1.1 and 10.1.2 by entities implementing projects.	22
Chart 5 Percentage of respondents who declared that they would decide to participate in the project again, if there was such a possibility.	23
Chart 6 Assessment of the usefulness (suitability) of individual forms of assistance provided under Measure 8.3 by entities that have benefited from a given form of assistance.	23
Chart 7 Effects achieved by entities covered by the support provided under Measure 8.3.	25
Chart 8 Types of investments in health care infrastructure.....	26
Chart 9 Types of investments in social service infrastructure.	26
Chart 10 Percentage of entities that encountered barriers / difficulties while applying for funding. .	27
Chart 11 Percentage of entities that encountered barriers / difficulties in the implementation of project activities.	27
Chart 12 Percentage of support recipients who encountered barriers while applying for support or while using the support provided under Measures 8.1, 8.2 and 8.3.	28

Mapa 1 Procentowy rozkład nakładów przeznaczonych na realizację wsparcia w PI 9(iv) w latach 2016-2021 w powiatach woj. opolskiego.....	76
Mapa 2 Udział niepowtarzalnych uczestników projektów finansowanych z PI 9(iv) w latach 2016-2021 w ogólnej liczbie niepowtarzalnych uczestników.	76
Mapa 3 Jednostkowe koszty wsparcia uczestników projektów finansowanych z PI 9(iv) w powiatach woj. opolskiego..... Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.	
Mapa 4 Procentowy rozkład nakładów przeznaczonych na realizację wsparcia w PI 9(i) w latach 2016-2021 w powiatach woj. opolskiego.	78
Mapa 5 Udział niepowtarzalnych uczestników projektów finansowanych z PI 9(i) w latach 2016-2021 w ogólnej liczbie niepowtarzalnych uczestników.	78
Mapa 6 Jednostkowe koszty wsparcia uczestników projektów finansowanych z PI 9(i) w latach 2016-2021 w powiatach woj. opolskiego.	79
Mapa 7 Procentowy rozkład nakładów przeznaczonych na realizację wsparcia w PI 9(v) w latach 2015-2021 w powiatach woj. opolskiego.	80

Mapa 8 Udział niepowtarzalnych uczestników projektów finansowanych z PI 9(v) w ogólnej liczbie niepowtarzanych uczestników.	80
Mapa 9 Jednostkowe koszty wsparcia uczestników projektów finansowanych z PI 9(v) w powiatach woj. opolskiego.....	81
Mapa 10 Procentowy rozkład nakładów przeznaczonych na realizację wsparcia w PI 9a w latach 2014-2023 w powiatach woj. opolskiego.	83
Tabela 1 Efekty, które przyniósł udział w projektach finansowanych z Działań 8.1, 8.2 i 8.3.....	12
Tabela 2 Zgony wg. przyczyn w Polsce i w woj. opolskim.	41
Tabela 3 Zgony wg. przyczyn w Polsce i w woj. opolskim.	42
Tabela 4 Logika interwencji Działań OP VIII i Poddziałań OP X RPO WO 2014-2020.	58
Tabela 5 Zestawienie umów na realizację projektów w podziale na Priorytety Inwestycyjne.	66
Tabela 6 Zestawienie umów na realizację projektów ukierunkowanych na przeciwdziałanie Pandemii COVID-19 w podziale na Priorytety Inwestycyjne.	72
Tabela 7 Alokacja środków UE w poszczególnych Priorytetach Inwestycyjnych.	75
Tabela 8 Zestawienie wskaźników produktu i rezultatu w poszczególnych Priorytetach Inwestycyjnych.	84
Tabela 9 Rezultaty, które przyniósł udział w projektach finansowanych z Działań 8.1, 8.2 i 8.3.....	107
Tabela 10 Rodzaje barier/trudności na jakie w toku realizacji działań projektowych napotkały podmioty realizujące projekty.....	133
Tabela 11 Rodzaje działań, mające na celu poprawę sytuacji epidemicznej poprzez zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie koronawirusa lub ograniczenie negatywnych skutków pandemii COVID-19, które realizowały instytucje realizujące projekty w ramach Działań 8.1, 8.2 i 8.3 oraz Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2.	147
Tabela 12 Wartość wskaźnika obciążenia demograficznego w woj. opolskim.	152
Tabela 13 Wartość wskaźnika: pomoc udzielona-porady ambulatoryjne na 1 pracującego lekarza w woj. opolskim.	154
Tabela 14 Wartość wskaźnika: osoby niepełnosprawne korzystające ze świadczeń rodzinnych w woj. opolskim jako procent korzystających ogółem.	157
Tabela 15 Wartość wskaźnika: korzystający ze świadczeń rodzinnych z tytułu alkoholizmu w woj. opolskim jako procent korzystających ogółem.	157
Tabela 16 Wartość wskaźnika: stopa bezrobocia rejestrowana w woj. opolskim (Polska 100).....	158
Tabela 17 Wartość wskaźnika: relacja przeciętnego wynagrodzenia brutto w woj. opolskim (Polska 100).....	158
Tabela 18 Uwarunkowania polityki europejskiej a wyzwania rozwojowe dla województwa opolskiego w obszarze „społeczeństwo”.....	164
Tabela 19 Formy wsparcia, które zdaniem przedstawicieli podmiotów realizujących projekty w Działaniu 8.1 należałoby przede wszystkim kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej.....	169
Tabela 20 Formy wsparcia, które zdaniem przedstawicieli podmiotów realizujących projekty w Działaniu 8.2 należałoby, przede wszystkim kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej.....	170
Tabela 21 Formy wsparcia, które, w opinii podmiotów nieaplikujących o wsparcie w ramach RPOWO 2014-2020, należałoby, przede wszystkim kontynuować w przyszłej perspektywie finansowej.	171
Tabela 22 Katalog potrzeb podmiotów, które zrealizowały projekty finansowane z Poddziałań 10.1.1 i 10.1.2.....	172
Tabela 23 Katalog potrzeb podmiotów, które realizowały projekty finansowane z Działań 8.1, 8.2 i 8.3.....	173
Tabela 24 Grupy, którym należy poświęcić większą uwagę niż dotychczas, i które w szczególności powinny zostać objęte wsparciem w przyszłym okresie programowania, zdaniem przedstawicieli podmiotów realizujących projekty w ramach Działania 8.1.....	175
Tabela 25 Porównanie form wsparcia (typów projektów) w RPO WO 2014-2020 OP VIII Integracja społeczna i FEO 2021-2027 Opolskie Silne Społeczeństwo.....	180

Tabela 26 Porównanie form wsparcia (typów projektów) w RPOWO 2014-2020 OP X i FEO 2021-2027 Opolskie Silne Społecznie w ramach poszczególnych priorytetów.	183
Tabela 27 Matryca powiązań przyczynowo skutkowych w obszarze ochrony zdrowia oraz pomocy i ekonomii społecznej.....	187
Table 1 Effects of participation in projects financed under Measures 8.1, 8.2 and 8.3.	24