

RAPORT KOŃCOWY Z BADANIA EWALUACYJNEGO

OCENA EFEKTÓW WSPARCIA

W ZAKRESIE ADAPTACYJNOŚCI PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

W RAMACH OPX RPO WŁ 2014-2020

2025



OCENA EFEKTÓW WSPARCIA W ZAKRESIE ADAPTACYJNOŚCI PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW W RAMACH OPX RPO WŁ 2014-2020

RAPORT KOŃCOWY Z BADANIA

Grudzień 2025

Zamawiający:

Województwo Łódzkie

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

Departament Polityki Regionalnej i Współpracy Zagranicznej

Wydział Ewaluacji (Jednostka Ewaluacyjna RPO WŁ 2014-2020)

ul. Tuwima 22/26, 90-002 Łódź

Wykonawca:

Agencja Badawcza EDBAD Sp. z o.o.

www.edbad.edu.pl | biuro@edbad.edu.pl

ul. Kpt. Franciszka Żwirki 6, 90-450 Łódź

KRS 0001111836 | NIP 7252344748 | REGON 528935199



Kierownik badania:

Maciej Mroczek

Zespół badawczy:

Karolina Szczepaniak

Jagoda Przybysz

Andrzej Kacprzak

Badanie zrealizowano w okresie lipiec - grudzień 2025

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	4
Słownik pojęć.....	6
Streszczenie	9
Summary	14
Wprowadzenie	19
1 Koncepcja badania	19
2 Metodyka badania.....	24
3 Tło analityczne	29
3.1 Powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę (Działanie X.1).....	29
3.2 Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw (Działanie X.2)	30
3.3 Zdrowie jako warunek aktywności zawodowej (Działanie X.3).....	34
3.4 Bariery aktywizacji osób starszych	36
3.5 Wpływ sytuacji kryzysowych na obszary wsparcia.....	38
4 Uwarunkowania legislacyjne wsparcia w OPX RPO Wł 2014-2020 (dokumenty strategiczne, programowe i wytyczne).....	41
5 Ustalenia badania ewaluacyjnego	50
5.1 Realizacja wsparcia w ramach OPX RPO Wł 2014-2020	50
5.2 Problemy i trudności w realizacji wsparcia	88
5.3 Perspektywa beneficjentów i odbiorców wsparcia.....	103
5.4 Komplementarność wsparcia	188
5.5 Dobre praktyki w OPX	207
6 Podsumowanie	228
WNIOSKI I POWIĄZANE Z NIMI REKOMENDACJE	252
Spis wykresów i tabel	262
Bibliografia.....	266

WYKAZ SKRÓTÓW

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BUR	Baza Usług Rozwojowych
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
CAWI	Computer Assisted Web Interview
COVID-19	Choroba wywołana przez koronawirus SARS-CoV-2
COSME	Programme for the Competitiveness of Enterprises and small and medium-sized enterprises (Program ramowy na rzecz konkurencyjności przedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw 2014-2020) – unijny program na lata 2014-2020 mający na celu wzmocnienie konkurencyjności i trwałości przedsiębiorstw (szczególnie MŚP), krzewienie kultury przedsiębiorczości, wspieranie tworzenia miejsc pracy oraz wzrostu MŚP
EBI	Europejski Bank Inwestycyjny
FEŁ2027	Program regionalny Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027
EFS+	Europejski Fundusz Społeczny Plus
GI	Gospodarka Inteligentna
GOPS	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
GOZ	Gospodarka Obiegu Zamkniętego
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HORYZONT 2020	Unijny program w zakresie badań naukowych i innowacji, realizowany od 2014 do 2020 roku
IPD	Indywidualny Plan Działania
ISO	Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna
IZ	Instytucja Zarządzająca
JDG	Jednoosobowa Działalność Gospodarcza
KGW	Koło Gospodyń Wiejskich
LORIS	Regionalna Strategia Innowacji dla Województwa Łódzkiego
ŁOM	Łódzki Obszar Metropolitalny
MŚP	Mikro, małe i średnie przedsiębiorstwa
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

OPS	Ośrodek Pomocy Społecznej
OZE	Odnawialne Źródła Energii
PARP	Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości (Administrator BUR)
PI	Priorytet Inwestycyjny
PO IR	Program Operacyjny Inteligentny Rozwój 2014-2020
PO IIŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
PPOŻ	Instalacja przeciwpożarowa
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.
PSF	Podmiotowy System Finansowania
PŚUR	Podmiot Świadczący Usługi Rozwojowe
PUP	Powiatowy Urząd Pracy
RIS	Regionalne Inteligentne Specjalizacje
RPO WŁ 2014-2020	Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014–2020
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
SL2014	Główna aplikacja Centralnego Systemu Teleinformatycznego w perspektywie 2014-2020
SOR	Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)
SRWŁ 2020	Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020 (Uchwała Nr XXXIII/644/13 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 26 lutego 2013 r.)
SRWŁ 2030	Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030 (Uchwała Nr XXXI/414/21 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 6 maja 2021 r.)
SZOOP RPO WŁ 2014-2020	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WŁ
SZOP FEŁ 2027	Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027
TDI	Pogłębione Wywiady Telefoniczne
WoP	Wniosek o płatność
WUP	Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi
ZRK	Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

SŁOWNIK POJĘĆ

Big data	Zbiór danych, które są duże i złożone, a do ich przetwarzania wymagane jest użycie nowych technologii, takich jak np. sztuczna inteligencja.
Beneficjent	Podmiot, o którym mowa w art. 2 pkt 10 oraz w art. 63 rozporządzenia ogólnego; w kontekście RPO Wł 2014-2020 jest to podmiot, który zawiera umowę o dofinansowanie z Instytucją Zarządzającą RPO Wł 2014-2020 i jest formalnie odpowiedzialny za realizację projektu (zgodność działań z wnioskiem, osiągnięcie wskaźników, prawidłowe wydatkowanie środków oraz sprawozdawczość).
Baza Usług Rozwojowych (BUR)	Internetowa baza usług rozwojowych, obejmująca rejestr podmiotów zapewniających świadczenie usług rozwojowych należytej jakości współfinansowanych ze środków publicznych, prowadzona w formie systemu teleinformatycznego przez Administratora BUR. BUR umożliwia w szczególności obsługę następujących procesów: - publikację ofert usług rozwojowych przez podmioty świadczące usługi rozwojowe wraz z danymi identyfikującymi te podmioty, - dokonywanie zapisów na poszczególne usługi rozwojowe, - zamieszczanie ogłoszeń o zapotrzebowaniu na usługi rozwojowe, - dokonywanie oceny usług rozwojowych zgodnie z Systemem Oceny Usług Rozwojowych, - zapoznanie się z wynikiem ocen usług rozwojowych dokonanych przez pozostałych uczestników usług.
Case study dobrych praktyk	Pogłębiona analiza wybranych projektów – identyfikacja czynników sukcesu (metoda zaproponowana na etapie przetargu przez Wykonawcę przedmiotowego badania ewaluacyjnego).
Cross-financing	Zasada elastyczności, o której mowa w art. 98 ust. 2 rozporządzenia ogólnego, polegająca na możliwości finansowania działań w sposób komplementarny ze środków EFRR i EFS, w przypadku, gdy dane działanie z jednego funduszu objęte jest zakresem pomocy drugiego funduszu.
Desk research	Analiza danych zastanych – jedna z podstawowych metod w ewaluacji, która polega na analizie zarówno istniejących danych (np. danych ze statystyki publicznej, danych monitoringowych), jak i dokumentów administracyjnych (np. dokumentów programowych i strategicznych).
Dezaktywizacja zawodowa	Proces stopniowego lub nagłego wycofywania się osób z aktywnego udziału w rynku pracy, prowadzący do bierności zawodowej.
Internet rzeczy	Sieć obiektów fizycznych, które są wyposażone w czujniki, oprogramowanie i inne technologie w celu łączenia się i wymiany danych z innymi urządzeniami i systemami za pośrednictwem Internetu.

Kompetencje	Wyodrębniony zestaw efektów uczenia się/kształcenia. Opis kompetencji zawiera jasno określone warunki, które powinien spełniać uczestnik projektu ubiegający się o nabycie kompetencji, tj. wyczerpującą informację o efektach uczenia się dla danej kompetencji oraz kryteria i metody ich weryfikacji.
Kwalifikacje	Określony zestaw efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych nabytych w edukacji formalnej, edukacji pozaformalnej lub poprzez uczenie się nieformalne, zgodnych z ustalonymi dla danej kwalifikacji wymaganiami, których osiągnięcie zostało sprawdzone w procesie walidacji oraz formalnie potwierdzone przez instytucję uprawnioną do certyfikowania.
Operator	Podmiot odpowiedzialny za realizację projektu Podmiotowego Systemu Finansowania i dystrybucję wsparcia na rzecz przedsiębiorców i pracowników, w tym w szczególności za rekrutację przedsiębiorców do projektu, pomoc w wyborze odpowiedniej usługi rozwojowej oraz za zawieranie i rozliczanie umów wsparcia zawartych z przedsiębiorcami. W przypadku PSF jest to jednocześnie Beneficjent dotacji.
Osoba bezrobotna	Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, osoba zarejestrowana jako bezrobotna jest zaliczana do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.
Osoba bierna zawodowo	Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).
Outplacement	Zaplanowane, kompleksowe działania, mające na celu skuteczną organizację procesu zwolnień poprzez zaprojektowanie i udzielenie pomocy zwalnianym pracownikom w odnalezieniu się w nowej sytuacji życiowej, w tym przede wszystkim prowadzące do utrzymania lub podjęcia i utrzymania zatrudnienia, a także wsparcia osób odchodzących z rolnictwa.
Podmiotowy System Finansowania (PSF)	System dystrybucji środków EFS przeznaczonych na wspieranie rozwoju przedsiębiorców i pracowników oparty na podejściu popytowym wdrażany w ramach RPO.
Realizator projektu	Podmiot faktycznie wykonujący działania w ramach projektu, ale niebędący stroną umowy o dofinansowanie (tj. niebędący

	Beneficjentem). W przypadku projektów, w których beneficjentem jest np. gmina, realizatorami (jednostkami realizującymi) mogą być podległe jej instytucje, np. szkoły lub ośrodki pomocy społecznej.
Regionalny Program Zdrowotny (RPZ)	Program polityki zdrowotnej, którego wdrożenie współfinansowane jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zgodny z definicją wynikającą z „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” i opracowany z zachowaniem wymogów wynikających z tego dokumentu. Zgodnie z ww. wytycznymi, jest to program realizowany w ramach RPO, który może dotyczyć następujących przykładowych działań: - wdrożenie programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, - wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy, - wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy.
System JASPER	System JASPER jest modułem raportującym używanym w kontekście Bazy Usług Rozwojowych, umożliwiającym monitoring realizowanych usług (w tym weryfikację zapisów na usługi) i rozliczanie usług rozwojowych przez Operatorów.
Uczestnik projektu	Osoba fizyczna lub podmiot w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, bezpośrednio korzystające z interwencji EFS.
Umiejętności	Przyswojona w procesie uczenia się zdolność do wykonywania zadań i rozwiązywania problemów właściwych dla dziedziny uczenia się lub działalności zawodowej.
Usługa rozwojowa	Usługa mająca na celu nabycie, potwierdzenie lub wzrost wiedzy, umiejętności lub kompetencji społecznych przedsiębiorców i ich pracowników, w tym mająca na celu zdobycie kwalifikacji (o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji) lub pozwalająca na ich rozwój. Usługi te są dostarczane przez Podmioty Świadczące Usługę Rozwojową i rejestrowane w Bazie Usług Rozwojowych.
Ustawa COVID-19	Ustawa z dnia 3 kwietnia 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających realizację programów operacyjnych w związku z wystąpieniem COVID-19 w 2020 r.
Ustawa wdrożeniowa	Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
Wsparcie pomostowe	Finansowe wsparcie pomostowe – wsparcie w formie okresowo udzielanych dotacji służących sfinansowaniu bieżących wydatków powstających w początkowym okresie prowadzenia działalności gospodarczej. Może być przyznawane przez okres od 6 do 12 miesięcy.

STRESZCZENIE

Badanie „Ocena efektów wsparcia w zakresie adaptacyjności pracowników i przedsiębiorstw w ramach OPX RPO WŁ 2014–2020” zrealizowane zostało na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego w okresie od lipca do grudnia 2025 roku.

Badanie miało charakter ewaluacji ex post i służyło ocenie skuteczności, efektywności, użyteczności, komplementarności oraz trwałości interwencji realizowanych w ramach Osi Priorytetowej X.

Głównym celem było zbadanie wpływu wsparcia w ramach OPX RPO WŁ 2014-2020 na zwiększenie adaptacyjności do zmian oraz wzrost konkurencyjności MŚP. Badanie objęło działania wspierające aktywizację zawodową osób opiekujących się dziećmi w wieku do lat 3 (X.1), rozwój kompetencji i kwalifikacji pracowników i przedsiębiorców (X.2.1), działania outplacementowe (X.2.2) oraz programy zdrowotne wspierające aktywność zawodową mieszkańców regionu, zwłaszcza osób 50+ (X.3.1–X.3.3).

METODYKA BADANIA

Badanie OPX RPO WŁ 2014–2020 oparto na zróżnicowanych metodach ilościowych i jakościowych. Desk research, CAWI/CATI, TDI, wywiady eksperckie i case study zapewniły kompleksową ocenę efektów interwencji. Triangulacja źródeł danych umożliwiła trafne wnioski i rekomendacje dla przyszłych działań w obszarach aktywizacji, przedsiębiorczości i zdrowia.

- **Desk research** obejmował dokumenty strategiczne, dane z SL2014, raporty PARP i WUP, statystyki GUS, Eurostatu i NFZ. Prowadzony był w dwóch etapach – wstępnym i właściwym – i wspierał projektowanie narzędzi oraz interpretację wyników.
- **CAWI/CATI** objęły ponad 2 900 respondentów (uczestników projektów) z działań X.1, X.2 i X.3. Dobór próby oparto na danych z SL2014 (dobór losowy).
- **TDI** umożliwiły pogłębienie wyników ilościowych. Przeprowadzono 44 wywiady z uczestnikami projektów, beneficjentami i przedstawicielami IZ RPO WŁ 2014-2020.
- **Wywiady eksperckie** (3 TDI) dostarczyły wiedzy dziedzinowej w obszarach PI 8iv, 8v i 8vi. Respondentów wybrano na podstawie doświadczenia zawodowego i dorobku naukowego.
- **Case study** pozwoliły na analizę dobrych praktyk i czynników sukcesu wsparcia.

USTALENIA BADANIA EWALUACYJNEGO

Realizacja wsparcia w ramach OPX RPO WŁ 2014-2020 :

Działanie X.1 – Powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3

Realizacja koncentrowała się na tworzeniu nowych miejsc opieki w formach instytucjonalnych (żłobki, kluby dziecięce, opiekunowie dzienni) oraz pozainstytucjonalnych (nianie), uzupełnianych działaniami aktywizacyjnymi (np. doradztwo, szkolenia, pośrednictwo pracy). Wsparcie było kierowane głównie do kobiet powracających na rynek pracy, ale od 2022 roku objęło także uchodźców z Ukrainy.

Pomimo trudności wdrożeniowych i niskiego wykorzystania alokacji, osiągnięto bardzo wysokie wskaźniki rezultatu – niemal 96,5% uczestników powróciło na rynek pracy lub utrzymało zatrudnienie. Liczba osób objętych wsparciem przekroczyła zakładane cele, a formy instytucjonalne, takie jak żłobki, zapewniły największą trwałość efektów. Jednocześnie elastyczne formy opieki, jak

nianie, były szczególnie cenione przez uczestników. Wpływ programów socjalnych, takich jak 500+, obniżał motywację do podjęcia pracy, co stanowiło istotne wyzwanie dla skuteczności interwencji.

Działanie X.2 – Rozwój pracowników i przedsiębiorstw

Działanie obejmowało dwa poddziałania:

- **X.2.1** – wsparcie konkurencyjności MŚP poprzez Podmiotowy System Finansowania (PSF), który umożliwiał przedsiębiorstwom wybór usług rozwojowych z Bazy Usług Rozwojowych. Mechanizm bonowy zapewnił elastyczność i dopasowanie do realnych potrzeb, szczególnie mikroprzedsiębiorstw i osób 50+.
- **X.2.2** – programy typu outplacement, skierowane do osób zagrożonych utratą pracy lub zwolnionych. Obejmowały szkolenia, doradztwo, poradnictwo psychologiczne, staże, subsydiowane zatrudnienie oraz wsparcie w zakładaniu działalności gospodarczej (w tym bezzwrotne dotacje i wsparcie pomostowe).

Mechanizm PSF okazał się wyjątkowo trafny – popyt na usługi rozwojowe znacznie przekroczył dostępne środki, a wskaźniki rezultatu i produktu osiągnęły poziom ponad 95%. W ramach outplacementu odnotowano wysoką skuteczność zatrudnieniową, a trwałość nowo założonych działalności gospodarczych była bardzo wysoka – 85% firm funkcjonowało nadal po zakończeniu wsparcia. Indywidualne Plany Działania (IPD) oraz wsparcie pomostowe odegrały kluczową rolę w stabilizacji sytuacji zawodowej uczestników.

Działanie X.3 – Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia

Działanie wdrażano w formule Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ), zgodnych z mapami potrzeb zdrowotnych i opiniami AOTMiT. Działanie obejmowało poniższe poddziałania:

- **X.3.1** – programy rehabilitacji medycznej (m.in. kardiologicznej, onkologicznej, psychiatrycznej, pulmonologicznej, po COVID-19), wspierające powrót do pracy i wydłużenie aktywności zawodowej.
- **X.3.2** – programy profilaktyczne dotyczące chorób istotnych dla regionu (m.in. układ krążenia, nowotwory, zaburzenia psychiczne, choroby układu kostno-stawowego i oddechowego).
- **X.3.3** – działania uzupełniające krajowe programy profilaktyczne w zakresie raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego, ukierunkowane na zwiększenie zgłaszalności na badania.

Programy zdrowotne objęły ponad 110 tys. osób, a wskaźniki uczestnictwa w badaniach profilaktycznych przekroczyły 230% zakładanych wartości. Choć wskaźniki dotyczące podjęcia lub kontynuowania aktywności zawodowej były niższe niż w pozostałych działaniach - co wynikało z pośredniego charakteru interwencji zdrowotnych - przekroczyły one istotnie wartości docelowe. Wdrożenie teleporad w odpowiedzi na pandemię zapewniło ciągłość wsparcia i okazało się trwałym rozwiązaniem. Działania były dobrze oceniane przez uczestników, choć wskazywano na nadmierną biurokrację i trudności organizacyjne.

IZ RPO WŁ 2014-2020 podjęła działania zaradcze wdrażając mechanizm elastyczności w reagowaniu na kryzysy. Stosowne działania podjęli także beneficjenci. W odpowiedzi na pandemię wdrożono

zdalne formy wsparcia, a w związku z wojną w Ukrainie rozszerzono grupy docelowe o uchodźców, realizując działania integracyjne w ramach X.1 i X.2.

Wsparcie realizowane w ramach Osi Priorytetowej X RPO Wł 2014–2020 skutecznie odpowiadało na trzy kluczowe bariery aktywności zawodowej mieszkańców regionu: brak dostępnej opieki nad dziećmi, niedobór kompetencji zawodowych oraz problemy zdrowotne. Interwencje w działaniach X.1, X.2 i X.3 były trafnie zaprojektowane i wdrażane w kontekście dynamicznych zmian społeczno-gospodarczych, takich jak pandemia COVID-19, kryzys migracyjny związany z wojną w Ukrainie oraz postępujące starzenie się ludności województwa łódzkiego.

Ocena OPX według kryteriów ewaluacyjnych:

- **Skuteczność:** wskaźniki rezultatu i produktu w ramach Osi X zostały w większości przekroczone, co potwierdza wysoką skuteczność interwencji. W obszarze zdrowia efekty zatrudnieniowe były ograniczone, co wynikało z pośredniego charakteru działań, jednak wskaźniki uczestnictwa w programach profilaktycznych i rehabilitacyjnych znacząco przewyższyły zakładane wartości.
- **Użyteczność:** wsparcie odpowiadało na realne potrzeby uczestników i beneficjentów, którzy oceniali je jako trafne i adekwatne do lokalnych uwarunkowań. Największą wartość miały projekty łączące różne formy wsparcia, ponieważ skutecznie odpowiadały na wielowymiarowe bariery aktywności zawodowej.
- **Efektywność:** relacja nakładów finansowych i organizacyjnych do osiągniętych efektów była korzystna. W wielu przypadkach przy niższej niż zakładana alokacji środków udało się osiągnąć lub przekroczyć cele, co świadczy o wysokiej efektywności kosztowej i organizacyjnej interwencji.
- **Komplementarność:** działania w ramach Osi X były powiązane z innymi osiami RPO Wł 2014-2020 oraz programami krajowymi i europejskimi, co wzmacniało ich efekty. Szczególnie widoczna była synergia z OP VII w zakresie infrastruktury opiekuńczej, OP IX w obszarze usług społecznych i OP XI w obszarze edukacji.
- **Trwałość:** efekty w obszarze zatrudnienia i przedsiębiorczości wykazały wysoką stabilność, natomiast w obszarze zdrowia trwałość efektów – choć dobrze oceniona przez odbiorców i beneficjentów – miała pośredni charakter i polegała na poprawie stanu zdrowia i funkcjonalności uczestników, co w dłuższej perspektywie zwiększało ich zdolność do pozostawania aktywnymi zawodowo.

OPX była interwencją skuteczną, użyteczną i elastyczną, dobrze wpisującą się w logikę polityk publicznych. **Jej efekty – zwłaszcza w zakresie aktywizacji zawodowej, rozwoju MŚP i wsparcia zdrowotnego – potwierdzają zasadność kontynuacji podobnych działań w przyszłych programach, przy jednoczesnym doprecyzowaniu prognoz wskaźników i wzmocnieniu mechanizmów komplementarności.**

Treść rekomendacji	Uzasadnienie i wyjaśnienie rekomendacji
1. Utrzymać model trójfilarowy (społeczny–kompetencyjny–zdrowotny) jako podstawę przyszłych interwencji aktywizacyjnych.	Oś X skutecznie eliminowała trzy kluczowe bariery aktywności zawodowej: brak opieki nad dziećmi (X.1), niedobór kompetencji (X.2) oraz problemy zdrowotne (X.3). Wysoka - przewyższająca docelową - wartość wskaźników rezultatu i produktu w każdym z tych obszarów potwierdza, że równoległe adresowanie barier jest warunkiem trwałej aktywizacji. Kryteria konkursowe powinny preferować projekty wielofilarowe lub komplementarne względem innych interwencji, a system monitorowania i ewaluacji – umożliwiać analizę synergii między filarami.
2. W przyszłych programach stosować prognozy wskaźników oparte na danych historycznych i analizach popytu, uwzględniające wariantowe scenariusze.	Wskaźniki produktu były wielokrotnie przekraczane (np. X.2.2 – 318%, X.3 – ponad 270%), co wskazuje na niedoszacowanie skali potrzeb. Zbyt ostrożne prognozy ograniczały potencjał interwencji i prowadziły do nieoptymalnej alokacji środków. Realistyczne prognozowanie, oparte na danych z systemów teleinformatycznych, ewaluacjach ex post i analizach demograficznych, pozwoli lepiej planować budżet, kadry i działania promocyjne. Wariantowe scenariusze (niski–realistyczny–wysoki) zwiększą elastyczność i odporność planowania.
3. Promować projekty, które indywidualizują ścieżki wsparcia uczestników poprzez łączenie różnych komponentów w spójny model aktywizacyjny.	Uczestnicy wskazywali, że największą wartość miały projekty łączące różne formy wsparcia – np. opiekę nad dziećmi z aktywizacją zawodową (X.1) czy rehabilitację z poradnictwem psychologicznym (X.3.1). Indywidualny Plan Działania (IPD) powinien być standardowym narzędziem, obejmującym diagnozę sytuacji uczestnika, dobór odpowiednich narzędzi oraz monitorowanie postępów. Kryteria konkursowe powinny premiować projekty wielokomponentowe, a szkolenia dla projektodawców wspierać projektowanie kompleksowych ścieżek aktywizacyjnych.
4. Uprościć interfejsy cyfrowe i zapewnić systemowe wsparcie techniczne dla osób o niższych kompetencjach cyfrowych.	System BUR był oceniany jako mało intuicyjny przez osoby 50+, co ograniczało ich udział w działaniach rozwojowych. Rekomenduje się przeprojektowanie interfejsu z uwzględnieniem potrzeb osób starszych (czytelne ikony, większe czcionki, intuicyjne komunikaty) oraz wprowadzenie wsparcia technicznego (infolinia, czat online, instrukcje krok po kroku). Szkolenia i warsztaty dla osób zagrożonych wykluczeniem cyfrowym zwiększą dostępność systemu i ograniczą ryzyko wykluczenia.
5. Wprowadzić zdalne formy wsparcia (teleporady, telerehabilitacja) jako standardowy komponent usług zdrowotnych w przyszłych działaniach.	Teleporady w X.3.1 okazały się skuteczne i trwałe – zapewniły ciągłość wsparcia w czasie pandemii, zwiększyły dostępność dla osób z ograniczoną mobilnością i zostały uznane za dobrą praktykę. Powinny być formalnie wpisane do katalogu kosztów kwalifikowalnych i traktowane jako pełnoprawny element projektów zdrowotnych. Niezbędne są szkolenia dla realizatorów w zakresie obsługi narzędzi cyfrowych,

	bezpieczeństwa danych i dostosowania usług do potrzeb osób o niższych kompetencjach cyfrowych.
6. Wprowadzić uproszczone ścieżki rozliczeń (ryczałty, koszty jednostkowe) oraz jednolite interpretacje ZUS i VAT dla projektów aktywizacyjnych.	Beneficjenci Działań X.1 i X.2 wskazywali na trudności związane z rozliczaniem składek ZUS przy stażach i zatrudnieniu subsydiowanym oraz z kwalifikowaniem VAT przy zakładaniu działalności. Zaleca się opracowanie jednolitego katalogu kosztów uproszczonych (np. stawki jednostkowe dla staży, szkoleń, doradztwa) oraz uzgodnienie interpretacji z ZUS i KAS w formie oficjalnych wytycznych. Takie rozwiązania ograniczą obciążenia administracyjne, zwiększą przejrzystość i przyspieszą proces rozliczeń.
7. Uwzględnić wpływ polityk krajowych (np. świadczeń socjalnych) na skuteczność interwencji aktywizacyjnych.	Programy socjalne, takie jak 500+, miały niezamierzony wpływ na motywację do pracy, szczególnie wśród kobiet biernych zawodowo (X.1). Diagnozy potrzeb powinny uwzględniać analizę wpływu świadczeń na rynek pracy, zarówno pozytywnych (stabilizacja sytuacji rodzinnej), jak i negatywnych (zmniejszona motywacja do zatrudnienia). Konsultacje z instytucjami odpowiedzialnymi za politykę społeczną powinny być stałym elementem przygotowywania interwencji, aby lepiej dopasować działania do realnych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.
8. W interwencjach zdrowotnych stosować wskaźniki jakościowe i długoterminowe, które lepiej oddają rzeczywisty wpływ na aktywność zawodową.	Wskaźniki zatrudnieniowe w Działaniu X.3 były zbyt optymistyczne (realizacja 37,66%), co wynika z pośredniego i długofalowego charakteru wpływu działań zdrowotnych. Zaleca się stosowanie wskaźników jakościowych, takich jak poprawa stanu zdrowia (mierzona narzędziami funkcjonalnymi i jakości życia) czy zmniejszenie absencji chorobowej. Takie podejście pozwoli na bardziej realistyczne uchwycenie efektów zdrowotnych i ich przełożenie na rynek pracy.
9. Wprowadzić możliwość rekrutacji buforowej w działaniach zatrudnieniowych, aby zwiększyć elastyczność projektów i odporność na rezygnacje uczestników.	W outplacemencie (X.2.2) skuteczną praktyką była rekrutacja nadwyżkowa, która pozwalała osiągnąć wskaźniki rezultatu mimo rezygnacji części uczestników. Formalne dopuszczenie buforu rekrutacyjnego (np. +20%) zwiększy elastyczność projektów i odporność na czynniki losowe. Niezbędne są wytyczne dla beneficjentów oraz materiały edukacyjne wyjaśniające zasady rozliczania wskaźników, aby uniknąć niejednoznaczności interpretacyjnych

SUMMARY

The study "Assessment of the effects of support in the field of adaptability of employees and enterprises under OPX RPO Wł 2014–2020" was carried out at the request of the Marshal's Office of the Lodzkie Region, from July to December 2025.

It was an ex post evaluation that assessed the effectiveness, efficacy, utility, complementarity, and durability of interventions implemented under X Priority Axis.

The principal objective was to examine the impact of support under OPX RPO Wł 2014-2020 on increasing change adaptability and competitiveness of SMEs. The study included activities supporting the professional activation of people caring for children under the age of 3 (X.1), the development of employees' and entrepreneurs' competences and qualifications (X.2.1), outplacement activities (X.2.2) and health programmes supporting the professional activity of the region's residents, especially those aged 50+ (X.3.1–X.3.3).

METHODOLOGY OF THE STUDY

The OPX RPO Wł 2014–2020 study used diverse quantitative and qualitative methods. Desk research, CAWI/CATI, TDI, expert interviews, and case study ensured a comprehensive assessment of the interventions' effects. Data triangulation enabled accurate conclusions and recommendations for future activities in the areas of activation, entrepreneurship and health.

- **Desk research** included strategic documents, data from SL2014, reports from the Polish Agency for Enterprise Development and the Regional Labour Institution, and statistical data from Statistics Poland, Eurostat, and the National Health Fund. It was conducted in two stages – an initial and a proper one – and supported the design of the tools and the interpretation of the results.
- **CAWI/CATI** included over 2,900 respondents (project participants) from activities X.1, X.2, and X.3. Sampling was based on SL2014 data (random selection).
- **TDI** allowed for enhancing quantitative results. Forty-four interviews were conducted with the recipients of support, beneficiaries and representatives of the Marshal's Office of the Lodzkie Region.
- **Expert interviews** (3 TDIs) provided domain knowledge in the areas of PI 8iv, 8v and 8vi. The respondents were selected based on their professional experience and scientific achievements.
- **The case studies** enabled the analysis of good practices and success factors of support.

EVALUATION STUDY FINDINGS

Implementation of support under OPX RPO Wł 2014-2020:

Measure X.1 – Return to the labour market of persons caring for children under the age of 3

The implementation focused on creating new places of care in institutional settings (crèches, children's clubs, day carers) and non-institutional settings (nannies), complemented by stimulating activities (e.g., consultancy, training, job placement). The support was primarily aimed at women returning to the labour market, but since 2022, it has also covered refugees from Ukraine.

Despite implementation difficulties and low utilisation of the allocation, outstanding result indicators were achieved – almost 96.5% of participants returned to the labour market or remained employed. The number of people supported exceeded the assumed goals, and institutional forms, such as chéches, ensured the longest-lasting effects. Also, participants particularly valued flexible forms of

care, such as nannies. The impact of social programmes, such as 500+, reduced motivation to take up a job, posing a significant challenge to the effectiveness of interventions.

Measure X.2 – Development of employees and enterprises

The measure included two sub-measures:

- **X.2.1** – supporting the competitiveness of SMEs through the Entity Financing System (PSF), which allowed enterprises to choose development services from the Development Services Database. The voucher mechanism ensured flexibility and met real needs, especially those of microenterprises and people aged 50+.
- **X.2.2** – outplacement programmes, addressed to people at risk of losing their jobs or dismissed from work. They included training, counselling, psychological counselling, internships, subsidised employment, and support in opening new businesses (including non-refundable grants and bridging support).

The mechanism of the Entity Financing System (PSF) proved spectacularly accurate – demand for development services significantly exceeded available funds, and the results indicators and performance metrics exceeded 95%. As part of the outplacement, high employment effectiveness was recorded, and the durability of newly established businesses was very high – 85% of companies continued to operate after the support had ended. Individual Action Plans (IPD) and bridging support played a key role in stabilising the participants' professional situation.

Measure X.3 – Protection, maintenance and restoration of health

The measure was implemented in the Regional Health Programmes (RPZ) formula, in accordance with the health needs maps and the opinions of the Agency for the Assessment of Medical Technologies and Tariffication. The measure included:

- **X.3.1** – medical rehabilitation programmes (including cardiological, oncological, psychiatric, pulmonological, post-COVID-19), supporting return to work and extending professional activity.
- **X.3.2** – prevention programmes for region-relevant diseases (cardiovascular system, cancers, mental disorders, diseases of the osteoarticular and respiratory systems).
- **X.3.3** – complementary activities to national breast, cervical and colorectal cancer prevention programmes, aimed at increasing the rate of screening attendees.

The health programmes covered over 110,000 people, and participation rates in preventive screening tests exceeded the originally assumed levels by more than 230%. Although the employment commencement or continuation rates were lower than in other measures, due to the indirect nature of the health interventions, they still significantly exceeded the target values. The implementation of teleconsultations in response to the pandemic ensured continuity of support and proved to be a durable solution. The participants evaluated the activities positively, although excessive bureaucracy and organisational difficulties were noted.

The Managing Institution of the Regional Operational Programme of the Lodzkie Region 2014-2020 took remedial activities by implementing a flexibility mechanism in response to crises. The beneficiaries also took relevant actions. In response to the pandemic, remote forms of support were introduced, and following the war in Ukraine, the target groups were expanded to include refugees through the implementation of integration activities under X.1 and X.2.

The support administered under Priority Axis X of the ROP LR 2014–2020 effectively addressed three key barriers to professional activity among the region's inhabitants: a lack of available childcare, a shortage of professional competences, and health problems. Interventions in measures X.1, X.2 and X.3 were aptly designed and implemented in the context of dynamic socio-economic changes, such as the COVID-19 pandemic, the migration crisis related to the war in Ukraine and the progressive ageing of the population in the Lodzkie Region.

OPX assessment according to evaluation criteria:

- **Effectiveness:** the result indicators and performance metrics under the X Axis were mostly exceeded, which confirms the intervention's high effectiveness. In the health area, employment effects were limited due to the indirect nature of the activities; however, participation rates in prevention and rehabilitation programmes were remarkably higher than expected.
- **Usability:** the support responded to the real needs of participants and beneficiaries, who assessed it as accurate and adequate to local conditions. Projects combining various forms of support were most highly valued, as they effectively responded to multidimensional barriers to professional activity.
- **Efficiency:** the ratio of financial and organisational outlays to the achieved effects was positive. In many cases, despite a lower-than-expected allocation of funds, the objectives were achieved or exceeded, demonstrating the intervention's high cost and organisational efficiency.
- **Complementarity:** the X-axis activities were linked to other ROP LR axes and to national and European programmes, thereby reinforcing their effects. Synergies with OP VII in the field of care infrastructure, OP IX in the area of social services and OP XI in the scope of education were particularly observed.
- **Sustainability:** effects in the area of employment and entrepreneurship showed high stability, while in the area of health, the sustainability of effects, albeit well assessed by recipients and beneficiaries, was of an indirect nature and consisted in improving the participants' health and functionality, which in the long run increased their ability to remain professionally active.

OPX was an effective, useful, and flexible intervention that fit well with the logic of public policy. **Its effects, particularly in the areas of professional activation, SME development, and health support, confirm the legitimacy of continuing similar activities in future programmes, while clarifying forecasts for indicators and strengthening complementarity mechanisms.**

RECOMMENDATIONS FROM THE STUDY

Content of the recommendation	Recommendation grounds and explanation
1. Maintain the three-pillar model (social-competence-health) as the foundation for future activation interventions.	The X axis effectively eliminated three key barriers to professional activity: lack of childcare (X.1), shortage of competences (X.2) and health problems (X.3). The high value of the result indicators and performance metrics exceeded the target, and in each area confirms that the parallel addressing of barriers is a prerequisite for permanent activation. The competition criteria should promote multi-pillar projects or ones complementary to other interventions, and the monitoring and evaluation system should enable the analysis of synergies between the pillars.
2. Apply indicator forecasts in future programmes, based on historical data and demand analyses and considering variant scenarios.	Performance metrics were repeatedly exceeded (e.g. X.2.2 - 318%, X.3 – over 270%), which shows that the scale of needs had been underestimated. Overcautious forecasts limited the potential for intervention and led to a suboptimal allocation of funds. Realistic forecasting, based on data from ICT systems, ex post evaluations, and demographic analyses, will contribute to better planning of the budget, human resources, and promotional activities. Variant scenarios (low, realistic, high) will enhance planning flexibility and resilience.
3. Promote projects that individualise participants' support paths by combining various components into a coherent activation model.	Participants reported that projects combining various forms of support had the most outstanding value – e.g. childcare with professional activation (X.1) or rehabilitation with psychological counselling (X.3.1). The Individual Action Plan (IPD) should be a standard tool, including diagnosis of the participant's situation, selection of appropriate tools and progress monitoring. Competition criteria should promote multi-component projects, and training for project developers should support the design of comprehensive activation paths.
4. Simplify digital interfaces and provide systemic technical support for people with weaker digital competencies.	The BUR system was assessed as not truly intuitive by people 50+, which curbed their participation in development activities. Redesigning the interface is recommended, considering the needs of elderly people (clear icons, larger fonts, intuitive messages), together with introducing technical support (hotline, online chat, step-by-step instructions). Training and workshops for people at risk of digital exclusion will expand the system's availability and reduce the risk of digital exclusion.
5. Introduce remote forms of support (teleconsultation, telerehabilitation) as a standard component of health services in future activities.	Teleconsultations in X.3.1 proved to be effective and durable – they ensured continuity of support during the pandemic, augmented accessibility for people with limited mobility and were considered good practice. They should be formally entered into the catalogue of eligible costs and treated as a full-fledged element of health projects. Training is necessary for implementers to use digital tools, ensure data security, and adapt services to the needs of people with lower digital skills.

6. Introduce simplified settlements (lump sums, unit costs) and uniform interpretations of the National Insurance Institution (ZUS) and VAT for activation projects.	The beneficiaries of Measures X.1 and X.2 highlighted difficulties related to the settlement of ZUS contributions for internships and subsidised employment, and to VAT eligibility when setting up a business. Developing a uniform catalogue of simplified costs is recommended (e.g., unit rates for internships, training, and consulting), and agreeing on the interpretation with ZUS and the National Fiscal Administration (KAS) in the form of official guidelines. Such solutions will reduce administrative burdens, foster transparency and speed up the settlement process.
7. Consider the impact of national policies (e.g. social benefits) upon the effectiveness of activation interventions.	Social programmes such as 500+ had an unintended effect on work motivation, especially among vocationally inactive women (X.1). Needs diagnoses should take into account the impact of benefits on the labour market, both positive (stabilisation of the family situation) and negative (reduced motivation for employment). Consultation with institutions responsible for social policy should be a permanent feature of the preparation of interventions to better adapt activities to current socio-economic conditions.
8. In health interventions, use qualitative and long-term indicators that better reflect the real impact on vocational activity.	Employment indicators in Measure X.3 were overoptimistic (implementation at 37.66%), which was due to the indirect and long-term nature of the impact of health activities. Using qualitative indicators is recommended, such as improvements in health (measured by functional tools and quality of life) or reductions in sickness absence. Such an approach will allow for a more realistic observation of health effects and how they translate into the labour market.
9. Introduce the option of buffer recruitment in employment activities to increase project flexibility and resilience to participant resignations.	In the outplacement (X.2.2), surplus recruitment proved to be an effective practice, enabling achievement of the result indicators despite some participants' resignations. The formal introduction of the recruitment buffer (e.g. +20%) will increase projects' flexibility and resistance to random factors. Guidance for beneficiaries and educational materials explaining the rules for accounting for indicators are necessary to avoid interpretative ambiguities

WPROWADZENIE

Realizacja badania pn. „Ocena efektów wsparcia w zakresie adaptacyjności pracowników i przedsiębiorstw w ramach OPX RPO Wł 2014-2020” wynika z art. 56 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r., zgodnie z którym: „Co najmniej raz podczas okresu programowania ewaluacja obejmuje analizę sposobu, w jaki wsparcie z EFSI przyczyniło się do osiągnięcia celów każdego priorytetu”.

Obowiązek realizacji niniejszego badania potwierdzają zapisy „Wytycznych w zakresie ewaluacji polityki spójności na lata 2014-2020” (wersja z dnia 15 czerwca 2021 r.). Obowiązek ten wynika również z zapisów „Planu ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020”.

Jednym z zadań instytucji zarządzającej podczas okresu programowania jest zapewnienie realizacji, na podstawie planu ewaluacji, badań ewaluacyjnych w celu analizy skuteczności, efektywności i wpływu danego programu.

Przedmiotowe badanie miało charakter ewaluacji ex post.

1 KONCEPCJA BADANIA

Głównym celem badania była ocena wpływu interwencji w ramach OPX RPO Wł 2014-2020 na zwiększenie adaptacyjności do zmian oraz wzrost konkurencyjności MŚP¹.

Szczegółowymi celami badania były:

1. ocena wpływu wsparcia udzielonego w ramach Działania X.1 RPO Wł 2014-2020 na zwiększenie aktywności zawodowej oraz zdolności do zatrudnienia osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3;
2. ocena wpływu wsparcia udzielonego w ramach Poddziałania X.2.1 na podniesienie kompetencji i kwalifikacji przedsiębiorców sektora MŚP i ich pracowników, w tym MŚP przechodzących procesy adaptacyjne, restrukturyzacyjne i modernizacyjne;
3. ocena wpływu wsparcia udzielonego w ramach Poddziałania X.2.2 na poprawę zdolności adaptacyjnych pracowników do zmian zachodzących w gospodarce w ramach działań outplacementowych;
4. ocena wpływu wsparcia udzielonego w ramach Poddziałania X.3.1, X.3.2, X.3.3 na wdrożenie programów zdrowotnych mających wpływ na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu, w tym szczególnie osób powyżej 50 roku życia;
5. ocena wpływu czynników wewnętrznych i zewnętrznych, w tym m.in. pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2, na efekty wsparcia udzielonego w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO Wł 2014-2020.

¹ MŚP – zgodnie z definicją zamieszczoną w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych RPO Wł 2014-2020.

Badanie dotyczyło działań realizowanych w ramach **Osi priorytetowej X: Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie**

PI 8iv - Równość mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach, w tym dostęp do zatrudnienia, rozwój kariery, godzenie życia zawodowego i prywatnego oraz promowanie równości wynagrodzeń za taką samą pracę

- **Działanie X.1** Powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3

PI 8v - Przystosowanie pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian

- **Działanie X.2** Rozwój pracowników i przedsiębiorstw
 - **Poddziałanie X.2.1** Konkurencyjność przedsiębiorstw i ich pracowników
 - **Poddziałanie X.2.2** Wdrożenie programów typu outplacement

PI 8vi - Aktywne i zdrowe starzenie się

- **Działanie X.3** Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia
 - **Poddziałanie X.3.1** Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej
 - **Poddziałanie X.3.2** Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu
 - **Poddziałanie X.3.3** Działania uzupełniające populacyjne programy profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego, piersi i szyjki macicy

W badaniu zostały uwzględnione następujące kryteria ewaluacyjne:

- **Skuteczność** – ocena stopnia osiągnięcia zakładanych celów, skuteczności podjętych działań oraz wpływu czynników zewnętrznych na ostateczne efekty.
- **Użyteczność** – ocena całości rzeczywistych efektów (planowanych i nieplanowanych) wywołanych przez interwencję w kontekście zidentyfikowanych potrzeb.
- **Efektywność** – ocena relacji między nakładami, kosztami, zasobami a osiągniętymi efektami interwencji.
- **Komplementarność** – analiza stopnia powiązania interwencji w ramach OPX RPO Wł 2014-2020 z innymi interwencjami publicznymi tj. ocena stopnia w jakim interwencja w ramach OPX RPO Wł 2014-2020 oraz wsparcie udzielone w ramach pozostałych OP RPO Wł 2014-2020 lub innych programów wzajemnie się uzupełniają.
- **Trwałość** – ocena ciągłości efektów interwencji.

W badaniu postawiono następujące pytania badawcze stanowiące podstawę perspektywy analitycznej:

- 1. Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu wsparcie w ramach Działania X.1 wpłynęło na wzrost poziomu aktywności zawodowej oraz zdolności do zatrudnienia osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3? Które formy wsparcia (instytucjonalne, pozainstytucjonalne) dały najlepsze efekty i dlaczego?**
 - 1.1.** Czy w okresie realizacji wsparcia w ramach Działania X.1 na wzrost poziomu aktywności zawodowej oraz zdolności do zatrudnienia osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3 oddziaływały inne (pozaprogamowe) czynniki? W jaki sposób?
 - 1.2.** Czy były jakieś czynniki (np. cechy jednostki/podmiotu, forma wsparcia, czas realizacji, itp.) po stronie beneficjentów lub ostatecznych odbiorców wsparcia w ramach Działania X.1, które determinowały jego skuteczność?
- 2. Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu wsparcie w ramach Działania X.2 wpłynęło na wzrost konkurencyjności MŚP, w tym w szczególności mikroprzedsiębiorstw?**
 - 2.1.** Czy w okresie realizacji wsparcia w ramach Działania X.2 na wzrost konkurencyjności MŚP, w tym w szczególności mikroprzedsiębiorstw oddziaływały inne (pozaprogamowe) czynniki? W jaki sposób?
 - 2.2.** Czy były jakieś czynniki (np. cechy jednostki/podmiotu, forma wsparcia, czas realizacji, itp.) po stronie beneficjentów lub ostatecznych odbiorców wsparcia w ramach Działania X.2, które determinowały jego skuteczność?
- 3. Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu, wsparcie w ramach Działania X.3 RPO WŁ 2014-2020 wpłynęło na zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych i uczestnictwa w badaniach w województwie łódzkim?**
 - 3.1.** Czy w okresie realizacji wsparcia w ramach Działania X.3 na zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych i uczestnictwa w badaniach w województwie łódzkim oddziaływały inne (pozaprogamowe) czynniki? W jaki sposób?
 - 3.2.** Czy były jakieś czynniki (np. cechy jednostki/podmiotu, forma wsparcia, czas realizacji, itp.) po stronie beneficjentów lub ostatecznych odbiorców wsparcia w ramach Działania X.3, które determinowały jego skuteczność?
- 4. Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu, udział we wsparciu w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020 wpłynął na poprawę sytuacji uczestników projektów w kontekście celów szczegółowych określonych w tych działaniach? Ile osób po uzyskanym wsparciu z Działan X.1, X.2 i X.3 kontynuowało pracę, powróciło na rynek pracy?**
 - 4.1.** Które rodzaje interwencji w ramach Działan X.1, X.2 i X.3 były najbardziej użyteczne, skuteczne i efektywne, tj. miały największy wpływ na poprawę sytuacji uczestników projektów przy uwzględnieniu zakresu planowanego oddziaływania określonego przez cele szczegółowe w tych działaniach? Dlaczego?
 - 4.2.** Jakie inne czynniki, poza uzyskaniem wsparcia z Działan X.1, X.2 i X.3 wpływały na kontynuowanie pracy / powrót na rynek pracy?

5. **Jaka jest efektywność udzielonego wsparcia w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020?**
 - 5.1. Jakie były czynniki zwiększające efektywność wsparcia w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020?
 - 5.2. Jakie były czynniki zmniejszające efektywność wsparcia w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020?
6. **Jaka jest trwałość efektów udzielonego wsparcia w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020? Czy trwałość efektów w ramach udzielonego wsparcia jest krótkotrwała czy długotrwała?**
 - 6.1. Jakie były czynniki zwiększające trwałość efektów wsparcia w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020?
 - 6.2. Jakie były czynniki zmniejszające trwałość efektów wsparcia w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020?
7. **Jaki był poziom zainteresowania potencjalnych beneficjentów naborami wniosków (konkursami) w OPX w ramach RPO WŁ 2014-2020? Z czego wynikał niski/ wysoki poziom zainteresowania konkursami?**
 - 7.1. Jak kształtowało się zainteresowanie potencjalnych beneficjentów naborami wniosków (konkursami) w OPX w ramach RPO WŁ 2014-2020 w czasie?
 - 7.2. Jakie rodzaje interwencji / konkursów cieszyły się największym zainteresowaniem, a jakie najmniejszym?
8. **Czy, a jeśli tak to w jakim zakresie i w jakim stopniu wsparcie w ramach OPX było użyteczne?**
 - 8.1. Jakie były czynniki zwiększające użyteczność wsparcia w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020?
 - 8.2. Jakie były czynniki zmniejszające użyteczność wsparcia w ramach Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020?
9. **Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu, pomoc finansowa z Europejskiego Funduszu Społecznego przeznaczona na Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020 była odpowiednia do zaistniałych potrzeb?**
 - 9.1. Na jakie (jakiej wielkości / skali) potrzeby miało odpowiadać wsparcie, na które przeznaczono pomoc finansową z Europejskiego Funduszu Społecznego przeznaczoną na Działania X.1, X.2 i X.3 RPO WŁ 2014-2020? Czy były one prawidłowo zidentyfikowane?
 - 9.2. Czy istnieją alternatywne drogi finansowania działań w ramach interwencji lub alternatywne sposoby alokacji pomocy finansowej z EFS z korzyścią dla celów i zakresu oddziaływania OPX?
10. **Czy, a jeśli tak, to jaki wpływ miała pandemia COVID-19 wywołana przez koronawirus SARS-CoV-2 na efekty wdrażanej interwencji w ramach Działania X.1, X.2, X.3?**

- 10.1.** Czy i jakie działania minimalizujące wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2 na efekty wdrażanej interwencji w ramach Działania X.1, X.2, X.3 podjęto?
- 10.2.** Jaka była skuteczność i efektywność ww. działań? Czy, z perspektywy czasu, można było wdrożyć działania bardziej skuteczne?
- 11. Czy, a jeśli tak, to jakie problemy, inne niż pandemia COVID-19 wywołana przez koronawirus SARS-CoV-2, zostały zidentyfikowane na etapie wdrażania OPX w ramach RPO Wł 2014-2020 i jaki miały one wpływ na efekty interwencji?**
- 11.1.** Czy i jakie działania minimalizujące negatywny wpływ podjęto w obliczu problemów innych niż pandemia COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2, które zostały zidentyfikowane na etapie wdrażania OPX w ramach RPO Wł 2014-2020?
- 11.2.** Jaka była skuteczność i efektywność ww. działań? Czy, z perspektywy czasu, można było wdrożyć działania bardziej skuteczne?
- 12. Jaki osiągnięto poziom realizacji wskaźników w ramach OPX? Czy, a jeśli tak to jakie czynniki wpłynęły pozytywnie, a jakie negatywnie na realizację wskaźników w ramach OPX RPO Wł 2014-2020?**
- 12.1.** Jaka była dynamika realizacji wskaźników, tj. jak poziom realizacji wskaźników w ramach OPX kształtował się w czasie?
- 12.2.** Czy zakładane / docelowe poziomy osiągnięcia poszczególnych wskaźników zostały określone w sposób adekwatny do stawianych przed interwencją celów oraz odpowiedni do okoliczności i warunków, w których były realizowane?
- 13. Czy, a jeśli tak, to w jakim zakresie oraz w jakim stopniu interwencja w ramach OPX RPO Wł 2014-2020 była komplementarna pomiędzy poszczególnymi Działaniami OPX, jak również – ze wsparciem udzielonym w ramach pozostałych Osi priorytetowych RPO Wł 2014-2020 oraz z innych niż RPO Wł 2014-2020 źródeł finansowania?**
- 13.1.** Czy poza komplementarnością, pomiędzy interwencjami zachodziły inne pozytywne lub neutralne oddziaływania (np. substytucja)? Jakież?
- 13.2.** Czy poza komplementarnością, pomiędzy interwencjami zachodziły jakieś negatywne oddziaływania (np. konkurencja)? Jakież?
- 14. Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu udzielone wsparcie w ramach OPX przyczyniło się do wystąpienia dodatkowych niezamierzonych efektów (pozytywnych lub negatywnych)?**
- 14.1.** Jaki był mechanizm powstawania poszczególnych z nich?
- 14.2.** Czy i w jakim zakresie wpłynęły one na realizację i skuteczność, użyteczność, efektywność i trwałość OPX RPO Wł 2014-2020?
- 15. Jakie są proponowane rekomendacje w kontekście celu badania ewaluacyjnego?**

➔ ANALIZA DANYCH ZASTANYCH (DESK RESEARCH)

W projekcie badawczym analiza danych zastanych (desk research) odegrała istotną rolę zarówno na etapie przygotowania, jak i realizacji badania. Była to metoda, która pozwoliła na wykorzystanie już istniejących źródeł informacji – dokumentów strategicznych, raportów, danych statystycznych oraz publikacji naukowych i eksperckich – bez konieczności ich samodzielnego wytwarzania. Dzięki temu możliwe było objęcie szerszego zakresu tematycznego oraz odniesienie się do danych, które w inny sposób byłyby trudne lub kosztowne do pozyskania.

Desk research została podzielona na dwa etapy. Pierwszy z nich – analiza wstępna – rozpoczął się wraz z podpisaniem umowy i miał na celu zebranie oraz uporządkowanie kluczowych dokumentów źródłowych. Etap ten pozwolił zespołowi badawczemu na pogłębienie wiedzy o przedmiocie badania, identyfikację głównych obszarów problemowych oraz zaprojektowanie metodyki badawczej, w tym narzędzi do dalszych analiz.

Drugi etap – analiza właściwa – był prowadzony równolegle z kolejnymi działaniami badawczymi i koncentrował się na szczegółowym przetwarzaniu danych. W jego ramach wykorzystano m.in. dokumenty wyższego rzędu (takie jak Umowy Partnerstwa, strategie rozwoju, wytyczne EFS), dane z systemu SL2014, raporty ewaluacyjne PARP i WUP, a także dane statystyczne z GUS, Eurostatu, NFZ i innych źródeł. Uwzględniono również aktualne publikacje Polskiego Instytutu Ekonomicznego oraz inne opracowania dotyczące rynku pracy, edukacji, zdrowia i przedsiębiorczości.

Analiza desk research miała charakter ciągły – jej wyniki były na bieżąco włączane do kolejnych etapów badania, a katalog analizowanych źródeł był rozszerzany w miarę pojawiania się nowych potrzeb analitycznych. Dzięki temu możliwe było nie tylko lepsze zrozumienie kontekstu badawczego, ale także weryfikacja i uzupełnienie wyników uzyskanych innymi metodami. W efekcie analiza desk research stanowiła solidny fundament całego projektu, wspierając zarówno jego planowanie, jak i interpretację wyników.

➔ BADANIA CATI/CAWI

Na potrzeby niniejszego projektu badawczego zastosowano metodę badań ankietowych w formie CAWI (Computer Assisted Web Interview) oraz CATI (Computer Assisted Telephone Interview), które stanowiły kluczowy element części terenowej badania. Ich głównym celem było pozyskanie danych bezpośrednio od ostatecznych odbiorców wsparcia w ramach działań X.1, X.2 oraz X.3, co umożliwiło zebranie informacji niedostępnych w dokumentach zastanych oraz pogłębienie ustaleń wynikających z analizy desk research.

Badania CAWI/CATI zostały zaprojektowane jako badania ilościowe, realizowane na losowo dobranych próbach respondentów, których dane pochodziły z systemu SL2014. Wykonawca opracował odrębne kwestionariusze dla każdej z grup docelowych, uwzględniając specyfikę ich sytuacji zawodowej, społecznej i demograficznej. W ramach działania X.1 badaniem objęto osoby pracujące i sprawujące opiekę nad dziećmi do lat 3 oraz osoby bezrobotne lub bierne zawodowo z tego samego powodu. W działaniu X.2 uwzględniono mikro, małych i średnich przedsiębiorców, ich pracowników, osoby, które utraciły pracę oraz osoby przewidziane do zwolnienia lub zagrożone zwolnieniem. Natomiast działanie X.3 koncentrowało się na mieszkańcach województwa łódzkiego w

wieku aktywności zawodowej, w szczególności osobach 50+ kwalifikujących się do programów zdrowotnych.

Wybór metody CAWI jako podstawowej formy realizacji badania podyktowany był jej efektywnością kosztową, szybkością realizacji oraz dostępnością dla respondentów. W przypadkach, gdy realizacja badania internetowego była niemożliwa (np. brak adresu e-mail), stosowano technikę CATI jako uzupełniającą. Takie podejście pozwoliło na zwiększenie wskaźnika realizacji próby oraz zapewnienie reprezentatywności wyników.

Zebrane w ten sposób dane stanowiły podstawę empiryczną do dalszych etapów badania, w tym do realizacji wywiadów pogłębionych (TDI) oraz wywiadów eksperckich (także TDI). Wyniki badań ankietowych umożliwiły identyfikację kluczowych zjawisk i trendów, które następnie były interpretowane i rozwijane w ramach jakościowych metod badawczych. Dzięki temu możliwe było uzyskanie pełniejszego obrazu sytuacji odbiorców wsparcia oraz trafniejsze sformułowanie wniosków i rekomendacji.

Działanie	Grupa respondentów	Liczebność populacji	Minimalna reprezentatywna liczebność próby	Zrealizowana liczebność próby
X.1	Osoby pracujące, sprawujące opiekę nad dziećmi do lat 3	4 763	355	459
	Osoby bezrobotne lub bierne zawodowo z powodu opieki nad dziećmi do lat 3	2 880	339	409
X.2	Pracownicy MŚP (w tym osoby 50+ i o niskich kwalifikacjach)	34 567	380	424
	Mikro, mali i średni przedsiębiorcy	7 149	365	477
	Osoby, które utraciły pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika (do 6 mies. przed przystąpieniem do projektu)	1 779	316	341
	Osoby przewidziane do zwolnienia lub zagrożone zwolnieniem z przyczyn nie dotyczących pracownika	2 495	333	357
X.3	Mieszkańcy woj. łódzkiego w wieku aktywności zawodowej, w szczególności osoby 50+ kwalifikujące się do programów zdrowotnych	88 425	382	465

➔ POGŁĘBIONE WYWIADY TELEFONICZNE (TDI)

W ramach projektu badawczego zastosowano metodę pogłębionych wywiadów telefonicznych (TDI), które stanowiły jakościową technikę badawczą umożliwiającą zebranie pogłębionych, zindywidualizowanych informacji od respondentów. TDI, jako zdalna odmiana indywidualnych wywiadów pogłębionych (TDI), pozwalała na elastyczne prowadzenie rozmowy, reagowanie na jej przebieg oraz eksplorowanie tematów nieprzewidzianych w scenariuszu badawczym. Dzięki komunikacji zapośredniczonej przez telefon lub komunikator internetowy, metoda ta okazała się mniej obciążająca dla respondentów, a jednocześnie efektywna organizacyjnie.

W ramach projektu przeprowadzono 44 wywiady TDI, obejmujące trzy główne grupy respondentów: przedstawicieli Instytucji Zarządzającej RPO Wł 2014-2020 (Departament Wdrażania EFS Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego), ostatecznych odbiorców wsparcia w ramach OPX oraz beneficjentów projektów w ramach OPX. Dobór respondentów miał charakter celowy – osoby zaproszone do udziału w badaniu zostały wyłonione na podstawie ich doświadczeń oraz znaczenia dla realizacji celów badawczych. W przypadku odbiorców wsparcia rekrutacja opierała się m.in. na deklaracjach chęci udziału w dalszym etapie badania oraz jakości udzielonych odpowiedzi w ankietach CAWI/CATI. Beneficjenci zostali wybrani na podstawie osiągniętych wskaźników, ocen projektów oraz wskazań Zamawiającego.

Liczba wywiadów TDI według grup respondentów:

Przedstawiciel Departamentu Wdrażania EFS UMWŁ

- 1 TDI (w formie diady)

Beneficjenci w ramach OPX:

- 4 TDI w ramach Działania X.1
- 5 TDI w ramach Działania X.2:
 - 2 TDI w ramach Poddziałania X.2.1
 - 3 TDI w ramach Poddziałania X.2.2
- 7 TDI w ramach Działania X.3:
 - 3 TDI w ramach Poddziałania X.3.1
 - 2 TDI w ramach Poddziałania X.3.2
 - 2 TDI w ramach Poddziałania X.3.3

Ostateczni odbiorcy wsparcia w ramach OPX:

- 3 TDI z osobami pracującymi, opiekującymi się dziećmi do lat 3
- 3 TDI z osobami bezrobotnymi lub biernymi zawodowo z powodu opieki nad dziećmi
- 12 TDI z mikro, małymi i średnimi przedsiębiorcami oraz ich pracownikami:
 - 2 TDI z mikroprzedsiębiorstwami
 - 2 TDI z pracownikami mikroprzedsiębiorstw
 - 2 TDI z małymi przedsiębiorstwami
 - 2 TDI z pracownikami małych przedsiębiorstw
 - 2 TDI z średnimi przedsiębiorstwami
 - 2 TDI z pracownikami średnich przedsiębiorstw
- 3 TDI z osobami, które utraciły pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika
- 3 TDI z osobami przewidzianymi do zwolnienia lub zagrożonymi zwolnieniem
- 3 TDI z mieszkańcami województwa łódzkiego w wieku aktywności zawodowej, w szczególności osobami 50+

Wywiady TDI zostały zrealizowane w sposób komplementarny względem pozostałych metod badawczych. Rozmowa z przedstawicielami IZ odbyła się po analizie danych zastanych i zakończeniu badań z beneficjentami oraz odbiorcami wsparcia, co pozwoliło na ukierunkowanie jej na luki informacyjne. Wywiady z odbiorcami wsparcia stanowiły pogłębienie wyników badań ilościowych (CAWI/CATI), a rozmowy z beneficjentami były prowadzone równolegle z analizą desk research i badaniami ankietowymi.

Zastosowanie metody TDI umożliwiło uchwycenie niuansów i kontekstów, które nie ujawniały się w badaniach ilościowych. Pozyskane dane jakościowe wzbogaciły analizę, pozwalając na lepsze zrozumienie motywacji, barier i doświadczeń uczestników projektów oraz beneficjentów projektów w ramach OPX. TDI stanowiło tym samym istotny element triangulacji metodologicznej, wzmacniając wiarygodność i głębię wniosków płynących z badania.

➔ WYWIADY EKSPERCKIE

W ramach projektu badawczego zrealizowano pogłębione wywiady eksperckie, które stanowiły jakościową technikę badawczą ukierunkowaną na pozyskanie specjalistycznej wiedzy dziedzinowej. Wywiady te opierały się na metodologii indywidualnych wywiadów pogłębionych, realizowanych w formule zapośredniczonej (TDI). Ich celem było uzupełnienie luk informacyjnych zidentyfikowanych w toku badań ilościowych oraz analiz desk research, a także pogłębienie interpretacji wyników i pozyskanie wskazówek rekomendacyjnych.

Dobór respondentów miał charakter celowy i opierał się na ich kompetencjach, doświadczeniu zawodowym oraz dorobku naukowym w obszarach objętych badaniem. Wykonawca przeprowadził trzy wywiady eksperckie, z osobami posiadającymi wiedzę w zakresie poszczególnych priorytetów inwestycyjnych (PI) oraz działań realizowanych w ramach OPX RPO WŁ 2014–2020:

- pierwszy wywiad ekspercki dotyczył PI 8iv – równości kobiet i mężczyzn, w tym godzenia życia zawodowego i prywatnego, oraz działania X.1 dotyczącego powrotu na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3,
- drugi wywiad koncentrował się na PI 8v – przystosowaniu pracowników i przedsiębiorstw do zmian, w kontekście działania X.2, obejmującego konkurencyjność MŚP oraz programy typu outplacement,
- trzeci wywiad objął PI 8vi – aktywne i zdrowe starzenie się, w ramach działania X.3, dotyczącego programów rehabilitacyjnych i profilaktycznych.

Eksperti zewnętrzeni zostali wyłonieni spośród beneficjentów i realizatorów projektów oraz środowiska naukowego. Kryteria rekrutacyjne obejmowały m.in. minimum trzyletnie doświadczenie zawodowe w obszarze wsparcia i dorobek naukowy (co najmniej dwie publikacje).

Wywiady eksperckie zostały zrealizowane w końcowej fazie badania, po uzyskaniu wstępnych wyników z pozostałych metod, co umożliwiło precyzyjny dobór respondentów i ukierunkowanie rozmów na najistotniejsze obszary analityczne. Pozyskane informacje pozwoliły na pełniejsze zrozumienie wyników badań ilościowych, uzupełnienie luk informacyjnych oraz sformułowanie trafnych i użytecznych rekomendacji dla przyszłych działań interwencyjnych.

➔ CASE STUDY DOBRYCH PRAKTYK

W ramach projektu badawczego zastosowano metodę case study, której celem była pogłębiona analiza szczególnie efektywnych działań zrealizowanych w ramach interwencji OPX RPO WŁ 2014–2020. Studium przypadku umożliwiło kompleksowe opisanie i ocenę wybranych projektów, pozwalając na identyfikację czynników sukcesu, rekonstrukcję mechanizmów oddziaływania oraz ocenę możliwości wdrożenia podobnych rozwiązań w przyszłości.

Metoda case study została zrealizowana zgodnie z podejściem etapowym, obejmującym projektowanie analizy, zbieranie i przetwarzanie danych oraz formułowanie wniosków. W każdym przypadku wykorzystano dane zastane, wyniki badań ilościowych i jakościowych (w tym wywiady TDI), a w razie potrzeby uzupełniono je dodatkowymi źródłami. Dobór przypadków miał charakter celowy i opierał się na kryteriach takich jak osiągnięte wartości wskaźników, ustalenia analizy desk research w zakresie użyteczności, skuteczności, efektywności i trwałości różnych interwencji publicznych. Wybierając szczególnie korzystne dobre praktyki brano pod uwagę również informacje przekazane przez odbiorców wsparcia, beneficjentów, ekspertów oraz dane zawarte w materiałach przekazanych przez Zamawiającego.

Zebrany materiał empiryczny pozwolił na wyłonienie i opis większej niż pierwotnie zakładano liczby dobrych praktyk.

Zastosowanie metody case study dostarczyło zespołowi badawczemu istotnych informacji niezbędnych do oceny wpływu interwencji. W analizie skoncentrowano się na wyłonieniu i analizie dobrych praktyk, tj. sposobów i kryteriów realizacji interwencji, które w największym stopniu wspierają realizację celów interwencji, ze szczególnym uwzględnieniem wspierania ich skuteczności i użyteczności, a także posiadają największy potencjał do implementacji w przyszłych perspektywach oraz innych interwencjach publicznych ukierunkowanych na podobne problemy społeczne.

3.1 POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ (DZIAŁANIE X.1)

3.1.1 SKALA BIERNOŚCI ZAWODOWEJ OPIEKUNÓW DZIECI DO LAT 3

Działanie X.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (RPO WŁ 2014-2020) zostało opracowane, aby osiągnąć cel szczegółowy, jakim jest wzrost poziomu aktywności zawodowej oraz zdolności do zatrudnienia osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3 [SZOOP RPO WŁ 2014-2020]. Brak wsparcia w tym obszarze stanowi zdiagnozowany problem, który przyczynia się do deinstytucjonalizacji zawodowej osób sprawujących funkcje opiekuńcze [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Interwencje w wyżej wymienionym zakresie są kluczowe, ponieważ rodzicielstwo ma istotny wpływ na aktywność zawodową, zwłaszcza w przypadku kobiet. Według danych Polskiego Instytutu Ekonomicznego, 38% matek dzieci w wieku od 1 do 3 lat jest nieaktywnych zawodowo [PIE, Matki 1–3]. Spośród nich aż 77% nie poszukuje pracy, wskazując opiekę nad dzieckiem jako główny powód pozostawania poza rynkiem pracy [PIE, Matki 1–3].

Dysproporcja między aktywnością zawodową kobiet i mężczyzn w okresie rodzicielstwa jest wyraźna: tylko 62% matek dzieci w wieku od 1 do 3 lat pracuje zawodowo, podczas gdy wśród ojców ten odsetek wynosi aż 98% [PIE, Matki 1–3]. Co więcej, 84% pracujących ojców po narodzinach dziecka nie miało żadnej (dłuższej niż 2 tygodnie) przerwy w pracy [PIE, Matki 1–3].

W rodzinach, gdzie oboje rodzice pracują, to matki w największym stopniu sprawują obowiązki opiekuńcze – dotyczy to 68% takich rodzin. Odwrotna sytuacja, w której głównym opiekunem jest ojciec, występuje tylko w 11% przypadków [PIE, Matki 1–3]. Podobne proporcje dotyczą ogółu obowiązków domowych: w 55% rodzin więcej prac wykonuje matka, a tylko w 10% – ojciec [PIE, Matki 1–3]. W przypadku choroby dziecka, przy dziecku pozostają przede wszystkim pracujące mamy (50%), a znacznie rzadziej ojcowie (14%) [PIE, Matki 1–3].

Nierówny podział obowiązków rodzicielskich jest wzajemnie powiązany z sytuacją na rynku pracy. Specjalizacja między rodzicami – kobiety w obszarze domowo-opiekuńczym, mężczyźni w obszarze zawodowym – jest mechanizmem samonapędzającym się, który często utrwalany jest przez opłacalność finansową takiego podziału w gospodarstwie domowym [PIE, Matki 1–3].

Dominujący w Polsce model pracy na pełen etat wynika z konieczności, a nie z faktycznych preferencji, co wskazuje na niedostosowanie rynku pracy do potrzeb pracujących rodziców [PIE, Matki 1–3]. Dodatkowo, większość ojców uważa, że ich pracodawcy nieprzychylnie podeszliby do decyzji o skorzystaniu z urlopu rodzicielskiego – 42% ocenia taką reakcję jako raczej nieprzychylną, a 18% jako zdecydowanie nieprzychylną [PIE, Matki 1–3].

Luka płacowa na stanowiskach dyrektorów generalnych i zarządzających wynosiła w 2022 roku 14% [PIE, Luka płacowa]. Taki stan rzeczy, w połączeniu z dominującymi wzorcami kulturowymi, sprawia, że podział zadań wewnątrz gospodarstw domowych nie następuje równie szybko [PIE, Matki 1–3; PIE, Luka płacowa].

Elastyczne formy zatrudnienia lub praca w niepełnym wymiarze czasu pracy mogą okazać się korzystne, ponieważ ułatwiają łączenie funkcji opiekuńczych i zawodowych oraz zmniejszają ryzyko wykluczenia pracownika z rynku pracy z powodu podjęcia obowiązków opiekuńczych [PIE, Elastyczność].

Polska jest jednym z krajów europejskich, w których uczestnictwo dzieci poniżej 3. roku życia w opiece instytucjonalnej jest szczególnie niskie, z uwagi na niewystarczającą liczbę miejsc opieki [UP 2021–2027]. W Umowie Partnerstwa na lata 2021–2027 założono, że do 2030 roku opieką zinstytucjonalizowaną zostanie objęte 28,5% dzieci w wieku poniżej 3 lat [UP 2021–2027].

W województwie łódzkim w 2019 roku odnotowano deficyt placówek opieki nad dziećmi do lat 3. Dostęp do tych placówek warunkuje uczestnictwo w rynku pracy, zwłaszcza kobietom [SRWł 2030].

3.2 ADAPTACYJNOŚĆ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW (DZIAŁANIE X.2)

3.2.1 CHARAKTERYSTYKA SEKTORA MŚP W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM

Sektor małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP) stanowi fundament gospodarki województwa łódzkiego [SRWł 2030]. Jego rozwój oraz zdolność adaptacyjna są kluczowe dla zwiększenia konkurencyjności regionu, co znajduje odzwierciedlenie w założeniach Działania X.2 RPO Wł 2014-2020 [SZOOP RPO Wł 2014-2020].

W skali kraju sektor MŚP obejmuje 99,8% wszystkich przedsiębiorstw [PARP, ROSS 2025]. W województwie łódzkim pod koniec pierwszego półrocza 2018 roku funkcjonowało blisko 248 tys. podmiotów gospodarczych [WUP, Rozwój przedsiębiorstw]. Region plasuje się na 10. miejscu w kraju pod względem liczby podmiotów gospodarczych na 10 tys. mieszkańców [PARP, ROSS 2025].

Aktywność gospodarcza wykazuje silną koncentrację przestrzenną – ponad 55% podmiotów zlokalizowanych jest w centralnej części województwa, z czego 38% w samej Łodzi [WUP, Rozwój przedsiębiorstw]. Łódź skupia niemal połowę przedsiębiorstw przemysłowych oraz podmiotów otoczenia biznesu [SRWł 2020].

Zdecydowana większość firm w regionie to mikroprzedsiębiorstwa zatrudniające do 9 osób (95%) [WUP, Rozwój przedsiębiorstw]. W latach 2010–2018 ich liczba wzrosła, podczas gdy z rynku zniknęło 31 dużych pracodawców, głównie z sektora publicznego.

Sektor MŚP zatrudnia ponad połowę pracujących w regionie [SRWł 2030], a mikroprzedsiębiorstwa odpowiadają za 42% zatrudnienia w sektorze przedsiębiorstw w skali kraju [PARP, ROSS 2025].

Struktura branżowa MŚP w Łódzkiem koncentruje się wokół handlu i napraw (26%), przetwórstwa przemysłowego (12%) oraz budownictwa (10%) [WUP, Rozwój przedsiębiorstw]. W ujęciu krajowym dominują sektory usługowe i handlowe [PARP, ROSS 2025].

Region charakteryzuje się wysokim udziałem przemysłu w wartości dodanej brutto (28,9% wobec 25,8% średnio dla Polski) [SRWł 2030], jednak przemysł ten cechuje się niską wydajnością i konkurencyjnością, co wynika z dominacji technologii niskiej i średnio-niskiej [SRWł 2020]. Jednocześnie region odnotowuje dynamiczny rozwój sektora usług, zwłaszcza w obszarze IT, logistyki, usług biznesowych i finansowych [WUP, Rozwój przedsiębiorstw].

MŚP w regionie wykazują niski poziom innowacyjności – brakuje własnego zaplecza B+R, a współpraca z sektorem nauki jest ograniczona (4,5% przedsiębiorstw wobec 5,1% średnio w kraju) [SRWŁ 2030]. Przedsiębiorcy najczęściej wdrażają technologie poprzez zakup gotowych rozwiązań, co potwierdza imitacyjny charakter innowacyjności [LORIS 2030].

Konkurencyjność MŚP opiera się często na niskich kosztach – zarówno życia, jak i pracy. Przeciętne wynagrodzenie brutto w regionie w 2016 roku wynosiło 92% średniej krajowej [WUP, Rozwój przedsiębiorstw], co może w dłuższej perspektywie negatywnie wpływać na jakość rynku pracy.

Wskaźnik przeżywalności nowych przedsiębiorstw po pierwszym roku działalności wynosi w Łódzkiem 43,6%, co wskazuje na niestabilność i trudności w utrzymaniu działalności gospodarczej [PARP, ROSS 2025].

3.2.2 SYSTEMY WSPARCIA KOMPETENCJI – FUNKCJONOWANIE PSF I BUR

Podmiotowy System Finansowania (PSF) oraz Baza Usług Rozwojowych (BUR) stanowią kluczowe instrumenty wdrażane w ramach Poddziałania X.2.1 RPO WŁ 2014-2020, którego celem jest wspieranie procesów adaptacyjnych w sektorze MŚP poprzez dostęp do usług rozwojowych [SZOOP RPO WŁ 2014-2020]. PSF opiera się na podejściu popytowym, w którym to przedsiębiorcy i pracownicy decydują o rodzaju wsparcia, partycypując w kosztach usług [BUR/PSF, Raport 2022].

BUR, jako ogólnopolska platforma zarządzana przez PARP [Wytyczne adaptacyjność], umożliwia publikację ofert, zapis na usługi, zgłaszanie zapotrzebowania (Giełda Usług) oraz ocenę usług zgodnie z Systemem Oceny Usług Rozwojowych [BUR/PSF, Raport 2022].

W momencie badania w BUR zarejestrowanych było 4 619 podmiotów, z czego 2 834 opublikowało przynajmniej jedną usługę. Łącznie opublikowano 335 352 usługi, przy czym ponad połowa to powtórzenia terminowe, tj. wielokrotne publikacje tej samej usługi szkoleniowej lub doradczej, różniące się jedynie datą realizacji. Tylko 44% usług uznano za zgodne z celami strategicznymi PSF, a 42% wpisywało się w cele Gospodarki Inteligentnej (GI) [BUR/PSF, Raport 2022; Smart Skills].

BUR spełnia również funkcję zaspokajania doraźnych potrzeb – widoczny jest popyt na usługi z zakresu kosmetyki, kompetencji miękkich czy rozwoju osobistego. Wymogi jakościowe BUR wpłynęły na praktyki Usługodawców – 72% z nich zaczęło opisywać efekty uczenia się [BUR/PSF, Raport 2022].

System ocen usług (SOU) jest obowiązkowy dla usług dofinansowanych z PSF. Choć 97% ocen to wartości 4 lub 5, pojawiają się wątpliwości co do ich wiarygodności, zwłaszcza że są one powiązane ze wskaźnikami Operatorów. Niemal połowa klientów indywidualnych kieruje się oceną przy wyborze usługi [BUR/PSF, Raport 2022].

Mimo pozytywnych założeń, funkcjonowanie PSF i BUR napotyka na bariery proceduralne i techniczne. Najczęściej wskazywaną trudnością jest poziom skomplikowania formalności [BUR/PSF, Raport 2022; BUR, Ewaluacja 2018]. Dla usług o niskiej wartości czas poświęcony na dokumentację bywa nieopłacalny. Aż 78% Usługodawców wspiera klientów w procesie aplikacji, co jest cenione, ale może zaburzać niezależność ocen [BUR/PSF, Raport 2022].

BUR bywa oceniana jako mało intuicyjna i nieprzejrzysta platforma. Operatorzy muszą poświęcać czas na wsparcie techniczne, co generuje nieprzewidziane koszty [BUR/PSF, Raport 2022; BUR, Ewaluacja 2018].

W województwie łódzkim Podmiotowy System Finansowania (PSF) był realizowany w formule **bonowej**, w pełnej integracji z Bazą Usług Rozwojowych (BUR). Wsparcie kierowano do mikro, małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP) oraz ich pracowników, zgodnie z zasadą podejścia popytowego [SZOOP RPO WŁ 2014-2020; BUR/PSF, Raport 2022]. Łącznie w województwie łódzkim działało 3 operatorów PSF: Łódzka Specjalna Strefa Ekonomiczna S.A., Krajowe Centrum Pracy Sp. z o.o. oraz HRP Group Sp. z o.o.

Formalnie system bonowy w BUR był otwarty dla całego województwa i wszystkich MŚP, bez ograniczeń geograficznych dla dostawców usług. Stosowano jednak elementy rejonizacji – np. wyodrębnienie 1 mln EUR na projekty adresowane do obszarów wiejskich oraz preferencje dla MŚP z obszarów marginalizowanych [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Maksymalna wartość wsparcia wynosiła 9 240 zł na pracownika, a dla przedsiębiorstwa – bez górnego limitu – wartość dofinansowania była sumą bonów wykorzystanych przez jego pracowników. **Poziom dofinansowania** standardowo wynosił 50%, z możliwością zwiększenia do 80% w przypadku preferencji (pracownicy 50+, niskie kwalifikacje, usługi kończące się kwalifikacją w ZRK) [Regulamin PSF].

Wadą tego modelu jest dyskryminacja usług długoterminowych, np. studiów podyplomowych, ze względu na opóźnioną płatność i standaryzację bonów [BUR/PSF, Raport 2022; BUR, Ewaluacja 2018]. Model refundacyjny daje większą swobodę, ale wymaga od przedsiębiorcy pokrycia kosztów z góry [BUR/PSF, Raport 2022; BUR, Ewaluacja 2018].

Brak spójności między regionalnymi PSF a centralnym BUR jest wskazywany jako istotna bariera – konieczność powielania formalności i różnice w modelach dystrybucji utrudniają funkcjonowanie systemu [BUR/PSF, Raport 2022; BUR, Ewaluacja 2018].

Średnio 80% beneficjentów PSF to mikroprzedsiębiorstwa. Niemal połowa pracowników korzystających z usług rozwojowych ma wykształcenie wyższe, co wskazuje na niedostateczne dotarcie do osób o najniższych kwalifikacjach [BUR/PSF, Raport 2022].

Grupa 50+ jest objęta preferencjami [Wytyczne edukacja], jednak stanowi tylko 16% uczestników BUR. Osoby starsze i o niskich kwalifikacjach często są wykluczone cyfrowo, a konieczność posiadania adresu e-mail stanowi dla nich istotną barierę [BUR, Ewaluacja 2018].

3.2.3 LUKI KOMPETENCYJNE I WYZWANIA REKRUTACYJNE W SEKTORZE MŚP

W kontekście Poddziałania X.2.2 RPO WŁ 2014-2020, wspierającego rozwój kompetencji pracowników i przedsiębiorstw, kluczowym wyzwaniem pozostaje niedopasowanie kwalifikacji pracowników do potrzeb rynku pracy. Sektor MŚP, będący dominującym segmentem gospodarki województwa łódzkiego, zmagają się z trudnościami w pozyskiwaniu wykwalifikowanej kadry, co ogranicza jego zdolność do adaptacji i innowacji [SRWŁ 2030].

Według badań, aż 9 na 10 firm w Polsce deklaruje problemy ze znalezieniem pracowników o odpowiednich kompetencjach. W Łódzkiem sytuacja ta jest szczególnie dotkliwa w branżach przemysłowych, usługowych i budowlanych, gdzie niedobór kadry technicznej, specjalistów IT oraz pracowników z umiejętnościami cyfrowymi utrudnia rozwój [PARP, ROSS 2025].

Luki kompetencyjne dotyczą zarówno umiejętności twardych (technicznych), jak i miękkich – komunikacji, zarządzania czasem, pracy zespołowej. Pracodawcy wskazują również na niski poziom kompetencji językowych i cyfrowych, co ogranicza możliwości ekspansji i współpracy międzynarodowej [Smart Skills].

W kontekście transformacji gospodarczej i rozwoju Gospodarki Inteligentnej (GI), rośnie zapotrzebowanie na kompetencje związane z automatyzacją, analizą danych, projektowaniem procesów oraz zarządzaniem innowacjami. Tymczasem tylko niewielka część usług rozwojowych dostępnych w BUR wpisuje się w te potrzeby – zaledwie 42% [Smart Skills].

Krajowe i regionalne dokumenty strategiczne wskazują na konieczność wdrożenia tzw. „transformacji bliźniaczej” – cyfrowej i ekologicznej – jako fundamentu nowego modelu rozwoju [Smart Skills; UP 2021–2027].

➔ **Transformacja cyfrowa i Przemysł 4.0**

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030 zakłada przekształcenie sektora przemysłowego w kierunku Przemysłu 4.0, obejmującego m.in. robotyzację, sztuczną inteligencję, Big Data, chmurę obliczeniową i Internet Rzeczy [SRWŁ 2030; Smart Skills]. Bariery w tym obszarze wynikają z trudności w pozyskiwaniu specjalistów oraz niskiego poziomu kompetencji cyfrowych wśród kadry [UP 2021–2027; Smart Skills].

➔ **Zielona transformacja i GOZ**

Równolegle region musi sprostać wyzwaniom związanym z transformacją energetyczną, zwłaszcza w kontekście Bełchatowa, poprzez rozwój OZE i wdrażanie gospodarki obiegu zamkniętego (GOZ) [SRWŁ 2030].

➔ **Regionalne Inteligentne Specjalizacje (RIS)**

W Łódzkiem wyłoniono sześć RIS: nowoczesny przemysł włókienniczy, zaawansowane materiały budowlane, medycyna i farmacja, energetyka, innowacyjne rolnictwo oraz IT/ICT [LORIS 2030]. Usługi rozwojowe powinny koncentrować się na tych obszarach oraz na kompetencjach specjalistycznych, językowych i cyfrowych [BUR/PSF, Raport 2022].

➔ **Deficyty kompetencyjne – Smart Skills**

Transformacja wymaga pozyskania kadr o wysokich kompetencjach specjalistycznych i proinnowacyjnych [Smart Skills]. Najbardziej deficytowe kompetencje twarde to m.in. kreatywność (79,1%), optymalizacja zasobów (78,4%), znajomość trendów branżowych (75,9%), cyberbezpieczeństwo (69,8%) i planowanie innowacji (61,3%) [Smart Skills].

Kompetencje miękkie, takie jak współpraca, kreatywność i postawy proinnowacyjne, są równie istotne – 48% firm wskazuje na ich deficyt [Smart Skills; PIE, Elastyczność].

Zaleca się stosowanie narzędzi diagnostycznych (ankiety, wywiady, diagnozy HR) przed skierowaniem przedsiębiorstw na konkretne usługi rozwojowe [Smart Skills].

Dodatkowym wyzwaniem jest niski poziom motywacji pracowników do podnoszenia kwalifikacji. W grupie wiekowej 50–64 lata aż 1/3 osób nigdy nie uczestniczyła w żadnej formie kształcenia zawodowego [BUR, Ewaluacja 2018]. Bariery te mają charakter systemowy, finansowy i technologiczny – osoby o niższych kwalifikacjach często nie posiadają kompetencji cyfrowych, co utrudnia im korzystanie z BUR [BUR/PSF, Raport 2022].

Pracodawcy wskazują również na potrzebę większej elastyczności w zakresie form zatrudnienia. Ponad 60% z nich uważa, że elastyczne modele pracy (np. zadaniowe, zdalne, niepełny wymiar czasu pracy) zwiększają produktywność i ułatwiają zatrzymanie pracowników [PIE, Elastyczność].

Wnioski z analizy wskazują na konieczność dalszego rozwoju systemów wsparcia kompetencji, lepszego dopasowania oferty usług rozwojowych do potrzeb gospodarki oraz intensyfikacji działań informacyjnych i motywacyjnych skierowanych do pracowników i pracodawców.

3.3 ZDROWIE JAKO WARUNEK AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ (DZIAŁANIE X.3)

3.3.1 UZASADNIENIE INTERWENCJI ZDROWOTNYCH – ANALIZA EPIDEMIOLOGICZNA, MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH, REGIONALNE PRIORYTETY

Województwo łódzkie charakteryzuje się jednym z najgorszych w kraju stanów zdrowia mieszkańców, co znajduje odzwierciedlenie w najwyższych współczynnikach zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych [SRWŁ 2030]. Sytuacja ta wynika m.in. ze starzenia się społeczeństwa – region ma najwyższy w Polsce odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym [SRWŁ 2030].

Wskaźniki długości życia w Łódzkiem należą do najniższych w kraju – w 2011 roku przeciętne trwanie życia wynosiło 79,5 lat dla kobiet i 70,4 lat dla mężczyzn [SRWŁ 2020], natomiast według nowszych danych z 2023 roku kobiety żyją średnio 81,2 lat, a mężczyźni 73,2 lat, co nadal plasuje region na końcu krajowych zestawień [SRWŁ 2030]. Region notuje również najwyższy współczynnik umieralności ogółem (w 2011 – 12,1/1000 mieszkańców) oraz zajmuje czołowe miejsca pod względem zgonów z powodu chorób układu krążenia (5,6 na 1000 ludności) oraz występowania nowotworów (2,7 na 1000 ludności), a dodatkowo region wyróżniał się wysokimi współczynnikami zgonów z powodu chorób oddechowych (48,3 na 100 tys. wobec średniej UE 46) [SRWŁ 2020]. Aktualizacja w SRWŁ 2030 potwierdza utrzymanie się niekorzystnych trendów – w 2023 roku choroby układu krążenia odpowiadały za 30,1% wszystkich zgonów, nowotwory za 24,7% (3. miejsce w kraju), choroby układu oddechowego nadal utrzymywały się powyżej średniej krajowej, a zgony z powodu cukrzycy wzrosły z 14,7 osób na 100 tys. mieszkańców w 2014 r. do 24,9 osób w 2023 r. [SRWŁ 2030].

Problemy zdrowotne mają bezpośredni wpływ na rynek pracy. W 2018 roku wskaźnik absencji chorobowej wyniósł 18,4 dnia na 1 ubezpieczonego – najwięcej w kraju. Szczególnie dotknięta jest grupa osób 50+, z których aż 83% cierpi na co najmniej jedną chorobę przewlekłą [SRWŁ 2030]. Interwencja w ramach Działania X.3 koncentruje się zatem na utrzymaniu i przedłużeniu aktywności zawodowej tej grupy [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Wyzwania zdrowotne zostały dodatkowo spotęgowane przez pandemię COVID-19. W dokumentach programowych podkreśla się konieczność uwzględnienia osób z długofalowymi skutkami przebytej choroby, które mogą ograniczać ich zdolność do pracy [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020, interwencje zdrowotne finansowane z Funduszy Europejskich muszą być zgodne z mapami potrzeb zdrowotnych oraz dokumentami strategicznymi, takimi jak Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 [SZOOP RPO WŁ 2014-2020]. Projekty muszą wynikać z diagnozy epidemiologicznej i być realizowane w formule Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ), obejmujących profilaktykę i rehabilitację medyczną [Wytyczne zdrowie].

W ramach Działania X.3 interwencje koncentrują się na pięciu grupach chorób: układu krążenia, nowotworowych, psychicznych, układu kostno-stawowego oraz oddechowego [Wytyczne zdrowie, Policy paper zdrowie, SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Oprócz wysokiej zachorowalności, region zmagają się z problemami organizacyjnymi: niską świadomością zdrowotną, nierównomiernym dostępem do usług medycznych, deficytem kadr specjalistycznych (m.in. psychiatrii, onkologii, geriatrii) oraz niedoborem placówek opieki długoterminowej [SRWŁ 2030].

Wnioski te jednoznacznie wskazują na zasadność interwencji zdrowotnych w ramach Działania X.3 jako elementu wspierającego aktywność zawodową mieszkańców regionu, zwłaszcza osób starszych i przewlekle chorych.

3.3.2 ZAKRES WSPARCIA – REHABILITACJA, PROFILAKTYKA, OPIEKA ŚRODOWISKOWA, ZGODNOŚĆ Z RPZ I WYTYCZNYMI AOTMiT

Działanie X.3 RPO WŁ 2014-2020 (Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia) realizowane było w oparciu o Regionalne Programy Zdrowotne (RPZ), zgodnie z wytycznymi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oraz zasadami demarkacji względem świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych. Głównym celem interwencji było utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50. roku życia [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Rehabilitacja medyczna (Poddziałanie X.3.1)

Poddziałanie X.3.1 koncentrowało się na wdrażaniu programów rehabilitacyjnych, których celem było przywrócenie zdolności do pracy i poprawa sprawności psychofizycznej osób zagrożonych dezaktywizacją zawodową. Interwencje obejmowały rehabilitację kardiologiczną, neurologiczną, psychiatryczną, onkologiczną, pulmonologiczną oraz rehabilitację narządów ruchu.

Szczególną uwagę poświęcono rehabilitacji pocovidowej – wsparcie dla osób z długofalowymi skutkami zdrowotnymi po przebyciu COVID-19 mogło być realizowane w trybie pozakonkursowym.

Programy rehabilitacyjne mogły obejmować trzy etapy:

- szpitalny,
- stacjonarny lub domowy,

- późną rehabilitację jako element prozdrowotnego stylu życia.

W realizacji trzeciego etapu kluczową rolę odgrywali edukatorzy zdrowotni, pielęgniarki i lekarze POZ.

Programy profilaktyczne (Poddziałania X.3.2 i X.3.3)

Poddziałanie X.3.2 wspierało profilaktykę chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem pięciu grup schorzeń priorytetowych dla regionu: chorób układu krążenia, nowotworów, zaburzeń psychicznych, chorób układu kostno-stawowego oraz oddechowego.

Poddziałanie X.3.3 koncentrowało się na profilaktyce nowotworowej, wspierając działania uzupełniające wobec programów populacyjnych w zakresie raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. Możliwe było finansowanie badań kolonoskopowych wraz ze znieczuleniem.

Usługi dodatkowe i charakter wsparcia

Wszystkie poddziałania obejmowały działania komplementarne:

- świadczenia zdrowotne ponadstandardowe, zgodne z zasadą demarkacji,
- finansowanie dojazdu do miejsca realizacji usługi,
- zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną w czasie korzystania z usługi,
- działania informacyjno-edukacyjne prowadzone przez wykwalifikowany personel,
- szkolenia dla kadr medycznych i rehabilitacyjnych, w tym POZ i lekarzy orzeczników ZUS.

Zgodność z wytycznymi i AOTMiT

Każdy RPZ musiał uzyskać pozytywną lub warunkową opinię AOTMiT. W przypadku negatywnej opinii możliwa była korekta i ponowne złożenie programu. Alternatywnie, RPZ mógł być realizowany na podstawie rekomendacji z repozytorium, pod warunkiem uzgodnienia w Planie działania w sektorze zdrowia.

Działania w obszarze zdrowia podlegały nadzorowi Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w Sektorze Zdrowia, co zapewniało spójność i komplementarność interwencji.

3.4 BARIERY AKTYWIZACJI OSÓB STARSZYCH

Celem interwencji w ramach RPO WŁ 2014-2020 było zwiększenie możliwości zatrudnienia osób bezrobotnych i biernych zawodowo, w tym w szczególności osób w wieku 50 lat i więcej, co realizowane było także w ramach Osi Priorytetowej X *Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie*. W Działaniu X.2 *Rozwój pracowników i przedsiębiorstw* w Poddziałaniu X.2.1 opartym na PSF/BUR premiowano pracowników po 50. roku życia (łącznie z osobami prowadzącymi działalność na własny rachunek), a w Poddziałaniu X.2.2 *Outplacement* wskazywano na konieczność wspierania narzędzi adaptacyjnych dla przedsiębiorców sektora MŚP i ich pracowników, w tym w szczególności dla pracowników po 50. roku życia. Z kolei Działanie X.3 *Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia* (w tym Poddziałania X.3.1–X.3.3) koncentrowało się na wdrażaniu programów zdrowotnych i rehabilitacyjnych, których celem było utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej także osób starszych (każdorazowo mierzono liczbę osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie). [SZOOP RPO WŁ 2014-2020]. Kontekst ten jest ściśle związany z postępującym

starzeniem się społeczeństwa i koniecznością wdrażania działań w duchu „silver economy” [SRWŁ 2030].

Kontynuacja aktywności zawodowej w wieku okołoemerytalnym i późniejszym ma istotne znaczenie zarówno dla samych pracowników – poprzez wydłużenie samodzielności i niezależności finansowej – jak i dla gospodarki, która mierzy się z niedoborem siły roboczej oraz rosnącym obciążeniem systemu emerytalnego [PIE, Ageizm].

Jedną z głównych barier aktywizacji osób starszych jest ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek. Badania eksperymentalne potwierdzają jego obecność na polskim rynku pracy. Młodszy kandydaci (28 lat) byli zapraszani do kolejnych etapów rekrutacji dwukrotnie częściej niż starsi (52 lata) na stanowiska niewymagające specjalistycznego doświadczenia. Pracodawcy często kierują się stereotypami, zakładając niższą produktywność lub motywację osób starszych, mimo że analiza wyników pracy nie potwierdza istotnych różnic między grupami wiekowymi [PIE, Ageizm].

W województwie łódzkim osoby po pięćdziesiątce deklarują, że zmiana pracy staje się coraz mniej realna, a pracodawcy niechętnie zatrudniają przedstawicieli tej grupy [WUP Łódź, Rozwój przedsiębiorstw]. Szczególnie trudna jest sytuacja kobiet [PIE, Ageizm]. Połączenie ageizmu z dyskryminacją ze względu na płeć sprawia, że kobiety 50+ są jedną z najbardziej narażonych grup na wykluczenie z rynku pracy.

Dodatkowym wyzwaniem jest długość poszukiwania pracy. W 2020 roku średni czas poszukiwania zatrudnienia w Polsce wynosił 7,5 miesiąca, jednak w grupie wiekowej 45–54 lata kobiety szukały pracy średnio przez 9,6 miesiąca, a mężczyźni przez 8,5 miesiąca. W grupie 55–74 lata sytuacja się odwracała – mężczyźni poszukiwali pracy przez 9,6 miesiąca, kobiety przez 8,1 miesiąca [PIE, Ageizm].

Choć starsi pracownicy rzadziej zmieniają miejsce zatrudnienia (wskaźnik rotacji w latach 2021/2022 dla osób 50+ nie przekraczał 2%, wobec 7,8% wśród osób poniżej 30 lat), nie przekłada się to na większą otwartość pracodawców na ich zatrudnianie [WUP Łódź, Rozwój przedsiębiorstw]. W sektorze publicznym w Łódzkiem starsi pracownicy często pozostają na stanowiskach mimo niskich wynagrodzeń, z uwagi na poczucie stabilizacji, co z kolei skutkuje brakiem podwyżek i poczuciem braku uznania [WUP Łódź, Rozwój przedsiębiorstw].

Wobec trudności na rynku pracy wiele osób 50+ decyduje się na samozatrudnienie. Rocznie zakładają one około 35 tys. jednoosobowych działalności gospodarczych, co stanowi 12% wszystkich JDG w Polsce, z czego 40% to kobiety [PIE, JDG 50+]. W większości przypadków decyzja ta wynika z konieczności – 63% badanych wskazało, że założyło firmę, by utrzymać aktywność zawodową po utracie pracy etatowej. To efekt „wypychania z rynku pracy” i wymuszania samozatrudnienia przez pracodawców [PIE, JDG 50+].

Największą barierą dla przedsiębiorców 50+ są ograniczenia finansowe – trudności w pozyskaniu kapitału, brak środków na promocję oraz wysokie koszty zatrudnienia [PIE, JDG 50+] RPO WŁ 2014-2020.

Osoby 50+ są również grupą preferencyjną w Podmiotowym Systemie Finansowania (PSF) [Wytyczne adaptacyjność]. Mimo to, stanowią zaledwie 16% uczestników korzystających z usług rozwojowych w BUR [BUR/PSF, Raport 2022]. Co trzecia osoba w wieku 50–64 lat nigdy nie podnosiła swoich kompetencji zawodowych [BUR, Ewaluacja 2018; BUR/PSF, Raport 2022]. Bariery mają charakter

systemowy i technologiczny – osoby starsze często są wykluczone cyfrowo, a język i funkcjonalność BUR są dla nich nieintuicyjne [BUR, Ewaluacja 2018; BUR/PSF, Raport 2022].

W Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030 podkreślono konieczność upowszechniania modelu „silver economy”, m.in. poprzez wspieranie rozwoju kompetencji osób starszych oraz prowadzenie kampanii informacyjnych skierowanych do pracodawców w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu ze względu na wiek [SRWŁ 2030].

3.5 WPŁYW SYTUACJI KRYZYSOWYCH NA OBSZARY WSPARCIA

Pandemia COVID-19 oraz wojna w Ukrainie wywarły istotny wpływ na sytuację społeczno-gospodarczą województwa łódzkiego, stając się kluczowymi czynnikami uzasadniającymi interwencje w ramach RPO WŁ 2014-2020, zwłaszcza w obszarach rynku pracy, zdrowia i integracji społecznej [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

3.5.1 COVID-19

Pandemia COVID-19 była jednym z najpoważniejszych kryzysów społeczno-gospodarczych ostatnich dekad, który w sposób bezpośredni i systemowy wpłynął na funkcjonowanie rynku pracy, kondycję sektora MŚP oraz sytuację zdrowotną mieszkańców województwa łódzkiego. W odpowiedzi na ten kryzys, RPO WŁ 2014-2020 został rozszerzony o nowe instrumenty wsparcia, a zakres interwencji w ramach Działań X.1, X.2 i X.3 został dostosowany do nowych realiów [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Wpływ pandemii na bierność zawodową rodziców (Działanie X.1)

Zamknięcie placówek opieki nad dziećmi oraz ograniczenia w funkcjonowaniu instytucji edukacyjnych spowodowały wzrost bierności zawodowej wśród rodziców, zwłaszcza kobiet. Już przed pandemią 38% matek dzieci w wieku 1–3 lat pozostawało nieaktywnych zawodowo, a 77% z nich nie szukało pracy z powodu obowiązków opiekuńczych [PIE, Matki 1–3].

Pandemia pogłębiła te dysproporcje, zwiększając presję opiekuńczą i ograniczając możliwości powrotu na rynek pracy. W ramach Działania X.1 wzmocniono komponenty związane z tworzeniem miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 oraz aktywizacją zawodową rodziców, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Wpływ pandemii na sektor MŚP i rynek pracy (Działanie X.2)

Pandemia wywołała gwałtowne załamanie nastrojów gospodarczych. W 2020 roku aż 24% mikrofirm oceniło swoją sytuację finansową jako złą lub bardzo złą, a 64% wskazało niepewność jako główną barierę prowadzenia działalności [PIE, Mikrofirmy 2020]. Mikroprzedsiębiorstwa zatrudniające ok. 4,2 mln osób znalazły się w szczególnie trudnej sytuacji, wymagającej wsparcia płynnościowego i doradczego.

RPO WŁ 2014-2020 odpowiedział na te potrzeby poprzez uruchomienie środków z inicjatywy REACT-EU (Oś priorytetowa XIII), które objęły m.in. Działanie XIII.1 – wsparcie dla MŚP w zakresie utrzymania zatrudnienia, inwestycji w cyfryzację oraz łagodzenia skutków pandemii. Wprowadzono nowe wskaźniki monitorujące, które obejmowały między innymi liczbę utrzymanych miejsc pracy. [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Pandemia uwypukliła również znaczenie kompetencji adaptacyjnych i zarządzania kryzysowego. W ramach Działania X.2 wzmocniono komponenty szkoleniowe i doradcze, wspierające odporność przedsiębiorstw na wstrząsy zewnętrzne.

Wpływ pandemii na zdrowie publiczne i dostępność usług (Działanie X.3)

COVID-19 ujawnił poważne niedobory systemu ochrony zdrowia, zarówno w zakresie infrastruktury, jak i dostępności usług. W województwie łódzkim, które już wcześniej charakteryzowało się jednym z najgorszych w kraju stanów zdrowia mieszkańców [SRWŁ 2030], pandemia pogłębiła problemy związane z chorobami przewlekłymi, zaburzeniami psychicznymi oraz dostępem do rehabilitacji.

W ramach Działania X.3 uwzględniono konieczność wsparcia osób z długofalowymi skutkami przebytej choroby – rehabilitacja pocovidowa została włączona jako typ projektu możliwy do realizacji w trybie pozakonkursowym [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

W ramach RPO WŁ 2014-2020 uwzględniono również dodatkowe wsparcie w ramach OPXIII dotyczące ochrony zdrowia (Działanie XIII.3 REACT-EU dla zdrowia). Interwencja ta została uruchomiona w 2022 roku jako odpowiedź na skutki pandemii COVID-19 i miała charakter działań kryzysowych, ukierunkowanych na budowanie odporności systemu ochrony zdrowia oraz przygotowanie go na przyszłe zagrożenia. Zakres wsparcia obejmował przede wszystkim leczenie i rehabilitację pacjentów po COVID-19, rozwój usług w zakresie leczenia onkologicznego oraz wzmocnienie infrastruktury diagnostycznej i leczniczej zarówno na poziomie szpitalnym, jak i ambulatoryjnym. Projekty realizowane w ramach działania dotyczyły budowy, przebudowy lub remontu obiektów infrastruktury ochrony zdrowia, zakupu sprzętu medycznego, wyposażenia oraz rozwiązań IT, a także działań poprawiających efektywność energetyczną budynków.

Pandemia miała wpływ również na przyspieszenie cyfryzacji usług zdrowotnych – w dokumentach programowych podkreślono konieczność inwestycji w infrastrukturę cyfrową jako warunek utrzymania ciągłości świadczeń medycznych [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

3.5.2 WOJNA NA UKRAINIE

Agresja Rosji na Ukrainę w lutym 2022 roku wywołała nową falę niepewności geopolitycznej i społecznej, która znacząco wpłynęła na sytuację gospodarczą, demograficzną i instytucjonalną w Polsce, w tym w województwie łódzkim. W odpowiedzi na te wyzwania, Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 został dostosowany do potrzeb związanych z integracją uchodźców, stabilizacją rynku pracy oraz wzmocnieniem odporności instytucji publicznych [SZOOP RPO WŁ 2014-2020].

Wojna w Ukrainie uwiaryściła potrzebę elastycznego reagowania polityki regionalnej na nagłe zmiany demograficzne i geopolityczne. RPO WŁ 2014-2020 został dostosowany do nowych uwarunkowań, integrując wsparcie dla uchodźców z polityką rynku pracy, edukacji i zdrowia. Jednocześnie doświadczenia te potwierdziły konieczność wzmacniania odporności instytucji, systemów usług publicznych oraz kompetencji międzykulturowych.

Kryzys migracyjny i integracja uchodźców (Działanie X.1)

W ciągu pierwszych niespełna 3 miesięcy wojny granicę polsko-ukraińską przekroczyło ponad 3,3 mln osób, z czego zdecydowana większość to kobiety z dziećmi [UP 2021–2027]. Skala migracji wymusiła pilne działania integracyjne, obejmujące dostęp do rynku pracy, edukacji, opieki zdrowotnej i usług społecznych.

RPO Wł 2014-2020 włączył osoby objęte ochroną czasową do grup docelowych wszystkich działań współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). Wskaźnik CPRO1 monitoruje liczbę uchodźców objętych wsparciem [SZOOP RPO Wł 2014-2020].

W odpowiedzi na potrzeby rodzin uchodźczych Działanie X.1 wspierało powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi, w tym uchodźczyń [SZOOP RPO Wł 2014-2020; UP 2021–2027].

Wpływ wojny na gospodarkę i sektor MŚP (Działanie X.2)

Choć początkowy wpływ wojny nie był tak gwałtowny jak lockdowny pandemiczne, to wprowadziła ona trwały stan niepewności gospodarczej. Wskaźnik nastrojów przedsiębiorców w kwietniu 2022 r. wynosił 108,2 pkt., co oznaczało względną stabilność, jednak niepewność ponownie stała się dominującą barierą działalności [PIE, Niepewność].

Nowe wyzwania obejmowały:

- wzrost cen energii i surowców,
- zakłócenia w łańcuchach dostaw,
- presję kosztową i logistyczną.

W ramach Działania X.2 wzmocniono komponenty doradcze i szkoleniowe, wspierające odporność przedsiębiorstw na wstrząsy zewnętrzne, w tym zarządzanie kryzysowe i planowanie ciągłości działania.

Wpływ wojny na system ochrony zdrowia (Działanie X.3)

Wojna w Ukrainie pośrednio wpłynęła również na system ochrony zdrowia, zwiększając presję na infrastrukturę i kadry medyczne. Wzrosło zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, w tym profilaktykę, opiekę psychologiczną i wsparcie dla osób z doświadczeniem traumy wojennej.

W ramach Działania X.3 możliwe było wsparcie osób objętych ochroną czasową, pod warunkiem zgodności z mapami potrzeb zdrowotnych i zasadami demarkacji. Wzrosło znaczenie opieki środowiskowej, teleopieki oraz działań edukacyjnych w zakresie zdrowia publicznego.

➔ UMOWA PARTNERSTWA (PROGRAMOWANIE PERSPEKTYWY FINANSOWEJ 2014-2020)²

Umowa Partnerstwa to nadrzędny dokument strategiczny określający cele, priorytety i zasady wdrażania funduszy europejskich w Polsce w ramach polityki spójności w latach 2014–2020. Stanowi ona podstawę dla programów krajowych i regionalnych, w tym dla RPO WŁ 2014-2020.

W kontekście **Osi Priorytetowej X RPO WŁ 2014-2020**, Umowa Partnerstwa wyznaczała zatem kierunki interwencji w obszarze zatrudnienia, adaptacyjności pracowników i przedsiębiorstw oraz zdrowia publicznego. Dokument wskazywał na konieczność:

- wspierania aktywizacji zawodowej osób wykluczonych z rynku pracy (np. rodziców małych dzieci),
- podnoszenia kwalifikacji pracowników i przedsiębiorców, zwłaszcza w sektorze MŚP,
- wdrażania działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych w celu utrzymania aktywności zawodowej osób starszych.

Umowa Partnerstwa przypisała te cele do **Priorytetów Inwestycyjnych 8iv, 8v i 8vi**, które bezpośrednio ukształtowały strukturę OPX. Wskazano w niej również na potrzebę komplementarności działań z programami krajowymi (np. PO WER) oraz na znaczenie terytorialnego podejścia do interwencji – co znalazło odzwierciedlenie w targetowaniu działań OPX na obszary deficytowe i grupy szczególnego ryzyka.

Dokument ten był punktem wyjścia dla opracowania szczegółowych zapisów RPO WŁ 2014-2020, w tym typów projektów, kryteriów wyboru projektów oraz mechanizmów wdrażania, które zmaterializowały się w działaniach X.1, X.2 i X.3.

➔ UMOWA PARTNERSTWA DLA REALIZACJI POLITYKI SPÓJNOŚCI 2021-2027 W POLSCE³

Umowa Partnerstwa 2021–2027 wyznacza strategiczne ramy dla wdrażania funduszy UE w Polsce, kontynuując cele z poprzedniej perspektywy finansowej, ale z większym naciskiem na integrację społeczną, zdrowie i adaptacyjność.

Umowa Partnerstwa na lata 2021–2027 stanowi kontynuację i rozwinięcie założeń przyjętych w perspektywie 2014–2020. Obie wersje dokumentu są ze sobą ściśle powiązane – nowa Umowa Partnerstwa bazuje na doświadczeniach i efektach poprzedniej, zachowując ciągłość interwencji w obszarach takich jak aktywizacja zawodowa, rozwój kompetencji oraz zdrowie publiczne. W szczególności działania realizowane w ramach Osi X RPO WŁ 2014–2020 znalazły swoje odpowiedniki i rozwinięcia w perspektywie finansowej 2021-2027, m.in. w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), co zapewnia płynność wsparcia i umożliwia dalsze wzmacnianie kapitału ludzkiego w regionie.

² <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/umowa-partnerstwa/>

³ https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/109763/Umowa_Partnerstwa_na_lata_2021_2027.pdf

W kontekście Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego, dokument ten stanowi podstawę dla programowania interwencji w obszarze kapitału ludzkiego, rynku pracy i zdrowia publicznego, które były rdzeniem Osi X w poprzedniej perspektywie finansowej.

Dla działań analogicznych do Osi X, Umowa Partnerstwa 2021–2027 wskazuje na konieczność:

- **Wspierania aktywnego i zdrowego starzenia się**, poprzez działania profilaktyczne, rehabilitacyjne i edukacyjne, co kontynuuje logikę interwencji znaną z Działania X.3.
- **Rozwoju kompetencji i kwalifikacji pracowników**, szczególnie w kontekście transformacji cyfrowej i zielonej gospodarki, co wpisuje się w kontynuację interwencji w ramach Działania X.2.
- **Zwiększenia dostępności usług opiekuńczych**, w tym dla dzieci i osób zależnych, co stanowi rozwinięcie interwencji podobnych do Działania X.1.

Dokument podkreśla również znaczenie **terytorializacji wsparcia**, czyli dostosowania interwencji do lokalnych potrzeb społecznych i gospodarczych, co było kluczowym założeniem Osi X w RPO WŁ 2014–2020. W perspektywie finansowej UE 2021–2027 nacisk położono także na **synergię różnych instrumentów wsparcia UE z Europejskim Funduszem Społecznym Plus**, który jest głównym źródłem finansowania działań w obszarze zatrudnienia, edukacji i zdrowia.

➔ STRATEGIA NA RZECZ ODPOWIEDZIALNEGO ROZWOJU DO ROKU 2020 (Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.).⁴

Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju była jednym z dokumentów krajowych wpływających na kształt Osi X RPO WŁ 2014–2020, szczególnie w obszarach zatrudnienia, zdrowia i adaptacyjności.

Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) została przyjęta przez Radę Ministrów w 2017 roku jako średnio- i długofalowy plan rozwoju społeczno-gospodarczego Polski. W kontekście Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego, dokument ten wyznaczał cele i kierunki interwencji, które znalazły bezpośrednie odzwierciedlenie w Osi X.

Dla Działania X.1, strategia podkreślała znaczenie zwiększenia dostępności usług opiekuńczych jako warunku aktywizacji zawodowej rodziców, zwłaszcza kobiet. **Dla Działania X.2**, wskazywała na konieczność wzmocnienia kompetencji pracowników i przedsiębiorstw w kontekście zmian technologicznych i demograficznych. **Dla Działania X.3**, dokument akcentował potrzebę poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, wdrażania działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych oraz wspierania aktywnego starzenia się.

Strategia promowała podejście zrównoważone terytorialnie i społecznie, co znalazło odzwierciedlenie w targetowaniu działań Osi X na obszary deficytowe i grupy szczególnego ryzyka. Wskazywała również na potrzebę integracji działań społecznych, zdrowotnych i gospodarczych, co stanowiło fundament dla kompleksowego charakteru interwencji w Osi X.

➔ STRATEGIA ROZWOJU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO 2020.⁵

⁴ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/informacje-o-strategii-na-rzecz-odpowiedzialnego-rozwoju>

⁵ http://strategia.lodzkie.pl/wp-content/uploads/2019/10/SRWL_2020.pdf

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020 była dokumentem regionalnym, który wyznaczał cele i kierunki interwencji dla RPO WŁ 2014–2020, w tym dla Osi X.

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020 określała wizję regionu jako nowoczesnego, konkurencyjnego gospodarczo i przyjaznego społecznie. W kontekście Osi X RPO WŁ 2014-2020 dokument ten wskazywał na potrzebę wzmacniania kapitału ludzkiego, poprawy dostępności usług społecznych i zdrowotnych oraz zwiększania aktywności zawodowej mieszkańców.

Dla Działania X.1, strategia podkreślała znaczenie rozwoju usług opiekuńczych jako warunku aktywizacji zawodowej rodziców, zwłaszcza kobiet. **Dla Działania X.2**, akcentowano konieczność podnoszenia kwalifikacji pracowników i przedsiębiorców, szczególnie w sektorze MŚP, jako elementu zwiększania konkurencyjności regionalnej gospodarki. **Dla Działania X.3**, dokument wskazywał na potrzebę poprawy stanu zdrowia mieszkańców, zwłaszcza osób starszych, poprzez działania profilaktyczne i rehabilitacyjne.

Strategia zakładała realizację polityki rozwoju w dwóch wymiarach: horyzontalnym (dla całego województwa) oraz terytorialno-funkcjonalnym (dla obszarów o szczególnych potrzebach), co znalazło odzwierciedlenie w targetowaniu działań Osi X na obszary deficytowe i grupy szczególnego ryzyka.

➔ STRATEGIA ROZWOJU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO 2030⁶

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030 wyznacza cele i kierunki rozwoju regionu w perspektywie długoterminowej, uwzględniając wyzwania demograficzne, społeczne i gospodarcze. W kontekście RPO WŁ 2014-2020, dokument ten stanowi odniesienie dla programowania interwencji w obszarze kapitału ludzkiego, rynku pracy i zdrowia.

SRWŁ 2030 kontynuuje i rozwija założenia przyjęte w Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020. Oba dokumenty są ze sobą powiązane – nowa strategia bazuje na diagnozie i doświadczeniach poprzedniej, zachowując ciągłość celów w obszarach kapitału ludzkiego, rynku pracy, zdrowia i usług społecznych.

W kontekście Osi X RPO WŁ 2014-2020, Strategia 2030 utrzymuje priorytety dotyczące aktywizacji zawodowej, rozwoju kompetencji, dostępności usług opiekuńczych oraz poprawy stanu zdrowia mieszkańców. Jednocześnie rozszerza je o nowe wyzwania, takie jak transformacja cyfrowa, starzenie się społeczeństwa czy nierówności terytorialne, co wzmacnia znaczenie działań integrujących politykę społeczną, zdrowotną i gospodarczą w regionie.

Dla Osi X strategia wskazuje na potrzebę zwiększenia dostępności usług opiekuńczych, poprawy jakości życia mieszkańców, wspierania aktywności zawodowej osób starszych oraz podnoszenia kompetencji pracowników i przedsiębiorców. Podkreśla znaczenie działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych jako elementów wspierających aktywność zawodową oraz konieczność dostosowania interwencji do lokalnych potrzeb i potencjałów.

⁶ http://strategia.lodzkie.pl/wp-content/uploads/2021/05/SRWL-2030_6.05.2021_uchwalona.pdf

Dokument promuje podejście terytorialne, integrację działań społecznych i gospodarczych oraz wzmacnianie odporności regionu na zmiany strukturalne, co znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie w logice interwencji Osi X.

➔ REGIONALNA STRATEGIA INNOWACJI DLA WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO LORIS 2030⁷

Regionalna Strategia Innowacji LORIS 2030 wyznacza kierunki rozwoju innowacyjności w regionie łódzkim, koncentrując się na wspieraniu inteligentnych specjalizacji, współpracy nauki z biznesem oraz wzmacnianiu potencjału kadrowego i technologicznego.

W kontekście Osi X RPO WŁ 2014-2020 dokument ten podkreśla znaczenie rozwoju kompetencji pracowników i przedsiębiorców jako warunku zwiększania zdolności adaptacyjnych firm, szczególnie w sektorze MŚP. Wspiera działania na rzecz podnoszenia kwalifikacji w obszarach zgodnych z inteligentnymi specjalizacjami regionu, co znajduje odzwierciedlenie w Poddziałaniu X.2.1.

Strategia wskazuje również na potrzebę tworzenia środowiska sprzyjającego innowacjom społecznym, w tym w obszarze zdrowia i usług opiekuńczych, co koresponduje z celami Działów X.1 i X.3. LORIS 2030 promuje podejście zintegrowane, łączące rozwój technologiczny z inwestycjami w kapitał ludzki i zdrowie, co wzmacnia spójność interwencji w ramach Osi X.

➔ WYTYCZNE W ZAKRESIE REALIZACJI PRZEDSIĘWZIĘĆ Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W OBSZARZE EDUKACJI NA LATA 2014-2020⁸

Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze edukacji na lata 2014–2020 określają zasady wdrażania projektów edukacyjnych, które miały bezpośredni wpływ na kształt działań w Osi X RPO WŁ 2014-2020, zwłaszcza w zakresie rozwoju kompetencji i kwalifikacji.

Dokument został opracowany przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju i obowiązywał wszystkie instytucje, które wdrażały projekty edukacyjne finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie 2014–2020. W kontekście Osi X RPO WŁ 2014-2020, wytyczne miały szczególne znaczenie dla **Działania X.2**, które koncentrowało się na rozwoju pracowników i przedsiębiorstw poprzez szkolenia, doradztwo i inne formy podnoszenia kwalifikacji.

Kluczowe obszary regulowane przez wytyczne w odniesieniu do Osi X:

- **Zasady kwalifikowalności uczestników i form wsparcia** – dokument precyzował, jakie typy działań edukacyjnych mogą być finansowane, w tym szkolenia zawodowe, kursy kompetencyjne, doradztwo, mentoring czy walidacja efektów uczenia się. W przypadku Osi X, miało to zastosowanie m.in. do bonów rozwojowych w PSF oraz szkoleń w ramach outplacementu.
- **Standardy jakości usług edukacyjnych** – wytyczne wymagały stosowania ram jakościowych, w tym zgodności z Krajowymi Ramami Kwalifikacji, co wpływało na dobór usług w Bazie Usług Rozwojowych wykorzystywanej w Poddziałaniu X.2.1.
- **Zasady monitorowania i sprawozdawczości** – dokument określał obowiązki beneficjentów w zakresie zbierania danych o uczestnikach, efektach uczenia się oraz

⁷ <https://rpo.lodzkie.pl/images/prawo-i-dokumenty/RSILORIS2030final1.pdf>

⁸ https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/78631/Wytyczne_edukacji_-_11_wrzesnia_2019_r.pdf

trwałości rezultatów, co miało bezpośredni wpływ na sposób realizacji projektów w ramach Osi X.

- **Promowanie uczenia się przez całe życie** – wytyczne wspierały działania skierowane do osób dorosłych, w tym o niskich kwalifikacjach, co było zgodne z celami Działania X.2 w zakresie zwiększania adaptacyjności zawodowej.
- **Zgodność z politykami horyzontalnymi** – dokument wymagał uwzględniania zasad równości szans, dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zrównoważonego rozwoju, co musiało być uwzględnione w projektach realizowanych w ramach Osi X.

Wytyczne miały charakter obowiązujący i były stosowane zarówno przez instytucje zarządzające, jak i beneficjentów projektów edukacyjnych. Ich wdrożenie zapewniało spójność i jakość interwencji edukacyjnych w całym kraju, w tym w województwie łódzkim, gdzie stanowiły fundament dla projektów rozwijających kompetencje zawodowe i społeczne uczestników Osi X.

➔ **WYTYCZNE W ZAKRESIE REALIZACJI PRZEDSIĘWZIĘĆ Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W OBSZARZE PRZYSTOSOWANIA PRZEDSIĘBIORCÓW I PRACOWNIKÓW DO ZMIAN NA LATA 2014-2020⁹**

Wytyczne adaptacyjność 2014–2020 określały zasady realizacji projektów wspierających przedsiębiorców i pracowników w dostosowaniu się do zmian, w tym w ramach Osi X RPO WŁ 2014-2020, zwłaszcza Działania X.2.

Dokument regulował warunki wdrażania wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w szczególności dla Priorytetu Inwestycyjnego 8v. W kontekście Osi X RPO WŁ 2014-2020, wytyczne miały zastosowanie przede wszystkim do projektów realizowanych w ramach **PSF** oraz działań outplacementowych.

Najważniejsze elementy wytycznych w odniesieniu do Osi X:

- **PSF i BUR:** Wytyczne definiowały zasady funkcjonowania PSF jako mechanizmu popytowego, umożliwiającego przedsiębiorcom wybór usług rozwojowych zgodnych z ich potrzebami. Wskazano obowiązek korzystania z BUR jako narzędzia rejestracji, oceny i rozliczania usług.
- **Grupy priorytetowe:** Dokument nakładał obowiązek preferencyjnego traktowania pracowników 50+, osób o niskich kwalifikacjach oraz przedsiębiorstw wysokiego wzrostu. W Osi X RPO WŁ 2014-2020 przekładało się to na wyższy poziom dofinansowania i priorytet w dostępie do wsparcia.
- **Zasady kwalifikowalności usług:** Wytyczne szczegółowo określały, jakie usługi mogą być finansowane – m.in. szkolenia, doradztwo, walidacja i certyfikacja kwalifikacji – oraz jakie warunki muszą spełniać dostawcy usług.
- **Outplacement:** W przypadku Poddziałania X.2.2, dokument regulował kompleksowe wsparcie dla osób zagrożonych zwolnieniem, przewidzianych do zwolnienia lub już zwolnionych. Wskazano obowiązkowe elementy, takie jak doradztwo zawodowe, IPD, szkolenia, staże, subsydiowanie zatrudnienia i wsparcie na rozpoczęcie działalności.

⁹ https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/103213/Wytyczne_adaptacyjnosc_wersja_31_08_2021.pdf

- **Pomoc publiczna i de minimis:** Wytyczne zawierały szczegółowe zasady udzielania pomocy publicznej, w tym limity, intensywność wsparcia i obowiązki dokumentacyjne.
- **Monitorowanie i kontrola:** Dokument określał obowiązki IZ RPO i beneficjentów w zakresie kontroli projektów, weryfikacji usług, rozliczeń finansowych oraz zgodności z politykami horyzontalnymi (równość szans, dostępność).

Wytyczne były obowiązkowe dla wszystkich projektów realizowanych w ramach RPO i PO WER w obszarze adaptacyjności, zapewniając spójność, przejrzystość i efektywność interwencji. W Osi X RPO Wł 2014-2020 stanowiły fundament dla wdrażania działań wspierających rozwój kompetencji i zdolności adaptacyjnych pracowników i przedsiębiorstw.

➔ **WYTYCZNE W ZAKRESIE REALIZACJI PRZEDSIĘWZIĘĆ Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W OBSZARZE ZDROWIA NA LATA 2014-2020¹⁰**

Wytyczne w obszarze zdrowia 2014–2020 określały zasady wdrażania projektów zdrowotnych finansowanych z EFS, w tym działań realizowanych w ramach Osi X RPO Wł 2014-2020, zwłaszcza Działania X.3.

Dokument zatwierdzony przez Ministra Rozwoju i Finansów w dniu 1 stycznia 2018 r. regulował sposób realizacji programów zdrowotnych i polityki zdrowotnej w ramach PO WER i RPO. W przypadku RPO Wł 2014-2020, wytyczne miały bezpośrednie zastosowanie do projektów wdrażanych w ramach PI 8vi „Aktywne i zdrowe starzenie się” (Działanie X.3) oraz PI 9iv „Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym” (Działanie IX.2).

Kluczowe odniesienia do Osi X RPO Wł 2014-2020:

- **Regionalne Programy Zdrowotne (RPZ):** Wytyczne definiowały RPZ jako podstawowy mechanizm wdrażania interwencji zdrowotnych w RPO. Wskazano typy działań możliwych do realizacji, m.in. profilaktykę chorób istotnych dla regionu, rehabilitację medyczną ułatwiającą powrót do pracy, eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy oraz wsparcie dzieci z niepełnosprawnościami.
- **Obowiązek oceny RPZ przez AOTMiT:** Każdy RPZ musiał uzyskać pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co zapewniało zgodność z potrzebami zdrowotnymi regionu i efektywność interwencji.
- **Profilaktyka nowotworowa:** Wytyczne szczegółowo opisywały warunki realizacji programów w zakresie raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego, w tym wymagania dotyczące partnerstw, dotarcia do grup docelowych i wykorzystania mobilnych jednostek (np. mammobusów).
- **Zasady kwalifikowalności usług zdrowotnych:** Dokument określał, kiedy możliwe jest finansowanie usług wykraczających poza świadczenia gwarantowane, np. w przypadku braku dostępności w systemie publicznym lub w ramach działań pilotażowych.

¹⁰ https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/49416/Wytyczne_zdrowie_podpisane_MJK.pdf

- **Koordinacja z PO WER:** Wytyczne zapewniały mechanizmy zapobiegania dublowaniu działań między RPO a PO WER, w tym obowiązek uzgadniania zakresu interwencji z Komitetem Sterującym ds. Koordynacji Interwencji EFSI w Sektorze Zdrowia.
- **Polityki horyzontalne:** Wszystkie projekty musiały uwzględniać zasady równości szans, dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz trwałości rezultatów.

Wytyczne były obligatoryjne dla instytucji zarządzającej i beneficjentów, zapewniając spójność, jakość i zgodność działań zdrowotnych z celami EFS. W województwie łódzkim stanowiły podstawę dla projektów realizowanych w ramach Działania X.3, wpływając na ich zakres, strukturę i sposób wdrażania.

➔ KRAJOWE RAMY STRATEGICZNE. POLICY PAPER DLA OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2014–2020.¹¹

Krajowe Ramy Strategiczne dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 były dokumentem kierunkowym, który określał cele i zasady wdrażania interwencji zdrowotnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego. Stanowiły podstawę dla programowania działań w obszarze zdrowia zarówno w programach krajowych, jak i regionalnych, w tym w RPO Wł 2014–2020. W kontekście Osi X, dokument ten wyznaczał ramy dla interwencji w zakresie aktywnego i zdrowego starzenia się, profilaktyki chorób cywilizacyjnych, rehabilitacji medycznej oraz poprawy dostępności usług zdrowotnych.

Ramy strategiczne wskazywały na konieczność regionalizacji działań zdrowotnych, co znalazło odzwierciedlenie w tworzeniu Regionalnych Programów Zdrowotnych dostosowanych do specyfiki województwa łódzkiego. Dokument podkreślał znaczenie integracji działań zdrowotnych z systemem ochrony zdrowia, ich trwałości oraz mierzalnych efektów zdrowotnych. Wskazywał również na potrzebę koordynacji interwencji między programami krajowymi (PO WER) a regionalnymi (RPO), co w przypadku Osi X oznaczało koncentrację na lokalnych potrzebach zdrowotnych i dostępności usług.

Krajowe Ramy Strategiczne były dokumentem referencyjnym dla instytucji zarządzającej i beneficjentów, zapewniając spójność i efektywność działań zdrowotnych realizowanych w ramach funduszy unijnych. W województwie łódzkim stanowiły fundament dla projektów wdrażanych w ramach Działania X.3, wpływając na ich zakres, strukturę i sposób realizacji.

➔ ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021–2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R..¹²

„Zdrowa Przyszłość” to dokument strategiczny, który wyznacza kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., stanowiąc kontynuację wcześniejszych ram strategicznych i mający bezpośrednie znaczenie dla programowania interwencji w obszarze zdrowia w ramach funduszy UE, w tym działań analogicznych do Osi X RPO Wł 2014–2020.

Dokument został przyjęty przez Radę Ministrów w grudniu 2021 roku i zastępuje „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”. W odróżnieniu od poprzednika, obejmuje cały system ochrony

¹¹ https://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page_846/text_images/Krajowe%20ramy%20strategiczne%20www.pdf

¹² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

zdrowia, a nie tylko działania finansowane ze środków europejskich. Jego celem jest stworzenie nowoczesnego, dostępnego i efektywnego systemu, który odpowiada na wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i technologiczne.

W kontekście działań zbliżonych do Osi X RPO WŁ 2014-2020, dokument wskazuje na konieczność rozwoju opieki środowiskowej i domowej, zwiększenia dostępności usług rehabilitacyjnych, wdrażania rozwiązań telemedycznych oraz zniesienia limitów w wybranych grupach świadczeń. Podkreśla również znaczenie profilaktyki, edukacji zdrowotnej i integracji opieki zdrowotnej z usługami społecznymi, co bezpośrednio koresponduje z logiką interwencji znaną z Działania X.3.

„Zdrowa Przyszłość” promuje podejście terytorialne i zintegrowane, uwzględniające lokalne potrzeby zdrowotne, co ma kluczowe znaczenie dla programowania regionalnych interwencji w perspektywie finansowej 2021-2027. Dokument stanowi również podstawę dla tworzenia map potrzeb zdrowotnych i planowania inwestycji w infrastrukturę oraz kadry medyczne.

➔ RPO WŁ 2014-2020.¹³

RPO WŁ 2014–2020 był podstawowym dokumentem wdrożeniowym funduszy UE w regionie, określającym cele, priorytety i zasady realizacji interwencji, w tym Osi X.

RPO WŁ 2014–2020 stanowił rozwinięcie założeń Umowy Partnerstwa i dokumentów strategicznych krajowych oraz regionalnych. Program koncentrował się na wspieraniu rozwoju gospodarczego, infrastruktury, środowiska, edukacji, rynku pracy i zdrowia. Oś X współfinansowana z Europejskiego Funduszu Społecznego obejmowała działania w zakresie aktywizacji zawodowej, rozwoju kompetencji oraz zdrowia publicznego.

W ramach Osi X zaplanowano trzy główne typy interwencji: X.1 – wspieranie osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3 poprzez rozwój usług opiekuńczych; X.2 – podnoszenie kwalifikacji pracowników i przedsiębiorców, w tym poprzez Podmiotowy System Finansowania; X.3 – działania zdrowotne, w tym profilaktyka, rehabilitacja i wsparcie osób starszych. Program określał szczegółowe typy projektów, kryteria wyboru, mechanizmy wdrażania oraz zasady monitorowania i ewaluacji.

RPO WŁ 2014-2020 był zgodny z celami tematycznymi UE, a jego realizacja opierała się na zasadach partnerstwa, zrównoważonego rozwoju, równości szans i dostępności. Dokument był podstawą dla konkursów, naborów i projektów realizowanych przez beneficjentów w całym województwie łódzkim.

➔ SZCZEGÓŁOWY OPIS OSI PRIORYTETOWYCH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2014-2020 (W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI ZAPISY DOTYCZĄCE OSI PRIORYTETOWEJ X).¹⁴

Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WŁ 2014–2020 zawiera precyzyjne informacje o celach, typach projektów, grupach docelowych i zasadach wdrażania interwencji w ramach Osi X, która koncentrowała się na zatrudnieniu, adaptacyjności i zdrowiu.

¹³ <https://rpo.lodzkie.pl/dowiedz-sie-wiecej-o-programie/zapoznaj-sie-z-prawem-i-dokumentami/item/196-regionalny-program-operacyjny-województwa-lodzkiego-na-lata-2014-2020>

¹⁴ <https://rpo.lodzkie.pl/dowiedz-sie-wiecej-o-programie/zapoznaj-sie-z-prawem-i-dokumentami/item/677-zmiany-w-szczegolowym-opisie-osi-priorytetowych-rpo-wl-na-lata-2014-2020>

Dokument zawierał także szczegółowe informacje o wskaźnikach rezultatu i produktu, zasadach kwalifikowalności wydatków, kryteriach wyboru projektów oraz mechanizmach monitorowania i ewaluacji. Uwzględniał polityki horyzontalne, takie jak równość szans, dostępność dla osób z niepełnosprawnościami i zrównoważony rozwój.

➔ PROGRAM REGIONALNY FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ŁÓDZKIEGO 2021-2027¹⁵

Program Regionalny Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027 to kontynuacja RPO Wł 2014-2020, obejmująca wsparcie z EFS+ i EFRR, w tym działania odpowiadające wcześniejszej Osi X – zorientowane na rynek pracy, kompetencje i zdrowie.

Program został przyjęty 28 grudnia 2022 r. i stanowi podstawowy dokument planistyczny funduszy unijnych w województwie łódzkim w perspektywie finansowej 2021-2027. W jego strukturze nie występują już osie priorytetowe w dotychczasowym układzie, jednak działania odpowiadające logice Osi X z lat 2014–2020 zostały zachowane i rozwinięte w ramach finansowania z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

W programie przewidziano wsparcie dla aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych i biernych zawodowo, rozwój usług opiekuńczych dla dzieci i osób zależnych, podnoszenie kompetencji pracowników i przedsiębiorców, a także działania profilaktyczne i zdrowotne.

Program uwzględnia również nowe wyzwania, takie jak transformacja cyfrowa, zielona gospodarka i zmiany demograficzne. Interwencje są silnie terytorializowane – dostosowane do lokalnych potrzeb i potencjałów subregionów. Wdrażanie programu odbywa się w oparciu o zasady partnerstwa, równości szans, dostępności i zrównoważonego rozwoju.

➔ SZCZEGÓŁOWY OPIS PRIORYTETÓW PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ŁÓDZKIEGO 2021-2027¹⁶

Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027 zawiera precyzyjne informacje o celach, typach projektów, grupach docelowych i zasadach realizacji interwencji, w tym działań odpowiadających wcześniejszej Osi X.

Dokument ten rozwija zapisy programu regionalnego, opisując szczegółowo każdy priorytet, w tym m.in. Priorytet FELD.07 – Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem i Priorytet FELD.08 – Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem. To właśnie w tych dwóch priorytetach znajdują się działania rozwijające interwencje znane z Osi X RPO Wł 2014–2020. obejmujące kontynuację działań w obszarze aktywizacji zawodowej, rozwoju usług opiekuńczych, podnoszenia kompetencji pracowników i przedsiębiorców oraz działań profilaktycznych i zdrowotnych. Oba priorytety są finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

SZOP stanowi podstawę dla ogłaszania naborów i oceny projektów w perspektywie finansowej 2021-2027. Uwzględnia również mechanizmy terytorializacji interwencji, w tym Zintegrowane Inwestycje Terytorialne (ZIT) i Rozwój Lokalny Kierowany przez Społeczność (RLKS), co pozwala dostosować wsparcie do lokalnych potrzeb.

¹⁵ <https://funduszeue.lodzkie.pl/index.php/fel2027>

¹⁶ <https://funduszeue.lodzkie.pl/index.php/dokumenty/szczegolowy-opis-priorytetow-programu-fundusze-europejskie-dla-lodzkiego-2021-2027>

5.1 REALIZACJA WSPARCIA W RAMACH OPX RPO WŁ 2014-2020

Realizacja działań w ramach Osi X przebiegała w całym okresie programowania 2014–2020, z faktycznym wdrażaniem projektów od 2015 roku aż do 2023. Zamknięcie rozliczeń i weryfikacja osiągnięcia wskaźników miały miejsce w 2025 r. Proces ten angażował zarówno instytucje krajowe, jak i regionalne – od **Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej (MFiPR¹⁷)** pełniącego funkcję koordynacyjną, po **Instytucję Zarządzającą RPO WŁ 2014-2020**, odpowiedzialną za bieżące wdrażanie i monitorowanie postępów.

5.1.1 ZAKRES WSPARCIA

PI 8IV – DZIAŁANIE X.1: POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3

Działanie X.1 koncentrowało się na wspieraniu powrotu na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3. Realizacja wpisywała się w **Priorytet Inwestycyjny 8iv** i podlegała zasadom wdrażania projektów finansowanych z EFS, obejmującym zgodność z prawem unijnym i krajowym oraz z politykami horyzontalnymi UE – w tym zasadą równości szans, niedyskryminacji i zrównoważonego rozwoju, jak również z regułami pomocy publicznej. Celem szczegółowym Działania X.1 był **wzrost poziomu aktywności zawodowej oraz zdolności do zatrudnienia osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3.**

Działanie X.1 odpowiadało na zdiagnozowany problem dezaktywizacji zawodowej wynikającej z braku dostępnych usług opieki nad dziećmi. Wsparcie obejmowało kompleksowe narzędzia, takie jak tworzenie miejsc opieki (w formach instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych) oraz indywidualną aktywizację zawodową, szczególnie w obszarach z deficytem tego typu usług.

Projekty w X.1 były wybierane w trybie konkursowym, zgodnie z ustawą wdrożeniową i regulaminami konkursów. Kluczowym wymogiem było **tworzenie nowych miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3** – w formie żłobków, klubów dziecięcych lub innych instytucji. Uzupełniając dopuszczano działania aktywizacyjne, takie jak doradztwo zawodowe czy szkolenia.

Odbiorcami wsparcia były:

- Osoby pracujące, sprawujące opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3;
- Osoby bezrobotne lub osoby bierne zawodowo, pozostające poza rynkiem pracy ze względu na obowiązek opieki nad dziećmi do lat 3 w tym osoby, które przerwały karierę zawodową ze względu na urodzenie dziecka lub przebywające na urlopie wychowawczym w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

¹⁷ W kolejnych latach:

2012–2013: Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (MRR);

2013–2015: Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju (MIiR);

2015–2018: Ministerstwo Rozwoju (MR);

2018–2019: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju (MIiR);

od 2019: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (MFiPR).

Możliwe było także wsparcie dla osób uciekających z terenu Ukrainy w związku z agresją militarną Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, które przybyły legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od dnia 24 lutego 2022 r. – zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami.

W ocenie projektów stosowano **kryteria preferencyjne** – np. w 2018 roku premiowano przedsięwzięcia z obszarów o niskim wskaźniku objęcia dzieci opieką żłobkową.

Projekty realizowane w ramach Działania X.1 koncentrowały się na ułatwieniu powrotu na rynek pracy osobom opiekującym się dziećmi do lat 3. Wsparcie miało charakter dwutorowy. Po pierwsze, obowiązkowo zakładano tworzenie nowych miejsc opieki – zarówno w formie instytucjonalnej (żłobki, kluby dziecięce, opiekunowie dzienni), jak i pozainstytucjonalnej (nianie). Po drugie, uczestnicy mogli skorzystać z działań aktywizacyjnych m.in.: doradztwa zawodowego, pośrednictwa pracy, szkoleń czy indywidualnego wsparcia reintegracyjnego. W ramach jednego projektu zakładano obowiązkowe wykorzystanie pierwszego instrumentu w postaci utworzenia miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz fakultatywne wykorzystanie drugiego instrumentu w postaci aktywizacji zawodowej w przypadku, gdy wynikało to ze zdiagnozowanych potrzeb osób pozostających bez zatrudnienia.

Działania mogły realizować wszystkie podmioty z wyłączeniem osób fizycznych (poza prowadzącymi działalność gospodarczą lub oświatową). Projekty polegały przede wszystkim na tworzeniu i doposażaniu miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 – w formach instytucjonalnych (żłobki, kluby dziecięce, opiekunowie dzienni) i pozainstytucjonalnych (nianie), a także na uzupełnianiu aktywizacji zawodowej rodziców poprzez doradztwo, szkolenia czy pośrednictwo pracy. **Realizacja Działania X.1 trwała do 2023 roku.** Wsparcie miało **charakter praktyczny i bezpośredni** – poprzez tworzenie miejsc opieki i ułatwianie powrotu do pracy, przyczyniało się do **zwiększenia zatrudnienia i godzenia życia zawodowego z rodzinnym.**

PI 8V – DZIAŁANIE X.2: ROZWÓJ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

Działanie X.2 koncentrowało się na **wspieraniu rozwoju pracowników i przedsiębiorstw**, zgodnie z **Priorytetem Inwestycyjnym 8v**.

W realizacji Działania X.2 stosowano **kryteria preferencyjne** – w 2018 roku szczególną uwagę zwrócono na osoby **50+ oraz o niskich kwalifikacjach**, przeciwdziałając wykluczeniu zawodowemu.

Działanie X.2, dzięki połączeniu PSF i outplacementu, skutecznie odpowiadało na potrzeby rynku pracy – zarówno w zakresie rozwoju kadr, jak i restrukturyzacji zatrudnienia.

Działanie X.2 było podzielone na dwa poddziałania:

1. Poddziałanie X.2.1: Konkurencyjność przedsiębiorstw i ich pracowników
2. Poddziałanie X.2.2: Wdrożenie programów typu outplacement

Poddziałanie X.2.1

Celem szczegółowym Poddziałania X.2.1 było **podniesienie kompetencji i kwalifikacji przedsiębiorców sektora MŚP i ich pracowników, w tym MŚP przechodzących procesy adaptacyjne, restrukturyzacyjne i modernizacyjne.**

Obejmowało wsparcie konkurencyjności przedsiębiorstw poprzez **PSF** – nową formułę, która wymagała stworzenia odrębnych procedur i narzędzi. Mechanizm PSF opierał się na **podejściu popytowym** – to przedsiębiorstwo wybierało usługi z **BUR**. System bonowy umożliwiał **elastyczne finansowanie szkoleń i doradztwa**, pod warunkiem zgodności z zasadami BUR.

Przedsiębiorcy samodzielnie decydowali o zakresie wsparcia, które obejmowało usługi doradcze i szkoleniowe dostosowane do ich rzeczywistych potrzeb. Szczególną uwagę poświęcono mikroprzedsiębiorstwom, które wcześniej w niewielkim stopniu korzystały z takich form wsparcia.

W drugim obszarze realizowano działania wspierające zarządzanie strategiczne, w tym zarządzanie zasobami ludzkimi, oraz doradztwo w zakresie restrukturyzacji i zapobiegania kryzysom. Dzięki temu MŚP mogły się lepiej dostosować do zmieniających się warunków gospodarczych.

System ten zapewniał przejrzystość, elastyczność i możliwość szybkiego reagowania na potrzeby przedsiębiorców, którzy korzystali z bonów rozwojowych.

W ramach działania skoncentrowano się na kompleksowym wsparciu przedsiębiorstw sektora MŚP oraz ich pracowników w zakresie rozwoju kompetencji i przygotowania do wyzwań gospodarczych. Przedsiębiorstwa mogły skorzystać z usług rozwojowych dostosowanych do zdiagnozowanych, indywidualnych potrzeb — co pozwalało efektywnie podnosić kwalifikacje kadry i reagować na bieżące wyzwania rynkowe.

Beneficjentami mogły być wszystkie podmioty z wyłączeniem osób fizycznych.

Wsparcie było kierowane do mikro, małych i średnich przedsiębiorstw oraz ich pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 50. roku życia i o niskich kwalifikacjach, a także uchodźców z Ukrainy.

Poddziałanie X.2.2

Celem szczegółowym Poddziałania X.2.2 była **poprawa zdolności adaptacyjnych pracowników do zmian zachodzących w gospodarce w ramach działań outplacementowych.**

Poddziałanie X.2.2 obejmowało **programy typu outplacement**, realizowane poza PSF. Ich celem było **wsparcie osób zagrożonych utratą pracy**, przewidzianych do zwolnienia lub już zwolnionych. Programy miały **charakter kompleksowy**, obejmując różnorodne formy wsparcia. Minimalnym wymogiem skuteczności było **osiągnięcie zatrudnienia przez co najmniej 50% uczestników**.

Wsparcie koncentrowało się na ułatwieniu dostosowania się do nowych warunków na rynku pracy, które wymuszały na przedsiębiorstwach przeprowadzanie procesów restrukturyzacyjnych, często powiązanych ze zwolnieniami pracowników.

W odpowiedzi na te wyzwania podejmowano szybkie interwencje, które miały na celu utrzymanie zatrudnienia i zapobieganie dezaktywizacji zawodowej. Pracownicy objęci wsparciem uczestniczyli w

kompleksowych, indywidualnie dopasowanych działaniach outplacementowych, wykorzystujących dostępne narzędzia. W skład wsparcia wchodzić mogły m.in.:

- szkolenia i kursy zawodowe
- doradztwo zawodowe połączone z przygotowaniem Indywidualnego Planu Działania (obowiązkowy element wsparcia)
- poradnictwo psychologiczne
- pośrednictwo pracy
- staże przygotowujące do podjęcia pracy w nowym zawodzie
- subsydiowanie zatrudnienia uczestnika projektu u nowego pracodawcy
- studia podyplomowe
- bezzwrotne wsparcie dla osób zamierzających podjąć działalność gospodarczą, obejmujące:
 - szkolenia przygotowujące do prowadzenia działalności gospodarczej
 - wsparcie bezzwrotne na rozpoczęcie działalności gospodarczej (w formie stawki jednostkowej)
- wsparcie pomostowe w postaci:
 - pomocy finansowej wypłacanej miesięcznie (do wysokości minimalnego wynagrodzenia) przez okres od 6 do 12 miesięcy od rozpoczęcia działalności gospodarczej

Działania mogły realizować wszystkie podmioty z wyłączeniem osób fizycznych.

Odbiorcami byli pracownicy zagrożeni zwolnieniem, osoby przewidziane do zwolnienia oraz osoby, które utraciły pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

PI 8VI – DZIAŁANIE X.3: OCHRONA, UTRZYMANIE I PRZYWRÓCENIE ZDROWIA

Działanie X.3 koncentrowało się na **ochronie, utrzymaniu i przywracaniu zdrowia**, zgodnie z **Priorytetem Inwestycyjnym 8vi**. Celem szczegółowym Działania X.3 było **wdrożenie programów zdrowotnych mających wpływ na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu, w tym szczególnie osób powyżej 50 roku życia**.

Realizacja projektów w Poddziałaniu X.3.1 i X.3.2 odbywała się w formule **RPZ**, które musiały uzyskać opinię **AOTMiT**. Projekty musiały być zgodne z **mapami potrzeb zdrowotnych** i odpowiadać na deficyty epidemiologiczne i demograficzne. Interwencje były koordynowane przez **Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w Sektorze Zdrowia**, zapewniający spójność z polityką zdrowotną Państwa.

Zakres wsparcia w ramach Działania X.3 obejmował:

- **Poddziałanie X.3.1** – programy **rehabilitacji medycznej**, wspierające powrót do pracy i wydłużenie aktywności zawodowej,
- **Poddziałanie X.3.2** – programy **profilaktyczne** dotyczące chorób istotnych dla regionu, finansowane w przypadku braku dostępności świadczeń gwarantowanych,
- **Poddziałanie X.3.3** – działania **uzupełniające populacyjne programy profilaktyczne**, szczególnie w zakresie nowotworów piersi i szyjki macicy.

Dodatkowo wspierano **zdeinstytucjonalizowane formy opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi**, umożliwiając opiekunom podjęcie lub kontynuowanie pracy. W uzasadnionych przypadkach dopuszczano **finansowanie środków trwałych**, niezbędnych do funkcjonowania nowych form opieki.

Realizacja projektów w Działaniu X.3 rozpoczęła się później niż pozostałych działań – pierwsze konkursy ogłoszono dopiero w 2016 roku. Opóźnienie oraz złożoność procedur RPZ spowodowały **wolniejsze tempo wdrażania i ryzyko niewykorzystania pełnej alokacji**. Mimo to w kolejnych latach organizowano regularne nabory – w 2016, 2017, 2019, 2020, 2021 i 2022 roku – obejmujące zarówno programy rehabilitacyjne, jak i profilaktyczne.

Działania profilaktyczne i rehabilitacyjne miały za zadanie poprawić stan zdrowia regionalnej społeczności, co bezpośrednio umożliwiało utrzymanie aktywności zawodowej pracowników oraz zapobieganie ich dezaktywizacji w przypadku negatywnych skutków zmian zdrowotnych. Zakładano również, że interwencja przyczyni się do zwiększenia uczestnictwa mieszkańców w badaniach profilaktycznych, wcześniejszego wykrywania chorób oraz podniesienia świadomości zdrowotnej społeczeństwa, szczególnie w zakresie stylu życia ograniczającego czynniki ryzyka.

Poddziałanie X.3.1.

Planowane działania miały na celu poprawę sprawności psychofizjologicznej osób chorych, ich zdolności do pracy oraz aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Wsparcie koncentrowało się na wdrażaniu programów rehabilitacji medycznej, które ułatwiały powrót do pracy i wydłużały aktywność zawodową, zwłaszcza w przypadku schorzeń będących główną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (m.in. choroby układu krążenia, nowotwory, zaburzenia psychiczne, choroby układu kostno-stawowego i oddechowego).

Programy rehabilitacyjne były kierowane do osób najbardziej zagrożonych opuszczeniem rynku pracy z powodów zdrowotnych lub tych, które miały szansę na powrót do pracy dzięki odpowiedniemu wsparciu. Rehabilitacja przebiegała etapowo: pierwszy etap realizowano w warunkach szpitalnych, drugi w ośrodkach stacjonarnych lub domowych, a trzeci – tzw. późna rehabilitacja – trwał całe życie jako element prozdrowotnego stylu życia. W jego wdrażaniu uczestniczyli edukatorzy zdrowotni, pielęgniarki POZ oraz lekarze POZ.

Usługi zdrowotne finansowane w ramach RPZ spełniały wymogi demarkacyjne określone przez ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego. Świadczenia w zakresie rehabilitacji realizowano

zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zarządzeniami Prezesa NFZ.

Realizacja projektów regionalnych programów zdrowotnych była zgodna z wytycznymi ministra ds. rozwoju regionalnego. W związku z pandemią COVID-19 uwzględniono również potrzeby osób z długofalowymi skutkami zdrowotnymi po przebytych zakażeniach, które mogły wpływać na ich zdolność do pracy.

Wdrożono programy zdrowotne uwzględniające rehabilitację medyczną, które wspierały powroty do pracy i wydłużenie aktywności zawodowej. Dotyczyły one m.in. rehabilitacji kardiologicznej, psychiatrycznej, onkologicznej, pulmonologicznej, narządów ruchu oraz rehabilitacji po COVID-19.

Projekty obejmowały:

- Usługi zdrowotne zgodne z wytycznymi ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego i spełniające wymogi demarkacji ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków publicznych,
- Zapewnienie dojazdu do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem,
- Zapewnienie opieki nad osobą zależną w czasie korzystania z usługi zdrowotnej przez opiekuna,
- Działania informacyjno-edukacyjne i świadomościowe dotyczące RPZ, prowadzone przez osoby uprawnione lub posiadające fachowe kwalifikacje,
- Szkolenia dla podmiotów realizujących usługi rehabilitacyjne, kadr POZ i lekarzy orzeczników ZUS,
- Monitoring jakości i celowości działań.

Projekty ograniczone wyłącznie do działań informacyjno-edukacyjnych lub szkoleniowych nie były dopuszczane do realizacji.

Beneficjentami mogły być wszystkie podmioty z wyłączeniem osób fizycznych, w szczególności jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze, instytucje naukowe, organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej, legitymujące się doświadczeniem w świadczeniu usług stanowiących zakres projektu.

Wsparcie było kierowane do mieszkańców województwa łódzkiego w wieku aktywności zawodowej, szczególnie do osób po 50. roku życia.

Poddziałanie X.3.2.

Planowane działania miały przyczynić się do zwiększenia uczestnictwa mieszkańców regionu w badaniach profilaktycznych. Realizowano programy profilaktyczne dotyczące problemów zdrowotnych uznanych za priorytetowe lub specyficzne dla regionu, co pozwoliło przeciwdziałać negatywnym skutkom zmian epidemiologicznych.

IZ RPO WŁ 2014-2020 przyjęła definicje istotnych i specyficznych problemów zdrowotnych zgodnie z zapisami *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020* oraz wytycznymi ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego. Interwencja koncentrowała się na pięciu głównych grupach chorób: chorobach układu krążenia, nowotworach, zaburzeniach psychicznych i zachowania, chorobach

układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz chorobach układu oddechowego – uznanych za istotne również dla województwa łódzkiego.

Wsparcie objęło obszary zdefiniowane jako posiadające deficyty wymagające regionalnych działań, dla których nie funkcjonowały ogólnopolskie programy zdrowotne ani pilotaże działań profilaktycznych finansowane ze środków PO WER. Zgodnie z wytycznymi [Wytyczne zdrowie] wsparcie miało nie powielać interwencji, tj. było projektowane jako uzupełnienie istniejących programów, koncentrując się na obszarach nieuwzględnionych w innych instrumentach i zapewniając komplementarność oraz uniknięcie podwójnego finansowania w ramach RPO i PO WER.

Realizowane działania umożliwiły wcześniejsze wykrywanie chorób istotnych lub specyficznych dla regionu, co ograniczyło zachorowalność i pozwoliło na identyfikację chorób we wcześniejszym stadium. Pośrednio sprzyjało to utrzymaniu aktywności zawodowej mieszkańców. Programy zdrowotne były kierowane do grup najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodów zdrowotnych lub rokujących na powrót dzięki świadczeniom zdrowotnym w RPZ.

Usługi zdrowotne dopuszczone do finansowania w RPZ spełniały wymogi wytycznych ministra ds. rozwoju regionalnego dotyczące demarkacji ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków publicznych. Wsparcie obejmowało również edukację i promocję zdrowia o charakterze regionalnym, lokalnym i ponadlokalnym – jeśli pozwalały na to założenia RPZ. Uwzględniono niską zgłaszalność na badania profilaktyczne oraz niską świadomość zdrowotną społeczeństwa, w tym w zakresie zdrowego trybu życia i ograniczania czynników ryzyka (np. palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, nadwaga, nieprawidłowe odżywianie, nadużywanie alkoholu, stres).

Wdrożono projekty profilaktyczne dotyczące chorób uznanych za istotny problem zdrowotny regionu, takich jak choroby nowotworowe; zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych/choroby metaboliczne; choroby zakaźne i pasożytnicze; choroby układu moczowo-płciowego oraz choroby układu krążenia.

Projekty obejmowały:

- Usługi zdrowotne niezbędne do realizacji celów RPZ, zgodne z wytycznymi ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego i spełniające wymogi demarkacji ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków publicznych,
- Zapewnienie dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem,
- Zapewnienie opieki nad osobą zależną w czasie korzystania z usługi zdrowotnej przez opiekuna,
- Działania informacyjno-edukacyjne i świadomościowe dotyczące RPZ, w tym edukację prozdrowotną, prowadzone przez osoby uprawnione lub posiadające fachowe kwalifikacje. Działania nieobejmujące porad zdrowotnych ograniczały się do przekazywania informacji o RPZ,
- Szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek POZ związane z wdrażaniem RPZ, prowadzone przez osoby uprawnione lub posiadające fachowe kwalifikacje,
- Monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.

Działania mogły realizować wszystkie podmioty z wyłączeniem osób fizycznych, zwłaszcza JST, podmioty lecznicze, instytucje naukowe, organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej, legitymujące się doświadczeniem w świadczeniu usług stanowiących zakres projektu.

Odbiorcami byli mieszkańcy województwa w wieku aktywności zawodowej, szczególnie osoby po 50. roku życia.

Poddziałanie X.3.3.

Planowane działania miały przyczynić się do zwiększenia uczestnictwa mieszkańców regionu w badaniach profilaktycznych. Wspierano projekty ukierunkowane na poprawę wykrywalności raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego. Choroby nowotworowe stanowiły jedno z głównych wyzwań dla krajowego i regionalnego systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza ze względu na późne wykrywanie chorób, co obniżało szanse na ich całkowite wyleczenie.

Podjęmowano działania uzupełniające i wspierające **krajowe programy populacyjne** realizowane w ramach **Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych na lata 2006–2015** oraz **Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych na lata 2016–2024**, a także działania wykraczające poza ich założenia, które zwiększały liczbę osób uczestniczących w programach profilaktycznych. Realizowane przedsięwzięcia koncentrowały się na eliminowaniu i niwelowaniu barier w dostępie do badań profilaktycznych tj. barier indywidualnych, organizacyjno-strukturalnych, społecznościowych i populacyjnych.

Działania kierowano do osób należących do grup ryzyka zidentyfikowanych w ramach programów populacyjnych. W przypadku projektów związanych z Programem profilaktyki raka piersi i szyjki macicy wymagano, aby zadania były realizowane przez podmioty posiadające umowę z NFZ lub jego następcą prawnym. Usługi zdrowotne, jeśli zostały dopuszczone do finansowania w regulaminie konkursu, spełniały wymogi wytycznych ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz wymogi dotyczące opracowania RPZ.

W odniesieniu do projektów związanych z Programem profilaktyki raka jelita grubego dopuszczano ich realizację zarówno przez podmioty posiadające umowę z Ministerstwem Zdrowia, jak i przez te, które jej nie miały. W przypadku podmiotów z umową środki EFS służyły realizacji dodatkowych badań diagnostycznych, zwiększając ich liczbę. Działania w zakresie profilaktyki raka jelita grubego odbywały się wyłącznie w trybie oportunistycznym¹⁸.

Zrealizowano działania wspierające i uzupełniające Program profilaktyki raka piersi oraz Program profilaktyki raka szyjki macicy, koncentrując się na zwiększeniu zgłaszalności na badania profilaktyczne. Projekty obejmowały:

- Działania informacyjno-edukacyjne i świadomościowe o charakterze lokalnym, zachęcające kobiety do badań. Edukacja prozdrowotna była prowadzona przez osoby z wykształceniem lekarskim, pielęgniarskim, położniczym lub absolwentów kierunku zdrowie publiczne,

¹⁸ wykonywanie badań przesiewowych u osób, które zgłaszają się do lekarza z innych powodów (na przykład podczas rutynowej wizyty), ale nie w ramach zorganizowanego, populacyjnego programu badań przesiewowych – lekarz wykorzystuje nadarżającą się okazję (oportunizm) do zaproponowania pacjentowi odpowiedniego badania profilaktycznego

- Zapewnienie dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca badania i z powrotem,
- Zapewnienie opieki nad osobą zależną w czasie korzystania ze wsparcia przez opiekuna.

Nie dopuszczano realizacji projektów obejmujących jednocześnie oba programy populacyjne – konieczne było złożenie osobnych wniosków. Usługi zdrowotne w zakresie badań mammograficznych i cytologicznych finansowane przez NFZ nie były uwzględniane w kosztach projektu, choć mogły stanowić wkład własny beneficjenta.

Zrealizowano działania wspierające Program profilaktyki raka jelita grubego, mające na celu zwiększenie zgłaszalności na badania. Projekty obejmowały:

- Usługi zdrowotne: badanie kolonoskopowe oraz znieczulenie.
- Zapewnienie dojazdu do miejsca badania i z powrotem.
- Zapewnienie opieki nad osobą zależną w czasie korzystania ze wsparcia przez opiekuna.
- Zapewnienie opieki po badaniu kolonoskopowym ze znieczuleniem.
- Działania informacyjno-edukacyjne i świadomościowe o charakterze lokalnym, prowadzone przez osoby z odpowiednim wykształceniem (lekarze, pielęgniarki, absolwenci zdrowia publicznego).

Działania edukacyjne mogły być kierowane także do kadr POZ i medycyny pracy. Nie dopuszczano projektów ograniczonych wyłącznie do działań informacyjno-edukacyjnych.

Beneficjentami mogły być wszystkie podmioty z wyłączeniem osób fizycznych, w tym JST, podmioty lecznicze, instytucje naukowe, organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej, legitymujące się doświadczeniem w świadczeniu usług stanowiących zakres projektu. Projekty obejmowały działania wspierające i uzupełniające krajowe programy profilaktyczne w zakresie raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego – m.in. badania (mammografia, cytologia, kolonoskopia), znieczulenia, transport, opiekę nad osobą zależną, opiekę po badaniu oraz działania edukacyjne i informacyjne. Wsparcie było kierowane do mieszkańców województwa łódzkiego w wieku aktywności zawodowej, zwłaszcza osób po 50. roku życia i należących do grup ryzyka.

5.1.2 ALOKACJA ŚRODKÓW I MECHANIZMY FINANSOWE OPX 2014-2020

Oś Priorytetowa X „Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie” była w całości finansowana z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). **Całkowita alokacja UE dla Osi X** wynosiła **114 409 288 EUR**. Wartość ta obejmowała alokację główną (**106 684 848 EUR**) oraz rezerwę wykonania (**7 724 440 EUR**). Celem OPX było wsparcie osób powracających na rynek pracy, rozwój kompetencji zawodowych oraz poprawa zdrowia i zdolności do pracy mieszkańców województwa łódzkiego. Działania X.1, X.2 i X.3 stanowiły trzon tej interwencji, a ich wdrażanie charakteryzowało się dużą dynamiką, zarówno w zakresie kontraktacji, jak i realokacji środków.

Tabela 1. Zestawienie warunków finansowych dla komponentów OPX

Kategoria finansowa	X.1	X.2.1	X.2.2	X.3 (łącznie)
Minimalny wkład własny beneficjenta	15%	15%	9%	15%

Maksymalny poziom dofinansowania całkowitego	85%	85%	91%	85%
Maksymalny poziom dofinansowania UE	85%	85%	85%	85%
Limit cross-financingu / środków trwałych	do 30%	do 10%	do 10%	do 10%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

We wszystkich działaniach maksymalny poziom dofinansowania ze środków Unii Europejskiej wynosił **85%**, co było zgodne z ogólnymi zasadami wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego. Alokacja unijna nie stanowiła pełnej wartości finansowej działań w ramach OPX, ponieważ projekty były współfinansowane także z innych źródeł – przede wszystkim ze środków krajowych oraz wkładu własnego beneficjentów. Różnice pojawiały się natomiast w zakresie **minimalnego wkładu własnego beneficjenta oraz maksymalnego poziomu dofinansowania całkowitego**, który uwzględniał także inne źródła finansowania.

Najniższy wymagany wkład własny obowiązywał w Poddziałaniu **X.2.2 (9%)**, co wynikało z charakteru interwencji outplacementowych. W pozostałych działaniach/poddziałaniach wkład własny wynosił **15%**, co stanowiło standardowy poziom dla projektów EFS. Poddziałanie **X.2.2** wyróżniało się również **najwyższym poziomem dofinansowania całkowitego z UE oraz budżetu państwa lub innych źródeł publicznych (91%)**, co dodatkowo wzmacniało dostępność wsparcia dla grup szczególnie narażonych na wykluczenie zawodowe. W działaniach X.1, X.2 i X.3 poziom ten wynosił **85%**, co oznaczało większy udział środków własnych beneficjentów.

Istotną różnicą był także **limit cross-financingu i finansowania środków trwałych**. W Działaniu **X.1** dopuszczono **do 30%** takich wydatków, co umożliwiało lepsze dostosowanie projektów do lokalnych potrzeb infrastrukturalnych, np. wyposażenia żłobków. W pozostałych działaniach limit ten wynosił **do 10%**.

Tabela 2. Alokacja i relokacje w OPX RPO Wł 2014-2020

Działanie/ Poddziałanie	Alokacja UE ogółem [EUR]		Zmiany					Alokacja UE ogółem [EUR]
	(alokacja główna + rezerwa wykonania)	Wartość początkowa	Wartość zwiększenia (+) lub wartość zmniejszenia (-) alokacji [EUR]					(alokacja główna + rezerwa wykonania) Wartość końcowa
	Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 18 grudnia 2014 roku	Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 20 lutego 2020 roku	NOTYFIKACJA RPO Wł 2014- 2020 8 kwietnia 2020 roku ¹⁹	Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 27 maja 2021 roku	Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 27 stycznia 2022 roku (zmiana REACT- EU)	Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 7 lipca 2022 roku (II transza REACT- EU)	Decyzja Komisji Europejskiej z dnia 6 czerwca 2023 roku	Notyfikacja RPO Wł 2014-2020 20.12.2023 r.
RPLD.10.01.00	30 206 110	4 447 047	0	1 230 000	-2 934 782	0	0	32 948 375
RPLD.10.02.01	49 168 685	-661 847	0	-2 040 000	-1 047 547	86 838	-169 840	45 336 289
RPLD.10.02.02	16 389 562	-1 899 343	0	-220 000	-6 800	-86 838	-42 460	14 134 121
RPLD.10.03.01	8 711 175	-592 048	-289 000	5 005 293	451 914	466 143	538 370	14 291 847
RPLD.10.03.02	4 000 000	1 764 958	-303 000	-2 285 293	1 266 102	-384 252	-87 955	3 970 560
RPLD.10.03.03	6 548 181	-1 172 910	-831 000	0	-496 169	-81 891	-238 115	3 728 096

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

¹⁹ Kwoty przenoszone do II.3.1 (PI 3c) / VII.2 (PI 9a) / IX.2.1(PI 9iv).

PI 8IV – DZIAŁANIE X.1: POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3

Pierwotna alokacja środków UE przypisana do Działania X.1 wynosiła **30 206 110 EUR**. Już w 2015 roku ogłoszono pierwszy konkurs na kwotę ponad 6 mln EUR, na który wpłynęło 39 wniosków o łącznej wartości ponad 5 mln EUR, co potwierdzało wysokie zainteresowanie interwencją. W kolejnych latach wdrażania zidentyfikowano jednak problemy z absorpcją środków. Pomimo ambitnych założeń wskaźnikowych, alokacja okazała się przewyższać realne możliwości wdrożeniowe beneficjentów.

Trudności dotyczyły m.in. dostępności infrastruktury lokalowej, rekrutacji uczestników oraz wpływu czynników zewnętrznych, takich jak programy socjalne (np. 500+), które zmniejszały motywację do powrotu na rynek pracy. Dodatkowo, zmieniający się status zawodowy uczestników w trakcie realizacji projektów utrudniał utrzymanie zgodności z kryteriami kwalifikowalności.

W odpowiedzi na niską absorpcję, Instytucja Zarządzająca RPO Wł 2014-2020 wprowadziła zmiany systemowe, mające na celu zwiększenie atrakcyjności projektów. Jedną z kluczowych decyzji było podniesienie limitu cross-financingu i środków trwałych z 10% do 30% wydatków kwalifikowalnych (ze względu na potrzebę doposażenia placówek opieki), co umożliwiło beneficjentom lepsze dostosowanie projektów do lokalnych potrzeb i warunków.

Realokacje i ich przyczyny

Działanie X.1 było objęte zarówno zwiększeniami, jak i zmniejszeniami alokacji:

- + 4 447 047 EUR (luty 2020) – część szerszej zmiany RPO Wł 2014–2020.
- +1 230 000 EUR (czerwiec 2021) – przesunięcie środków na realizację projektu pozakonkursowego w ramach PI 8vi.
- –2 934 782 EUR (styczeń 2022) – zmniejszenie alokacji z powodu braku pełnej absorpcji.

Uwzględniając wszystkie zmiany w latach 2020–2023, końcowa alokacja UE dla Działania X.1 wyniosła **32 948 375 EUR** (co stanowiło 109,08% alokacji pierwotnej).

Główne przyczyny realokacji:

- Trudności w rekrutacji osób spełniających kryteria (np. biernych zawodowo).
- Wpływ programów socjalnych (np. 500+), które zmniejszały motywację do podjęcia pracy.
- Problemy infrastrukturalne – opóźnienia w adaptacji lokali na placówki opieki.
- Zmienność statusu zawodowego uczestników w trakcie realizacji projektów.

Działanie X.1 odegrało istotną rolę w aktywizacji zawodowej osób sprawujących opiekę nad dziećmi, jednak jego wdrożenie wymagało korekt. Pomimo przekroczenia celów rzeczowych, poziom absorpcji środków wymusił realokacje i dostosowanie mechanizmów wsparcia. W przyszłych perspektywach warto uwzględnić większą elastyczność projektową, lepsze targetowanie terytorialne oraz integrację z lokalnymi strategiami rozwoju usług opiekuńczych.

PI 8V – DZIAŁANIE X.2: ROZWÓJ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

Łączna pierwotna alokacja w Działaniu X.2 wynosiła **65 558 247 EUR**, a alokacja przypisana ostatecznie do Działania X.2 wyniosła **59 470 410 EUR** (co stanowiło 90,71% alokacji pierwotnej), przy maksymalnym poziomie dofinansowania UE na poziomie 85% wydatków kwalifikowalnych. Wkład własny beneficjentów wynosił odpowiednio 15% w X.2.1 (standardowy poziom dla projektów szkoleniowych) i 9% w X.2.2 (obniżony ze względu na charakter interwencji skierowanej do osób w trudnej sytuacji zawodowej).

Poddziałanie X.2.1

Alokacja UE dla X.2.1 wyniosła **49 168 685 EUR** na początku wdrażania, a po serii korekt – w tym zmniejszeniu o 661 847 EUR (2020), o 2 040 000 EUR (2021), o 1 047 547 EUR (2022) oraz o 169 840 EUR (2023) – ostatecznie ustalono ją na **45 336 289 EUR** (co stanowiło 92,21% alokacji pierwotnej).

Wdrożenie poddziałania było opóźnione z powodu długotrwałej procedury ustanowienia Podmiotowego Systemu Finansowania (PSF), akceptowanego przez Komisję Europejską. Mimo początkowych trudności, na koniec 2022 roku wnioski poprawne formalnie osiągnęły 268,09% alokacji, a podpisane umowy – 91,65%, co świadczy o bardzo wysokim poziomie kontraktacji. Brak zwiększeń alokacji może świadczyć o stabilnym dopasowaniu środków do potrzeb beneficjentów po wdrożeniu PSF.

Poddziałanie X.2.2

Początkowa alokacja UE dla X.2.2 wynosiła **16 389 562 EUR**. W kolejnych latach dokonano korekt zmniejszających: –1 899 343 EUR (2020), –220 000 EUR (2021), –6 800 EUR (2022), –86 838 EUR (2022), –42 460 EUR (2023), co dało końcową wartość **14 134 121 EUR** (co stanowiło 86,24% alokacji pierwotnej).

Realokacje i ich przyczyny

Działanie X.2 było objęte wyłącznie realokacjami zmniejszającymi, które miały charakter korekcyjny i wynikały głównie z:

- opóźnień wdrożeniowych (zwłaszcza w X.2.1),
- różnic w absorpcji między poddziałaniami,
- zmian kursowych euro względem złotego.

Brak realokacji zwiększających może świadczyć o tym, że pierwotna alokacja była relatywnie dobrze dopasowana do możliwości wdrożeniowych beneficjentów i nie nadmierna, szczególnie po uruchomieniu mechanizmu BUR i stabilizacji systemu PSF. Warto przy tym zauważyć, że pomimo zmniejszenia alokacji o ponad 6 000 000 EUR, poddziałanie wykazało bardzo wysoką efektywność rzeczową.

Wskaźnik rezultatu: **liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie** osiągnął **73,43%** (przy wartości docelowej 60%), a wskaźnik produktu: **liczba pracowników zagrożonych zwolnieniem z pracy oraz osób zwolnionych z przyczyn dotyczących zakładu pracy objętych wsparciem w programie** przekroczył wartość docelową o **315,55%** (czyli osiągnął 415,55% zakładanej wartości), co oznacza, że wsparciem objęto znacznie więcej osób niż

pierwotnie planowano. Może to świadczyć o wysokiej efektywności realizowanych działań przy, niższych niż planowano, nakładach.

Działanie X.2 odegrało kluczową rolę w budowaniu odporności rynku pracy w regionie łódzkim. Pomimo trudnego startu w X.2.1, interwencje w ramach X.2.2 wykazały bardzo wysoką skuteczność zatrudnieniową i rzeczową. Realokacje środków były narzędziem dostosowawczym, które pozwoliły na optymalne wykorzystanie alokacji w obszarach o największym potencjale wdrożeniowym. W przyszłych perspektywach finansowych warto kontynuować podejście popytowe, wzmacniać mechanizmy outplacementowe oraz rozwijać systemy szybkiego reagowania na zmiany gospodarcze.

PI 8VI – DZIAŁANIE X.3: OCHRONA, UTRZYMANIE I PRZYWRÓCENIE ZDROWIA

Łączna pierwotna alokacja środków UE w Działaniu X.3 wynosiła **19 259 356 EUR**, a końcowa alokacja przypisana do Działania X.3 wyniosła **21 990 503 EUR** (co stanowiło 114,18% alokacji pierwotnej), przy maksymalnym poziomie dofinansowania UE na poziomie 85% wydatków kwalifikowalnych.

Poddziałanie X.3.1

To poddziałanie miało największą alokację w ramach Działania X.3 – początkowo **8 711 175 EUR**, która została zwiększona kolejno o:

- +5 005 293 EUR (czerwiec 2021),
- +451 914 EUR (styczeń 2022),
- +466 143 EUR (lipiec 2022),
- +538 370 EUR (czerwiec 2023),

co dało końcową wartość **14 291 847 EUR** (co stanowiło 164,06% alokacji pierwotnej).

Realizacja projektów okazała się wyjątkowo użyteczna, zwłaszcza w kontekście pandemii COVID-19, która zwiększyła zapotrzebowanie na wsparcie rehabilitacyjne. Beneficjenci wdrażali innowacyjne rozwiązania, takie jak kumulacja wizyt oraz teleporady, co pozwoliło utrzymać ciągłość wsparcia mimo ograniczeń. Realokacje świadczą o wysokim potencjale absorpcyjnym i trafności interwencji w tym obszarze, ale także o niższej niż przewidywano efektywności kosztowej niektórych elementów wsparcia.

Poddziałanie X.3.2

Początkowa alokacja wynosiła **4 000 000 EUR**, a następnie została poddana następującym korektom:

- +1 764 958 EUR (2020),
- –303 000 EUR (2020),
- –2 285 293 EUR (2021),
- +1 266 102 EUR (2022),
- –384 252 EUR (2022),
- –87 955 EUR (2023),

co dało końcową wartość **3 970 560 EUR** (co stanowiło 99,26% alokacji pierwotnej).

Poddziałanie koncentrowało się na zwiększeniu zgłaszalności do badań przesiewowych, m.in. w zakresie czerniaka, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Wdrożono dobre praktyki, takie jak indywidualne konsultacje edukacyjne oraz partnerstwa z firmami, które umożliwiały realizację badań w środowisku pracy. Pomimo skutecznych rozwiązań, niższe tempo absorpcji względem pierwotnych założeń skutkowało przesunięciem środków do bardziej chłonnych obszarów, zwłaszcza rehabilitacji.

Poddziałanie X.3.3

Początkowa alokacja, która wynosiła **6 548 181 EUR**, została zmniejszona kolejno o:

- –1 172 910 EUR (2020),
- –831 000 EUR (2020),
- –496 169 EUR (2021),
- –81 891 EUR (2022),
- –238 115 EUR (2023),

co dało końcową wartość **3 728 096 EUR** (co stanowiło 56,93% alokacji pierwotnej).

Celem Poddziałania X.3.3 było uzupełnienie krajowych programów zdrowotnych poprzez działania lokalne, mobilne i edukacyjne. Wdrożono m.in. mobilne jednostki badawcze (mammobusy, cytobusy) oraz kampanie informacyjne w tzw. „białych plamach” – obszarach o deficycie dostępu do usług zdrowotnych. Realokacje wskazują na przesunięcie środków do bardziej efektywnych komponentów zdrowotnych.

Realokacje i ich przyczyny

Działanie X.3 było objęte licznymi realokacjami, głównie wewnętrznymi, które miały na celu wzmocnienie najbardziej efektywnych poddziałań. Główne przesunięcia dotyczyły:

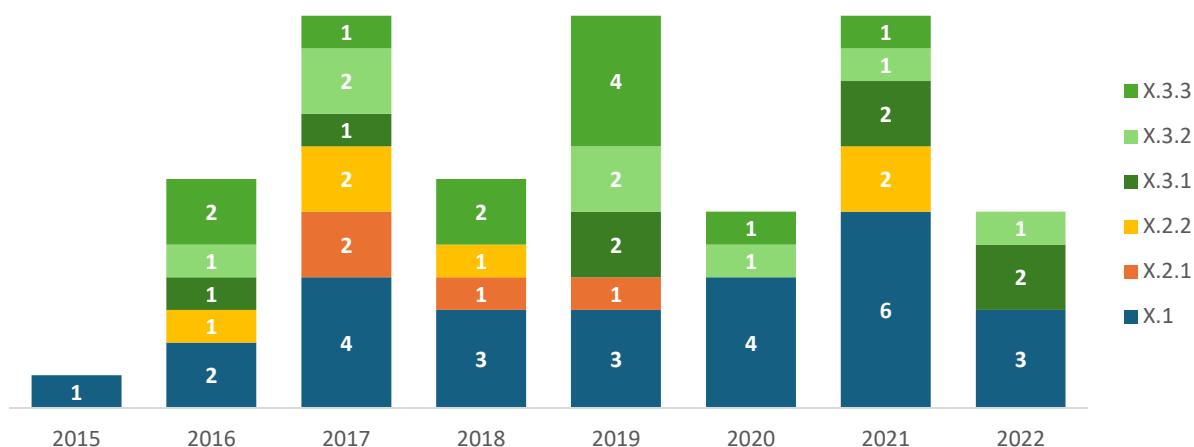
- zwiększenia alokacji w X.3.1 – ze względu na pilne potrzeby zdrowotne i wysoką efektywność wdrażania,
- zmniejszenia alokacji w X.3.2 i X.3.3 – z powodu niższego tempa absorpcji i konieczności optymalizacji budżetu.

Działanie X.3 odegrało kluczową rolę w poprawie zdrowia i zdolności do pracy mieszkańców regionu łódzkiego. Szczególnie skuteczne okazały się interwencje rehabilitacyjne, które były elastyczne, zindywidualizowane i odporne na wpływ kryzysu epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19. Realokacje środków pozwoliły na wzmocnienie tych obszarów, które wykazywały największy potencjał wdrożeniowy. W przyszłych perspektywach finansowych warto kontynuować mobilne i zdalne formy wsparcia, rozwijać działania edukacyjne oraz integrować interwencje zdrowotne z lokalnymi strategiami rozwoju społecznego.

5.1.3 DYNAMIKA WDRAŻANIA

Dynamika wdrażania w ramach Działań X.1, X.2 i X.3 pokazuje wyraźnie, że proces uruchamiania wsparcia miał charakter falowy – z okresem rozruchu, fazą największej intensywności oraz stopniowym spowolnieniem w końcowych latach.

Wykres 1. Liczba naborów w Działaniach X.1, X.2 i X.3 w kolejnych latach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

W latach 2015–2022 w ramach Osi X Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014–2020 przeprowadzono łącznie **63 nabory**, które różniły się między sobą pod względem tematyki, budżetu przeznaczanego na nabór oraz charakteru interwencji. Ich rozkład w czasie ukazuje wyraźne zmiany intensywności wdrażania, odpowiadające zmieniającym się potrzebom społeczno-gospodarczym regionu.

Pierwszy nabór ogłoszony w **2015** roku dotyczył wyłącznie Działania X.1. W kolejnym roku, **2016**, przeprowadzono już 7 naborów, z których większość koncentrowała się na Działaniu X.1 oraz Poddziałaniu X.3.3, obejmując lokalne wsparcie aktywizacyjne i inwestycje zdrowotne. Rok **2017** przyniósł największą liczbę naborów – aż 12, co było związane z uruchomieniem kluczowych mechanizmów wdrożeniowych, takich jak PSF oraz BUR. W **2018** roku liczba naborów utrzymała się na poziomie 7, z dominacją Działania X.1 i ponownym wzrostem aktywności w obszarze zdrowia, zwłaszcza w X.3.3.

Rok **2019** okazał się równie intensywny jak 2017, zrealizowano w nim również 12 naborów, przy czym szczególnie widoczna była aktywność w Działaniu X.3, a zwłaszcza w Poddziałaniu X.3.3, co wskazuje na zwiększone zapotrzebowanie na inwestycje infrastrukturalne i działania uzupełniające w sektorze zdrowia. W **2020** roku wdrażanie nieco wyhamowało – przeprowadzono 6 naborów, głównie w Działaniu X.1 oraz Poddziałaniu X.3.2, koncentrując się na lokalnej aktywizacji i profilaktyce zdrowotnej. W **2021** roku nastąpiła kolejna fala intensyfikacji, również z 12 naborami (1 unieważniono), co można interpretować jako reakcję na skutki pandemii COVID-19. W tym okresie szczególnie wzrosła aktywność w Działaniu X.1 oraz Poddziałaniu X.2.2, wskazując na potrzebę wsparcia lokalnych instytucji oraz interwencji outplacementowych. Ostatni rok wdrażania, **2022**, przyniósł 6 naborów.

Struktura działań w całym okresie wdrażania pokazuje wyraźne zróżnicowanie podejścia. **Najwięcej naborów przeprowadzono w ramach Działania X.1** – łącznie 26, co potwierdza jego lokalny charakter, ukierunkowany na wsparcie opieki nad dziećmi i aktywizację zawodową. **Działanie X.2 miało bardziej systemowy charakter** – w Poddziałaniu X.2.1 zrealizowano 4 nabory dotyczące rozwoju kompetencji w MŚP, natomiast w X.2.2 przeprowadzono 6 naborów skoncentrowanych na

interwencjach outplacementowych. **Działanie X.3, obejmujące interwencje zdrowotne, było najbardziej zróżnicowane tematycznie** – w Poddziałaniach X.3.1 i X.3.2 ogłoszono po 8 naborów, natomiast w X.3.3 aż 11.

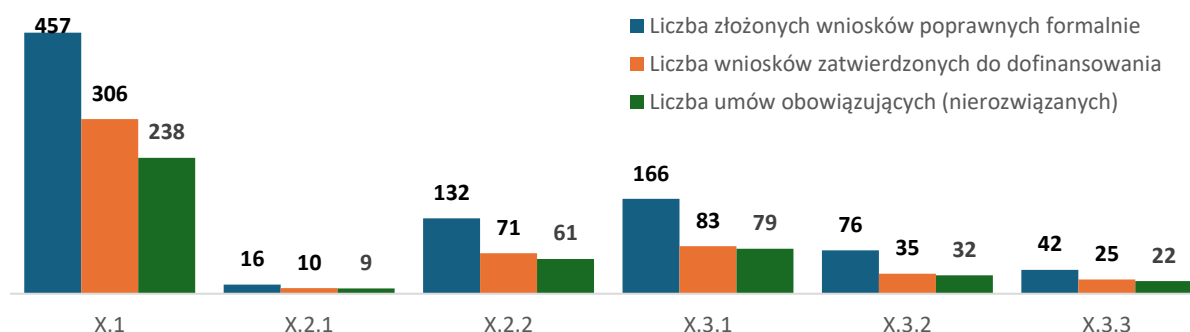
Rozkład naborów w czasie pokazuje, że interwencje miały charakter falowy, z trzema wyraźnymi momentami intensyfikacji: **2017, 2019 i 2021**. Każdy z tych okresów odpowiadał innym potrzebom – uruchomieniu systemowych mechanizmów (PSF, BUR), zwiększonej aktywności zdrowotnej oraz reakcji na skutki pandemii.

Struktura naborów odzwierciedlała różne strategie realizacji celów. **Działanie X.1** było najbardziej rozproszone i lokalne, co wynikało z konieczności dostosowania wsparcia do warunków gmin i powiatów. **Działanie X.2** miało charakter systemowy – mimo mniejszej liczby naborów, projekty miały duże znaczenie. Szczególnie **X.2.2** wykazało wysoką efektywność rzeczową i finansową, co potwierdza trafność tej formy wsparcia.

W **Działaniu X.3** w **2019 roku** widoczna była intensyfikacja działań zdrowotnych – przeprowadzono aż **8 naborów**, z czego **4 w X.3.3**, co wskazuje na silne ukierunkowanie na poprawę dostępności usług zdrowotnych.

Wydaje się, że kluczowe znaczenie w realizacji wsparcia miało elastyczne zarządzanie naborami – ich terminami, zakresem tematycznym i dostosowaniem do aktualnych potrzeb. Takie podejście umożliwiło skuteczne wykorzystanie dostępnych środków i realizację celów interwencji w sposób adekwatny do zmieniającego się kontekstu regionalnego.

Wykres 2. Zgłaszalność w Działaniach X.1, X.2 i X.3



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Łącznie w ramach Osi X złożono **889 poprawnych formalnie wniosków**, z których **530 uzyskało dofinansowanie**, a **441 zakończyło się obowiązującymi (nierozwiązanymi) umowami**. Oznacza to, że około **60% wniosków przeszło pozytywnie ocenę merytoryczną**, a ponad **83% zatwierdzonych projektów zostało zrealizowanych**.

Największą aktywność odnotowano w Działaniu **X.1**, gdzie złożono aż **457 poprawnych formalnie wniosków**, z czego **306 zostało zatwierdzonych do dofinansowania**, a **238 zakończyło się podpisaniem obowiązujących umów**. Średnio na jeden nabór przypadało ponad **17 wniosków**, z których niemal **12 uzyskiwało dofinansowanie**, a **9 kończyło się podpisaniem umowy**. To potwierdza lokalny charakter tego działania, nastawiony na szerokie wsparcie instytucji opieki nad dziećmi i aktywizację zawodową.

W Poddziałaniu **X.2.1**, dotyczącym rozwoju kompetencji w MŚP, złożono tylko **16 wniosków**, ale aż **10 z nich uzyskało dofinansowanie**, a **9 zakończyło się podpisaniem umów**. Średnio przypadały **4 wnioski na nabór**, z czego **2,5 uzyskiwało wsparcie**, a **2,25 kończyło się realizacją projektów**. Choć liczby są niewielkie, to blisko **90% zatwierdzonych projektów było realizowanych**.

Podobnie w **X.2.2**, związanym z outplacementem, złożono **132 wnioski**, z których **71 uzyskało dofinansowanie**, a **61 zakończyło się podpisaniem umów**. Średnio przypadało **22 wnioski na nabór**, z czego **11,8 uzyskiwało wsparcie**, a **10,2 kończyło się realizacją projektów**. **85,9% zatwierdzonych projektów** zostało zrealizowanych.

Działanie **X.3**, obejmujące interwencje zdrowotne, również wykazuje solidne wyniki. W **X.3.1** (rehabilitacja medyczna) złożono **166 wniosków**, z czego **83 uzyskały dofinansowanie**, a **79 zakończyło się podpisaniem umów**. Średnio przypadało **20,8 wniosków na nabór**, z czego **10,4 uzyskiwało wsparcie**, a **9,9 kończyło się realizacją projektów**. Aż **95,2% zatwierdzonych projektów** zostało zrealizowanych.

W **X.3.2**, dotyczącym programów profilaktycznych złożono **76 wniosków**, z których **35 uzyskało wsparcie**, a **32 zostały zrealizowane**. Średnio przypadało **9,5 wniosków na nabór**, z czego **4,4 uzyskiwało dofinansowanie**, a **4 kończyły się podpisaniem umowy**. Tylko **46,1% wniosków** uzyskało wsparcie — co może wskazywać na trudności w spełnieniu kryteriów wyboru projektów przez Beneficjentów lub ograniczoną dostępność środków, które przypadały na nabór.

Wreszcie, w **X.3.3**, obejmującym działania uzupełniające, złożono **42 wnioski**, z czego **25 uzyskało dofinansowanie**, a **22 zakończyło się podpisaniem umów**. Średnio przypadały **3,8 wniosku na nabór**, z czego **2,3 uzyskiwało wsparcie**, a **2 kończyły się realizacją projektów**. Mimo najniższej zgłaszalności, wskaźnik realizacji był wysoki — **88% zatwierdzonych projektów** zostało wdrożonych.

Tabela 3. Czas trwania naborów (dni kalendarzowe)

Działanie/ Poddziałanie	Liczba naborów	Łączny czas trwania (dni)	Średni czas trwania	Najdłuższy nabór	Najkrótszy nabór
X.1	26	429	16,5 dni	32 dni	8 dni
X.2.1	4	49	12,3 dni	15 dni	7 dni
X.2.2	6	93	15,5 dni	27 dni	8 dni
X.3.1	8	195	24,4 dni	43 dni	15 dni
X.3.2	8	242	30,3 dni	60 dni	12 dni
X.3.3	11	280	25,5 dni	86 dni	8 dni
Łącznie	63	1288	20,4 dni	86 dni	7 dni

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Analiza czasu trwania naborów pokazuje, że średni okres otwarcia konkursów w ramach Osi X wynosił **około 20 dni kalendarzowych**, przy czym najkrótszy nabór trwał **zaledwie 7 dni**, a najdłuższy aż **86 dni**. Najwięcej naborów przeprowadzono w Działaniu **X.1**, gdzie średni czas trwania wynosił **16,5 dnia**. Najkrótsze średnie czasy trwania wystąpiły w Poddziałaniach: **X.2.1** (12,3 dnia) i **X.2.2** (15,5 dnia). Z kolei najdłuższe średnie czasy trwania odnotowano w Poddziałaniach: **X.3.1** (24,4 dnia), **X.3.2** (30,3 dnia) i **X.3.3** (25,5 dnia).

Dane pokazują, że **czas trwania naborów był dostosowywany do charakteru interwencji** – działania lokalne i systemowe były krótsze, natomiast zdrowotne i infrastrukturalne wymagały dłuższego okna aplikacyjnego. W przyszłych programach warto uwzględnić te różnice przy planowaniu harmonogramów konkursów, aby zapewnić beneficjentom odpowiedni czas na przygotowanie wysokiej jakości wniosków o dofinansowanie projektów.

5.1.4 PRZESTRZENNA DOSTĘPNOŚĆ WSPARCIA

Istotnym elementem analizy interwencji publicznych jest także kwestia ich dostępności na obszarze, na którym były realizowane. W niniejszej analizie, jako kryterium dostępności wsparcia na danym obszarze (powiecie) przyjęto liczbę osób, które ze wsparcia skorzystały. Do obliczenia wykorzystano przekazane przez Zamawiającego dane z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL2014. Jako jednostkę analizy przyjęto odbiorcę wsparcia, tj. osobę (PESEL), która zgodnie z danymi została objęta wsparciem w danym projekcie, niezależnie od ilości komponentów wsparcia, które wykorzystwała – np. osoba korzystająca w działaniu X.1 zarówno z opieki żłobkowej, jak i działań aktywizacyjnych w jednym projekcie stanowi 1 odbiorcę wsparcia, ale już osoba, która korzystała ze wsparcia w formie opieki żłobkowej w działaniu X.1, a także została objęta badaniami przesiewowymi w działaniu X.3 została uwzględniona w zestawieniu dwukrotnie. Obszar, to natomiast powiat uwzględniony w przekazanym zestawieniu w charakterystyce danego uczestnika obok takich informacji jak wiek w chwili przystąpienia do projektu lub wykształcenie. W zestawieniu uwzględniono wyłącznie te osoby, które zakończyły udział w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką wsparcia.

Łącznie w ramach OPX wsparcie otrzymało **252 441 odbiorców**, z czego w powiatach województwa łódzkiego – 241 354 osoby. Jak pokazała analiza, OPX największą dostępność – liczoną liczbą odbiorców – miała w Łodzi i powiatach o silnym potencjale gospodarczym, przy jednoczesnym zapewnieniu dostępu do wsparcia w mniejszych powiatach, choć na znacznie mniejszą skalę.

Największa liczba odbiorców wsparcia została odnotowana w **Łodzi** – łącznie **85 390 osób**, co stanowi ponad jedną trzecią wszystkich uczestników w regionie (**33,8%**). Kolejne powiaty o wysokiej liczbie odbiorców to **pabianicki (25 303 osób, 10,0%)** oraz **zgierski (14 652 osób, 5,8%)**. Wysokie wartości odnotowano również w powiecie **tomaszowskim (11 131 osób)** oraz **bełchatowskim (10 610 osób)**.

Z kolei najmniejszą liczbę odbiorców wsparcia zarejestrowano w powiatach peryferyjnych: **wieruszowskim (1 165 osób, 0,5%)** oraz **brzezińskim (2 368 osób, 0,9%)**. Relatywnie niskie wartości wystąpiły także w powiatach **skierniewickim (2 850 osób)** i **łęczyckim (3 206 osób)**.

Tabela 4. Liczba odbiorców wsparcia w powiatach województwa łódzkiego

Powiat	X.1	X.2.1	X.2.2	X.3.1	X.3.2	X.3.3	OPX
bełchatowski	245	5 796	120	128	1 065	3 256	10 610
brzeziński	84	1 063	164	112	246	699	2 368
kutnowski	232	2 741	3 311	513	158	1 813	8 768
łaski	68	1 641	115	206	369	1 734	4 133
łęczycki	198	986	311	187	235	1 289	3 206
łowicki	330	1 329	172	433	131	1 152	3 547
łódzki wschodni	464	3 128	332	1 267	1 599	2 030	8 820

Łódź	1 721	45 638	3 947	13 781	10 241	10 062	85 390
opoczyński	336	909	2 284	26	243	1 105	4 903
pabianicki	303	5 622	369	6 703	6 324	5 982	25 303
pajęczański	202	1 300	1 979	311	77	1 997	5 866
piotrkowski	984	2 960	338	1 981	629	1 466	8 358
Piotrków Trybunalski	627	2 133	348	1 455	292	346	5 201
poddębicki	432	969	125	1 117	353	1 486	4 482
radomszczański	355	2 797	1 144	562	90	3 329	8 277
rawski	128	860	100	10	940	1 613	3 651
sieradzki	286	2 210	809	196	421	1 592	5 514
Skierniewice	13	922	101	30	387	1 415	2 868
skierniewicki	123	689	89	6	319	1 624	2 850
tomaszowski	289	3 675	1 402	996	1 945	2 824	11 131
wieluński	265	991	166	698	43	2 910	5 073
wieruszowski	68	580	24	5	11	477	1 165
zduńskowolski	226	1 468	234	1 783	441	1 066	5 218
zgierski	608	7 378	585	2 257	2 195	1 629	14 652
Inne	8	10 949	103	1	9	17	11 087
łącznie	8 595	108 734	18 672	34 764	28 763	52 913	252 441

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Działanie **X.1** było dostępne w całym województwie łódzkim, jednak jego skala oddziaływania była bardzo zróżnicowana terytorialnie. Łącznie w ramach tego działania wsparcie otrzymało **8 595 odbiorców**. Największa liczba uczestników została odnotowana w **Łodzi** – **1 721 osób**, co odpowiada za około **20%** wszystkich odbiorców działania X.1 w regionie. Wysokie wartości wystąpiły także w powiatach:

- piotrkowskim (984 osoby, 11,4%),
- zgierskim (608 osób, 7,1%),
- łódzkim wschodnim (464 osoby, 5,4%),
- poddębickim (432 osoby, 5,0%).

Poddziałanie **X.2.1** było największym komponentem Osi X pod względem liczby uczestników. Łącznie wsparcie otrzymało **108 734 odbiorców**. Największa liczba uczestników została odnotowana w **Łodzi** – aż **45 638 osób**, co stanowi ponad **42%** wszystkich odbiorców poddziałania X.2.1. Kolejne powiaty o stosunkowo wysokiej liczbie odbiorców to:

- zgierski – 7 378 osób (6,8%),
- bełchatowski – 5 796 osób (5,3%),
- pabianicki – 5 622 osoby (5,2%),
- tomaszowski – 3 675 osób (3,4%),
- łódzki wschodni – 3 128 osób (2,9%).

Warto zaznaczyć, że w kategorii „inne” odnotowano aż **10 949 odbiorców wsparcia** w poddziałaniu X.2.1, co stanowi ponad **10%** wszystkich uczestników tego komponentu. Oznacza to, że – w sposób

nietypowy dla OPX – istotna część uczestników projektów nie była przypisana do konkretnego powiatu w województwie łódzkim.

Poddziałanie **X.2.2** miało zdecydowanie mniejszy zasięg niż X.2.1. Łącznie wsparcie otrzymało **18 672 odbiorców**. Największa liczba uczestników została odnotowana w **Łodzi – 3 947 osób**, co stanowi ponad **21%** wszystkich odbiorców poddziałania X.2.2. Wysokie wartości wystąpiły także w powiatach:

- kutnowskim – 3 311 osób (17,7%),
- opoczyńskim – 2 284 osoby (12,2%),
- tomaszowskim – 1 402 osoby (7,5%),
- radomszczańskim – 1 144 osoby (6,1%).

W poddziałaniu **X.3.1** łącznie wsparcie otrzymało **34 764 odbiorców**. Największa liczba uczestników została odnotowana w **Łodzi – 13 781 osób**, co stanowi prawie **40%** wszystkich odbiorców poddziałania X.3.1. Wysokie wartości wystąpiły także w powiatach:

- pabianickim – 6 703 osoby (19,3%),
- zgierskim – 2 257 osób (6,5%),
- łódzkim wschodnim – 1 267 osób (3,6%),
- piotrkowskim – 1 981 osób (5,7%),
- poddębickim – 1 117 osób (3,2%).

Poddziałanie **X.3.2** objęło wsparciem łącznie **28 763 odbiorców**. Skala oddziaływania była jednak bardzo nierównomierna – od kilku osób w powiatach peryferyjnych po ponad dziesięć tysięcy w największych ośrodkach.

Największa liczba uczestników została odnotowana w **Łodzi – 10 241 osób**, co stanowi ponad **35%** wszystkich odbiorców poddziałania X.3.2. Wysokie wartości wystąpiły także w powiatach:

- pabianickim – 6 324 osoby (22,0%),
- tomaszowskim – 1 945 osób (6,8%),
- łódzkim wschodnim – 1 599 osób (5,6%),
- rawskim – 940 osób (3,3%).

Poddziałanie **X.3.3** było jednym z największych w OPX pod względem liczby uczestników. Łącznie wsparcie otrzymało **52 913 odbiorców**, co czyni je kluczowym elementem interwencji w obszarze ochrony zdrowia. Największa liczba odbiorców została odnotowana w **Łodzi – 10 062 osoby**, co stanowi prawie **19%** wszystkich uczestników poddziałania X.3.3. Wysokie wartości wystąpiły także w powiatach:

- pabianickim – 5 982 osoby (11,3%),
- radomszczańskim – 3 329 osób (6,3%),
- bełchatowskim – 3 256 osób (6,2%),
- wieluńskim – 2 910 osób (5,5%),
- skierniewickim – 1 624 osoby (3,1%),
- rawskim – 1 613 osób (3,0%).

Podsumowując, analiza dostępności wsparcia w ramach Osi X pokazuje wyraźne zróżnicowanie skali oddziaływania poszczególnych działań i poddziałań w województwie łódzkim.

- **Działanie X.1** miało stosunkowo niewielki zasięg – **8 595 odbiorców**, z największą koncentracją w Łodzi (**20%**) oraz w kilku powiatach (piotrkowski, zgierski, łódzki wschodni, poddębicki).
- **Poddziałanie X.2.1** było największym – **108 734 odbiorców**, z dominującą rolą Łodzi (**42%**) oraz znaczącym udziałem powiatów zgierskiego, bełchatowskiego i pabianickiego. Warto podkreślić kategorię „inne” – **10 949 osób (ponad 10%)**, co wskazuje na nietypową dla OPX sytuację, w której część uczestników nie została przypisana do konkretnego powiatu.
- **Poddziałanie X.2.2** miało mniejszy zasięg – **18 672 odbiorców**, ale wyraźnie skoncentrowane w Łodzi (**21%**) oraz w powiatach kutnowskim, opoczyńskim i tomaszowskim, gdzie liczba uczestników przekraczała tysiąc osób.
- **Poddziałanie X.3.1** objęło **34 764 odbiorców**, z największym udziałem Łodzi (**40%**) i powiatu pabianickiego (**19,3%**). W kilku powiatach liczba uczestników była marginalna (poniżej kilkudziesięciu osób).
- **Poddziałanie X.3.2** miało **28 763 odbiorców**, przy czym dominowała Łódź (**35%**) i powiat pabianicki (**22%**). W powiatach peryferyjnych liczba uczestników była bardzo niska (kilkanaście–kilkadziesiąt osób).
- **Poddziałanie X.3.3** było jednym z największych komponentów zdrowotnych – **52 913 odbiorców**, z największym udziałem Łodzi (**19%**) oraz znaczącymi wartościami w powiatach pabianickim, bełchatowskim, radomszczańskim i wieluńskim.

5.1.5 POZIOM REALIZACJI WSKAŹNIKÓW

PI 8IV – DZIAŁANIE X.1: POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3

Realizacja wskaźników w ramach Działania X.1 Osi Priorytetowej X RPO WŁ 2014–2020 przebiegała bardzo skutecznie, w wymiarze rzeczowym, jak i rezultatu bezpośredniego. Ocena skuteczności działań opiera się na analizie poziomu realizacji wskaźników rezultatu bezpośredniego i produktu, które pozwalają ocenić zarówno efekty społeczne, jak i zakres rzeczowy wdrożonych projektów.

Tabela 5. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego (PI 8iv)

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Realizacja wskaźnika	Wartość docelowa dla 2023	% realizacji wartości docelowej
Liczba osób, które powróciły na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka lub utrzymały zatrudnienie, po opuszczeniu programu	osoba	4 849	80%	96,48%
Liczba osób pozostających bez pracy, które znalazły pracę lub poszukują pracy po opuszczeniu programu	osoba	2 506	40%	87,89%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Tabela 6. Wskaźniki produktu (PI 8iv)

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Realizacja wskaźnika	Wartość docelowa dla 2023	% realizacji wartości docelowej
Liczba osób opiekujących się dziećmi w wieku do lat 3 objętych wsparciem w programie	osoba	8 062	4 482	179,88%
Liczba utworzonych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3	sztuka	4 894	4 482	109,19%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania mające na celu łagodzenie kryzysu wywołanego wojną w Ukrainie	PLN	590 286,13	0	n/d
Liczba osób którym udzielono ochrony czasowej w związku z wojną w Ukrainie, objętych wsparciem w programie	osoba	14	0	n/d

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Wskaźniki rezultatu bezpośredniego osiągnęły bardzo wysokie poziomy realizacji. Liczba osób, które powróciły na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem lub wychowaniem dziecka bądź utrzymały zatrudnienie, wyniosła **4 849**, co stanowi **96,48%** wartości docelowej ustalonej na poziomie **80%**. Oznacza to, że niemal wszystkie osoby objęte wsparciem w tym zakresie **zrealizowały cel zatrudnieniowy**. Równie wysoki poziom osiągnięto w przypadku drugiego wskaźnika rezultatu – **liczby osób pozostających bez pracy, które znalazły zatrudnienie lub aktywnie poszukiwały pracy** po zakończeniu udziału w programie. Wskaźnik ten osiągnął wartość **2 506 osób**, co odpowiada **87,89%** realizacji celu ustalonego na poziomie **40%**. Dane te potwierdzają **skuteczność działań aktywizacyjnych**, które nie tylko wspierały opiekę nad dziećmi, ale również realnie przyczyniały się do reintegracji zawodowej osób bezrobotnych.

Wskaźniki produktu również zostały zrealizowane z nadwyżką. Liczba osób opiekujących się dziećmi w wieku do lat 3, które zostały objęte wsparciem w programie, wyniosła 8 062, co stanowi aż **179,88%** wartości docelowej wynoszącej **4 482 osoby**. Tak znaczne przekroczenie celu świadczy o **dużym zainteresowaniu programem i jego szerokim zasięgu**. Również **liczba utworzonych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3** przekroczyła zakładany poziom – zrealizowano **4 894** miejsca wobec planowanych **4 482**, co daje **109,19% realizacji**. Oznacza to, że projekty **skutecznie odpowiadały na deficyt miejsc opieki nad małymi dziećmi**, co było **kluczowym warunkiem umożliwiającym powrót rodziców na rynek pracy**.

W ramach Działania X.1 odnotowano również **działania podejmowane w odpowiedzi na sytuację kryzysową** związaną z wojną w Ukrainie. Choć wskaźniki te nie miały określonych wartości docelowych, ich realizacja świadczy o **elastyczności programu i zdolności do reagowania na nieprzewidziane wyzwania społeczne**. **Wydatki kwalifikowalne** przeznaczone na działania łagodzące skutki wojny wyniosły **590 286,13 PLN**, a bezpośrednim wsparciem objęto **14 osób**, którym udzielono **ochrony czasowej**.

Podsumowując, poziom realizacji wskaźników w Działaniu X.1 należy ocenić jako **bardzo wysoki**. Zarówno wskaźniki rezultatu bezpośredniego, jak i produktu zostały zrealizowane niemal w całości lub **znacznie przekroczone**. Świadczy to o **trafnym zaprojektowaniu interwencji, jej adekwatności do potrzeb beneficjentów oraz skuteczności wdrożenia**. Dodatkowo, możliwość **elastycznego reagowania na sytuacje kryzysowe**, takie jak wojna w Ukrainie, potwierdza **zdolność programu do**

adaptacji i wspierania osób w szczególnie trudnej sytuacji życiowej. Działanie X.1 spełniło swoje cele zarówno w wymiarze społecznym, jak i operacyjnym, przyczyniając się do zwiększenia aktywności zawodowej mieszkańców regionu.

PI 8V – DZIAŁANIE X.2: ROZWÓJ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

Realizacja wskaźników w ramach Działania X.2 Osi Priorytetowej X RPO WŁ 2014–2020 potwierdziła wysoką skuteczność interwencji ukierunkowanych na rozwój kompetencji pracowników oraz adaptacyjność mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw. Ocena skuteczności opierała się na analizie wskaźników rezultatu bezpośredniego i produktu, które obrazowały zarówno wpływ programów na rynek pracy, jak i ich zasięg rzeczowy.

Tabela 7. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego (PI 8v)

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Realizacja wskaźnika	Wartość docelowa dla 2023	% realizacji wartości docelowej
Liczba mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, które zrealizowały swój cel rozwojowy dzięki udziałowi w programie	sztuka	10 661	40%	95,25%
Liczba osób, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu	osoba	47 928	40%	98,42%
Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, w wieku 50 lat i więcej, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu	osoba	6 792	40%	73,09%
Liczba osób pracujących o niskich kwalifikacjach, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu	osoba	16 368	40%	73,58%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	osoba	3 576	60%	75,24%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Tabela 8. Wskaźniki produktu (PI 8v)

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Realizacja wskaźnika	Wartość docelowa dla 2023	% realizacji wartości docelowej
Liczba mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw objętych usługami rozwojowymi w programie	sztuka	11 193	7 063	158,47%
Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, objętych wsparciem w programie (CO05)	osoba	51 370	27 038	189,99%
Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	osoba	9 292	8 111	114,56%
Liczba osób pracujących o niskich kwalifikacjach objętych wsparciem w programie	osoba	22 244	10 815	205,68%

Liczba pracowników zagrożonych zwolnieniem z pracy oraz osób zwolnionych z przyczyn dotyczących zakładu pracy objętych wsparciem w programie	osoba	4 753	1 492	318,57%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania mające na celu łagodzenie kryzysu wywołanego wojną w Ukrainie	PLN	12 186,81	0	n/d
Liczba osób którym udzielono ochrony czasowej w związku z wojną w Ukrainie, objętych wsparciem w programie	osoba	48	0	n/d

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Wskaźniki rezultatu bezpośredniego zostały zrealizowane na bardzo wysokim poziomie. Liczba mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, które zrealizowały swój cel rozwojowy dzięki udziałowi w programie, wyniosła **10 661**, co stanowi **95,25%** wartości docelowej ustalonej na poziomie 40%. Oznacza to, że niemal wszystkie objęte wsparciem firmy osiągnęły zakładane cele rozwojowe. Jeszcze wyższy poziom realizacji odnotowano w przypadku liczby osób, które uzyskały kwalifikacje lub nabyły kompetencje po opuszczeniu programu – **47 928 osób**, co odpowiada **98,42%** realizacji celu. Dane te potwierdzają, że działania szkoleniowe i doradcze były trafnie zaprojektowane i skutecznie wdrożone.

Nieco niższe, choć nadal wysokie, były wskaźniki dotyczące grup priorytetowych. Liczba osób pracujących w wieku 50 lat i więcej, które uzyskały kwalifikacje lub kompetencje, wyniosła **6 792**, co stanowi **73,09%** realizacji celu. Podobny poziom osiągnięto w przypadku osób o niskich kwalifikacjach – **16 368 osób**, czyli **73,58%** wartości docelowej. Wskaźniki te pokazują, że mimo trudności związanych z aktywizacją tych grup, programy były skuteczne i przyniosły wymierne rezultaty. Dodatkowo, **3 576 osób** po zakończeniu udziału w programie podjęło pracę lub kontynuowało zatrudnienie, co stanowi **75,24%** realizacji celu ustalonego na poziomie 60%.

Wskaźniki produktu również zostały zrealizowane z dużą nadwyżką. Liczba mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw objętych usługami rozwojowymi wyniosła **11 193**, co stanowi **158,47%** wartości docelowej. Liczba osób pracujących objętych wsparciem w programie osiągnęła poziom **51 370**, czyli **189,99%** celu. Wysokie wartości odnotowano także w grupach priorytetowych: **9 292 osoby** w wieku 50+ (114,56%) oraz **22 244 osoby** o niskich kwalifikacjach (205,68%). Szczególnie imponujący był wynik dotyczący pracowników zagrożonych zwolnieniem lub już zwolnionych – **4 753 osoby** objęte wsparciem wobec planowanych 1 492, co daje **318,57%** realizacji.

W ramach Działania X.2 odnotowano również działania reagujące na kryzys wywołany wojną w Ukrainie. Choć wskaźniki te nie miały określonych wartości docelowych, ich realizacja potwierdza elastyczność programu. Wydatki kwalifikowalne przeznaczone na działania kryzysowe wyniosły **12 186,81 PLN**, a wsparciem objęto **48 osób**, którym udzielono ochrony czasowej.

Podsumowując, Działanie X.2 zostało zrealizowane z bardzo wysoką skutecznością. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego i produktu nie tylko osiągnęły zakładane cele, ale w wielu przypadkach zostały znacznie przekroczone. Programy rozwojowe i outplacementowe okazały się trafne, efektywne i dobrze dopasowane do potrzeb rynku pracy. Szczególnie warto podkreślić skuteczność interwencji wobec grup narażonych na wykluczenie zawodowe oraz zdolność programu do reagowania na sytuacje kryzysowe. Działanie X.2 przyczyniło się do wzrostu kompetencji, stabilizacji zatrudnienia i poprawy konkurencyjności przedsiębiorstw w regionie.

PI 8VI – DZIAŁANIE X.3: OCHRONA, UTRZYMANIE I PRZYWRÓCENIE ZDROWIA

Realizacja wskaźników w ramach Działania X.3 Osi Priorytetowej X RPO Wł 2014–2020 potwierdziła wysoką skuteczność interwencji zdrowotnych, które miały na celu poprawę stanu zdrowia osób w wieku aktywności zawodowej, a tym samym zwiększenie ich zdolności do pozostania na rynku pracy. Ocena skuteczności opierała się na analizie wskaźników rezultatu bezpośredniego i produktu, które obrazowały zarówno wpływ interwencji na aktywność zawodową, jak i ich zasięg populacyjny.

Tabela 9. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego (PI 8vi)

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Realizacja wskaźnika	Wartość docelowa dla 2023	% realizacji wartości docelowej
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	osoba	13 549	10%	37,66%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	osoba	9 524	10%	35,35%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badania profilaktyczne	osoba	64 977	27 891	232,97%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Tabela 10. Wskaźniki produktu (PI 8vi)

Nazwa wskaźnika	Jednostka	Realizacja wskaźnika	Wartość docelowa dla 2023	% realizacji wartości docelowej
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	osoba	110 503	40 329	274,00%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	osoba	80 196	24 961	321,29%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	sztuka	11	10	110,00%
Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 (CV31)	osoba	3 855	3 000	128,50%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 (CV30)	EUR	2 502 671,33	3 807 460	65,73%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

Wskaźniki rezultatu bezpośredniego zostały zrealizowane z dużym zróżnicowaniem. Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie, wyniosła **13 549**, co stanowi **37,66%** realizacji wartości docelowej ustalonej na poziomie 10%. Choć wskaźnik nie osiągnął pełnej wartości docelowej, jego poziom wskazuje na istotny wpływ interwencji zdrowotnych na utrzymanie aktywności zawodowej. Podobny poziom odnotowano w przypadku osób w wieku 50 lat i więcej – **9 524 osoby**, co odpowiada **35,35%** realizacji celu. Wyniki te pokazują, że działania

zdrowotne miały pozytywny, choć ograniczony wpływ na zatrudnialność uczestników, co może wynikać z długoterminowego charakteru efektów zdrowotnych.

Zdecydowanie najwyższy poziom realizacji osiągnięto w przypadku wskaźnika dotyczącego liczby osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badania profilaktyczne. Wskaźnik ten wyniósł **64 977 osób** wobec planowanych **27 891**, co daje **232,97%** realizacji. Dane te potwierdzają, że działania profilaktyczne były skuteczne w mobilizowaniu mieszkańców regionu do aktywnego dbania o zdrowie.

Wskaźniki produktu zostały zrealizowane z bardzo dużą nadwyżką. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki wsparciu z EFS wyniosła **110 503**, co stanowi **274,00%** wartości docelowej. Wysoki poziom osiągnięto również w grupie osób w wieku 50 lat i więcej – **80 196 osób** wobec planowanych **24 961**, co daje **321,29%** realizacji. Tak wysoka wartość potwierdza trafność ukierunkowania interwencji na grupy najbardziej narażone na problemy zdrowotne i zawodowe.

Zrealizowano także **11 programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb regionu**, co przekroczyło wartość docelową (10 programów) i stanowi **110,00%** realizacji. Wskaźnik ten potwierdza, że interwencje były zgodne z mapami potrzeb zdrowotnych i oczekiwaniami lokalnych pracodawców.

W ramach Działania X.3 zrealizowano również działania związane z pandemią COVID-19. Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii wyniosła **3 855**, co stanowi **128,50%** realizacji celu. Natomiast wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią wyniosła **2 502 671,33 EUR**, co odpowiada **65,73%** realizacji planowanej alokacji. Dane te pokazują, że IZ RPO Wł 2014-2020 i Beneficjenci byli zdolni do szybkiego reagowania na sytuacje kryzysowe, choć nie wszystkie środki zostały w pełni wykorzystane.

Podsumowując, Działanie X.3 zostało zrealizowane z bardzo wysoką skutecznością w zakresie wskaźników produktowych, co potwierdza szeroki zasięg interwencji zdrowotnych i ich trafne ukierunkowanie na potrzeby mieszkańców regionu. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego, choć nie osiągnęły pełnych wartości docelowych w zakresie zatrudnienia, wskazują na pozytywny wpływ działań zdrowotnych na aktywność zawodową uczestników. Szczególnie warto podkreślić skuteczność programów profilaktycznych, które znacząco przekroczyły zakładane cele. Działanie X.3 przyczyniło się do poprawy stanu zdrowia populacji, zwiększenia świadomości zdrowotnej oraz wzmocnienia potencjału zatrudnieniowego osób w wieku produkcyjnym.

5.1.6 ANALIZA FINANSOWA WDRAŻANIA OPX

OPX charakteryzowała się bardzo wysokim popytem na środki unijne – wartość złożonych wniosków znacząco przewyższała dostępną alokację, co pokazuje skalę potrzeb i zainteresowania programem. Proces wyboru projektów oraz kontraktacji zgodnej z zasadami finansowania ograniczył liczbę i wartość podpisanych umów do poziomu odpowiadającego budżetowi programu. W trakcie realizacji pojawiły się dodatkowe oszczędności, które jeszcze obniżyły wartość faktycznie wykorzystanych środków. Ostatecznie jednak alokacja środków UE dla Osi X została niemal w pełni wykorzystana, co świadczy o wysokiej absorpcji środków, mimo że nie wszystkie projekty mogły zostać zrealizowane w pierwotnie zakładanej skali.

Łączny budżet naborów w ramach Osi X wyniósł około 909,7 mln PLN, złożono w sumie 889 poprawnych formalnie wniosków o dofinansowanie na łączną kwotę ponad 1,3 mld PLN, z czego wnioskowane dofinansowanie UE wyniosło około 1,08 mld PLN. To pokazuje, że zapotrzebowanie na środki było wielokrotnie wyższe niż dostępna alokacja środków unijnych (ok. 114,4 mln EUR). Ostatecznie podpisano 441 umów o wartości około 619 mln PLN, z czego wkład UE wyniósł 519 mln PLN. W trakcie realizacji projektów pojawiły się oszczędności w wysokości blisko 40 mln PLN, co sprawiło, że faktycznie rozliczona wartość środków unijnych wyniosła około 480 mln PLN.

W ramach Osi X przeprowadzono nabory w jednym działaniu i pięciu poddziałaniach. Kwestie związane z poziomem kontraktacji, wysokością oszczędności oraz faktycznym wykorzystaniem środków unijnych kształtowały się odmiennie w poszczególnych działaniach i poddziałaniach OP X, odzwierciedlając zarówno różnice w zasadach finansowania, jak i specyfikę realizowanych projektów.

Tabela 11. Zestawienie finansowe projektów w ramach OP X

Działanie / Poddziałanie	X.1	X.2.1	X.2.2	X.3.1	X.3.2.	X.3.3	OP X
Budżet naborów (PLN)	364 120 234	267 159 079	98 275 825	76 920 199	32 977 430	70 340 526	909 793 293
Liczba złożonych poprawnych formalnie wniosków	457	16	132	166	76	42	889
Wartość złożonych poprawnie formalnie wniosków ogółem (PLN)	433 567 453,35	413 406 640,44	166 970 734,05	178 911 742,90	60 082 812,90	48 017 917,44	1 300 957 301,08
Wydatki kwalifikowalne w złożonych wnioskach (PLN)	423 567 453,35	413 406 640,44	166 970 724,95	178 911 742,90	60 082 812,90	48 017 917,44	1 290 957 291,98
Wnioskowane dofinansowanie (PLN)	380 023 315,82	335 425 520,01	151 637 067,83	163 159 124,87	53 704 686,81	42 836 604,90	1 126 786 320,24
Wkład UE we wnioskowanym dofinansowaniu (PLN)	358 009 543,63	335 425 520,01	141 900 523,45	151 794 553,20	51 006 419,49	40 329 316,89	1 078 465 876,67
Liczba podpisanych umów	238	9	61	79	32	22	441
Wartość podpisanych umów ogółem (PLN)	178 182 008,25	242 769 693,75	80 185 434,31	74 839 433,60	23 280 392,40	19 893 601,10	619 150 563,41
Wydatki kwalifikowalne w podpisanych umowach (PLN)	178 182 008,25	242 769 693,75	80 185 434,31	74 839 433,60	23 280 392,40	19 893 601,10	619 150 563,41
Dofinansowanie w podpisanych umowach (PLN)	160 143 707,04	200 078 766,32	72 510 035,85	68 945 798,90	20 740 485,44	17 347 975,78	539 766 769,33
Wkład UE w podpisanych umowach (PLN)	151 107 258,03	200 078 766,32	68 108 866,46	63 574 997,37	19 784 640,11	16 429 571,00	519 084 099,29
Oszczędności środków UE z wniosków końcowych (PLN)	18 677 746,34	1 123 077,08	8 084 431,53	5 938 735,66	3 755 803,86	1 819 627,76	39 399 422,23
Wartość UE zakontraktowanych umów pomniejszona o oszczędności z wniosków końcowych (PLN)	132 429 511,69	198 955 689,24	60 024 434,93	57 636 261,71	16 028 836,25	14 609 943,24	479 684 677,06

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

PI 8IV – DZIAŁANIE X.1: POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3

Działanie X.1 dysponowało początkowo alokacją na poziomie **30,2 mln EUR**, co w przeliczeniu odpowiadało około **128 mln PLN**, a w trakcie wdrażania alokacja została zwiększona do **32,9 mln EUR**, czyli około **140 mln PLN**²⁰. Łączny budżet naborów w działaniu X.1 wyniósł **364,1 mln PLN**.

Już na etapie naborów ujawniło się bardzo duże zainteresowanie – złożono **457 poprawnych formalnie wniosków** o łącznej wartości ponad **433 mln PLN**, z czego wnioskowane dofinansowanie ze środków UE wynosiło około **358 mln PLN**. Oznaczało to, że zapotrzebowanie na środki było znacząco wyższe niż dostępna alokacja końcowa – wnioskowane dofinansowanie stanowiło **279% alokacji pierwotnej i 255% alokacji końcowej** – co wskazuje na silną konkurencję i wysoką atrakcyjność działania dla potencjalnych beneficjentów.

W wyniku oceny projektów podpisano **238 umów** (≈ 52% wnioskodawców) na łączną wartość **178 mln PLN**. Wydatki kwalifikowalne obejmowały wkład UE w wysokości **151 mln PLN** oraz wkład własny beneficjentów na poziomie **27 mln PLN**. Tym samym wkład UE w umowach odpowiadał **118% alokacji pierwotnej i 108% alokacji końcowej**, co pokazuje, że kontraktacja przekroczyła zakładane wartości.

Na etapie rozliczeń końcowych pojawiły się jednak oszczędności w wysokości około **19 mln PLN**, czyli około **12% wartości zakontraktowanego wkładu UE**. W efekcie faktyczne wykorzystanie środków unijnych wyniosło około **132 mln PLN**, co stanowiło **103% alokacji pierwotnej i 94% alokacji końcowej** – mniej niż zakontraktowane 151 mln PLN, ale nadal bardzo wysoki poziom absorpcji względem dostępnych środków.

Wskaźniki pokazują, że w odniesieniu do **alokacji końcowej** faktyczne wykorzystanie środków było bardzo wysokie – na poziomie około **94%**, co oznacza, że niemal cała pula przewidziana w programie została wydana. Jednak jeśli punktem odniesienia uczynimy **wnioskowane dofinansowanie** (358 mln PLN), faktyczne wydatkowanie środków unijnych (132 mln PLN) pokryło jedynie około **37% zgłoszonego zapotrzebowania**. Oznacza to, że program skutecznie wykorzystał dostępne środki, ale nie był w stanie odpowiedzieć na pełną skalę potrzeb zgłaszanych przez potencjalnych beneficjentów.

PI 8V – DZIAŁANIE X.2: ROZWÓJ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

Poddziałanie X.2.1

Poddziałanie X.2.1 dysponowało początkowo **alokacją** na poziomie około **49,2 mln EUR**, co w przeliczeniu na złote odpowiadało około **209 mln PLN**. W trakcie wdrażania alokacja została skorygowana do ponad **45,3 mln EUR**, czyli około **192 mln PLN**. Łączny **budżet naborów** w tym działaniu wyniósł **267,1 mln PLN**, a więc był wyższy niż zakładana pierwotnie wartość alokacji.

²⁰ W tym i kolejnych wyliczeniach w tym podrozdziale, do celów porównawczych przyjęto kurs przeliczeniowy **1 EUR = 4,25 PLN**, odpowiadający średniemu poziomowi kursów InforEuro stosowanych w okresie realizacji RPO 2014–2020. Należy podkreślić, że faktyczne rozliczenia projektów odbywały się według miesięcznych kursów InforEuro publikowanych przez Komisję Europejską, które mogły się różnić od wartości przyjętej w niniejszej analizie. Dlatego przedstawione przeliczenia mają charakter **poglądowy** i służą jedynie do ujednolicenia porównań między alokacją wyrażoną w euro a wartościami kontraktacji i rozliczeń w złotych.

Na etapie naborów złożono **16 poprawnych formalnie wniosków** o łącznej wartości ponad **413,4 mln PLN**, z czego wnioskowane dofinansowanie ze środków UE wynosiło około **335,4 mln PLN**. Oznaczało to, że zapotrzebowanie na środki było znacząco wyższe niż dostępna alokacja – wnioskowane dofinansowanie stanowiło **160% alokacji pierwotnej** i **175% alokacji końcowej** – co wskazuje na bardzo silną konkurencję i wysoką atrakcyjność działania dla potencjalnych beneficjentów.

W wyniku oceny projektów podpisano **9 umów** ($\approx 56\%$ wnioskodawców) na łączną wartość około **242,8 mln PLN**. Wydatki kwalifikowalne obejmowały wkład UE w wysokości prawie **200,1 mln PLN** oraz wkład własny beneficjentów na poziomie około **42,7 mln PLN**. Tym samym wkład UE w umowach odpowiadał **96% alokacji pierwotnej** i **104% alokacji końcowej**, co pokazuje, że kontraktacja praktycznie wyczerpała dostępne środki i nieznacznie przekroczyła wartość końcowej alokacji.

Na etapie rozliczeń końcowych pojawiły się oszczędności w wysokości około **1,1 mln PLN**, czyli około **0,6% wartości zakontraktowanego wkładu UE**. W efekcie faktyczne wykorzystanie środków unijnych wyniosło około **199,0 mln PLN**, co stanowiło **95% alokacji pierwotnej** i **103% alokacji końcowej** – nieco mniej niż zakontraktowane 200,1 mln PLN, ale nadal bardzo wysoki poziom absorpcji względem dostępnych środków.

Wskaźniki pokazują, że w odniesieniu do alokacji końcowej faktyczne wykorzystanie środków było bardzo wysokie – na poziomie około **103%**, co oznacza, że niemal cała pula przewidziana w programie została wydana, a nawet lekko przekroczona. Jednak jeśli punktem odniesienia uczynimy wnioskowane dofinansowanie (335,4 mln PLN), faktyczne wydatkowanie środków unijnych (199,0 mln PLN) pokryło jedynie około **59% zgłoszonego zapotrzebowania**. Oznacza to, że program skutecznie wykorzystał dostępne środki, ale nie był w stanie odpowiedzieć na pełną skalę potrzeb zgłaszanych przez potencjalnych beneficjentów.

Poddziałanie X.2.2

Poddziałanie X.2.2 dysponowało początkowo **alokacją** na poziomie około **16,4 mln EUR**, co w przeliczeniu na złote odpowiadało około **69,7 mln PLN**. W trakcie wdrażania alokacja została zmniejszona do około **14,1 mln EUR**, czyli około **60,1 mln PLN**. Łączny **budżet naborów** w tym działaniu wyniósł około **98,2 mln PLN**, a więc był wyższy od wartości pierwotnej alokacji oraz wyraźnie wyższy niż alokacja końcowa.

Na etapie naborów złożono **132 poprawne formalnie wnioski** o łącznej wartości około **167,0 mln PLN**, z czego wnioskowane dofinansowanie ze środków UE wynosiło około **151,6 mln PLN**. Oznaczało to, że zapotrzebowanie na środki było ponad dwukrotnie wyższe niż dostępna alokacja – wnioskowane dofinansowanie stanowiło **217% alokacji pierwotnej** i aż **252% alokacji końcowej** – co wskazuje na bardzo duże zainteresowanie i silną konkurencję wśród potencjalnych beneficjentów.

W wyniku oceny projektów podpisano **61 umów** ($\approx 46\%$ wnioskodawców) na łączną wartość około **80,2 mln PLN**. Wydatki kwalifikowalne obejmowały wkład UE w wysokości ponad **68,1 mln PLN** oraz wkład własny beneficjentów na poziomie około **12,1 mln PLN**. Tym samym wkład UE w umowach odpowiadał **98% alokacji pierwotnej** i **113% alokacji końcowej**, co pokazuje, że kontraktacja praktycznie wyczerpała pierwotną alokację i przekroczyła wartość końcową.

Na etapie rozliczeń końcowych pojawiły się oszczędności w wysokości około **8,1 mln PLN**, czyli około **12% wartości zakontraktowanego wkładu UE**. W efekcie faktyczne wykorzystanie środków unijnych wyniosło około **60,0 mln PLN**, co stanowiło **86% alokacji pierwotnej i 100% alokacji końcowej** – mniej niż zakontraktowane 68,1 mln PLN, ale nadal bardzo wysoki poziom absorpcji względem dostępnych środków.

Wskaźniki pokazują, że w odniesieniu do alokacji końcowej faktyczne wykorzystanie środków było pełne – na poziomie **100%**, co oznacza, że cała pula przewidziana w programie została wydana. Jednak jeśli punktem odniesienia uczynimy wnioskowane dofinansowanie (151,6 mln PLN), faktyczne wydatkowanie środków unijnych (60,0 mln PLN) pokryło jedynie około **40% zgłoszonego zapotrzebowania**. Ostatecznie X.2.2 cechowało się wysoką absorpcją względem alokacji, ale jednocześnie ograniczoną zdolnością do zaspokojenia pełnej skali potrzeb zgłaszanych przez potencjalnych beneficjentów.

PI 8VI – DZIAŁANIE X.3: OCHRONA, UTRZYMANIE I PRZYWRÓCENIE ZDROWIA

Poddziałanie X.3.1

Podziałanie X.3.1 dysponowało początkowo **alokacją** na poziomie ponad **8,7 mln EUR**, co w przeliczeniu na złote odpowiadało około **37,0 mln PLN**. W trakcie wdrażania alokacja została zwiększona do prawie **14,3 mln EUR**, czyli o około **60,8 mln PLN**. Łączny **budżet naborów** w tym działaniu wyniósł **76,9 mln PLN**, a więc był ponad dwukrotnie wyższy niż pierwotnie planowane wartości.

Na etapie naborów złożono **166 poprawnych formalnie wniosków** o łącznej wartości ponad **178,9 mln PLN**, z czego wnioskowane dofinansowanie ze środków UE wynosiło około **163,2 mln PLN**. Oznaczało to, że zapotrzebowanie na środki było wielokrotnie wyższe niż dostępna alokacja – wnioskowane dofinansowanie stanowiło **441% alokacji pierwotnej i 268% alokacji końcowej** – co wskazuje na bardzo silny popyt i wysoką konkurencję wśród potencjalnych beneficjentów.

W wyniku oceny projektów podpisano **79 umów** ($\approx 48\%$ wnioskodawców) na łączną wartość około **74,8 mln PLN**. Wydatki kwalifikowalne obejmowały wkład UE w wysokości prawie **63,6 mln PLN** oraz wkład własny beneficjentów na poziomie około **11,3 mln PLN**. Tym samym wkład UE w umowach odpowiadał **172% alokacji pierwotnej i 105% alokacji końcowej**, co pokazuje, że kontraktacja znacząco przekroczyła pierwotne wartości planistyczne i nieznacznie przewyższyła alokację końcową.

Co istotne, w ramach podziałania X.3.1 zrealizowano **jeden projekt pozakonkursowy** – Regionalny program rehabilitacji dla mieszkańców województwa łódzkiego po przebytej chorobie COVID-19 „Łódzkie Centrum Postcovidowe – którego beneficjentem był Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi. Projekt został pierwotnie oszacowany na 16 323 725,00 PLN (w 100% pokrywane ze środków UE), a zgodnie danymi monitoringowymi całkowita wartość wniosku o płatność końcową – niezatwierdzonego jeszcze do końca 2023 roku – wyniosła 12 421 536,32 PLN. Mimo tego w projekcie osiągnięto docelową wartość wskaźnika: Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 – 3 000 osób. Projekt ten stanowi wyjątek w strukturze wdrażania Osi X, która była zdominowana przez tryb konkursowy.

Na etapie rozliczeń końcowych pojawiły się oszczędności w wysokości około **5,9 mln PLN**, czyli około **9% wartości zakontraktowanego wkładu UE**. W efekcie faktyczne wykorzystanie środków unijnych wyniosło około **57,6 mln PLN**, co stanowiło **156% alokacji pierwotnej i 95% alokacji końcowej** – mniej niż zakontraktowane 63,6 mln PLN, ale nadal bardzo wysoki poziom absorpcji względem dostępnych środków.

Wskaźniki pokazują, że w odniesieniu do alokacji końcowej faktyczne wykorzystanie środków było wysokie – na poziomie około **95%**, co oznacza, że niemal cała pula przewidziana w programie została wydana. Jednak jeśli punktem odniesienia uczynimy wnioskowane dofinansowanie (163,2 mln PLN), faktyczne wydatkowanie środków unijnych (57,6 mln PLN) pokryło jedynie około **35% zgłoszonego zapotrzebowania**. Ostatecznie X.3.1 cechowało się bardzo dużym popytem i wysoką konkurencją, a choć absorpcja względem alokacji była niemal pełna, program nie był w stanie odpowiedzieć na pełną skalę potrzeb zgłaszanych przez potencjalnych beneficjentów.

Poddziałanie X.3.2

Podziałanie X.3.2 dysponowało początkowo **alokacją** na poziomie **4,0 mln EUR**, co w przeliczeniu na złote odpowiadało **17,0 mln PLN**. W trakcie wdrażania alokacja została nieznacznie skorygowana do około **3,97 mln EUR**, czyli około **16,9 mln PLN**. Łączny **budżet naborów** w tym działaniu wyniósł **32,9 mln PLN**, a więc był prawie dwukrotnie wyższy niż zakładane pierwotnie wartości.

Na etapie naborów złożono **76 poprawnych formalnie wniosków** o łącznej wartości ponad **60,1 mln PLN**, z czego wnioskowane dofinansowanie ze środków UE wynosiło około **53,7 mln PLN**. Oznaczało to, że zapotrzebowanie na środki było wielokrotnie wyższe niż dostępna alokacja – wnioskowane dofinansowanie stanowiło **316% alokacji pierwotnej i 318% alokacji końcowej** – co wskazuje na bardzo duże zainteresowanie i silną konkurencję wśród potencjalnych beneficjentów.

W wyniku oceny projektów podpisano **32 umowy** (≈ 42% wnioskodawców) na łączną wartość około **23,3 mln PLN**. Wydatki kwalifikowalne obejmowały wkład UE w wysokości około **19,8 mln PLN** oraz wkład własny beneficjentów na poziomie około **3,5 mln PLN**. Tym samym wkład UE w umowach odpowiadał **116% alokacji pierwotnej i 117% alokacji końcowej**, co pokazuje, że kontraktacja przekroczyła wartości planistyczne.

Na etapie rozliczeń końcowych pojawiły się oszczędności w wysokości około **3,8 mln PLN**, czyli około **19% wartości zakontraktowanego wkładu UE**. W efekcie faktyczne wykorzystanie środków unijnych wyniosło około **16,0 mln PLN**, co stanowiło **94% alokacji pierwotnej i 95% alokacji końcowej** – mniej niż zakontraktowane 19,8 mln PLN, ale nadal bardzo wysoki poziom absorpcji względem dostępnych środków.

Wskaźniki pokazują, że w odniesieniu do alokacji końcowej faktyczne wykorzystanie środków było wysokie – na poziomie około **95%**, co oznacza, że niemal cała pula przewidziana w programie została wydana. Jednak jeśli punktem odniesienia uczynimy wnioskowane dofinansowanie (53,7 mln PLN), faktyczne wydatkowanie środków unijnych (16,0 mln PLN) pokryło jedynie około **30% zgłoszonego zapotrzebowania**. Ostatecznie X.3.2 cechowało się dużym popytem i wysoką konkurencją, a choć absorpcja względem alokacji była niemal pełna, program nie był w stanie odpowiedzieć na pełną skalę potrzeb zgłaszanych przez potencjalnych beneficjentów.

Poddziałanie X.3.3

Podziałanie X.3.3 dysponowało początkowo **alokacją** na poziomie około **6,55 mln EUR**, co w przeliczeniu na złote odpowiadało około **27,8 mln PLN**. W trakcie wdrażania alokacja została zmniejszona do około **3,73 mln EUR**, czyli około **15,8 mln PLN**. Łączny **budżet naborów** w tym działaniu wyniósł **67,1 mln PLN**, a więc był ponad dwukrotnie wyższy niż wartości pierwotnie planowane.

Na etapie naborów złożono **42 poprawne formalnie wnioski** o łącznej wartości ponad **48,0 mln PLN**, z czego wnioskowane dofinansowanie ze środków UE wynosiło około **42,8 mln PLN**. Oznaczało to, że zapotrzebowanie na środki było znacznie wyższe niż dostępna alokacja – wnioskowane dofinansowanie stanowiło **154% alokacji pierwotnej** i aż **271% alokacji końcowej** – co wskazuje na silną konkurencję i wysoką atrakcyjność działania dla potencjalnych beneficjentów.

W wyniku oceny projektów podpisano **22 umowy** (≈ 52% wnioskodawców) na łączną wartość prawie **19,9 mln PLN**. Wydatki kwalifikowalne obejmowały wkład UE w wysokości ponad **16,4 mln PLN** oraz wkład własny beneficjentów na poziomie około **3,5 mln PLN**. Tym samym wkład UE w umowach odpowiadał **59% alokacji pierwotnej** i **104% alokacji końcowej**, co pokazuje, że kontraktacja była niższa od pierwotnie planowanych wartości, ale przekroczyła alokację końcową.

Na etapie rozliczeń końcowych pojawiły się oszczędności w wysokości około **1,8 mln PLN**, czyli około **11% wartości zakontraktowanego wkładu UE**. W efekcie faktyczne wykorzystanie środków unijnych wyniosło około **14,6 mln PLN**, co stanowiło **53% alokacji pierwotnej** i **92% alokacji końcowej** – mniej niż zakontraktowane 16,4 mln PLN, ale nadal bardzo wysoki poziom absorpcji względem dostępnych środków.

Wskaźniki pokazują, że w odniesieniu do alokacji końcowej faktyczne wykorzystanie środków było wysokie – na poziomie około **92%**, co oznacza, że niemal cała pula przewidziana w programie została wydana. Jednak jeśli punktem odniesienia uczynimy wnioskowane dofinansowanie (42,8 mln PLN), faktyczne wydatkowanie środków unijnych (14,6 mln PLN) pokryło jedynie około **34% zgłoszonego zapotrzebowania**. Ostatecznie X.3.3 cechowało się dużym popytem i wysoką konkurencją, a choć absorpcja względem alokacji była bardzo wysoka, program nie był w stanie odpowiedzieć na pełną skalę potrzeb zgłaszanych przez potencjalnych beneficjentów.

EFEKTYWNOŚĆ KOSZTOWA REALIZACJI WSPARCIA

W dalszej części rozdziału poza analizą finansową realizacji OPX, zaprezentowano także analizę efektywności kosztowej realizacji wsparcia. W analizie efektywności kosztowej zastosowano podejście porównawcze, zestawiając wartości pierwotne z faktycznymi wynikami wdrażania. Punktem odniesienia była **pierwotna alokacja środków UE**, która odzwierciedlała założenia programowe zatwierdzone na początku okresu realizacji programu. W celu uzyskania bardziej realistycznego obrazu kosztów jednostkowych uwzględniono także wariant pełnego zaplanowanego kosztu (+9%/+15% z powiększeniem alokacji o minimalny wkład własny beneficjentów oraz finansowanie działań z innych źródeł).

Na etapie realizacji analizie poddano **wydatki kwalifikowane**, które odzwierciedlają pełny koszt projektów (UE + wkład własny), oraz **wkład UE** zarówno w ujęciu kontraktacji (przed oszczędnościami), jak i faktycznego wydatkowania (po oszczędnościach). Dzięki temu możliwe było uchwycenie różnicy między planowaną absorpcją środków a rzeczywistym poziomem wykorzystania funduszy.

Do obliczeń wybrano **liczbę unikatowych odbiorców wsparcia** (na podstawie SL2014) oraz wartości wybranych **wskaźników produktu** (tak zakładane, jak i osiągnięte), które mają bezpośredni związek z finansowanymi działaniami i pozwalają na jednoznaczne przypisanie kosztu jednostkowego do osiągniętego efektu.

Tabela 12. Zestawienie efektywności kosztowej – Działanie X.1 (PLN)

Wskaźnik	Zakładany pełny koszt jednostk.	Zakładany jednostk. wkład UE	Koszt rzeczywisty jednostk.	Zakontraktowany jednostk. wkład UE	Rzeczywisty jednostk. wkład UE (pomniejszony o oszczędności z wniosków końcowych)
Liczba osób opiekujących się dziećmi w wieku do lat 3 objętych wsparciem w programie	28 640	32 936	22 100	18 750	16 420
Liczba utworzonych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3	28 640	32 936	36 400	30 900	27 050

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

W działaniu X.1 porównanie kosztów zakładanych z kosztami rzeczywistymi pokazuje wyraźne różnice między planem a realizacją. Na etapie programowania pierwotna alokacja dawała koszt jednostkowy na poziomie około 28,6 tys. zł zarówno dla osoby objętej wsparciem, jak i dla utworzonego miejsca opieki. Uwzględnienie pełnego finansowania projektu (+15%) podnosiło ten koszt do około 33 tys. zł.

Wartości wskaźników docelowych wynosiły po 4 482 jednostki – zarówno dla liczby osób opiekujących się dziećmi w wieku do lat 3 objętych wsparciem, jak i dla liczby utworzonych miejsc opieki. W praktyce osiągnięto 8 062 osoby oraz 4 894 miejsca opieki, co oznacza znaczące przekroczenie celu w przypadku wsparcia osób i niewielkie przekroczenie celu w przypadku miejsc opieki.

Koszty jednostkowe w realizacji okazały się niższe w przypadku wsparcia osób – przy faktycznej realizacji wyniosły około 22,1 tys. zł na osobę według wydatków kwalifikowanych, 18,8 tys. zł według finansowania UE przed oszczędnościami i 16,4 tys. zł według finansowania UE po oszczędnościach. Oznacza to, że rzeczywista efektywność kosztowa wsparcia osób była znacząco niższa niż zakładano, co wynikało z ponad dwukrotnego przekroczenia wartości docelowej.

Dla miejsc opieki sytuacja była odmienna: koszt jednostkowy wzrósł względem planu. Wydatki kwalifikowane wskazują na koszt ponad 36,4 tys. zł na miejsce, finansowanie UE przed oszczędnościami – 30,9 tys. zł, a po oszczędnościach – 27,0 tys. zł. W tym przypadku rzeczywista efektywność kosztowa była wyższa niż zakładana, co odzwierciedla kapitałochłonność inwestycji infrastrukturalnych, mimo że wartość wskaźnika została zrealizowana nieznacznie powyżej celu.

Warto także zwrócić uwagę na koszt objęcia wsparciem każdego unikatowego odbiorcy w działaniu X.1, który wyniósł 20 731,91 PLN na osobę – przy łącznych wydatkach kwalifikowalnych na poziomie 178,2 mln PLN i liczbie 8 595 odbiorców; zakontraktowany wkład UE odpowiadał 18,7 tys. PLN na osobę, a po uwzględnieniu oszczędności spadł do 16,4 tys. PLN na osobę.

Podsumowując, zakładane koszty jednostkowe były zbliżone dla obu wskaźników (ok. 28,6 tys. zł), natomiast w realizacji wsparcie osób okazało się bardziej efektywne kosztowo dzięki znacznemu przekroczeniu wartości docelowej, a tworzenie miejsc opieki – droższe niż przewidywano, mimo osiągnięcia celu w granicach planu.

Tabela 13. Zestawienie efektywności kosztowej – Działanie X.2 (PLN)

Wskaźnik	Zakładany pełny koszt jednostk.	Zakładany jednostk. wkład UE	Koszt rzeczywisty jednostk.	Zakontraktowany jednostk. wkład UE	Rzeczywisty jednostk. wkład UE (pomniejszony o oszczędności z wniosków końcowych)
Liczba mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw objętych usługami rozwojowymi w programie	29 000	25 200	17 800	15 600	14 000
Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, objętych wsparciem w programie (CO05)	7 100	6 200	4 200	3 700	3 300
Liczba osób pracujących, w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	24 000	21 000	20 700	18 000	16 500
Liczba osób pracujących o niskich kwalifikacjach objętych wsparciem w programie	18 000	15 700	9 600	8 400	7 700
Liczba pracowników zagrożonych zwolnieniem z pracy oraz osób zwolnionych z przyczyn dotyczących zakładu pracy objętych wsparciem w programie	86 000	75 000	31 000	27 000	24 800

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

W działaniu X.2 (obejmującym poddziały X.2.1 i X.2.2) efektywność kosztową oceniono poprzez zestawienie kosztów zakładanych z kosztami rzeczywistymi w odniesieniu do kluczowych wskaźników produktu. Na etapie programowania pierwotna alokacja dla obu poddziałów wynosiła 201,9 mln PLN, a wartość złożonych wniosków przekroczyła 580,4 mln PLN, co wskazuje na bardzo wysokie zainteresowanie naborami. Uwzględnienie pełnego finansowania projektów (+9%/+15%) pozwoliło oszacować bardziej realistyczne koszty na etapie planowania.

Wartości docelowe dla 2023 roku były zróżnicowane – od kilku tysięcy przedsiębiorstw po kilkadziesiąt tysięcy osób pracujących. Liczba mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw objętych usługami rozwojowymi w programie miała wynieść 7 063, a faktycznie osiągnięto 11 193 (158,47% realizacji). Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, objętych wsparciem w programie (CO05) wyniosła 27 038 jako wartość docelowa, a zrealizowano 51 370 (189,99%). W przypadku osób pracujących w wieku 50 lat i więcej zakładano 8 111, a osiągnięto 9 292

(114,56%). Osób o niskich kwalifikacjach miało być 10 815, a faktycznie objęto wsparciem 22 244 (205,68%). Największe przekroczenie celu odnotowano dla pracowników zagrożonych zwolnieniem lub zwolnionych z przyczyn dotyczących zakładu pracy – wobec zakładanych 1 492 osób wsparciem objęto 4 753 (318,57%).

W praktyce koszty jednostkowe okazały się niższe niż zakładane w większości kategorii. Dla przedsiębiorstw objętych usługami rozwojowymi rzeczywisty koszt jednostkowy spadł do ok. 17,8 tys. PLN wobec zakładanych 29 tys. PLN, a dla osób pracujących – do ok. 4,2 tys. PLN wobec ponad 7 tys. PLN. Podobnie dla osób o niskich kwalifikacjach koszt jednostkowy zmniejszył się do ok. 9,6 tys. PLN wobec 18 tys. PLN planowanych. Jedynie w przypadku osób starszych (50+) różnica była mniej wyraźna – koszt rzeczywisty wyniósł ok. 20,7 tys. PLN wobec zakładanych 24 tys. PLN. W przypadku pracowników zagrożonych zwolnieniem koszt jednostkowy spadł z ponad 86 tys. PLN do ok. 31 tys. PLN, co pokazuje, że mimo kapitałochłonności działań outplacementowych efektywność kosztowa była wyższa niż zakładano.

Podobnie jak w przypadku analizy działania X.1, należy także zwrócić uwagę na koszt objęcia wsparciem każdego unikatowego odbiorcy. W poddziałaniu X.2.1 koszt ten wyniósł 1 872,01 PLN na osobę – przy wydatkach kwalifikowalnych 242,8 mln PLN i liczbie 129 642 odbiorców; zakontraktowany wkład UE wyniósł 1 543 PLN na osobę, a po oszczędnościach spadł do 1 535 PLN na osobę. Natomiast w poddziałaniu X.2.2 koszt objęcia wsparciem wyniósł 4 293,52 PLN na osobę – przy wydatkach kwalifikowalnych 80,2 mln PLN i liczbie 18 672 odbiorców; zakontraktowany wkład UE wyniósł 3 646 PLN na osobę, a po oszczędnościach spadł do 3 215 PLN na osobę.

Podsumowując, zakładane koszty jednostkowe w X.2 były relatywnie wysokie, ale dzięki znacznemu przekroczeniu wartości docelowych wskaźników rzeczywista efektywność kosztowa wsparcia okazała się znacznie niższa. Największą efektywność kosztową osiągnięto w działaniach skierowanych do osób pracujących i osób o niskich kwalifikacjach, natomiast wsparcie dla osób starszych i pracowników zagrożonych zwolnieniem pozostało bardziej kapitałochłonne, choć i tu koszty jednostkowe spadły względem planu.

Tabela 14. Zestawienie efektywności kosztowej – Działanie X.3 (PLN)

Wskaźnik	Zakładany pełny koszt jednostk.	Zakładany jednostk. wkład UE	Koszt rzeczywisty jednostk.	Zakontraktowany jednostk. wkład UE	Rzeczywisty jednostk. wkład UE (po oszczędnościach)
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	6 810,54	5 922,21	1 068,19	903,05	798,53
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	11 004,73	9 569,33	1 471,43	1 245,00	1 100,00
Liczba wdrożonych programów	27 421 559,00	23 879 617,30	10 728 493,37	9 071 746,23	8 025 003,75

zdrowotnych
istotnych z punktu
widzenia potrzeb
zdrowotnych
regionu, w tym
pracodawców

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Systemu Teleinformatycznego SL 2014.

W działaniu X.3 efektywność kosztową oceniono poprzez zestawienie kosztów zakładanych z kosztami rzeczywistymi w odniesieniu do kluczowych wskaźników produktu. Na etapie programowania pierwotna alokacja dla poddziałań X.3.1–X.3.3 wynosiła 238,8 mln PLN, a wartość złożonych wniosków przekroczyła 287 mln PLN, co wskazuje na wysokie zainteresowanie naborami. Uwzględnienie pełnego finansowania projektów (+15%) pozwoliło oszacować bardziej realistyczne koszty związane z planowaniem.

Wartości docelowe dla 2023 roku były zróżnicowane – od kilkudziesięciu tysięcy osób objętych programami zdrowotnymi po kilkanaście wdrożonych programów. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki środkom z EFS miała wynieść 40 329, a faktycznie osiągnięto 110 503 (274,00% realizacji). Liczbę osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie zakładano na poziomie 24 961, a faktycznie objęto wsparciem 80 196 (321,29%). Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców miała wynieść 10, a wdrożono 11 (110,00%).

W praktyce koszty jednostkowe okazały się znacząco niższe niż zakładane w przypadku wskaźników dotyczących osób. Dla liczby osób objętych programem zdrowotnym, rzeczywisty koszt jednostkowy spadł do 1 068,19 PLN wobec zakładanych 6 810,54 PLN, przy zakontraktowanym wkładzie UE na poziomie 903,05 PLN i ostatecznym wkładzie UE po oszczędnościach wynoszącym 798,53 PLN. W przypadku liczby osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie koszt jednostkowy zmniejszył się do 1 471,43 PLN wobec zakładanych 11 004,73 PLN, przy zakontraktowanym wkładzie UE wynoszącym 1 245,00 PLN i ostatecznym wkładzie UE po oszczędnościach równym 1 100,00 PLN. Jedynie w przypadku liczby wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców różnica była mniej wyraźna – koszt rzeczywisty wyniósł 10 728 493,37 PLN wobec zakładanych 27 421 559,00 PLN, przy zakontraktowanym wkładzie UE na poziomie 9 071 746,23 PLN i ostatecznym wkładzie UE po oszczędnościach wynoszącym 8 025 003,75 PLN.

Warto także zwrócić uwagę na koszt objęcia wsparciem każdego unikatowego odbiorcy, który:

- w poddziałaniu X.3.1 wyniósł 2 152,44 PLN na osobę – przy wydatkach kwalifikowalnych 74,8 mln PLN i liczbie 34 764 odbiorców; zakontraktowany wkład UE wyniósł 1 830 PLN na osobę, a po oszczędnościach spadł do 1 658 PLN na osobę.
- w poddziałaniu X.3.2 wyniósł 809,33 PLN na osobę – przy wydatkach kwalifikowalnych 23,3 mln PLN i liczbie 28 763 odbiorców; zakontraktowany wkład UE wyniósł 688 PLN na osobę, a po oszczędnościach spadł do 557 PLN na osobę.
- w poddziałaniu X.3.3 wyniósł 375,91 PLN na osobę – przy wydatkach kwalifikowalnych 19,9 mln PLN i liczbie 52 913 odbiorców; zakontraktowany wkład UE wyniósł 310 PLN na osobę, a po oszczędnościach spadł do 276 PLN na osobę.

Podsumowując, zakładane koszty jednostkowe w X.3 były relatywnie wysokie, ale dzięki znacznemu przekroczeniu wartości docelowych wskaźników rzeczywisty koszt wsparcia okazał się znacznie niższy. Największą efektywność kosztową osiągnięto w działaniach skierowanych do osób starszych (50+) oraz ogółu uczestników programów zdrowotnych, natomiast wdrożenie programów zdrowotnych pozostało kapitałochłonne, choć i tu koszty jednostkowe spadły względem planu.

5.2 PROBLEMY I TRUDNOŚCI W REALIZACJI WSPARCIA

Poniższy rozdział opracowano na podstawie pełnego spektrum danych i informacji pozyskanych w badaniu, zarówno z wykorzystaniem danych z analizy desk research (tak kontekstowych, jak i pochodzących z dokumentacji realizacji wsparcia), badań kwestionariuszowych oraz wywiadów pogłębionych z odbiorcami wsparcia, beneficjentami i ekspertami dziedzinowymi.

Celem przeprowadzonej analizy było wypracowanie **typologii problemów i trudności**, rozumianej jako systematyczny podział i uporządkowanie najistotniejszych barier występujących w trakcie realizacji projektów. Typologia ta została opracowana w oparciu o komplementarne kryteria: rodzaj zidentyfikowanych trudności, ich wpływ na przebieg i skuteczność wsparcia, potencjał do ponownego pojawienia się w przyszłości oraz łatwość przeciwdziałania im w kolejnych perspektywach finansowych.

Bez wątpienia to analiza danych zawartych we wnioskach o płatność, stanowiących niejako bieżące podsumowanie trudności, z którymi borykali się beneficjenci w trakcie realizacji projektów, stanowiła najbogatsze źródło informacji do analizy. Dlatego opisywane tam przypadki wykorzystano w zaprezentowanym niżej zestawieniu jako egzemplifikację wypracowanych w analizie typów trudności.

Zasadniczym celem analizy było dostarczenie **katalogu problemów**, które należy uwzględniać przy projektowaniu i wdrażaniu działań w przyszłości. W każdym z analizowanych poddziałań wyodrębniono główne grupy trudności, a następnie opisano je poprzez charakterystykę sposobów ich występowania, co pozwala na uchwycenie zarówno powtarzalnych schematów, jak i specyficznych uwarunkowań danego obszaru wsparcia.

Istotnym kryterium tworzenia typologii było dążenie do zapewnienia jej **kompletności** tak aby żadna potencjalnie istotna trudność nie została pominięta w procesie analitycznym. Typologia została skonstruowana w taki sposób, aby stanowiła pełny katalog problemów mogących ponownie wystąpić w trakcie realizacji projektów. Jednocześnie należy podkreślić, iż w gestii Instytucji Zarządzającej pozostaje dokonanie oceny realnego zagrożenia ponownym pojawieniem się poszczególnych trudności oraz rozstrzygnięcie o konieczności ich systemowego uwzględnienia w kolejnych okresach programowania.

Analiza zgromadzonych danych pozwala stwierdzić, że zidentyfikowane trudności mają charakter **wielowymiarowy i systemowy**, wynikający zarówno z uwarunkowań zewnętrznych (np. regulacyjnych, makroekonomicznych, pandemicznych), jak i z czynników wewnętrznych związanych z organizacją projektów, kompetencjami kadry czy specyfiką grup docelowych. Mechanizmy ich powstawania wiązały się z niedoszacowaniem skali działań na etapie planowania, ograniczeniami proceduralnymi i prawnymi, a także z nieprzewidywalnością czynników zewnętrznych, które wpływały na harmonogramy i efektywność wsparcia.

Kluczowe dla efektywnego wykorzystania tej wiedzy jest traktowanie typologii problemów nie tylko jako katalogu barier, lecz także jako **narzędzia prognostycznego i prewencyjnego** – wskazującego, które trudności mogą pojawić się ponownie, jakie mają potencjał do eskalacji oraz gdzie możliwe jest szybkie wdrożenie działań zaradczych. W ten sposób typologia staje się fundamentem dla projektowania przyszłych interwencji, umożliwiając Instytucji Zarządzającej oraz beneficjentom bardziej świadome planowanie, lepsze zarządzanie ryzykiem i systemowe uwzględnianie zidentyfikowanych barier w kolejnych okresach programowania.

5.2.1 PI 8IV – DZIAŁANIE X.1: POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3

Grupa 1. Trudności architektoniczno-prawne i remontowe

1. **Błędne założenia dotyczące prac budowlanych** Na etapie planowania beneficjenci zakładali, że adaptacja lokali będzie miała charakter wyłącznie remontowy lub będzie miała mniejszy zakres. W praktyce okazało się, że zakres prac obejmował rozbudowę lub zmianę sposobu użytkowania budynku.
2. **Wydłużony czas adaptacji i remontów** Proces dostosowania pomieszczeń do wymogów ustawowych i sanitarnych okazał się bardziej czasochłonny niż zakładano. Beneficjenci zgłaszali konieczność wprowadzania dodatkowych – nieprzewidzianych wcześniej – zmian projektowych, co wymagało korekt we wnioskach o dofinansowanie i przesunięć w harmonogramach realizacji projektów.
3. **Problemy z projektami architektonicznymi** Tego rodzaju trudności wynikały z niedostosowania projektów architektonicznych do specyfiki żłobków i klubów dziecięcych. Konieczne były dodatkowe prace adaptacyjne, np. w zakresie wentylacji, sanitariatów czy układu pomieszczeń.
4. **Opóźnienia w dostawach i montażu wyposażenia** Beneficjenci napotykali na problemy z terminową realizacją zamówień – przykładowo opóźniały się dostawy mebli, pomocy dydaktycznych czy elementów wyposażenia placów zabaw (np. mat rozchodnikowych do ogródka), a wykonawcy nie dotrzymywali terminów montażu systemów monitoringu czy instalacji ppoż.
5. **Opóźnione odbiory techniczne** Nawet po zakończeniu prac remontowych placówki nie mogły rozpocząć działalności z powodu przedłużających się odbiorów przez instytucje/podmioty kontrolne – Straż Pożarną, sanepid czy kominiarza. Szczególnie dotkliwe były opóźnienia w okresach świątecznych i urlopowych, gdy dostępność inspektorów była ograniczona.
6. **Problemy z lokalizacją placówek** Beneficjenci mieli trudności ze znalezieniem lokali spełniających wszystkie wymogi ustawowe i sanitarne. W niektórych przypadkach konieczne było poszukiwanie nowych lokalizacji.

Grupa 2. Wyzwania finansowo-administracyjne

1. **Opóźnienia w przekazywaniu transz i ryzyko utraty płynności** Beneficjenci zgłaszali problemy z terminowym otrzymywaniem kolejnych transz zaliczek. Wynikało to z wymogu

rozliczenia co najmniej 70% poprzedniej transzy przed możliwością wnioskowania o kolejną. W praktyce prowadziło to do zatorów finansowych, konieczności przesuwania zadań, a nawet zaciągania pożyczek, aby utrzymać płynność i kontynuować realizację projektu.

2. **Problemy z systemem SL2014** System teleinformatyczny służący do obsługi projektów generował trudności techniczne: wylogowania, brak możliwości zalogowania się, a także problemy z ukończeniem wniosków o płatność. Zdarzały się również błędy w automatycznych wyliczeniach wskaźników (np. liczby godzin opieki nad dziećmi).
3. **Wzrost kosztów i trudności w postępowaniach przetargowych** Beneficjenci wskazywali na nieustanny wzrost cen materiałów i usług, a także na rosnące koszty pracy. Wysoka inflacja powodowała, że oferty składane w postępowaniach przekraczały możliwości finansowe projektów.

Grupa 3. Problemy w rekrutacji, grupie docelowej i wskaźnikach

1. **Niska efektywność rekrutacji** Beneficjenci zgłaszali trudności z pozyskaniem zakładanej liczby uczestników. Pomimo prowadzenia działań promocyjnych, frekwencja rodziców była niska, co wymagało powtarzania ogłoszeń i przygotowywania dodatkowych materiałów informacyjnych. Proces rekrutacji wydłużał się, co przesunęło moment rozpoczęcia wsparcia.
2. **Wpływ świadczeń socjalnych (500+)** Wprowadzenie programu 500+ spowodowało, że część rodziców rezygnowała z udziału w projektach, decydując się na pozostanie na urlopie wychowawczym. Zjawisko to ograniczało liczbę potencjalnych uczestników i utrudniało osiągnięcie zakładanych wskaźników.
3. **Niezrealizowane lub zagrożone wskaźniki produktu i rezultatu** Występowało ryzyko nieosiągnięcia pełnych miesięcy opieki nad dziećmi, zwłaszcza gdy dzieci kończyły 3 lata w trakcie trwania projektu. Struktura grupy docelowej różniła się od zakładanej – zgłaszało się więcej osób bezrobotnych, a mniej osób pracujących lub przebywających na urloпах macierzyńskich, co wymagało korekt wskaźników. Beneficjenci mieli również trudności z osiągnięciem liczby godzin zajęć dodatkowych (np. logopedycznych, językowych).
4. **Zbyt krótki okres wsparcia dla części uczestników** Do projektów zgłaszały się kobiety, których dzieci kończyły 3 lata w ciągu kilku miesięcy od rekrutacji. W efekcie wsparcie było udzielane tylko na krótki czas, a środki nie były w pełni wykorzystywane.
5. **Trudności w osiągnięciu wskaźników w podziale na płeć** Struktura uczestników różniła się od założeń – np. zgłosiło się więcej mężczyzn niż przewidywano, co powodowało rozbieżności w realizacji wskaźników produktu i rezultatu w podziale na płeć.

Grupa 4. Problemy kadrowe i organizacyjne

1. **Trudności w rekrutacji kadry opiekuńczej i specjalistów** Beneficjenci mieli problemy ze znalezieniem osób chętnych do pracy na stanowiskach opiekunów, pomocy opiekuna, pielęgniarek czy woźnych. Dodatkowo trudności dotyczyły zatrudnienia specjalistów – logopedów, terapeutów SI (integracja sensoryczna) czy lektorów języka angielskiego – którzy odmawiali współpracy z powodu zbyt niskich stawek wynagrodzenia.

2. **Rotacja i braki kadrowe** W trakcie realizacji projektów dochodziło do fluktuacji personelu – zmieniały się osoby na stanowiskach opiekunów, a nawet dyrektorów placówek. Braki kadrowe powodowały dodatkowe obciążenie dla pozostałych członków zespołu i utrudniały bieżące funkcjonowanie placówek.
3. **Problemy z organizacją zajęć dodatkowych** Projekty zakładały realizację zajęć rozwijających, takich jak rytmika, język angielski czy logopedia. W praktyce ich wdrożenie było opóźnione z powodu trudności w wyłonieniu wykonawców – konieczne było powtarzanie zapytań ofertowych, a w niektórych przypadkach zaplanowane stawki uniemożliwiały nawiązanie współpracy. Dodatkowo w okresach urlopowych i adaptacyjnych (np. sierpień–wrzesień) zajęcia nie były prowadzone, co obniżało liczbę godzin wsparcia i wpływało na realizację wskaźników.

Grupa 5. Wpływ COVID-19 i innych czynników zewnętrznych

1. **Opóźnienia w rozpoczęciu świadczenia opieki** Pandemia COVID-19 spowodowała, że część placówek nie mogła rozpocząć działalności zgodnie z harmonogramem. Obostrzenia sanitarne i ograniczenia w funkcjonowaniu instytucji publicznych przesunęły terminy uruchamiania żłobków i klubów dziecięcych.
2. **Obawy rodziców i absencja personelu** Rodzice obawiali się zakażenia wirusem i potencjalnego zamknięcia placówek, co skutkowało rezygnacją z udziału w projektach. Dodatkowo pandemia powodowała absencję kadry opiekuńczej, co utrudniało zapewnienie ciągłości opieki.
3. **Opóźnienia w dostawach i realizacji zadań** Występowały problemy z terminową dostawą sprzętu i wyposażenia, a także z realizacją zaplanowanych działań, takich jak imprezy okolicznościowe czy zajęcia dodatkowe. Ograniczenia w transporcie i działalności firm usługowych wydłużały czas realizacji.
4. **Obostrzenia sanitarne i zmiana formy pracy** W związku z wytycznymi GIS konieczne było wprowadzenie dodatkowych procedur bezpieczeństwa, co utrudniało codzienne funkcjonowanie placówek. Część działań, np. konsultacje z rodzicami, musiała być prowadzona w formie zdalnej, co ograniczało ich skuteczność.
5. **Problemy rozwojowe i adaptacyjne dzieci** Pandemia wpłynęła również na dzieci – odnotowano trudności emocjonalne i behawioralne. Dodatkowo częste choroby i niska frekwencja dzieci powodowały fluktuację uczestników.

Grupa 6. Problemy prawne i dokumentacyjne uczestników

1. **Problemy z umowami uaktywniającymi (nianie)** Uczestniczki zgłaszały trudności w zgłaszaniu umów uaktywniających do ZUS oraz w uzyskiwaniu informacji o wysokości składek opłacanych za nianie. Pojawiały się także wątpliwości interpretacyjne dotyczące ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 – przepisy nie precyzowały jednoznacznie, w jakich sytuacjach matka nie może zawrzeć umowy uaktywniającej, co powodowało niepewność prawną i ryzyko błędów formalnych.

2. **Brak dostarczania dokumentów potwierdzających rezultaty** Beneficjenci mieli trudności z wyegzekwowaniem od uczestników dokumentów potwierdzających ich status na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie. Chodziło m.in. o kopie umów o pracę lub zlecenie, które były niezbędne do wykazania osiągnięcia wskaźników rezultatu.

5.2.2 PI 8V – DZIAŁANIE X.2: ROZWÓJ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

PODDZIAŁANIE X.2.1 KONKURENCYJNOŚĆ PRZEDSIĘBIORSTW I ICH PRACOWNIKÓW

Grupa 1. Problemy techniczne, systemowe i integracyjne (BUR / SL2014)

1. **Brak integracji BUR z SL2014** Kluczowym problemem był brak możliwości automatycznej integracji BUR z systemem SL2014 w zakresie monitoringu uczestników. Dane dotyczące zarówno uczestników instytucjonalnych, jak i indywidualnych musiały być ręcznie wprowadzane do SL2014.
2. **Błędy i brak stabilności w raportowaniu (JASPER)** Operatorzy zgłaszali problemy z raportami generowanymi w systemie JASPER, które były powiązane z BUR. Pojawiały się zdublowane zapisy na usługi, co prowadziło do nieprawidłowych wyliczeń kosztów osobogodziny i wymuszało dodatkową weryfikację danych.
3. **Nieprawidłowy proces rejestracji w BUR** Zdarzało się, że firma zapisywała się na usługi jako uczestnik indywidualny, a nie instytucjonalny, co groziło uznaniem kosztów za niekwalifikowalne. Do momentu wprowadzenia zmian w BUR nie było możliwości korekty zapisów wstecz.
4. **Brak dostępu do danych w okresach urlopowych** W okresach świątecznych i urlopowych operatorzy nie mieli kontaktu z osobami odpowiedzialnymi po stronie PARP za udostępnianie danych z BUR. Powodowało to opóźnienia w integracji systemów i weryfikacji usług.
5. **Nieterminowe wypełnianie ankiet w BUR** MŚP nie wypełniały w terminie ankiet oceniających usługi w BUR, co blokowało możliwość rozliczenia usług rozwojowych.
6. **Błędy w rozliczaniu cen godzinowych** System BUR automatycznie zaokrąglał cenę za godzinę usługi do dwóch miejsc po przecinku. W efekcie, przy mnożeniu przez liczbę godzin, powstawały różnice kilku groszy w stosunku do ceny całkowitej, co powodowało rozbieżności i opóźnienia w rozliczeniach.

Grupa 2. Problemy z Podmiotami Świadczącymi Usługi Rozwojowe (PŚUR)

1. **Opieszałość PŚUR w rozliczaniu usług** Firmy szkoleniowe nie miały określonych terminów na rozliczenie zrealizowanych usług z operatorem. Powodowało to przewlekłe procesy rozliczeniowe, które zaburzały płynność finansową projektów i utrudniały bieżące raportowanie.
2. **Manipulowanie statusami usług w BUR** PŚUR mogły utrzymywać status uczestnika projektu „oczekuje” zamiast zmieniać go na „ukończył”, co blokowało dalsze działania rozliczeniowe. Takie praktyki prowadziły do zwrotu niewykorzystanych bonów i zmniejszały efektywność wykorzystania środków.

3. **Brak reakcji na obowiązki formalne** Operatorzy nie mieli narzędzi, aby skutecznie egzekwować od PŚUR obowiązek załączania dokumentów rozliczeniowych, zmiany statusów w BUR czy wystawiania faktur.
4. **Niewłaściwe kategoryzowanie usług w BUR** PARP, jako Administrator BUR – podmiot odpowiedzialny za system, błędnie kategoryzował niektóre usługi (np. szkoleniowe jako doradcze). Skutkowało to wyższym limitem dofinansowania za godzinę i budziło obawy operatorów o odpowiedzialność za błędy, na które nie mieli wpływu.
5. **Zmiany harmonogramu i miejsca realizacji usług** PŚUR często dokonywały zmian w harmonogramie lub miejscu realizacji usług tuż przed ich rozpoczęciem. Choć system BUR dopuszczał takie zmiany, utrudniało to prowadzenie wizyt monitoringowych i kontrolę jakości usług.
6. **Nieadekwatne zasady rozliczania dla PŚUR** Regulamin przewidywał rozliczenie dopiero po zakończeniu całej usługi rozwojowej. W przypadku długich cykli szkoleniowych (np. na uczelniach czy w szkołach językowych) oznaczało to odroczenie płatności nawet o rok, co zniechęcało część podmiotów do rejestracji w BUR.

Grupa 3. Ryzyko finansowe, administracyjne i zabezpieczenia

1. **Ryzyko wyczerpania alokacji i nierealność wskaźników** Wnioski składane w naborach opiewały na bardzo wysokie kwoty, co groziło szybkim wyczerpaniem dostępnej puli środków. Tworzyło to ryzyko, że część zaplanowanych wskaźników nie zostanie osiągnięta, a operatorzy będą musieli ograniczać liczbę przyjmowanych uczestników.
2. **Opóźnienia w otrzymywaniu transz dofinansowania** Operatorzy zgłaszali długie oczekiwanie na przekazanie transz – nawet ponad miesiąc od zatwierdzenia wniosku o płatność. W jednym przypadku nie otrzymano dwóch zaległych transz, co bezpośrednio zagrażało płynności finansowej projektu.
3. **Brak płynności finansowej po wprowadzeniu aneksu dotyczącego zabezpieczenia** Aneks do umowy o dofinansowanie ograniczał możliwość wnioskowania o 100% transzy, zakładając sztucznie, że część środków pozostaje niewydatkowana.
4. **Obniżanie transz przez IZ** W niektórych przypadkach obniżano wysokość transzy, co uniemożliwiało operatorom bieżące opłacanie usług rozwojowych, co dodatkowo spowalniało realizację projektów.
5. **Problemy z uzyskaniem zabezpieczenia umowy** Proces akceptacji form zabezpieczenia (np. poręczeń cywilnych) był przedłużony, co opóźniało podpisanie umów o dofinansowanie.
6. **Generowanie dochodu w projekcie** Zgodnie z regulaminem przedsiębiorcy mieli prawo ubiegać się o zwrot 20% niewykorzystanych bonów. W sytuacjach, gdy podmiot nie wykorzystał większej części przysługujących mu bonów, powstawała nadwyżka, która była traktowana jako dochód projektu, która wymagała dodatkowych wyjaśnień.

Grupa 4. Problemy związane z grupami docelowymi i wskaźnikami

1. **Niechęć udziału osób 50+** Operatorzy odnotowywali malejące zainteresowanie wsparciem w tej grupie wiekowej. Przyczynami były obawy o zakażenie COVID-19 (osoby 50+ należały do grupy podwyższonego ryzyka), ograniczone kompetencje cyfrowe utrudniające korzystanie z usług online oraz preferencja dla tradycyjnych form szkoleń, które w czasie pandemii były ograniczone.
2. **Niski udział średnich przedsiębiorstw** Średnie firmy niechętnie korzystały z projektów, mimo że to właśnie one delegują do korzystania ze wsparcia największy odsetek pracowników 50+ i osób o niskich kwalifikacjach.
3. **Problemy z osiągnięciem wskaźników restrukturyzacyjnych** Liczba firm przechodzących procesy restrukturyzacyjne była niższa niż zakładano we wnioskach o dofinansowanie.
4. **Nienasycony rynek usług szkoleniowych** W województwie łódzkim rynek usług rozwojowych stopniowo się nasycał, co utrudniało pozyskiwanie nowych uczestników i realizację zakładanej liczby usług. W efekcie operatorzy mieli trudności z osiągnięciem wskaźnika liczby osób objętych wsparciem.

Grupa 5. Wpływ pandemii COVID-19 i innych czynników zewnętrznych

1. **Spadek zainteresowania i rezygnacje** Pandemia spowodowała znaczne zmniejszenie zainteresowania udziałem w projektach. Wiele przedsiębiorstw i pracowników rezygnowało z podpisania umów lub z zapisów na usługi rozwojowe.
2. **Zmiana trybu realizacji usług** Konieczne było przeniesienie większości usług ze stacjonarnych na zdalne. Wiele szkoleń i doradztw zostało odwołanych, przerwanych lub zawieszonych.
3. **Opóźnienia w rozliczeniach (faktury „zawieszone”)** Duży odsetek faktur został wstrzymany do wyjaśnienia w ramach prowadzonych kontroli. Istniało ryzyko, że uczestnicy usług nie zostaną uznani w ramach wskaźników rezultatu, co mogło obniżyć skuteczność projektów.
4. **Nieprawidłowości w uczestnictwie** Podczas wizyt monitoringowych stwierdzano przypadki nieprawidłowości, takie jak brak obecności skierowanych pracowników na usługach czy absencja uczestników. Prowadziło to do rozwiązywania umów wsparcia i obniżenia liczby osób faktycznie korzystających z usług rozwojowych.

PODDZIAŁANIE X.2.2 WDROŻENIE PROGRAMÓW TYPU OUTPLACEMENT

Grupa 1. Trudności w rekrutacji i problemy z grupą docelową

1. **Niska skuteczność standardowych narzędzi rekrutacyjnych** Pomimo stosowania plakatów, ulotek i ogłoszeń, nie udało się skompletować pełnych grup szkoleniowych ani pozyskać wymaganej liczby dokumentów rekrutacyjnych. Współpraca z instytucjami rynku pracy (PUP, WUP, związki zawodowe, agencje zatrudnienia) również nie przynosiła oczekiwanych efektów.
2. **Konkurencja na rynku pracy i projektów** Rekrutację utrudniała równoległa działalność Powiatowych Urzędów Pracy, które prowadziły nabory tej samej grupy docelowej do własnych projektów.

3. **Barierze ze strony pracodawców** Większe firmy przeprowadzające zwolnienia grupowe nie były zainteresowane rozpowszechnianiem informacji o projektach wśród swoich pracowników. Trudno było dotrzeć do osób zagrożonych utratą pracy.
4. **Trudności w rekrutacji grup priorytetowych (wiek/płeć)** Szczególnie trudne było pozyskanie osób w wieku 50+/54+, które często korzystały z ochrony przedemerytalnej lub zasiłków przedemerytalnych i nie były zainteresowane aktywizacją. Problematiczne było także osiągnięcie wskaźników płci – np. projekt cieszył się większym zainteresowaniem kobiet, ale jednocześnie pojawiały się trudności w utrzymaniu odpowiedniego udziału kobiet i mężczyzn. Kryteria premiujące – np. dla mężczyzn młodych (do 30 lat) oraz starszych (50+ lub 54+), utrudniające dostęp do wsparcia mężczyznom w wieku produkcyjnym (30–50 lat) – były postrzegane jako utrudnienie.
5. **Rezygnacje z powodu wydłużającego się procesu rekrutacji** Kandydaci rezygnowali z udziału, gdy proces rekrutacyjny przeciągał się w czasie. Aby temu przeciwdziałać, wprowadzano rekrutację w trybie cotygodniowym, co jednak zwiększało obciążenie organizacyjne.

Grupa 2. Problemy z realizacją wsparcia i osiągnięciem wskaźników

1. **Niska użyteczność staży** Wielu pracodawców nie było zainteresowanych podpisywaniem umów stażowych, wskazując na brak zapotrzebowania na stażystów. Dodatkowo niskie wynagrodzenie stażowe zniechęcało część osób do udziału w tej formie wsparcia.
2. **Problemy z organizacją szkoleń dla małych grup** Beneficjenci często musieli organizować szkolenia dla bardzo małych grup. Rynek szkoleń nie był zainteresowany realizacją takich usług, co skutkowało brakiem oferentów lub znacznym wzrostem cen jednostkowych.
3. **Trudności w subsydiowanym zatrudnieniu i stażach** Procedury wyłaniania wykonawców szkoleń były zbyt długie, a długi czas oczekiwania na egzaminy (np. prawo jazdy – 4–5 tygodni) powodował opóźnienia w rozpoczęciu staży. Dodatkowo niska zdawalność egzaminów wydłużała proces aktywizacji. Zdarzało się również, że pracodawcy oferowali uczestnikom wynagrodzenia niższe niż refundacja przewidziana w projekcie.
4. **Niska efektywność pośrednictwa pracy** Pośrednictwo pracy realizowane w ramach jednego etatu i przy niskiej stawce okazało się nieefektywne. Konieczne było przekształcenie umów o pracę na umowy zlecenia i podwyższenie wynagrodzeń. Część uczestników nie była zainteresowana korzystaniem z pośrednictwa, ponieważ miała już wybranego pracodawcę lub podjęła zatrudnienie na wcześniejszym etapie projektu.

Grupa 3. Problemy związane z grupami docelowymi i rezygnacjami

1. **Rezygnacje z powodu podjęcia zatrudnienia** Uczestnicy podejmowali pracę w trakcie trwania szkolenia lub stażu, co skutkowało rezygnacją z dalszego udziału w projekcie. Z jednej strony poprawiało to wartość wskaźników dotyczących podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia, ale z drugiej obniżało realizację wskaźników produktu (np. liczba osób kończących pełną ścieżkę wsparcia).

2. **Rezygnacje ze względów osobistych i zdrowotnych** Część uczestników rezygnowała z udziału z powodu poważnych chorób, problemów rodzinnych, wyjazdu za granicę czy nawet sytuacji losowych, takich jak osadzenie w zakładzie karnym. Powodowało to konieczność ciągłego uzupełniania grup i wydłużało proces realizacji.
3. **Problemy ze ścieżką dotacyjną**
 - Rekrutacja na ścieżkę działalności gospodarczej była szczególnie trudna – zainteresowanie było niskie, co zmuszało beneficjentów do zmniejszania liczby uczestników w tej ścieżce i przenoszenia ich na inne formy wsparcia.
 - Odmowy przyznania dotacji z powodu niskiej oceny biznesplanów prowadziły do rezygnacji uczestników, którzy nie byli zainteresowani alternatywnymi formami wsparcia (np. stażami).
 - Występowały problemy z rozliczaniem dotacji i wsparcia pomostowego – część uczestników unikała kontaktu, nie składała rozliczeń, a w jednym przypadku doszło do sprzedaży sprzętu zakupionego z dotacji. Beneficjenci musieli uruchamiać procedury prawne (np. wykonalność aktu notarialnego) w celu odzyskania środków.
 - Uczestnicy zgłaszali obawy dotyczące rozliczeń VAT i konieczności zmiany deklaracji podatkowych w okresie trwałości działalności, co zniechęcało część osób do podejmowania działalności gospodarczej.

Grupa 4. Wpływ pandemii COVID-19 i innych czynników zewnętrznych

1. **Zawieszenie i zmiana formy szkoleń** W związku z pandemią część szkoleń musiała zostać czasowo zawieszona lub przeniesiona do formy zdalnej. Było to szczególnie problematyczne dla osób starszych, które miały trudności z obsługą narzędzi online.
2. **Kontrole zdalne i dokumentacja** Beneficjenci musieli przeprowadzać kontrole firm założonych dzięki dotacjom w trybie zdalnym. Uczestnicy przysyłali zdjęcia zakupionych towarów, które miały być weryfikowane ponownie podczas kontroli po ustaniu pandemii.
3. **Problemy z egzaminami państwowymi** Część uczestników nie mogła podejść do egzaminów zawodowych w wyznaczonym terminie z powodu kwarantanny lub zachorowania na COVID-19.
4. **Wsparcie pomostowe online** Doradztwo w ramach wsparcia pomostowego od kwietnia 2020 r. odbywało się wyłącznie online, co ograniczało jego skuteczność i użyteczność oraz utrudniało kontakt z częścią uczestników.
5. **Przesunięcia harmonogramów projektów** Z powodu ustawy COVID-19 konieczne było wydłużenie okresu realizacji projektów, np. o dodatkowe dwa miesiące, aby umożliwić dokończenie działań.
6. **Błędy w refundacjach i rozliczeniach ZUS** W wyniku korzystania przez pracodawców z ulg ZUS pojawiły się błędy w refundacjach wynagrodzeń. Uczestnicy musieli zwracać nienależnie wypłacone środki, a partner projektu pokrywał brakujące kwoty z własnych środków.

PODDZIAŁANIE X.3.1 PROGRAMY Z UWZGLĘDNIENIEM REHABILITACJI MEDYCZNEJ UŁATWIAJĄCE POWROTY DO PRACY ORAZ UMOŻLIWIAJĄCE WYDŁUŻENIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

Grupa 1. Trudności w rekrutacji, mobilizacji i udziale grup docelowych

1. **Opóźnienia w rozpoczęciu rekrutacji i realizacji** Przygotowanie do prawidłowej realizacji projektów zajmowało więcej czasu niż zakładano. W początkowej fazie występowały trudności z rekrutacją uczestników, które wymagały intensyfikacji działań promocyjnych. Dodatkowo uruchomienie przez NFZ świadczeń rehabilitacyjnych stanowiło konkurencję dla projektów, ograniczając zainteresowanie uczestników.
2. **Problemy z pozyskaniem uczestników spoza Łodzi** Dużym wyzwaniem było dotarcie do osób mieszkających poza Łodzią, zwłaszcza na terenach wiejskich i w małych miejscowościach. Możliwe też, że nie wszyscy beneficjenci uwzględniali we wnioskach finansowania takich wydatków, albo je uwzględniali, ale nie informowali wystarczająco uczestników o możliwości refundacji kosztów dojazdu. W efekcie, mimo umów partnerskich i kampanii informacyjnych mieszkańcy niechętnie decydowali się na dojazdy. Konkurencja ze strony lokalnych NZOZ-ów oraz wysokie koszty paliwa dodatkowo zniechęcały potencjalnych uczestników.
3. **Trudności z mobilizacją do udziału w kolejnych etapach wsparcia** Uczestnicy nie zgłaszali się na drugą i trzecią konsultację lekarską, zapominali o terminach lub odwoływali wizyty z obawy o zdrowie. Po zakończeniu cykli rehabilitacyjnych pacjenci nie byli zainteresowani dalszym udziałem w poradach dietetycznych czy psychologicznych.
4. **Trudności w rekrutacji według płci i kryteriów kwalifikacyjnych** Projekty miały problem z pozyskaniem odpowiedniej liczby mężczyzn/kobiet. Dodatkowo wąsko określone jednostki chorobowe kwalifikujące do udziału ograniczały liczbę potencjalnych uczestników.

Grupa 2. Problemy administracyjne, finansowe i sprawozdawcze

1. **Nieterminowe przekazywanie dokumentacji wewnątrz placówek** Lekarze POZ i rehabilitanci przekazywali dokumenty pacjentów z opóźnieniem, często w sposób nieuporządkowany („z rąk do rąk”). Dodatkowym czynnikiem była nieobecność kadry w okresie urlopowym.
2. **Problemy z dokumentacją rezultatów** Uczestnicy zwlekali z dostarczaniem zaświadczeń o zatrudnieniu lub kontynuacji pracy. Część z nich pracowała zdalnie i nie miała kontaktu z pracodawcą, co utrudniało uzyskanie dokumentów. Instytucja Zarządzająca odrzucała część zaświadczeń z powodów formalnych (np. daty wystawienia), a uczestnicy niechętnie podawali dane wrażliwe (np. informacje o niepełnosprawności).
3. **Błędy w realizacji zadań i wskaźnikach** Występowały przypadki błędnej interpretacji harmonogramu – np. konsultacje lekarskie obejmowały osoby, które nie uczestniczyły w zajęciach aktywności fizycznej. Zdarzały się także błędy w sprawozdawczości: pomyłki w liczbie składanych wniosków o płatność, nieprawidłowe przeliczenia wartości narastających czy błędne raportowanie wskaźników.

Grupa 3. Opóźnienia i nieprawidłowości kadrowe oraz organizacyjne

1. Problemy z wyłonieniem kadry i rotacja

- Brakowało ofert na wybór lekarzy prowadzących rehabilitacyjne porady lekarskie (I, II i III).
- Proces wyboru kadry medycznej i trenerów był wydłużony z powodu złożoności postępowań i konieczności zachowania staranności proceduralnej.
- Odnotowano rotację pracowników – np. koordynator projektu złożył wypowiedzenie po krótkim okresie pracy, a dietetyk zatrudniony w placówce odmówił realizacji konsultacji w projekcie, co wymusiło ponowne ogłoszenie postępowania.
- Opóźnienia wynikały również z absencji kadry (np. zwolnienia lekarskie lekarza).

2. Wewnętrzne zasady rozliczeń personelu

Początkowo zakładano zatrudnienie lekarzy i fizjoterapeutów na umowach cywilnoprawnych, co wymagało przygotowania zapytań ofertowych i publikacji w Bazie Konkurencyjności.

3. Błędy w organizacji pracy

Występowały nieprawidłowości w ewidencji czasu pracy – np. błędne wpisy godzin pracy rehabilitantów w bazie personelu.

Grupa 4. Wpływ pandemii COVID-19 i innych czynników zewnętrznych

1. **Zawieszenie i wstrzymanie działań projektowych** Beneficjenci musieli ograniczyć realizowane działania oraz czasowo zawiesić realizację projektów. Spowodowało to przerwanie ciągłości wsparcia i konieczność późniejszego wydłużania harmonogramów.
2. **Obawy pacjentów i personelu** Pacjenci – głównie osoby starsze i schorowane, należące do grupy ryzyka – rezygnowali z udziału w zajęciach rehabilitacyjnych i konsultacjach z obawy przed zakażeniem COVID-19. Również personel medyczny zgłaszał obawy o własne bezpieczeństwo, co ograniczało dostępność usług.
3. **Utrudniona rekrutacja i dostęp do lekarzy** W okresach wzrostu zakażeń COVID-19 rekrutacja nowych uczestników była znacznie utrudniona. Dodatkowo lekarze POZ, którzy mieli kierować pacjentów do projektów, skupiali się na zadaniach związanych z pandemią, co ograniczało liczbę wydawanych skierowań.
4. **Konsekwencje organizacyjne** Pandemia spowodowała opóźnienia w przekazywaniu dokumentacji oraz utrudnienia w komunikacji między personelem. Izolacja społeczna i praca zdalna utrudniały sprawny obieg dokumentów, co przekładało się na opóźnienia w sprawozdawczości i rozliczeniach.

Grupa 5. Problemy specyficzne dla realizacji świadczeń medycznych

1. **Niewykorzystanie zaplanowanych zabiegów i konsultacji** Część zaplanowanych świadczeń nie była realizowana. Wynikało to z braku zainteresowania pacjentów oraz z tego, że nie uznawali tych elementów za istotne dla swojego procesu leczenia.
2. **Ograniczenia medyczne dla pacjentów onkologicznych** Ze względu na specyfikę stanu zdrowia pacjentów onkologicznych lekarze musieli ograniczać stosowanie niektórych zabiegów, np. elektrostymulacji.

3. **Nieregularność cykli rehabilitacyjnych** Cykle rehabilitacyjne trwały dłużej niż planowane trzy tygodnie. Wynikało to z odwoływania wizyt przez pacjentów z powodu złego samopoczucia, pogorszenia stanu zdrowia lub trudności z bezpiecznym dojazdem.
4. **Brak zainteresowania zwrotem kosztów dojazdu** Uczestnicy korzystali z możliwości zwrotu kosztów dojazdu na rehabilitację. Wynikać to mogło zarówno z mniejszego zainteresowania korzystaniem ze świadczeń realizowanych w miejscu oddalonym od miejsca zamieszkania, jak i niechęci do dokumentowania kosztów dojazdu lub faktu, że beneficjenci nie informowali wystarczająco uczestników o możliwości refundacji kosztów dojazdu. W efekcie w budżetach projektów powstawały oszczędności, które beneficjenci planowali zwrócić na koniec realizacji projektu.

PODDZIAŁANIE X.3.2 PROGRAMY PROFILAKTYCZNE DOTYCZĄCE CHOROÓB BĘDĄCYCH ISTOTNYM PROBLEMEM ZDROWOTNYM REGIONU

Grupa 1. Problemy związane z rekrutacją i zaangażowaniem uczestników

1. **Niska zgłaszalność ogólna** Liczba chętnych do udziału w programach była znacznie niższa niż zakładano. W niektórych okresach sprawozdawczych zgłaszało się jedynie kilka osób (np. 9–10 uczestników), co powodowało ryzyko nieosiągnięcia wskaźników produktu.
2. **Trudności w rekrutacji osób w wieku 50+** Grupa docelowa w wieku aktywności zawodowej (50–65 lat) wykazywała mniejsze zainteresowanie niż przewidywano. Beneficjenci obawiali się, że nie uda się osiągnąć zamierzonych wartości wskaźników dotyczących tej kategorii wiekowej, mimo że była ona kluczowa dla programów profilaktycznych.
3. **Nierównowaga płci** W projektach zgłaszało się znacznie więcej kobiet niż mężczyzn, co uniemożliwiało zachowanie odpowiednich proporcji płci wymaganych we wskaźnikach.
4. **Brak zainteresowania profilaktyką** Występowały trudności z pozyskaniem osób do badań przesiewowych w zakresie mniej popularnych schorzeń, np. przewlekłych chorób nerek.
5. **Nasylenie rynku profilaktycznego** Potencjalni uczestnicy mieli już wcześniej wykonane badania w ramach innych programów. Dodatkowo działania NFZ były tożsame z projektami i stanowiły bezpośrednią konkurencję, ograniczając liczbę nowych zgłoszeń.
6. **Rezygnacja z form wsparcia** Uczestnicy nie chcieli korzystać ze zwrotu kosztów dojazdu ani z refundacji opieki nad osobą zależną. Wynikać to mogło zarówno z mniejszego zainteresowania korzystaniem ze świadczeń realizowanych w miejscu oddalonym od miejsca zamieszkania, jak i niechęci do dokumentowania kosztów dojazdu lub faktu, że beneficjenci nie informowali wystarczająco uczestników o możliwości refundacji kosztów dojazdu. Powodowało to niewykorzystanie zaplanowanych środków w budżecie.

Grupa 2. Wpływ pandemii COVID-19 i innych czynników zewnętrznych

1. **Obawa przed zarażeniem i unikanie wizyt** Stan pandemii sprawił, że pacjenci – szczególnie osoby starsze, będące główną grupą docelową – unikali wizyt w placówkach medycznych, wybierając teleporady. Wzrost liczby zakażeń powodował dodatkowo liczne odwołania wizyt

z powodu chorób i kwarantanny, a lekarze interniści pracujący w systemie teleinformatycznym ograniczali dostęp pacjentów do poradni.

2. **Sezonowość i czynniki pogodowe** Zgłaszalność uczestników była niższa w okresach jesienno-zimowych, kiedy nakładał się sezon grypowy i świąteczny, a także w czasie wakacji, gdy wiele osób przebywało na urloпах. W przypadku programów dermatologicznych zimą obserwowano mniejsze zainteresowanie badaniami skóry.
3. **Wpływ obostrzeń na usługi komplementarne** Wprowadzone restrykcje uniemożliwiły realizację części działań towarzyszących, które miały wspierać profilaktykę i promocję zdrowia. Zamknięcie obiektów sportowych zablokowało możliwość prowadzenia zajęć aktywności fizycznej, a zakaz organizacji spotkań i eventów edukacyjnych ograniczył działania promocyjne i utrudnił pozyskiwanie nowych uczestników do projektów.

Grupa 3. Problemy organizacyjne i kadrowe placówek medycznych

1. **Opóźnienia w rekrutacji i szkoleniu kadry medycznej** Realizacja projektów była opóźniona z powodu przedłużających się procedur wyboru lekarzy POZ i specjalistów. Występowały także trudności z ustaleniem harmonogramów pracy lekarzy w ramach projektu, ponieważ musieli oni łączyć obowiązki w POZ z dodatkowymi zadaniami projektowymi.
2. **Brak współpracy lekarzy POZ i personelu** Lekarze POZ niechętnie angażowali się w projekty – odmawiali wystawiania skierowań na badania, uznając je za zbędne, lub nie chcieli wydawać zaświadczeń, argumentując, że beneficjent powinien finansować wizyty z budżetu projektu.
3. **Problemy z organizacją szkoleń dla personelu** Trudności dotyczyły także szkoleń dla lekarzy i personelu medycznego. Nie udawało się zebrać grupy na niektóre szkolenia branżowe, a w przypadku szkoleń dla lekarzy POZ wymagane było rezerwowanie terminów z kilkumiesięcznym wyprzedzeniem, co dodatkowo opóźniało realizację projektów.

Grupa 4. Problemy logistyczne, finansowe i związane z lokalizacją

1. **Opóźnienia wynikające z infrastruktury i dostępu** Realizację projektów utrudniały remonty budynków i poradni, które ograniczały dostęp do pomieszczeń przeznaczonych na badania. Dodatkowo długotrwałe remonty dróg i wiaduktów powodowały konieczność objazdów, co zniechęcało uczestników do dojazdu na wizyty.
2. **Problemy z badaniami i sprzętem** W niektórych projektach brakowało ofert na dostawę specjalistycznego sprzętu. Część uczestników nie chciała korzystać z badań laboratoryjnych w punktach diagnostycznych projektu, przynosząc wyniki z innych placówek, co komplikowało spójność dokumentacji. Pojawiały się także trudności z realizacją końcowych wizyt lekarskich i badań biochemicznych.
3. **Błędy w sprawozdawczości i w rozliczaniu** Opóźnienia w składaniu wniosków o płatność wynikały z przetrzymywania dokumentacji przez lekarzy i opóźnionego jej przekazywania do biura realizatora projektu. Zdarzały się błędy w raportowaniu wskaźników narastająco, np. niewłaściwe sumowanie danych lub nieuwzględnianie uczestników z poprzednich okresów. Wystąpiły także przypadki nieprawidłowego rozliczenia wydatków.

4. **Koszty promocji niezgodne z budżetem** Beneficjenci zgłaszali problemy z realizacją działań promocyjnych – ceny spotów radiowych i reklam zewnętrznych były znacznie wyższe niż zakładano w budżecie, co wymagało przesunięć finansowych i ograniczania skali promocji.
5. **Rezygnacja z form wsparcia** Uczestnicy nie chcieli korzystać ze zwrotu kosztów dojazdu ani z refundacji opieki nad osobą zależną. Deklarowali, że dojeżdżają własnym transportem, którego nie chcą dokumentować, co powodowało niewykorzystanie zaplanowanych środków w budżecie.

Grupa 5. Wątpliwości i wyzwania natury programowej

1. **Restrykcyjne kryteria kwalifikacyjne** Wymóg, aby uczestnicy nie korzystali z niektórych badań w ciągu ostatnich trzech lat, znacząco ograniczał liczbę osób mogących wziąć udział w programach profilaktyki. W praktyce duża grupa potencjalnych uczestników była wykluczona, mimo że mogła odnieść korzyści zdrowotne.
2. **Brak chęci udziału w pełnej ścieżce wsparcia** Uczestnicy nie zawsze byli zainteresowani wszystkimi elementami programu. Rezygnowali z zajęć grupowych z psychologiem, co groziło nieosiągnięciem wskaźników w tym zakresie. Podobnie niechętnie korzystali z refundowanej aktywności fizycznej, preferując ćwiczenia w domu lub na świeżym powietrzu. Występowały także rezygnacje z wizyt kontrolnych i środowiskowych form wsparcia – pacjenci odwoływali spotkania lub nie stawiali się na umówione terminy.

PODDZIAŁANIE X.3.3 DZIAŁANIA UZUPEŁNIAJĄCE POPULACYJNE PROGRAMY PROFILAKTYCZNE W KIERUNKU WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORU JELIT GRUBEGO, PIERSI I SZYJKI MACICY

Grupa 1. Wpływ pandemii COVID-19 i innych czynników zewnętrznych

1. **Zawieszenie działań i ryzyko terminowe** W marcu 2020 r. projekty zostały wstrzymane w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego. Zgodnie z komunikatem NFZ całkowicie zawieszono świadczenia w mammobusach i pracowniach stacjonarnych. Niemożliwe było także prowadzenie imprez masowych – samorządy odwoływały imprezy gminne, powiatowe czy wydarzenia w centrach handlowych, co uniemożliwiało ustawianie stoisk edukacyjnych.
2. **Obawy uczestników i spadek zgłaszalności** Pacjenci, obawiając się zakażenia, odwoływali wcześniej umówione wizyty i prosili o przesunięcie terminów badań.
3. **Trudności w edukacji i szkoleniach** Szkolenia dla kadry medycznej nie mogły się odbyć, ponieważ personel POZ pracował w trybie teleporad. Działania edukacyjne były dodatkowo utrudnione przez wykluczenie cyfrowe grupy docelowej – kobiet 50+, które nie korzystały z narzędzi online. Część personelu medycznego, odmawiała udziału w działaniach z powodu obaw o własne bezpieczeństwo.

Grupa 2. Problemy z rekrutacją i grupą docelową

1. **Niska zgłaszalność grup priorytetowych** Szczególnie trudne było zachęcenie do udziału osób z terenów wiejskich i małych miejscowości (poniżej 20 tys. mieszkańców). Osoby z tzw.

„białych plam” rzadko zgłaszały się na badania, a udział w badaniach pracowniczych również był niższy od oczekiwań.

2. **Wymogi formalne i niechęć do podawania danych** Pacjenci niechętnie wypełniali formularze zgłoszeniowe, obawiając się podawania danych wrażliwych (np. PESEL, dokument tożsamości). Dodatkowo wiele formularzy było wypełnionych błędnie lub niekompletnie, co uniemożliwiało wpisanie uczestników do systemu monitorowania.
3. **Niekwalifikowalność uczestników** Zdarzały się przypadki, że osoby musiały zostać usunięte z rozliczeń i bazy monitorowania, ponieważ nie spełniały kryteriów formalnych – np. ze względu na miejsce zamieszkania poza obszarem objętym projektem.

Grupa 3. Problemy związane z formami wsparcia i płatnościami

1. **Niski wskaźnik zwrotu kosztów dojazdu i opieki** Uczestnicy nie byli zainteresowani zwrotem kosztów dojazdu ani opieki nad osobą niesamodzielną. Wskazywali, że kwoty zwrotów są zbyt niskie i nieopłacalne w stosunku do konieczności wypełniania dokumentów.
2. **Wyzwania transportowe i zmiana formy wsparcia** Firmy przewozowe nie chciały brać odpowiedzialności za pacjentów po badaniach wykonywanych w znieczuleniu. W związku z tym beneficjenci musieli uzyskać zgodę na zmianę formy wsparcia – z organizacji transportu na refundację kosztów dojazdu. Pojawiały się także sytuacje, gdy pary lub małżeństwa podróżujące jednym środkiem transportu były rozliczane indywidualnie, co wymagało dodatkowych uzgodnień.
3. **Znieczulenie (sedacja) i jego wpływ na rekrutację** Nie wszyscy pacjenci byli kwalifikowani przez anestezjologa do znieczulenia ogólnego, co ograniczało liczbę badań w sedacji. Wyczerpanie limitu sedacji powodowało konieczność finansowania kolejnych badań ze środków własnych beneficjenta. Brak możliwości zapewnienia znieczulenia zniechęcał część osób do udziału w badaniach, co negatywnie wpływało na rekrutację.
4. **Problemy z badaniami i sprzętem** Beneficjenci napotykali trudności w zakupie specjalistycznego sprzętu (np. zaplanowany do zakupu kolonoskop, który okazał się już niedostępny w chwili realizacji projektu). Zdarzały się także sytuacje, w których badania musiały być powtarzane (np. kolonoskopie), ponieważ pierwsze badanie nie pozwalało na pełną ocenę jelita.

Grupa 4. Problemy organizacyjne, kadrowe i błędy

1. **Brak kadry i rotacja** Beneficjenci mieli trudności z pozyskaniem lekarzy POZ do udziału w szkoleniach – liczba chętnych była znikoma. Występowały także absencje chorobowe wśród kluczowych osób, np. koordynatora projektu, co powodowało opóźnienia w realizacji działań.
2. **Problemy z obiegiem dokumentów** W projektach partnerskich (np. ze szpitalami i POZ) kompletowanie dokumentacji było utrudnione, co skutkowało opóźnieniami w składaniu wniosków o płatność. Dodatkowo część pacjentów błędnie wypełniała formularze (np. brak nazwy ulicy na terenach wiejskich).

3. **Kwestie wynagrodzeń** W jednym z projektów pojawiła się konieczność nietypowego rozwiązania w zakresie zatrudnienia edukatorki zdrowia – zamiast standardowej umowy przyznano jej premię (850 zł brutto brutto), co wymagało uzgodnień z Instytucją Zarządzającą.
4. **Błędy w rozliczeniach i wskaźnikach** Beneficjenci popełniali błędy w założeniach dotyczących rozliczeń badań. Zdarzały się także pomyłki w raportowaniu wskaźników narastająco – np. nieuwzględnienie kilkunastu osób w poprzednich okresach sprawozdawczych. Dodatkowo pojawiały się błędy w rozliczaniu VAT i konieczność przesuwania środków między kategoriami budżetowymi.

Grupa 5. Inne wyzwania programowe i logistyczne

1. **Konkurencja innych programów NFZ/Ministerstwa Zdrowia (MZ)** Realizację projektów utrudniały równoległe działania prowadzone przez NFZ i MZ, które pokrywały się z działaniami projektowymi i ograniczały zgłaszalność uczestników, którzy wybierali prostsze i bardziej dostępne formy badań.
2. **Brak zainteresowania dodatkowymi świadczeniami** Uczestnicy niechętnie korzystali z zajęć psychologicznych czy grupowych, mimo że były one elementem ścieżki wsparcia. Preferowali jedynie badania diagnostyczne. Dodatkowo pacjenci wybierali głównie godziny popołudniowe, mimo że badania były dostępne także popołudniami i w weekendy, co miało spełniać kryteria premiujące.
3. **Cyberatak** Doszło do cyberataku, który zablokował systemy i serwery. Utrata części danych, w tym materiałów edukacyjnych dla kadry medycznej, poważnie utrudniła dalszą realizację zadań i wymagała dodatkowych działań naprawczych.

5.3 PERSPEKTYWA BENEFICJENTÓW I ODBIORCÓW WSPARCIA

Rozdział ukazuje doświadczenia i opinie podmiotów oraz osób, które brały udział w realizacji RPO Wł 2014–2020. Z jednej strony przedstawia główne potrzeby i oczekiwania beneficjentów – instytucji samorządowych, przedsiębiorstw czy organizacji społecznych – które wdrażały projekty i odpowiadały za ich skuteczność. Z drugiej strony koncentruje się na odbiorcach wsparcia, czyli mieszkańcach regionu korzystających z efektów interwencji, takich jak dostęp do usług opiekuńczych, zdrowotnych czy edukacyjnych, możliwość podnoszenia kwalifikacji, aktywizacja zawodowa czy poprawa jakości życia.

Celem rozdziału jest syntetyczne przedstawienie, jak program był odbierany przez jego uczestników, jakie rezultaty uznali oni za najważniejsze oraz jakie bariery wskazywali w procesie korzystania ze wsparcia. Dzięki temu możliwe jest uchwycenie praktycznego wymiaru realizacji RPO Wł 2014-2020 – nie tylko w kategoriach wskaźników i finansów, lecz przede wszystkim z perspektywy ludzi i instytucji, których codzienne funkcjonowanie zostało bezpośrednio zmienione przez interwencje programu.

Rozdział stanowi podsumowanie informacji uzyskanych w badaniach zrealizowanych z beneficjentami (TDI) oraz odbiorcami wsparcia (TDI oraz badanie kwestionariuszowe) w badaniu ewaluacyjnym ex post.

5.3.1 PI 8IV – DZIAŁANIE X.1: POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3

Perspektywa beneficjentów

Beneficjenci działania X.1 (w ramach badania zrealizowano 4 TDI) podkreślali, że projekty **odpowiadały na realne potrzeby lokalnych społeczności i były oceniane jako społecznie pożądane**. Wskazywano na trwałość rezultatów – placówki utworzone w ramach wsparcia funkcjonują nadal, a liczba miejsc opieki została zwiększona w odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie. Zainteresowanie udziałem w projektach było bardzo wysokie, często przewyższające pierwotne założenia, co wymagało dodatkowych naborów i stosowania kryteriów rekrutacyjnych. Z perspektywy beneficjentów potwierdzało to zasadność interwencji i jej wpływ na aktywizację zawodową rodziców.

„Było większe zapotrzebowanie niż przewidywał projekt. (...) Ludzie już nawet byli w stanie przyjść z rana samego, żeby stać w kolejkach.” (TDI_32)

Proces aplikacyjny był jednak przez Beneficjentów oceniany jako wymagający i obciążony dużą ilością formalności. Uczestnicy wywiadów wskazywali na konieczność przygotowania szczegółowej dokumentacji, w tym wniosku, kosztorysu oraz uzasadnienia planowanych wydatków. Podkreślano, że projekty finansowane z EFS wymagają dużej precyzji i znajomości procedur, co czyni proces czasochłonnym i skomplikowanym.

„Samo pisanie wniosku zajęło bardzo dużo czasu, bo to było skomplikowane. (...) Ten proces był skomplikowany. On był trudny, w ogóle te projekty EFS-owskie, one aż takie proste do opisu nie są, one są żmudne. (...) Każde wydatki trzeba odpowiednio uzasadniać, przygotowując budżet, (...) do pewnych diagnoz przeprowadzonych wcześniej się odnieść, a także określić potrzeby, jakie w tym temacie mogą się pojawić, związane chociażby z ilością personelu, z wyposażeniem.” (TDI_29)

Jednocześnie część beneficjentów korzystała z pomocy wyspecjalizowanych firm doradczych, które przygotowywały wnioski w ich imieniu. To rozwiązanie znacząco ułatwiało przejście przez formalności i redukowało ryzyko błędów. Także wsparcie ze strony Instytucji Zarządzającej było oceniane jako dostępne i pomocne – beneficjenci korzystali z oficjalnych stron internetowych oraz kontaktu telefonicznego, uzyskując szybkie i szczegółowe odpowiedzi na pytania.

„Mieliśmy firmę, która za nas tak naprawdę pisała. [Więc] Tak naprawdę nie mieliśmy do końca aż takich problemów.” (TDI_32)

„Dzwoniłem do IZ z różnymi zapytaniem z naborem. (...) Odpowiedź była bardzo przydatna i szczegółowa.” (TDI_29)

Jednocześnie największym wyzwaniem w realizacji projektów nie było – w ocenie Beneficjentów – samo pozyskanie środków, lecz sprostanie wymogom sprawozdawczości i kontroli. Analiza wypowiedzi pokazuje, że beneficjenci postrzegali etap rozliczania jako najbardziej obciążający, wymagający skrupulatnego dokumentowania wydatków, monitorowania wskaźników oraz dostosowania się do rygorystycznych procedur.

„Nie sztuką dostać, ale sztuką później go rozliczyć.” (TDI_31)

Realizacja projektów była przez beneficjentów oceniana jako proces wymagający dużego zaangażowania organizacyjnego, ale jednocześnie przynoszący wyraźne i trwałe efekty społeczne. Najczęściej wskazywano, że działania odpowiadały na realny deficyt usług opiekuńczych w regionie i umożliwiały rodzicom dzieci do lat 3 powrót na rynek pracy. Placówki utworzone w ramach wsparcia funkcjonują nadal, a liczba miejsc opieki została zwiększona w odpowiedzi na rosnące potrzeby mieszkańców.

„Żłobek dalej funkcjonuje do dnia obecnego. Nawet jeszcze zwiększyliśmy liczbę osób korzystających, bo takie potrzeby ze strony miasta były.” (TDI_29)

Beneficjenci podkreślali wysokie zainteresowanie projektami – liczba zgłoszeń przewyższała pierwotne założenia, co wymagało dodatkowych naborów i stosowania kryteriów rekrutacyjnych. Wskazywano, że projekty były dobrze odbierane przez lokalne społeczności, a ich atrakcyjność wynikała z realnej ulgi finansowej i organizacyjnej dla rodziców.

Z perspektywy organizacyjnej realizacja projektów wymagała zapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych (koordynatorzy, specjaliści ds. finansów i rozliczeń, opiekunowie w placówkach) oraz infrastruktury lokalowej i sprzętowej. Doświadczenie beneficjentów pokazuje, że realizacja projektu – szczególnie w przypadku kiedy obejmowała tworzenie nowego punktu opieki – była przy tym obciążona wysokim poziomem niepewności. Wymagało to przygotowania całej infrastruktury i zespołu od zera, a jednocześnie wiązało się z ryzykiem dotyczącym braku zainteresowania lokalnej społeczności. Beneficjenci podkreślali, że na etapie uruchamiania placówki nie mieli pewności, jaki będzie odzew mieszkańców i czy projekt spotka się z oczekiwanym popytem. To pokazuje, że oprócz aspektów technicznych i administracyjnych, kluczowym elementem realizacji była zdolność do elastycznego reagowania na potrzeby rodziców i dostosowywania oferty do realnego zapotrzebowania.

„Koordynator, osoba do obsługi biura projektu i promocji, specjalista do spraw finansowych. (...) Ten żłobek dopiero powstawał, więc to jest nowy twór, więc wszystko właściwie od zera było robione i też nie wiedzieliśmy jaki będzie odzew mieszkańców.” (TDI_29)

Pandemia COVID-19 była jednym z najważniejszych czynników zakłócających realizację projektów opiekuńczych. Beneficjenci wskazywali na konieczność czasowego zamykania placówek, ograniczenia w liczbie dzieci przyjmowanych do żłobków i klubów malucha oraz rotacyjne przyjmowanie grup. W praktyce oznaczało to spadek frekwencji i trudności w utrzymaniu ciągłości wsparcia. Jednocześnie pandemia wymusiła modyfikacje budżetowe i organizacyjne. Beneficjenci podkreślali, że katalog wydatków kwalifikowalnych został rozszerzony o wydatki związane z bezpieczeństwem sanitarnym, co pozwoliło na zakup środków ochrony osobistej i dostosowanie placówek do nowych wymogów.

„Zdecydowanie tak – pandemia miała wpływ. (...) Okres realizacji projektu został wydłużony do końca 2021 roku. (...) Katalog kosztów kwalifikowanych został rozszerzony z uwagi na COVID. W projekcie dokonaliśmy aktualizacji budżetu i mogliśmy zakupić maseczki, rękawiczki oraz płyny do dezynfekcji. To wsparcie okazało się bardzo przydatne w tym okresie.” (TDI_29)

Beneficjenci wskazywali, że mimo ogólnej satysfakcji z efektów, proces realizacji projektów był obciążony szeregiem **trudności natury organizacyjnej i administracyjnej**. Najczęściej wymieniano

nadmierną biurokracją i rozbudowaną dokumentacją, która wymagała od rodziców i instytucji dodatkowych działań związanych z monitoringiem i raportowaniem wskaźników.

„Papierologia dla rodziców dzieci, które biorą udział w projekcie, jest troszkę większa niż przy takiej rekrutacji pozaprojektowej, bo trochę tych dokumentów jest, związanych właśnie z monitoringiem, z badaniem wskaźników.” (TDI 29)

Doświadczenia beneficjentów pokazują, że największym wyzwaniem nie była sama realizacja działań opiekuńczych, lecz utrzymanie zgodności z wymogami formalnymi i finansowymi, które wiązały się z zastosowaniem wysokiej dyscypliny organizacyjnej i dodatkowego wsparcia. Beneficjenci podkreślali także trudności w rozliczeniach finansowych, szczególnie w zakresie dokumentowania składek i uzgodnień z instytucjami takimi jak ZUS. Proces ten był czasochłonny i wymagał dodatkowych zasobów.

„Utrudniało kwestię udokumentowania rozliczeń, to pamiętam, że było problemowe, kwestia dogadania się z ZUS-em które składki jak, co powinno być rozliczane. (...) Trwało długo.” (TDI 31)

Beneficjenci zgodnie podkreślali, że **projekty osiągnęły zakładane cele i wskaźniki**, a w wielu przypadkach rezultaty były nawet wyższe niż planowano. Najważniejszym efektem projektów była możliwość powrotu rodziców – głównie matek – na rynek pracy. Utworzenie nowych miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 pozwoliło im na kontynuację zatrudnienia lub podjęcie nowej aktywności zawodowej. W praktyce oznaczało to nie tylko poprawę sytuacji ekonomicznej rodzin, ale także zwiększenie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym. Beneficjenci podkreślali, że projekty miały bezpośredni wpływ na aktywizację zawodową i przeciwdziałały wykluczeniu kobiet z rynku pracy.

„Ludzie powrócili na rynek pracy. Część osób znalazła zatrudnienie. (...) Dzieci były zaopiekowane, miały dobrą opiekę na wysokim poziomie.” (TDI 29)

W wielu przypadkach rezultaty projektów przewyższały pierwotne założenia. Beneficjenci raportowali, że liczba osób, które powróciły do pracy dzięki wsparciu, była znacząco wyższa niż planowano. To pokazuje, że interwencja była skuteczna w mobilizowaniu rodziców do aktywności zawodowej. Co więcej – w ocenie rozmówców – efekty projektów nie miały charakteru krótkotrwałego, a okres trwałości zobowiązywał beneficjentów do kontynuacji działalności. To oznacza, że projekty przyczyniły się do trwałego zwiększenia dostępności usług opiekuńczych w regionie, co ma długofalowe znaczenie dla lokalnych społeczności.

„Osiągnęliśmy 220% założonego wskaźnika osób, które powróciły do pracy.” (TDI 31)

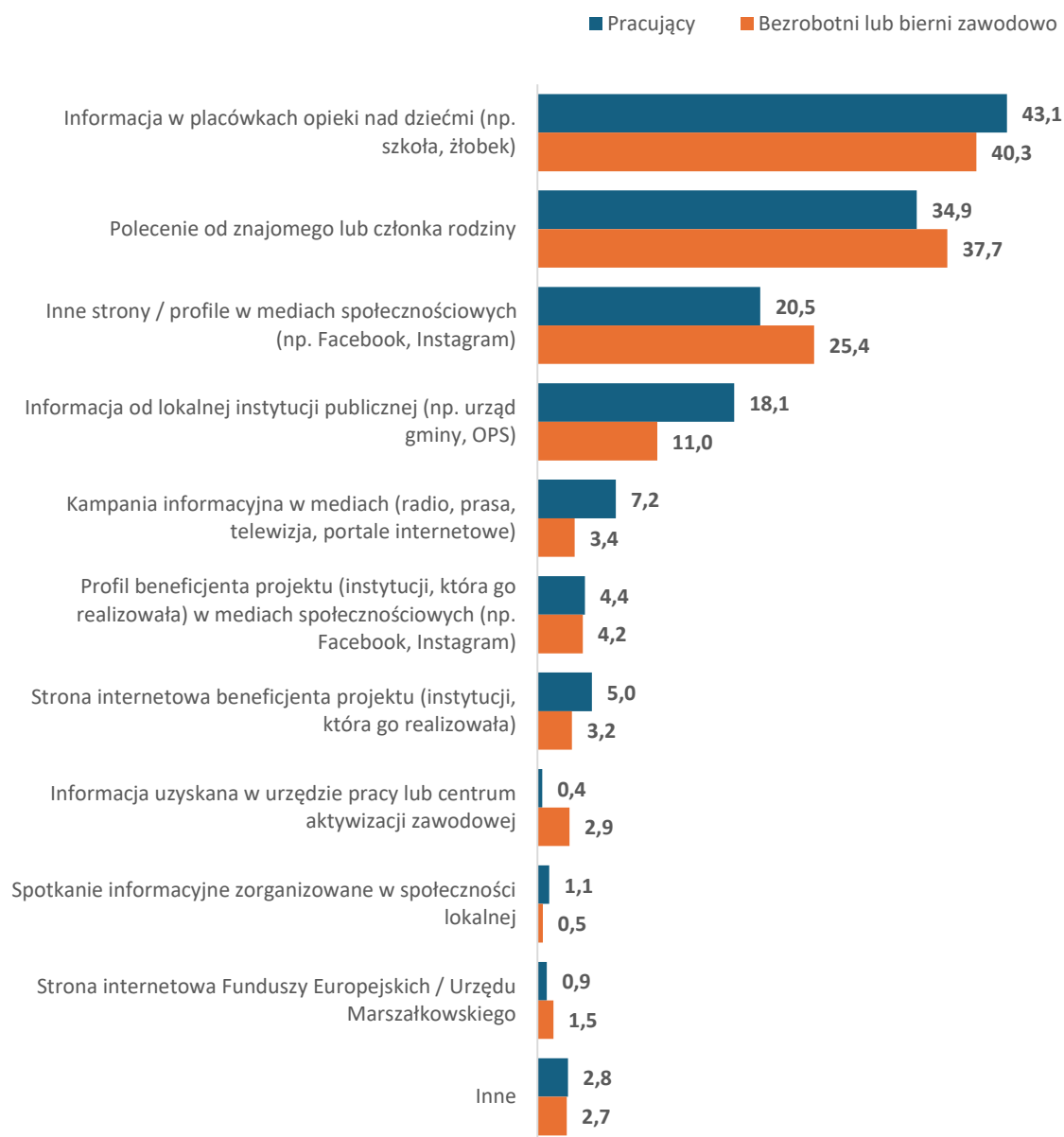
Beneficjenci podkreślali, że placówki były nie tylko dostępne, ale także spełniały wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa. Zwracano uwagę na odpowiednie przygotowanie kadry, dostosowanie infrastruktury do potrzeb najmłodszych oraz zapewnienie warunków sprzyjających rozwojowi dzieci. To budowało zaufanie rodziców i zwiększało atrakcyjność projektów.

„Miejsca, które będą bezpieczne, które będą dostosowane do pobytu takich dzieci, które będą miały odpowiednią opiekę, odpowiednią kadrę i myślę, że to w 100 procentach jest zrealizowane.” (TDI 30)

Perspektywa odbiorców wsparcia X.1

Poza wywiadami telefonicznymi z beneficjentami w badaniu ewaluacyjnym zrealizowano także badanie kwestionariuszowe i telefoniczne wywiady pogłębione z odbiorcami wsparcia.

Wykres 3. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości otrzymania wsparcia? Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze źródła informacji. (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

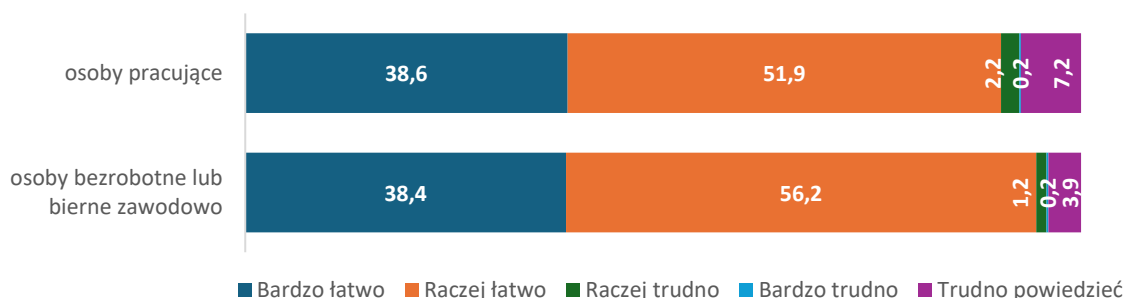
Najczęściej wskazywanym źródłem informacji o możliwości otrzymania wsparcia były placówki opieki nad dziećmi (żłobki, szkoły) – 43,1% osób pracujących i 40,3% bezrobotnych lub biernych zawodowo. Kolejne źródła to polecenia od znajomych/rodziny (ok. 35–38%) oraz media społecznościowe (20–25%). Instytucje publiczne (urząd gminy, OPS) miały mniejsze znaczenie, podobnie jak kampanie medialne czy strony internetowe funduszy.

Respondenci wywiadów TDI podkreślali natomiast rolę nieformalnych kanałów promocji – rozmów w lokalnej społeczności, poczty pantoflowej czy przypadkowych sytuacji.

„Dowiedziałam się o projekcie przez przypadek, będąc u kosmetyczki, gdzie rozmawiały inne klientki, a moja kosmetyczka stwierdziła, że też będzie chciała skorzystać. Uważam to za pocztę pantoflową typowo. (...) Po usłyszeniu o projekcie od kosmetyczki, szukałam informacji w Internecie. Łatwo znalazłam informacje, jeśli ktoś jest biegły w Internecie. (...) Informacje znalezione w Internecie były łatwe do wyszukania, a oferta była atrakcyjna, zachęcająca.” (TDI_02)

„Dowiedziałem się o projekcie ze strony gminy Widawa, na którą wszedłem, i [przypadkiem] zobaczyłem informację, że taki projekt tutaj w gminie ma się rozpocząć.” (TDI_03)

Wykres 4. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

Zdecydowana większość uczestników oceniła proces aplikowania jako łatwy – „raczej łatwo” wskazało ponad połowę respondentów, a „bardzo łatwo” ok. 38,5%. Negatywne oceny („raczej trudno” lub „bardzo trudno”) były marginalne.

Badanych, którzy ocenili proces aplikacyjny jako trudny, zapytano dodatkowo o to, jakie trudności napotkali. W obu grupach pojawiały się głosy dotyczące nadmiernej biurokracji, konieczności wypełniania dużej liczby dokumentów oraz braku możliwości załatwienia formalności online. Uczestnicy wskazywali na brak osoby merytorycznej dostępnej na miejscu, co zmuszało ich do załatwiania spraw telefonicznie, a także na niewystarczającą wiedzę osób zajmujących się rekrutacją. Trudności sprawiało również uzyskanie informacji o dokładnych terminach naboru oraz konieczność osobistego stawiennictwa w urzędzie.

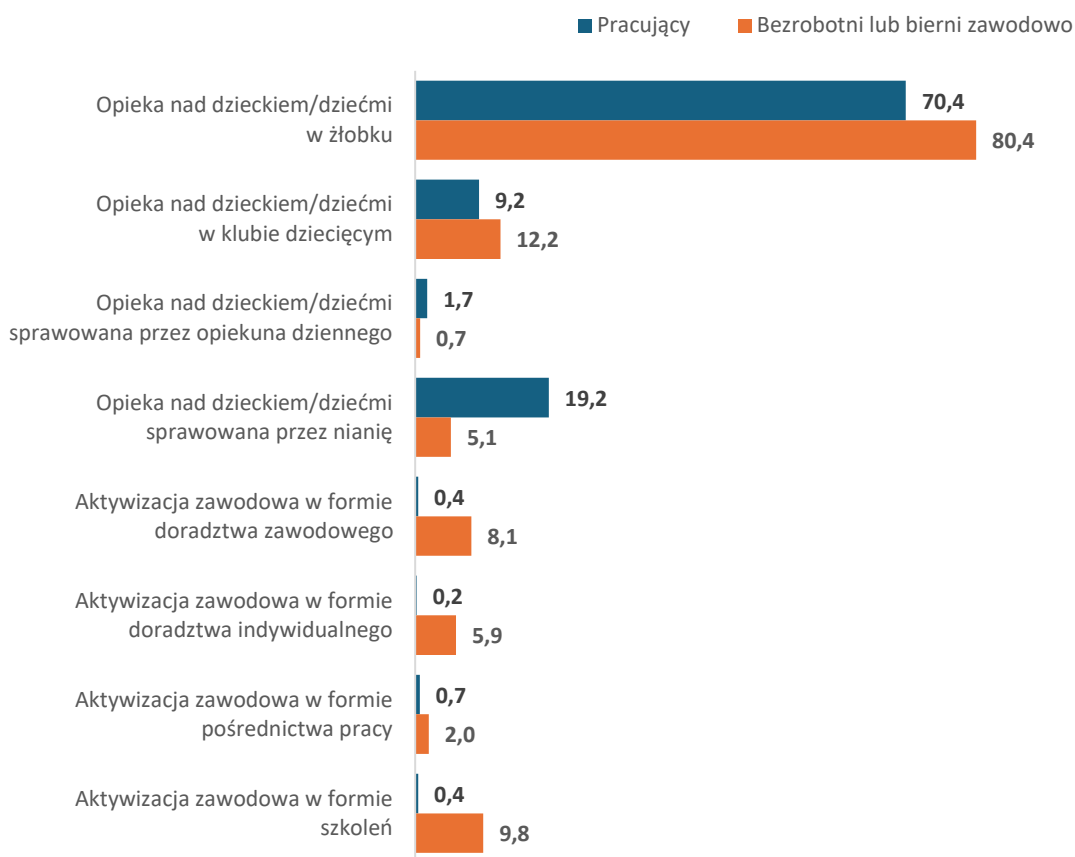
Potwierdziły to wypowiedzi respondentów wywiadów TDI. Pracujący uczestnicy, zwracali uwagę na uciążliwość związaną z koniecznością regularnego dostarczania dokumentów potwierdzających zatrudnienie.

„Sama dokumentacja prosta nie była. (...) Co miesiąc musieliśmy dostarczać zaświadczenie o tym, że nadal pracujemy. I to było w zasadzie najtrudniejsze. (...) Ja to pamiętam, bo to zawsze było problematyczne, bo u mnie w pracy to też nie jest takie proste, że idzie się i dostaje się zaświadczenie, tam też w kadrach zawsze mają, bo to czas wszystko.” (TDI_02)

Jednocześnie uczestnicy podkreślali, że wsparcie ze strony personelu projektu (np. pracowników GOPS czy placówek opiekuńczych) znacząco łagodziło te bariery.

„O projekcie dowiedzieliśmy się ze żłobka. (...) I jakby przez całość dokumentacji, składanie dokumentów i tak dalej, przeprowadził nas żłobek, (...)” (TDI_07)

Wykres 5. Z jakiego wsparcia Pan(i) korzystał(a)? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

Najczęściej wskazywaną jako wykorzystywana formą wsparcia, była opieka nad dzieckiem w żłobku – skorzystało z niej 70,4% osób pracujących oraz 80,4% osób bezrobotnych lub biernych zawodowo. Kolejne formy to klub dziecięcy (9,2% pracujących i 12,2% bezrobotnych lub biernych zawodowo) oraz niania (19,2% pracujących i 5,1% bezrobotnych lub biernych zawodowo). Opiekun dzienny jako forma wsparcia miał marginalny udział (poniżej 2%). Jednocześnie formy aktywizacji zawodowej – choć wykorzystywane marginalnie (mniej niż 10%) – były zdecydowanie częściej wybierane przez osoby bezrobotne lub bierne zawodowo niż pracujące.

Tabela 15. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile odpowiadało na Pana(i) potrzeby w tamtym czasie? (% wskazań)

Forma wsparcia	Osoby pracujące						Osoby bezrobotne lub bierne zawodowo					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
Opieka nad dzieckiem/dziećmi w żłobku	72,4	24,1	0,6	0,9	1,9	323	72,0	24,6	1,2	0,3	1,8	329
Opieka nad dzieckiem/dziećmi w klubie dziecięcym	73,8	0,0	2,4	21,4	2,4	42	60,0	26,0	2,0	2,0	10,0	50
Opieka nad dzieckiem/dziećmi sprawowana przez opiekuna dziennego	87,5	0,0	0,0	0,0	12,5	8	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	3
Opieka nad dzieckiem/dziećmi sprawowana przez nianię	84,1	14,8	0,0	0,0	1,1	88	71,4	28,6	0,0	0,0	0,0	21
Aktywizacja zawodowa w formie doradztwa zawodowego	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	39,4	51,5	6,1	0,0	3,0	33
Aktywizacja zawodowa w formie doradztwa indywidualnego	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	54,2	37,5	0,0	0,0	8,3	24
Aktywizacja zawodowa w formie pośrednictwa pracy	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	2	37,5	62,5	0,0	0,0	0,0	8
Aktywizacja zawodowa w formie szkoleń	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	3	47,5	2,5	7,5	42,5	0,0	40

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających respondentów.

Tabela 16. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. trwałość zatrudnienia / możliwość podjęcia pracy)? (% wskazań)

Forma wsparcia	Osoby pracujące						Osoby bezrobotne lub bierne zawodowo					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
Opieka nad dzieckiem/dziećmi w żłobku	69,7	27,2	0,6	0,3	2,2	323	66,0	24,3	2,4	0,9	6,4	329
Opieka nad dzieckiem/dziećmi w klubie dziecięcym	69,0	28,6	0,0	0,0	2,4	42	62,0	26,0	0,0	2,0	10,0	50
Opieka nad dzieckiem/dziećmi sprawowana przez opiekuna dziennego	87,5	0,0	0,0	0,0	12,5	8	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	3
Opieka nad dzieckiem/dziećmi sprawowana przez nianię	79,5	20,5	0,0	0,0	0,0	88	71,4	19,0	4,8	0,0	4,8	21
Aktywizacja zawodowa w formie doradztwa zawodowego	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	36,4	36,4	6,1	6,1	15,2	33
Aktywizacja zawodowa w formie doradztwa indywidualnego	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	54,2	20,8	4,2	0,0	20,8	24
Aktywizacja zawodowa w formie pośrednictwa pracy	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	2	37,5	62,5	0,0	0,0	0,0	8
Aktywizacja zawodowa w formie szkoleń	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	3	40,0	40,0	0,0	0,0	20,0	40

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających respondentów.

Zarówno osoby pracujące, jak i bezrobotne lub biernie zawodowo oceniały wsparcie bardzo pozytywnie pod względem tego na ile **odpowiadało ono na ich ówczesne potrzeby**. Najwyżej oceniono indywidualne formy opieki – nianie i opiekunów dziennych – gdzie dominowały wskazania „bardzo dobrze” i niemal brak ocen negatywnych. Opieka żłobkowa również uzyskała wysokie noty w obu grupach (ok. 72% „bardzo dobrze” i ponad 24% „raczej dobrze”), co potwierdza jej kluczowe znaczenie. Kluby dziecięce były oceniane w sposób bardziej zróżnicowany wśród pracujących pojawiło się aż 21,4% ocen „bardzo źle”, a w grupie bezrobotnych lub biernych zawodowo 2% „bardzo źle” i 10% „trudno powiedzieć”, co wskazuje na niedopasowanie tej formy do części potrzeb.

W przypadku komponentu aktywizacyjnego (doradztwo, szkolenia, pośrednictwo pracy) oceny były skrajnie pozytywne wśród pracujących (100% „bardzo dobrze” przy doradztwie), natomiast w grupie bezrobotnych lub biernych zawodowo wyniki były bardziej zróżnicowane – np. doradztwo zawodowe: 39,4% „bardzo dobrze” i 51,5% „raczej dobrze”, szkolenia: 47,5% „bardzo dobrze”, ale aż 42,5% „bardzo źle”.

Wsparcie miało także wyraźny i **pozytywny wpływ na sytuację zawodową uczestników**, zarówno wśród osób pracujących, jak i bezrobotnych lub biernych zawodowo. Najczęściej wybieraną formą była opieka żłobkowa, która w grupie pracujących uzyskała 69,7% ocen „bardzo dobrze” i 27,2% „raczej dobrze”, a wśród bezrobotnych lub biernych zawodowo – 66,0% „bardzo dobrze” i 24,3% „raczej dobrze”.

Kluby dziecięce również oceniono wysoko: 69,0% pracujących i 62,0% bezrobotnych lub biernych zawodowo wskazało „bardzo dobrze”, a kolejne 28,6% i 26,0% „raczej dobrze”. Opiekunowie dzienni uzyskali 87,5% ocen „bardzo dobrze” wśród pracujących i 66,7% wśród bezrobotnych lub biernych zawodowo. Nianie były oceniane pozytywnie przez 79,5% pracujących i 71,4% bezrobotnych lub biernych zawodowo.

W przypadku komponentu aktywizacyjnego wyniki były bardziej zróżnicowane. Wśród pracujących doradztwo zawodowe i indywidualne uzyskało 100% ocen „bardzo dobrze”, a szkolenia – 66,7% „bardzo dobrze” i 33,3% „raczej dobrze”. Natomiast w grupie bezrobotnych lub biernych zawodowo doradztwo zawodowe oceniono jako „bardzo dobrze” przez 36,4% i „raczej dobrze” przez 36,4%, doradztwo indywidualne – 54,2% „bardzo dobrze” i 20,8% „raczej dobrze”. Szkolenia miały 40,0% ocen „bardzo dobrze” i 40,0% „raczej dobrze”, ale aż 20,0% wskazań „trudno powiedzieć”.

Te bardzo pozytywne oceny potwierdzili również uczestnicy wywiadów TDI:

„Wsparcie miało ogromny, ogromny plus w aspekcie zawodowym, ponieważ mogłam wrócić spokojnie do pracy. Dzięki wsparciu miałam opiekę nad dzieckiem i mogłam spokojnie iść do pracy.” (TDI_02)

*„Przede wszystkim pozytywną konsekwencją było to, że mogłam utworzyć z powrotem działalność gospodarczą i zatrudniłam na przykład dwie osoby (...)
Spowodował u mnie powrót na rynek pracy.” (TDI_07)*

„W 100%. (...) Kończąc projekt ja już miałam umowę na czas nieokreślony, więc to też jest jakby podwójnie, że jest to ta stabilizacja, tak?” (TDI_06)

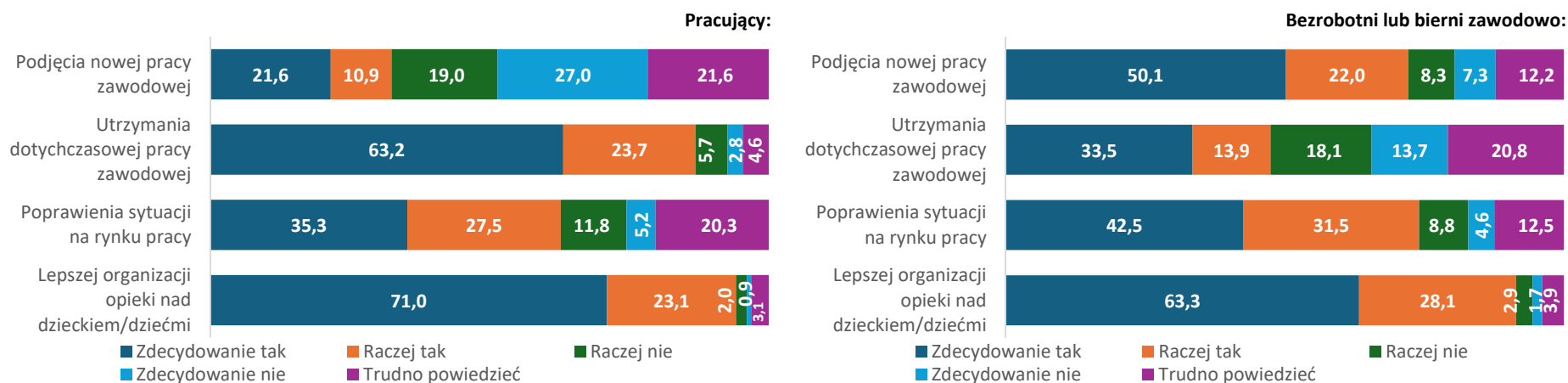
Tabela 17. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. trwałość zatrudnienia / możliwość podjęcia pracy)? (% wskazań)

Forma wsparcia	Osoby pracujące						Osoby bezrobotne lub biernie zawodowo					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
Opieka nad dzieckiem/dziećmi w żłobku	63,8	28,8	0,6	0,3	6,5	323	60,2	30,1	2,4	1,2	6,1	329
Opieka nad dzieckiem/dziećmi w klubie dziecięcym	64,3	31,0	0,0	0,0	4,8	42	60,0	30,0	0,0	2,0	8,0	50
Opieka nad dzieckiem/dziećmi sprawowana przez opiekuna dziennego	87,5	0,0	0,0	0,0	12,5	8	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	3
Opieka nad dzieckiem/dziećmi sprawowana przez nianię	68,2	29,5	0,0	0,0	2,3	88	76,2	0,0	0,0	19,0	4,8	21
Aktywizacja zawodowa w formie doradztwa zawodowego	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	2	36,4	33,3	6,1	6,1	18,2	33
Aktywizacja zawodowa w formie doradztwa indywidualnego	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	54,2	4,2	0,0	20,8	20,8	24
Aktywizacja zawodowa w formie pośrednictwa pracy	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	2	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	8
Aktywizacja zawodowa w formie szkoleń	66,7	0,0	0,0	33,3	0,0	3	42,5	32,5	0,0	0,0	25,0	40

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających respondentów.

Wykres 6. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Pana(i) przypadku do: ... (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

Ocena trwałości wpływu wsparcia na sytuację zawodową uczestników – rozumiana jako efekt odczuwany także po zakończeniu udziału w projekcie – wskazuje na wyraźnie pozytywne rezultaty, szczególnie w odniesieniu do komponentu opiekuńczego. W przypadku opieki żłobkowej 63,8% osób pracujących oraz 60,2% bezrobotnych lub biernych zawodowo oceniło jej wpływ jako „bardzo dobry”, a kolejne około 30% jako „raczej dobry”. Podobne wyniki uzyskały kluby dziecięce, gdzie ponad 60% respondentów w obu grupach wskazało oceny „bardzo dobrze”, a około 30% „raczej dobrze”. Opiekunowie dzienni zostali ocenieni najwyżej przez osoby pracujące (87,5% „bardzo dobrze”), natomiast w grupie bezrobotnych lub biernych zawodowo wszyscy uczestnicy wskazali ocenę „raczej dobrze”, przy bardzo małej próbie. Nianie uzyskały wysokie noty w obu grupach – 68,2% pracujących i 76,2% bezrobotnych lub biernych zawodowo oceniło ich wpływ jako „bardzo dobry”, choć w tej drugiej grupie pojawiło się jednocześnie 19% ocen „bardzo źle”, co świadczy o zróżnicowanych doświadczeniach.

Komponent aktywizacyjny był oceniany mniej jednoznacznie, a próby były niewielkie. Wśród pracujących doradztwo indywidualne uzyskało 100% ocen „bardzo dobrze”, a doradztwo zawodowe i pośrednictwo pracy po 50% „bardzo dobrze” i „raczej dobrze”. Szkolenia miały bardziej rozbieżne wyniki – 66,7% „bardzo dobrze”, ale też 33,3% „bardzo źle”. W grupie bezrobotnych lub biernych zawodowo doradztwo indywidualne oceniono jako „bardzo dobrze” przez 54,2% uczestników, lecz aż 20,8% wskazało „bardzo źle”. Doradztwo zawodowe uzyskało 36,4% ocen „bardzo dobrze”, przy 12,2% ocen negatywnych i 18,2% odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Szkolenia oceniono pozytywnie przez 42,5% („bardzo dobrze”) i 32,5% („raczej dobrze”), ale aż 25% uczestników nie potrafiło ocenić ich trwałego wpływu.

Trwałość efektów wsparcia w ocenie respondentów TDI była zróżnicowana i zależała przede wszystkim od formy pomocy oraz czasu jej trwania. Projekty oparte na finansowaniu zatrudnienia niani oceniano jako bardzo potrzebne i skuteczne w momencie realizacji, ale ich krótkotrwałość osłabiała długofalowe rezultaty.

„Tylko przez 3 miesiące otrzymywałam te środki (...) Tylko jakby pomogło na ten bardzo krótki czas.” (TDI_02)

Z kolei wsparcie żłobkowe, zapewniane przez dłuższy okres, miało wyraźnie trwałe i pozytywny wpływ na sytuację zawodową, umożliwiając szybki powrót do pracy i stabilizację zatrudnienia.

„No tak, no działalności nie zawieszałam potem, w zasadzie do zeszłego roku.” (TDI_07)

Dla uczestników bezrobotnych lub biernych zawodowo, będących respondentami wywiadów TDI, efekty wsparcia były trwałe — uczestnicy kontynuowali aktywność zawodową, utrzymali zatrudnienie lub zapewnili ciągłość opieki nad dzieckiem, co ułatwiło dalsze działania zawodowe.

Jednocześnie udział w projekcie był postrzegany przez uczestników jako skuteczne wsparcie w łączeniu życia zawodowego i rodzinnego, przy czym akcenty różniły się w zależności od statusu na rynku pracy.

Osoby pracujące oceniały udział w projekcie przede wszystkim jako realną pomoc w organizacji opieki nad dzieckiem (94% pozytywnych wskazań, w tym 71% „zdecydowanie tak”) oraz w utrzymaniu dotychczasowego zatrudnienia (łącznie 86,9% ocen pozytywnych). Wypowiedzi z wywiadów TDI

potwierdzają, że kluczowym efektem była możliwość szybkiego powrotu do pracy i uniknięcia przerwy zawodowej, co w praktyce przekładało się na awanse, podwyżki i większą stabilność zatrudnienia.

„Mogłam wrócić spokojnie do pracy. To był ogromny, ogromny plus tego.” (TDI_02)

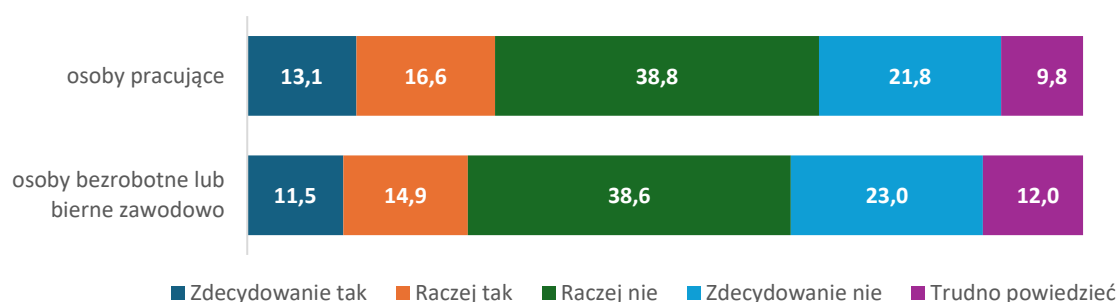
„Oboje pracowaliśmy, ale projekt rozwiązał problem organizacji opieki.” (TDI_03)

Osoby bezrobotne lub biernie zawodowo częściej niż pracujący wskazywały, że projekt umożliwił im podjęcie nowej pracy – 72% pozytywnych ocen przy stosunkowo niskim odsetku wskazań negatywnych (15,6%). Równie wysoko oceniono poprawę sytuacji na rynku pracy (74% pozytywnych odpowiedzi). Najbardziej jednoznacznie pozytywnym efektem była poprawa organizacji opieki nad dzieckiem (91,4% ocen pozytywnych, w tym 63,3% „zdecydowanie tak”), co stanowiło fundament umożliwiający powrót do aktywności zawodowej.

„Projekt spowodował u mnie powrót na rynek pracy. (...) Utworzyć z powrotem działalność gospodarczą i zatrudniłem na przykład dwie osoby.” (TDI_07)

„Na pewno był to czas, dzięki któremu mogłam swobodnie wejść jakby na nowo w tę sytuację szukania pracy (...) ze spokojną głową, że dziecko jest zaopiekowane.” (TDI_05)

Wykres 7. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) w jakiś sposób wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2? (% wskazań)



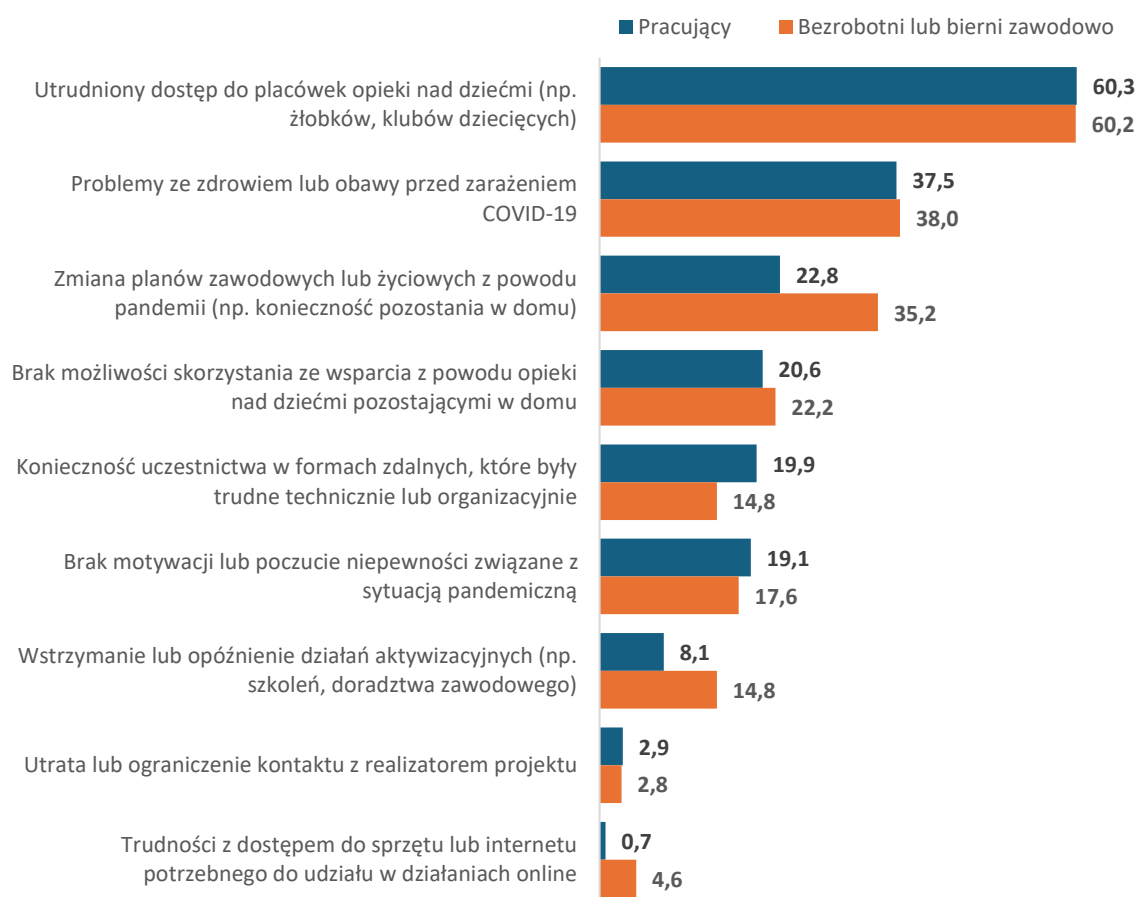
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

Większość uczestników – zarówno pracujących (60,6%), jak i bezrobotnych lub biernych zawodowo (61,6%) – nie odczuła wyraźnego wpływu pandemii COVID-19 na udział w projekcie. Około jedna czwarta respondentów (29,7% pracujących i 26,4% bezrobotnych lub biernych zawodowo) wskazała na pewne utrudnienia, a 10–12% miało trudność z jednoznaczną oceną. Podsumowując, pandemia nie była dominującym doświadczeniem, a wsparcie okazało się odporne na zakłócenia i skuteczne także w warunkach kryzysowych.

Wpływ pandemii COVID-19 na korzystanie ze wsparcia projektowego był najbardziej odczuwalny w obszarze opieki nad dziećmi. Utrudniony dostęp do żłobków i klubów dziecięcych wskazało 60,3% osób pracujących oraz 60,2% bezrobotnych lub biernych zawodowo. W grupie bezrobotnych lub biernych zawodowo częściej niż u pracujących pojawiały się wskazania dotyczące opóźnień w działaniach aktywizacyjnych (14,8% vs 8,1%) oraz zmian planów życiowych i zawodowych związanych z koniecznością dłuższego pozostania w domu (35,2% vs 22,8%). Obie grupy doświadczały też

trudności związanych z koniecznością opieki nad dziećmi pozostającymi w domu (20,6% pracujących; 22,2% bezrobotnych lub biernych zawodowo) oraz z uczestnictwem w formach zdalnych (19,9% i 14,8%). Wpływ pandemii na stan psychiczny był wskazywany przez znaczną część respondentów – problemy zdrowotne lub obawy przed zakażeniem zgłosiło 37,5% pracujących i 38,0% bezrobotnych lub biernych zawodowo, a brak motywacji odpowiednio 19,1% i 17,6%.

Wykres 8. W jaki sposób? Proszę wskazać każdy przejaw wpływu pandemii na korzystanie ze wsparcia, który Pan(i) odczuł(a). (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=136 wśród osób pracujących; n=108 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

W wywiadach TDI ocena wpływu pandemii była zróżnicowana i zależała od momentu rozpoczęcia udziału w projekcie. Uczestnicy projektów realizowanych przed pandemią i po ustaniu obostrzeń nie odczuwali zakłóceń, natomiast Ci, którzy zaczęli w czasie lockdownów, wskazywali na ograniczenia w korzystaniu z placówek czy konieczność rezygnacji z opieki żłobkowej.

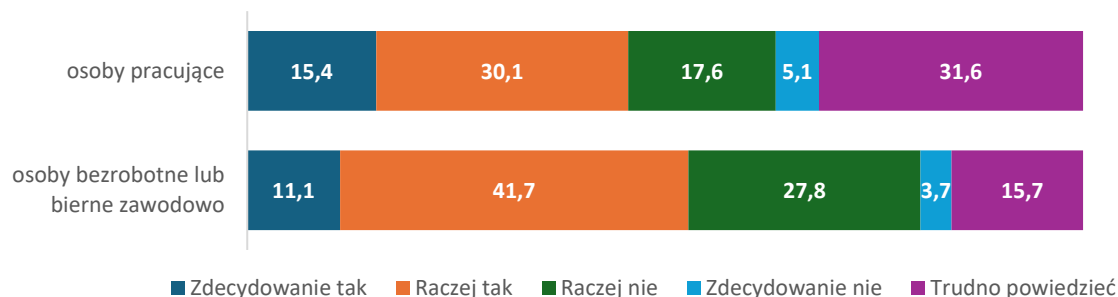
„Synek chodził krótko do żłobka, bo była pandemia.” (TDI_04)

„Córka przed pandemią już przeszła do przedszkola, projekt został zakończony.” (TDI_06)

Większość uczestników dostrzegała reakcję realizatorów projektów na trudności związane z pandemią, choć różnie w zależności od grupy. Osoby bezrobotne lub bierne zawodowo częściej wskazywały „raczej tak” (41,7% vs 30,1%), natomiast pracujący częściej wybierali „trudno powiedzieć” (31,6%). Oceny zdecydowanie potwierdzające były umiarkowanie częste (15,4%

pracujących; 11,1% bezrobotnych lub biernych zawodowo), a wskazania negatywne („raczej nie” i „zdecydowanie nie”) częściej pojawiały się wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo (31,5% vs 22,7%).

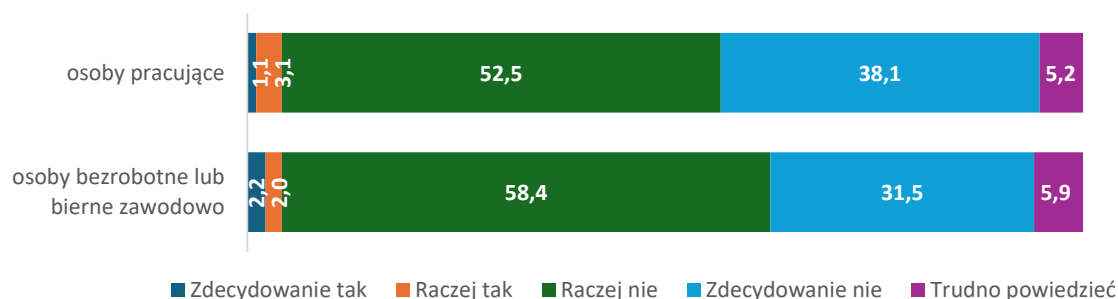
Wykres 9. Czy realizatorzy projektu zareagowali jakoś na te trudności? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=136 wśród osób pracujących; n=108 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

Większość uczestników projektów nie napotkała dodatkowych trudności związanych z korzystaniem ze wsparcia projektowego. Łącznie odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie” stanowiły ponad 90% w obu grupach (pracujący: 90,6%; bezrobotni/bierni: 89,9%), co wskazuje na wysoką ocenę dostępności i organizacji działań projektowych. Odsetek osób, które zadeklarowały wystąpienie innych problemów, był bardzo niski – po jedynie 4,2% wśród pracujących oraz osób nieaktywnych zawodowo.

Wykres 10. Czy w trakcie udziału w projekcie napotkał(a) Pan(i) jakieś inne problemy / trudności związane z korzystaniem ze wsparcia? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo.

Choć w badaniu kwestionariuszowym deklaracje napotkania dodatkowych trudności były nieliczne, to analizując je na tle ustaleń wywiadów TDI można powiedzieć, że trudności zgłaszane przez uczestników projektów miały charakter zarówno organizacyjny, formalny, jak i emocjonalny.

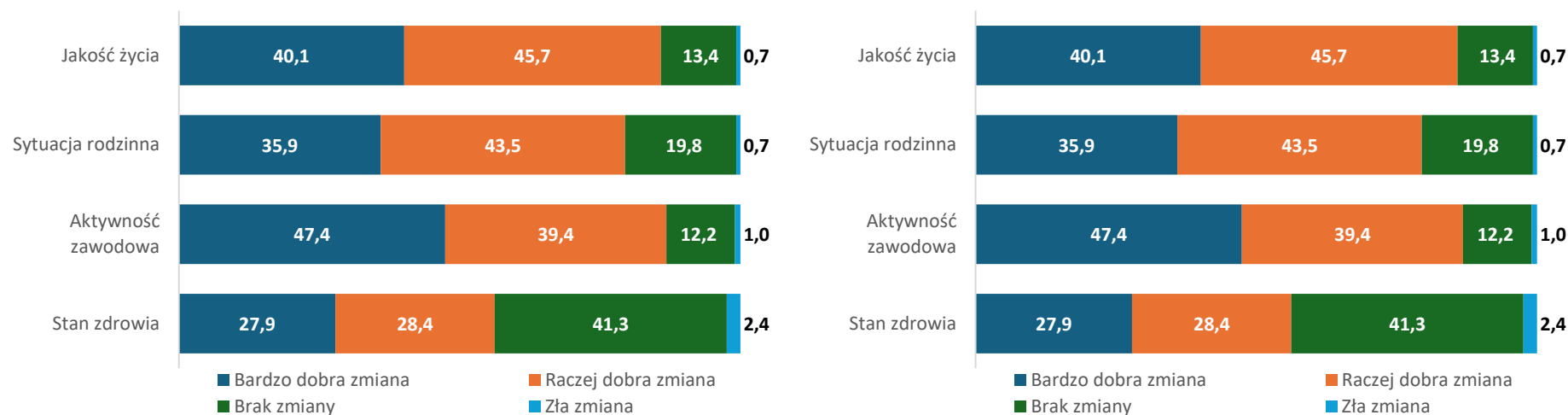
- **Problemy systemowe i organizacyjne** dotyczyły przede wszystkim braku kontynuacji wsparcia po zakończeniu projektu oraz nadmiernej biurokracji. Uczestnicy wskazywali na konieczność częstego dostarczania dokumentów, skomplikowane procedury rekrutacyjne czy ograniczoną komunikację z realizatorami. Wskazywano także na niedopasowanie godzin funkcjonowania placówek do rytmu dnia pracy, brak opieki poza standardowymi godzinami oraz niewygodną lokalizację biura realizatora projektu, co utrudniało osobiste dostarczanie dokumentów.

- **Jakość usług opiekuńczych** była kolejnym źródłem trudności. Pojawiały się uwagi dotyczące niedostatecznej jakości opieki w nowo utworzonych placówkach, braku profesjonalizmu personelu czy niepokojących praktyk zdrowotnych wobec dzieci. W pojedynczych przypadkach uczestnicy zgłaszali poważne zastrzeżenia finansowe – np. brak rozliczenia wpłaconych środków przez placówkę czy zbyt wysokie czesne po zakończeniu projektu.
- **Problemy finansowe i prawne** pojawiały się w kontekście zatrudniania opiekunek. Uczestnicy wskazywali na konieczność samodzielnego opłacania składek ZUS, brak dostosowania wysokości dofinansowania do rosnącego wynagrodzenia minimalnego czy sytuacje, w których opiekunka miała problemy prawne (np. postępowanie komornicze), co generowało stres i komplikacje dla rodziców.
- **Trudności emocjonalne i adaptacyjne** obejmowały lęk przed rozdzieleniem z dzieckiem przy rozpoczęciu opieki instytucjonalnej oraz problemy związane z adaptacją dziecka w placówce. Początkowe tygodnie były dla części rodzin szczególnie trudne, zanim dziecko przyzwyczyło się do nowego środowiska.
- **Indywidualne doświadczenia** wskazywały także na brak elastyczności zasad projektu – np. brak możliwości korzystania ze wsparcia w przypadku urlopu czy choroby dziecka, mimo że dokumentacja nie przewidywała takich ograniczeń. Pojawiały się też sygnały o zbyt krótkim czasie trwania wsparcia, który nie pozwalał na trwałe rozwiązanie problemów opiekuńczych.

Udział w projekcie realizowanym w ramach Działania X.1 przyniósł wyraźnie pozytywne rezultaty zarówno wśród osób pracujących, jak i bezrobotnych lub biernych zawodowo. W obu grupach najczęściej wskazywano poprawę aktywności zawodowej – ponad 86% uczestników zadeklarowało, że projekt miał bardzo dobry lub raczej dobry wpływ na ich sytuację na rynku pracy. Dane te potwierdzają, że wsparcie opiekuńcze skutecznie umożliwiała powrót do zatrudnienia, utrzymanie ciągłości pracy lub rozpoczęcie aktywnego poszukiwania zatrudnienia.

Równie szeroko odczuwane były zmiany w jakości życia i sytuacji rodzinnej. Wśród pracujących poprawę jakości życia zadeklarowało 85,8% uczestników, a sytuacji rodzinnej – 79,4%. Podobne wyniki odnotowano w grupie bezrobotnych lub biernych zawodowo, co wskazuje, że projekt miał znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie rodzin, redukcję stresu i lepsze łączenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi.

Wykres 11. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja życiowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.1 Powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów: ... (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=459 wśród osób pracujących; n=409 wśród osób bezrobotnych lub biernych zawodowo. Ze względu na niewielki udział, odpowiedzi „Raczej zła zmiana” i „Bardzo zła zmiana” zostały zagregowane na wykresie do „Zła zmiana”. Odpowiedź „Brak zmiany (brak wpływu udziału w projekcie)”, skrócono na wykresie do „Brak zmiany”.

5.3.2 PI 8V – DZIAŁANIE X.2: ROZWÓJ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

Na wstępie zaznaczyć należy, że perspektywa beneficjentów w ramach działania X.2 ujawnia istotne różnice między poszczególnymi poddziałaniami, które bezpośrednio rzutują na sposób postrzegania i ocenę realizacji projektów. Wynikają one przede wszystkim z **odmiennego charakteru wsparcia** – w jednych przypadkach projekty miały charakter rozwojowy i profilaktyczny (X.2.1, koncentrujące się na podnoszeniu kompetencji pracowników i konkurencyjności przedsiębiorstw), w innych zaś interwencyjny i adaptacyjny (X.2.2, ukierunkowane na osoby zwalniane lub zagrożone utratą pracy).

Te różnice sprawiały, że beneficjenci inaczej definiowali kluczowe wyzwania i sukcesy:

- w projektach rozwojowych akcentowano prostotę aplikacji, dostępność usług i podnoszenie kwalifikacji,
- w projektach interwencyjnych podkreślano pilność działań, elastyczność w reagowaniu na kryzys oraz trwałość efektów zatrudnieniowych.

W konsekwencji, doświadczenia beneficjentów nie są jednorodne, a to zróżnicowanie stanowi klucz do zrozumienia, jak różne typy wsparcia były odbierane i jakie mechanizmy uznawano za najbardziej skuteczne.

➔ PODDZIAŁANIE X.2.1 KONKURENCYJNOŚĆ PRZEDSIĘBIORSTW I ICH PRACOWNIKÓW

Perspektywa beneficjentów

Beneficjenci poddziałania X.2.1 (w ramach badania zrealizowano 2 TDI) podkreślali, że przygotowanie do aplikowania wymagało zarówno doświadczenia w realizacji projektów dotacyjnych, jak i stałego monitorowania rynku. Źródłem informacji były przede wszystkim oficjalne dokumenty konkursowe – regulaminy, instrukcje i załączniki – które oceniano jako szczegółowe i precyzyjne. Respondenci podkreślali, że komunikaty były na tyle jasne, iż pozwalały zorientować się w zakresie projektu i wymaganiach formalnych. Wnioski składano przez system elektroniczny, który wymagał precyzyjnego opisu projektu przy jednoczesnym ograniczeniu liczby znaków. Przed przystąpieniem do aplikowania kluczowe było wykazanie się potencjałem i doświadczeniem wnioskodawcy, a także doprecyzowanie kwestii kosztowych – np. kwalifikowalności kosztów pośrednich i bezpośrednich. Beneficjenci wskazywali, że dla firm z doświadczeniem projektowym proces nie stanowił bariery, ale wymagał dużej uwagi i znajomości zasad.

Realizacja projektów w ramach poddziałania X.2.1 była oceniana przez beneficjentów jako proces dobrze zaplanowany i skuteczny, ale wymagający dużej sprawności organizacyjnej. Projekty koncentrowały się na szerokim zakresie usług rozwojowych dostępnych w BUR – od krótkich szkoleń zawodowych, przez doradztwo, aż po studia podyplomowe. Dzięki temu uczestnicy mogli wybierać formy wsparcia najlepiej odpowiadające ich potrzebom, co zwiększało atrakcyjność i efektywność działań.

„System był prosty, więc to ułatwiało pracodawcy zgłoszenie siebie czy pracowników do tego programu. (...) Dostępność i tematyka była bardzo szeroka, szeroki był obszar tych szkoleń czy usług doradczych.” (TDI 33)

Respondenci – także w tym przypadku – podkreślali, że realizacja wsparcia wymagała dobrze przygotowanych zespołów, które posiadały doświadczenie w obsłudze projektów dotacyjnych.

Zaplecze biurowe i organizacyjne było odpowiednio dostosowane, co pozwalało na sprawne prowadzenie rekrutacji, obsługę formalności i kontakt z uczestnikami. Beneficjenci wskazywali, że dzięki temu projekty mogły być realizowane bez większych zakłóceń.

„Skład zespołu, który był doświadczony w prowadzeniu takich projektów. (...) Odpowiednio wyposażeni, z każdej strony bym powiedziała, żeby zrealizować ten projekt i nie było problemu.” (TDI 33)

Promocja projektów była intensywna i wielokanałowa – wykorzystywano zarówno media cyfrowe, jak i tradycyjne, a także bezpośredni kontakt z potencjalnymi uczestnikami. Organizowano spotkania, webinary i prezentacje na targach, co pozwalało dotrzeć do szerokiego grona przedsiębiorców. Komunikaty promocyjne zawierały szczegółowe informacje o zasadach uczestnictwa, wysokości dofinansowania oraz limitach na pracownika. W efekcie zainteresowanie udziałem w projektach było bardzo wysokie – liczba miejsc w naborach wyczerpywała się błyskawicznie, czasem w ciągu minut od uruchomienia. Wskaźniki liczby przeszkolonych osób i objętych wsparciem firm były znacznie przekroczone, co potwierdzało skalę potrzeb wśród przedsiębiorstw i pracowników.

„Nam nabory wyczerpywały się dosłownie w minutę, bądź w dwie po ich uruchomieniu. (...) Już była alokacja wyczerpana i nie dało się złożyć wniosku.” (TDI 34)

„Wskaźniki zostały zdecydowanie przekroczone. (...) Było więcej osób, które zostało przeszkolonych i otrzymało dofinansowanie niż zakładaliśmy.” (TDI 33)

Choć realizacja projektów w ramach poddziałania była oceniana pozytywnie, beneficjenci wskazywali pewne **trudności**, które wpływały na przebieg działań. Najczęściej podkreślano problemy związane z dokumentacją i rozliczeniami. Choć system był generalnie sprawny, pojawiały się nieprecyzyjne zapisy w regulaminach oraz konieczność dopytywania Instytucji Zarządzającej o szczegóły. Rozliczenia wymagały dopracowania, a beneficjenci wskazywali na standardowe „sytuacje formalne”, które wydłużały proces.

„Mieliśmy problemy formalne przy rozliczeniach, ale zostały ostatecznie rozwiązane.” (TDI 33)

„Nieprecyzyjnie jest czasem treść zapisana. (...) Konieczne jest dopytywanie, co jest możliwe, a co nie w ramach takiego działania.” (TDI 34)

Respondenci zauważali również, że w niektórych grupach docelowych – zwłaszcza osób 50+ i o niskich kwalifikacjach – potrzeby zostały szybko zaspokojone. W kolejnych edycjach rekrutacja była trudniejsza, ponieważ część potencjalnych uczestników już skorzystała ze wsparcia.

„Już chyba się wyczerpały te potrzeby osób 50 plus i osób o niskich kwalifikacjach.” (TDI 34)

Beneficjenci krytykowali także zasadę szybkiego składania wniosków, która premiowała sprawność techniczną, a nie jakość projektów. Wskazywano, że bardziej racjonalny byłby system punktowy, uwzględniający działania np. prorównościowe i prorozwojowe.

Największym wyzwaniem dla realizacji wsparcia była jednak pandemia COVID-19, która wymusiła przejście ze szkoleń stacjonarnych na formy zdalne. Początkowo budziło to obawy dotyczące jakości i

kontroli usług, jednak operatorzy szybko dostosowali się do nowych warunków. Wprowadzono zdalne formy kontaktu, nagrywanie spotkań i logowanie uczestników, co pozwoliło utrzymać ciągłość działań.

„Krótki okres, gdzie można powiedzieć, że był to martwy okres w projektach. (...) Chcieliśmy przedłużyć projekt, bo kilka miesięcy straconych.” (TDI 34)

„Szkolenia zdalne, czy usługi doradcze zdalne. (...) Okazały się bardzo dobrym narzędziem i okazało się, że można się w ten sposób szkolić.” (TDI 33)

Beneficjenci zgodnie podkreślali, że projekty realizowane w ramach poddziałania X.2.1 przyniosły **wyraźne i mierzalne rezultaty**, często przekraczające zakładane wskaźniki. Najważniejszym efektem było podniesienie kwalifikacji pracowników i właścicieli firm, co bezpośrednio przełożyło się na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw. Respondenci wskazywali, że liczba osób objętych wsparciem była znacznie wyższa niż zakładano w dokumentacji projektowej.

„Na ponad 100%. Często prawie dwa razy takie było planowane. (...) Zamiast 1000 firm, zrekrutowano 1620.” (TDI 34)

Efekty wsparcia były widoczne w poprawie sytuacji zawodowej uczestników. Pracownicy zdobywali nowe kompetencje, a pracodawcy dostrzegali realną wartość inwestowania w rozwój kadry. Projekty umożliwiały dostęp do specjalistycznych kursów, studiów podyplomowych i doradztwa, co zwiększało możliwości rozwoju zawodowego. Szczególnie istotnym efektem było wsparcie dla mikrofirm, które w normalnych warunkach nie mogłyby sobie pozwolić na kosztowne szkolenia. Dofinansowanie umożliwiło im rozwój kadry i zwiększenie konkurencyjności na rynku.

„Pracownicy zostali przeszkoleni, pracownicy, właściciele zostali przeszkoleni i podnieśli swoje kwalifikacje.” (TDI 33)

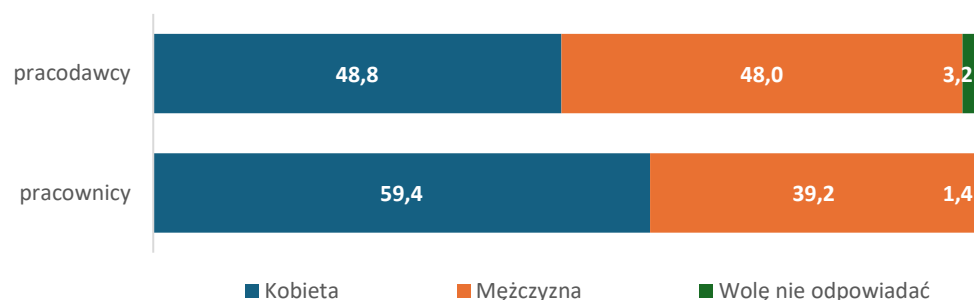
„Firm po prostu nie stać na to, żeby sfinansować dla całej firmy drogę szkolenia. (...) Firmy mogły sobie pozwolić.” (TDI 34)

Beneficjenci zauważali, że część przedsiębiorców wracała po zakończeniu edycji, chcąc dalej korzystać z usług rozwojowych. Co świadczyło o trwałości efektów i o tym, że projekty realnie odpowiadały na potrzeby rynku.

„Nadal widzimy tych powracających przedsiębiorców, którzy chcą korzystać dalej z tych szkoleń.” (TDI 34)

Perspektywa odbiorców wsparcia X.2.1

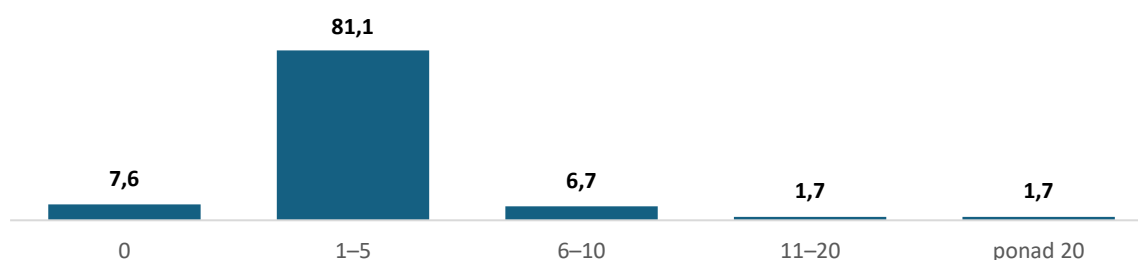
Wykres 12. Płeć badanych odbiorców wsparcia (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP.

W strukturze uczestników poddziałania X.2.1 widać wyraźne różnice między grupą pracodawców a pracowników. Wśród pracodawców udział kobiet i mężczyzn jest niemal równy – kobiety stanowią 48,8%, a mężczyźni 48,0%. W przypadku pracowników proporcje wyglądają inaczej – kobiety stanowią zdecydowaną większość (59,4%), podczas gdy mężczyźni są w mniejszości – 39,2%. Tylko niewielki odsetek osób (1,4%) nie chciał ujawniać swojej płci.

Wykres 13. Liczba pracowników objętych wsparciem (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP.

Najwięcej pracodawców obejmowało wsparciem niewielkie grupy osób – 81,1% wskazało, że dotyczyło to od 1 do 5 pracowników. 7,6% firm nie miało żadnego pracownika korzystającego z pomocy, a 6,7% objęło wsparciem od 6 do 10 osób. Znacznie rzadziej zdarzało się, aby liczba pracowników była większa – 1,7% przedsiębiorstw wskazało na grupę 11–20 osób, a taki sam odsetek na ponad 20 pracowników.

Ponadto, średnia liczba pracowników objętych pomocą w firmie wyniosła 2,81 osoby na pracodawcę, co oznacza, że najczęściej wsparcie obejmowało niewielką grupę zatrudnionych. Rozpiętość odpowiedzi była jednak bardzo duża – od 0 (np. JDG lub sytuacje, w których pracodawca uczestniczył w projekcie, ale żaden pracownik nie skorzystał ze wsparcia) aż do 43 osób w największej firmie. Odchylenie standardowe na poziomie 5,14 wskazuje na znaczną zmienność – część pracodawców obejmowała wsparciem pojedyncze osoby, a tylko nieliczni większe grupy.

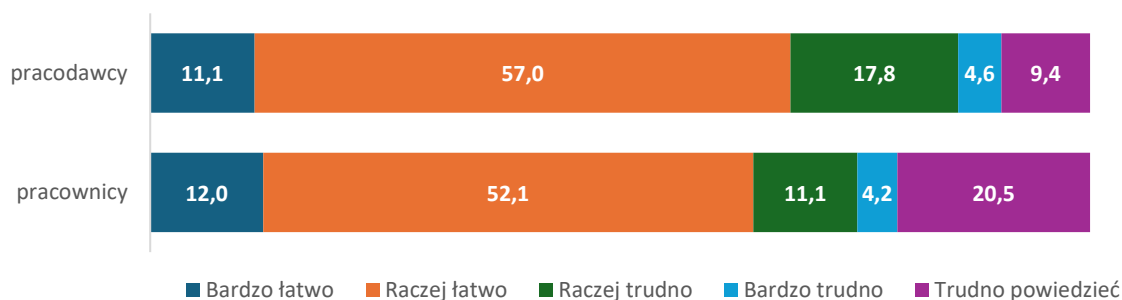
Wykres 14. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości otrzymania wsparcia? Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze źródła informacji. (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP.

Zarówno pracodawcy, jak i pracownicy korzystali z wielu kanałów informacji o projekcie, choć ich rozkład był zróżnicowany. Najczęściej wskazywano rekomendacje osobiste – polecenia od znajomych lub rodziny (31,9% pracodawców, 27,4% pracowników) oraz media społecznościowe (28,7% i 25,0%). W przypadku pracowników istotnym źródłem była bezpośrednia informacja od pracodawcy lub współpracownika (28,3% wobec 9,0% pracodawców). Pracodawcy częściej niż pracownicy korzystali ze stron internetowych beneficjentów (14,5% wobec 11,6%) oraz stron internetowych Funduszy Europejskich i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego (10,3% wobec 7,1%). Tradycyjne kampanie medialne i instytucje lokalne miały mniejsze znaczenie (ok. 9%), podobnie jak spotkania informacyjne (1,5–2,8%).

Wykres 15. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP.

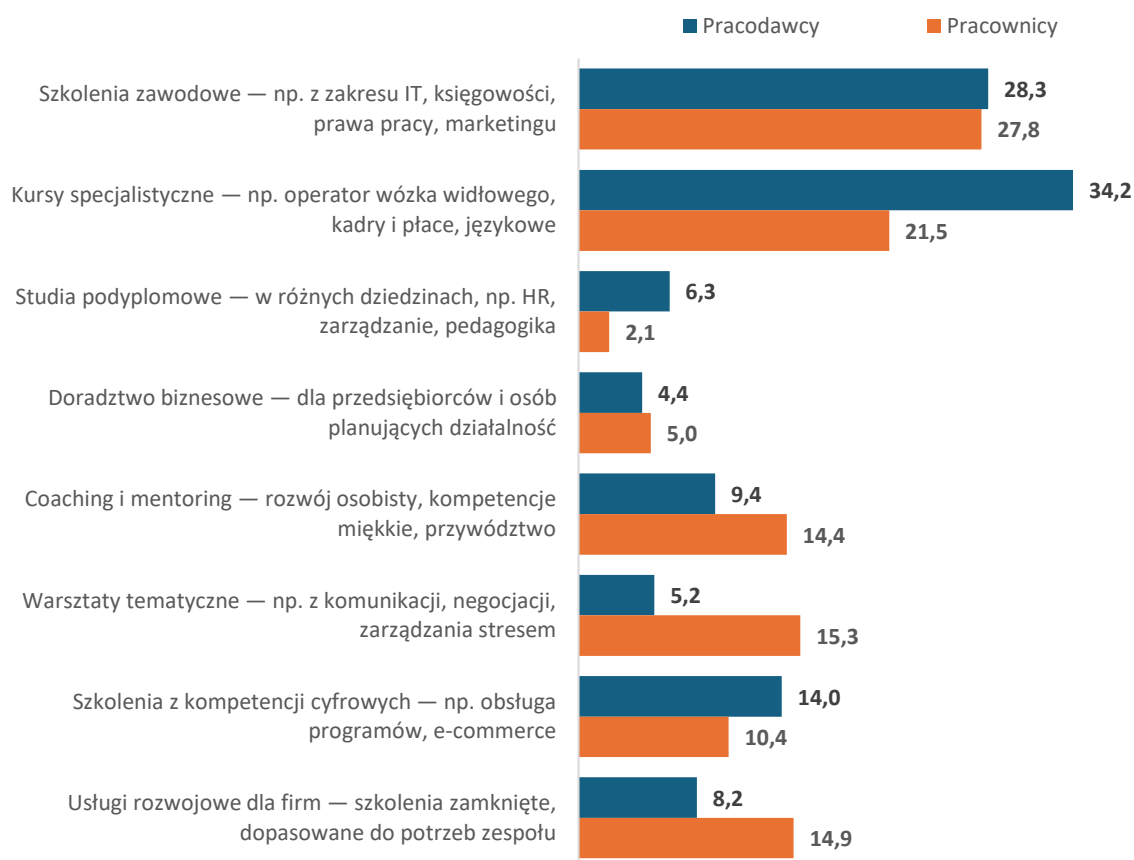
Proces aplikowania do projektu był oceniany raczej pozytywnie, choć ujawniono szereg barier formalnych i technicznych. Wśród pracodawców 68,1% uznało aplikowanie za łatwe (11,1% bardzo łatwe, 57,0% raczej łatwe), a 22,4% wskazało na trudności. W grupie pracowników proporcje były podobne – 64,1% oceniło proces jako łatwy (12,0% bardzo łatwy, 52,1% raczej łatwy), 15,3% jako trudny, a aż 20,5% wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, co może świadczyć o mniejszym zaangażowaniu części uczestników w formalności.

Najczęściej wskazywaną barierą była nadmierna liczba dokumentów i skomplikowane procedury. Pracodawcy podkreślali nadmierną biurokrację, konieczność korzystania z pomocy doradców i krótki czas naboru („miejsca kończyły się w ciągu kilku minut”), a pracownicy częściej akcentowali presję czasu i problemy techniczne („wyścig w klikaniu”, przeciążone strony, trudności z logowaniem).

Wywiady TDI potwierdziły te obserwacje. Mikroprzedsiębiorstwa wskazały na szczególne obciążenie związane z dokumentacją:

„Na pewno było bardzo dużo dokumentów. (...) Jeżeli nie bierzemy pod uwagę tych dokumentów, to 10/10, ale z ich uwzględnieniem to 8/10.” (TDI_08)

Wykres 16. Z jakiego rodzaju wsparcia procesów adaptacyjnych w przedsiębiorstwach sektora MŚP za pomocą usług rozwojowych dostępnych w Bazie Usług Rozwojowych skorzystała Państwa firma / korzystał(a) Pan(i) w projekcie? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP.

Pracodawcy najczęściej wybierali kursy specjalistyczne (34,2%) oraz szkolenia zawodowe (28,3%). Kolejne popularne formy to szkolenia z kompetencji cyfrowych (14,0%), coaching i mentoring (9,4%), studia podyplomowe (6,3%) oraz warsztaty tematyczne (5,2%). Usługi rozwojowe dla firm (szkolenia zamknięte) wskazało 8,2% pracodawców. Wśród pracowników najczęściej wybierano szkolenia zawodowe (27,8%), kursy specjalistyczne (21,5%) i usługi rozwojowe dla zespołów (14,9%). Wyraźnie częściej niż pracodawcy wskazywali na coaching i mentoring (14,4% wobec 9,4%). Warsztaty tematyczne miały mniejszy udział (15,3%), podobnie jak szkolenia cyfrowe (10,4%) i studia podyplomowe (2,1%).

Wywiady TDI potwierdziły, że szkolenia zawodowe były najczęściej wybieraną formą wsparcia – miały charakter praktyczny i były bezpośrednio powiązane z profilem działalności firmy. Jednocześnie, opowiadając o wykorzystanym wsparciu, pracodawcy koncentrowali się na szkoleniach technicznych i strategicznych wspierających rozwój firmy, natomiast pracownicy częściej wybierali formy rozwijające kompetencje miękkie i osobiste. Obie grupy zgodnie wskazywały na znaczenie szkoleń zawodowych jako fundamentu wsparcia, a różnice dotyczyły przede wszystkim akcentów – biznesowych u pracodawców i rozwojowych u pracowników.

Poza licznymi szkoleniami tematycznymi, respondenci wywiadów telefonicznych podkreślili także ich wysoki poziom dopasowania do potrzeb i specyfiki firmy.

„Poznała strukturę naszej firmy, żeby to szkolenie było faktycznie dobrane, dopasowane do naszych potrzeb.” (TDI_11)

„Szkolenia zamknięte, dopasowane do potrzeb naszego zespołu.” (TDI_12)

Zarówno pracodawcy, jak i pracownicy oceniali dopasowanie otrzymanego wsparcia w zdecydowanej większości pozytywnie.

Pracodawcy w wywiadach TDI podkreślali przede wszystkim trafność dopasowania wsparcia do realnych potrzeb firm. W średnich przedsiębiorstwach szkolenia zamknięte pozwalały realizować konkretne cele rozwojowe, takie jak podnoszenie kompetencji zespołów sprzedażowych czy wdrażanie systemów jakości. Wskazywano, że dzięki projektowi możliwe było przeprowadzenie działań, które i tak byłyby konieczne, ale bez wsparcia stanowiłyby duże obciążenie finansowe. W mniejszych podmiotach i jednoosobowych działalnoścach gospodarczych wsparcie otworzyło dostęp do usług wcześniej niedostępnych ze względu na koszty. Jednocześnie pojawiały się uwagi krytyczne dotyczące wartości bonów – część firm wskazywała, że dofinansowanie nie pokrywało pełnych kosztów rynkowych, co ograniczało możliwość wyboru najbardziej dopasowanych szkoleń.

„To, co planowaliśmy, czyli rozwój naszych pracowników, konkretnie tutaj mnóstwo było szkoleń rozwijających umiejętności sprzedażowe.” (TDI_12)

„Wartość tego bonu czasami nie pokrywała potem wartości tej godziny, która była oferowana w szkoleniach.” (TDI_13)

Pracownicy oceniali wsparcie jako bardzo dobrze dopasowane do indywidualnych potrzeb. W wielu przypadkach sami inicjowali udział, świadomie wybierając kursy odpowiadające na konkretne braki kompetencyjne. Podkreślano praktyczny charakter szkoleń, ich wysoką jakość oraz zgodność z oczekiwaniami – część osób wskazywała, że rezultaty przewyższyły początkowe wyobrażenia. Ważnym elementem była także możliwość uczestnictwa w kursach, na które firma nie skierowałaby pracownika w innych okolicznościach, co zwiększało poczucie sprawczości i możliwości rozwoju.

„Przerosło nawet moje oczekiwania, nie? (...) Nie sądziłam, że szkolenie będzie takie praktyczne.” (TDI_14)

Pracodawcy w zdecydowanej większości oceniali wsparcie jako mające realny wpływ na sytuację ich firm. Najwyżej oceniono kursy specjalistyczne (41,1% bardzo dobrze, 49,1% raczej dobrze), szkolenia cyfrowe (32,0% bardzo dobrze, 60,0% raczej dobrze) oraz szkolenia zawodowe (35,6% bardzo dobrze, 52,6% raczej dobrze). W tych kategoriach ponad 85–90% ocen było pozytywnych, a wskazania negatywne nie przekraczały 1–2%. Studia podyplomowe i coaching miały wysoki odsetek ocen pozytywnych, ale też wiele odpowiedzi „trudno powiedzieć”, co wskazuje na mniej jednoznaczny wpływ. Doradztwo biznesowe oceniono umiarkowanie pozytywnie (95,2% ocen pozytywnych), a usługi rozwojowe dla firm również korzystnie (89,5% pozytywnych). Najbardziej zróżnicowane opinie dotyczyły warsztatów tematycznych – niemal połowa ocen była pozytywna, ale równie wysoki odsetek wskazywał na negatywny wpływ.

Natomiast pracownicy – pod kątem realnego wpływu na sytuację zawodową – najwyżej ocenili szkolenia zawodowe (44,9% bardzo dobrze, 40,7% raczej dobrze), kursy specjalistyczne (31,9% bardzo dobrze, 52,7% raczej dobrze) oraz usługi rozwojowe dla firm (39,7% bardzo dobrze, 42,9% raczej dobrze). W tych kategoriach ponad 80% ocen było pozytywnych. Studia podyplomowe i

szkolenia cyfrowe również uzyskały wysokie noty, choć częściej pojawiały się odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Coaching, mentoring i warsztaty tematyczne miały bardziej zróżnicowane oceny, a doradztwo biznesowe wypadło najgłębiej – z niższym odsetkiem ocen pozytywnych i wyraźnym udziałem wskazań negatywnych.

Tabela 18. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile odpowiadało na potrzeby Państwa firmy / na Pana(i) potrzeby w tamtym czasie? (% wskazań)

Forma wsparcia	Pracodawcy						Pracownicy					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
Szkolenia zawodowe	43,0	51,9	0,7	0,7	3,7	135	48,3	41,5	0,8	0,8	8,5	118
Kursy specjalistyczne	56,4	41,1	0,6	0,0	1,8	163	44,0	48,4	0,0	0,0	7,7	91
Studia podyplomowe	53,3	43,3	0,0	3,3	0,0	40	33,3	55,6	0,0	0,0	11,1	9
Doradztwo biznesowe	47,6	47,6	0,0	0,0	4,8	21	42,9	38,1	0,0	0,0	19,0	21
Coaching i mentoring	45,0	52,5	0,0	0,0	2,5	40	45,9	44,3	4,9	0,0	4,9	61
Warsztaty tematyczne	57,8	33,3	0,0	2,2	6,7	45	40,0	49,2	1,5	0,0	9,2	65
Szkolenia z kompetencji cyfrowych	52,0	48,0	0,0	0,0	0,0	25	61,4	36,4	0,0	0,0	2,3	44
Usługi rozwojowe dla firm	46,3	49,3	3,0	0,0	1,5	67	46,0	42,9	1,6	0,0	9,5	63

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP. t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających.

Tabela 19. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na sytuację w Państwa firmie/ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)

Forma wsparcia	Pracodawcy						Pracownicy					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
Szkolenia zawodowe	35,6	52,6	0,7	0,7	10,4	135	44,9	40,7	2,5	0,8	11,0	118
Kursy specjalistyczne	41,1	49,1	0,0	0,0	9,8	163	31,9	52,7	1,1	0,0	14,3	91
Studia podyplomowe	46,7	0,0	0,0	3,3	46,7	40	44,4	33,3	0,0	0,0	22,2	9
Doradztwo biznesowe	23,8	71,4	0,0	0,0	4,8	21	19,0	57,1	4,8	4,8	14,3	21
Coaching i mentoring	35,0	50,0	0,0	0,0	15,0	40	24,6	49,2	4,9	1,6	19,7	61
Warsztaty tematyczne	46,7	0,0	44,4	2,2	6,7	45	35,4	41,5	1,5	1,5	20,0	65
Szkolenia z kompetencji cyfrowych	32,0	60,0	0,0	0,0	8,0	25	34,1	47,7	2,3	0,0	15,9	44
Usługi rozwojowe dla firm	38,8	50,7	1,5	1,5	7,5	67	39,7	42,9	0,0	0,0	17,5	63

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP. t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających.

Pracodawcy najwyżej ocenili trwałość kursów specjalistycznych (35,6% bardzo dobrze, 50,3% raczej dobrze) oraz szkoleń zawodowych (31,1% bardzo dobrze, 55,6% raczej dobrze). Podobnie korzystnie wypadły usługi rozwojowe dla firm (35,8% bardzo dobrze, 50,7% raczej dobrze) oraz doradztwo biznesowe, które aż w 76,2% przypadków oceniono jako raczej dobrze, choć tylko 19,0% jako bardzo dobrze. Szkolenia cyfrowe uzyskały umiarkowane, ale pozytywne wyniki (24,0% bardzo dobrze, 64,0% raczej dobrze). Coaching i mentoring oceniono umiarkowanie wysoko (37,5% bardzo dobrze, 42,5% raczej dobrze), przy znaczącym odsetku odpowiedzi „trudno powiedzieć” (15,0%). Najbardziej krytyczne opinie dotyczyły studiów podyplomowych – ponad połowa (53,3%) wskazała „raczej źle”, a warsztaty tematyczne były oceniane skrajnie: niemal połowa pozytywnie (44,4% bardzo dobrze), ale tyle samo negatywnie (44,4% raczej źle).

W wywiadach TDI pracodawcy wskazywali, że efekty wsparcia były trwałe i utrzymywały się długo po zakończeniu projektu. Wdrożenie systemów jakości, takich jak ISO, miało charakter długofalowy – certyfikacja była aktywna i przedłużana w kolejnych latach. W przypadku szkoleń zamkniętych trwałość przejawiała się w kontynuacji współpracy z tym samym trenerem i powtarzaniu cykli szkoleniowych. W jednoosobowych działalnościach gospodarczych zdobyta wiedza miała charakter osobisty i pozostawała z właścicielem jako trwały zasób kompetencyjny.

„Certyfikat ISO, który jest używany do tej pory.” (TDI_11)

„Certyfikaty były od razu wdrożone w życie, praktyka była, później nawet przedłużaliśmy.” (TDI_13)

Pracownicy najwyżej ocenili trwałość szkoleń zawodowych (44,1% bardzo dobrze, 35,6% raczej dobrze) oraz kursów specjalistycznych (33,0% bardzo dobrze, 49,5% raczej dobrze). Usługi rozwojowe dla firm również uzyskały wysokie noty (36,5% bardzo dobrze, 47,6% raczej dobrze). Szkolenia cyfrowe oceniono pozytywnie (36,4% bardzo dobrze, 40,9% raczej dobrze), choć aż 22,7% wskazało „trudno powiedzieć”. Studia podyplomowe miały podobny rozkład – większość ocen pozytywnych, ale 22,2% nie potrafiło określić ich trwałego wpływu. Coaching i mentoring oraz warsztaty tematyczne były oceniane umiarkowanie, z dużym udziałem odpowiedzi niejednoznacznych. Najniżej wypadło doradztwo biznesowe – tylko 9,5% bardzo dobrze, a jednocześnie pojawiły się wskazania negatywne (9,6%) i wysoki odsetek „trudno powiedzieć” (19,0%).

Pracownicy również podkreślali trwałość efektów – wskazywali na utrzymanie standardów w firmach, kontynuację metod pracy, przedłużanie certyfikatów oraz wzrost odwagi w podejmowaniu nowych inicjatyw. Wsparcie nie kończyło się wraz z projektem, lecz miało charakter długofalowy, wzmacniając zarówno pozycję zawodową, jak i psychologiczną uczestników.

*„Ja nadal jestem w branży, tylko już ze strony właściciela klubu, a nie pracownika.
(...) Po dziś dzień stosuję metody, które gdzieś tam przekazano.” (TDI_16)*

Projekty w największym stopniu przyczyniły się do rozwoju kwalifikacji pracowników, w mniejszym – do wzmacniania adaptacyjności firm, a w najmniejszym – do utrzymania zatrudnienia i zakładania działalności gospodarczej. Pracodawcy najwyraźniej dostrzegali wpływ projektów w obszarze podnoszenia kwalifikacji i kompetencji pracowników – ponad 80% ocen pozytywnych (40,3% „zdecydowanie tak”, 40,7% „raczej tak”). Wzmacnianie zdolności adaptacyjnych firm również oceniono korzystnie – łącznie 70,6% wskazań pozytywnych, przy niskim odsetku ocen negatywnych

(13,8%). Najbardziej zróżnicowane były opinie dotyczące utrzymania zatrudnienia – 57,8% ocen pozytywnych, ale jednocześnie ponad 40% wskazań negatywnych lub niejednoznacznych.

Pracownicy najwyraźniej odczuli pozytywny wpływ projektów w zakresie zdobywania nowych kwalifikacji – 76,8% ocen pozytywnych. W obszarze adaptacji do zmian gospodarczych odsetek ocen pozytywnych wyniósł 65,4%, a w przypadku utrzymania zatrudnienia 60,1%. Najślabiej oceniono wpływ projektu na zakładanie działalności gospodarczej – tylko 26,4% ocen pozytywnych, przy dominacji odpowiedzi negatywnych i niejednoznacznych.

W wywiadach TDI pracodawcy podkreślili, że projekty wspierały stabilizację zatrudnienia i poprawę warunków pracy, choć nie zawsze prowadziły do wzrostu liczby etatów. W mikroprzedsiębiorstwach status JDG pozostał bez zmian, natomiast w większych firmach projekty sprzyjały utrzymaniu stałej kadry i podnoszeniu wynagrodzeń dzięki rozwojowi kompetencji. Wskazywano także na zwiększoną zdolność adaptacyjną – wdrożenie systemów jakości, rozwój sprzedaży i zdobycie certyfikatów przełożyły się na większą elastyczność i konkurencyjność. Pracownicy natomiast wskazywali, że projekty miały trwały wpływ na ich sytuację zawodową – szkolenia stabilizowały pozycję na rynku pracy, wzmacniały kompetencje i zwiększały pewność siebie. W wielu przypadkach zdobyte certyfikaty i nowe umiejętności (zarządzanie, komunikacja, cyberbezpieczeństwo) bezpośrednio przełożyły się na możliwość udziału w przetargach, wdrażanie nowych standardów czy rozwój osobisty. Podkreślano także, że szkolenia były praktyczne i odpowiadały na realne potrzeby rynku.

„Pozytywny wpływ na naszą firmę, bo zmieniliśmy na plus i bardziej w nowoczesną stronę zarządzanie.” (TDI_11)

„To były takie fajne pierwsze kroki do stabilizacji na rynku.” (TDI_14)

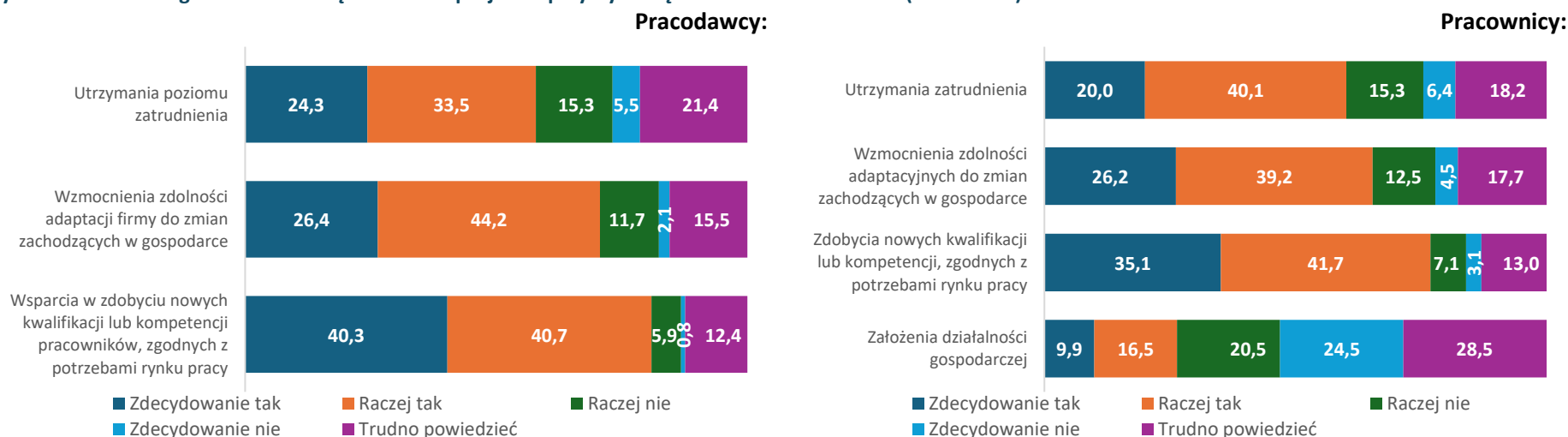
„Wprowadziliśmy nowe standardy w firmie, więc to też zmieniło nasze postrzeganie. (...) Nadal stosuję metody nabyte w trakcie szkolenia.” (TDI_16)

Tabela 20. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na sytuację w Państwa firmie / był jego wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)

Forma wsparcia	Pracodawcy						Pracownicy					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
Szkolenia zawodowe	31,1	55,6	0,7	0,7	11,9	135	44,1	35,6	2,5	0,8	16,9	118
Kursy specjalistyczne	35,6	50,3	0,6	0,0	13,5	163	33,0	49,5	1,1	0,0	16,5	91
Studia podyplomowe	36,7	0,0	53,3	3,3	6,7	40	22,2	55,6	0,0	0,0	22,2	9
Doradztwo biznesowe	19,0	76,2	0,0	0,0	4,8	21	9,5	61,9	4,8	4,8	19,0	21
Coaching i mentoring	37,5	42,5	5,0	0,0	15,0	40	24,6	47,5	6,6	1,6	19,7	61
Warsztaty tematyczne	44,4	0,0	44,4	2,2	8,9	45	27,7	50,8	1,5	1,5	18,5	65
Szkolenia z kompetencji cyfrowych	24,0	64,0	4,0	0,0	8,0	25	36,4	40,9	0,0	0,0	22,7	44
Usługi rozwojowe dla firm	35,8	50,7	1,5	0,0	11,9	67	36,5	47,6	0,0	0,0	15,9	63

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP; t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających.

Wykres 17. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Państwa firmie do: ... (% wskazań)

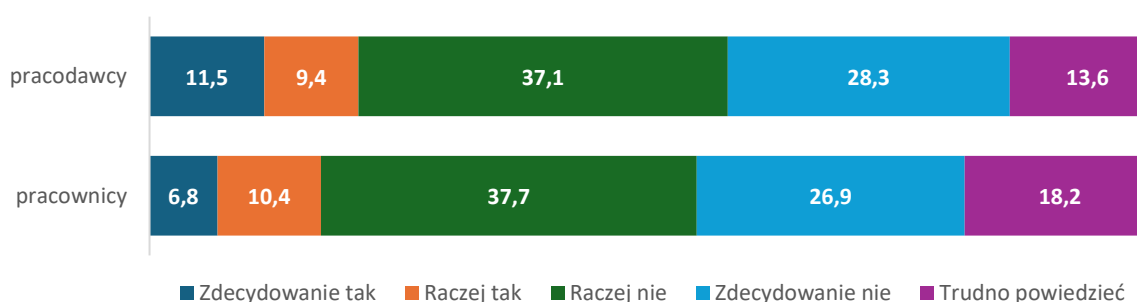


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP.

Podsumowując, pracodawcy oceniali wsparcie jako realnie wpływające na sytuację firm, szczególnie w przypadku kursów specjalistycznych, szkoleń cyfrowych i zawodowych – w każdej z tych kategorii ponad 85–90% ocen było pozytywnych. Studia podyplomowe i coaching uzyskały dobre wyniki, choć częściej pojawiały się odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Doradztwo biznesowe i usługi rozwojowe oceniono korzystnie, natomiast warsztaty tematyczne budziły największe rozbieżności opinii.

Pracownicy najwyżej ocenili szkolenia zawodowe, kursy specjalistyczne i usługi rozwojowe dla firm – ponad 80% wskazań pozytywnych. Studia podyplomowe i szkolenia cyfrowe również uzyskały wysokie noty, ale z większą liczbą odpowiedzi niejednoznacznych. Najbardziej zróżnicowane oceny dotyczyły coachingu, mentoringu i warsztatów, a doradztwo biznesowe wypadło najslabiej, z wyraźnym udziałem ocen negatywnych.

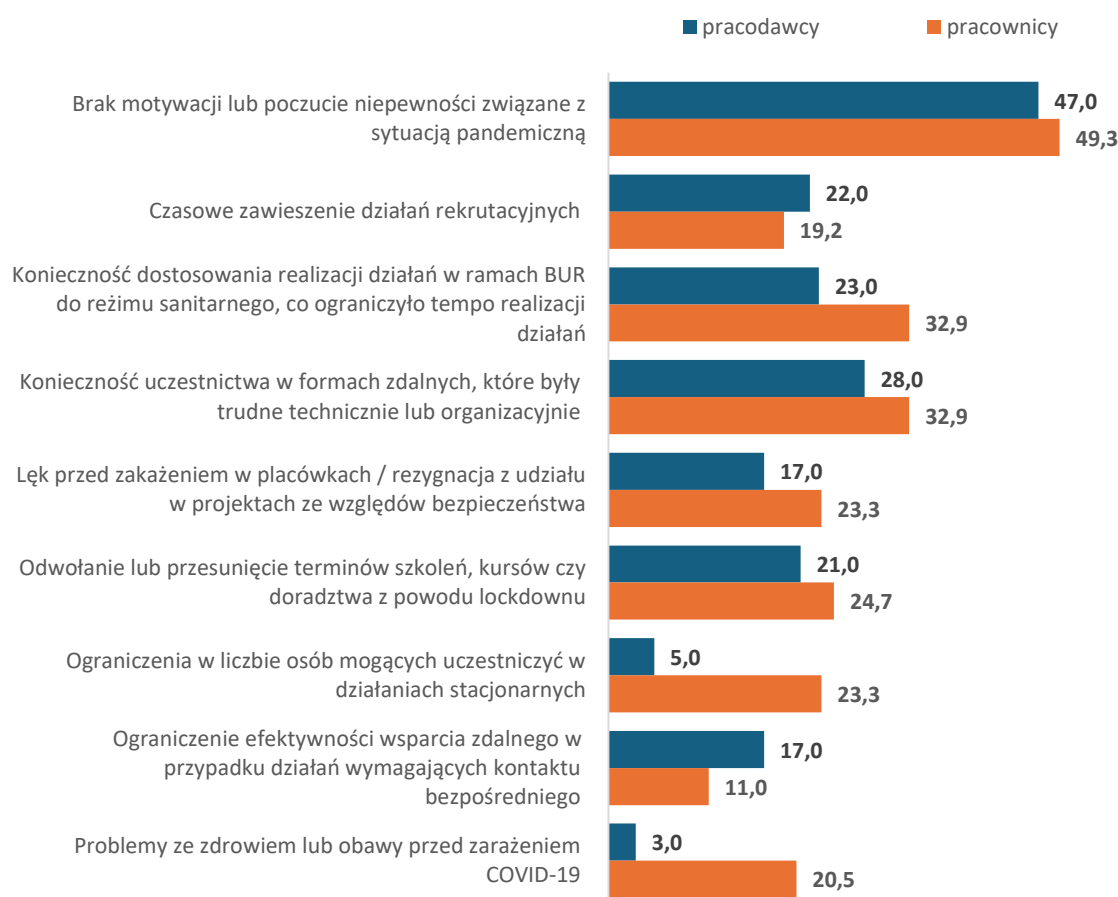
Wykres 18. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) w jakiś sposób wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=100 wśród MŚP; n=73 wśród pracowników MŚP.

Większość pracodawców i pracowników nie dostrzegła wpływu pandemii COVID-19 na realizację projektu – łącznie ok. 2/3 wskazało odpowiedzi „raczej nie” lub „zdecydowanie nie”. Pozytywne oceny pojawiały się rzadziej (ok. 21% pracodawców i 17% pracowników), a stosunkowo wysoki odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć” (14–18%) pokazuje, że część badanych miała trudność z jednoznaczną oceną sytuacji.

Wykres 19. W jaki sposób? Proszę wskazać każdy przejaw wpływu pandemii na korzystanie ze wsparcia, który Pan(i) odczuł(a). (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=136 wśród MŚP; n=108 wśród pracowników MŚP.

Wpływ pandemii COVID-19 na udział w projekcie był odczuwalny zarówno przez pracodawców, jak i pracowników, choć w nieco odmienny sposób. Najczęściej wskazywanym skutkiem – w obu grupach – był spadek motywacji i poczucie niepewności związane z sytuacją pandemiczną. To doświadczenie dotyczyło niemal połowy respondentów i pokazuje, że pandemia przede wszystkim oddziaływała psychologicznie, obniżając stabilność i pewność w realizacji działań.

Pracownicy częściej niż pracodawcy wskazywali na trudności organizacyjne i zdrowotne. Dla wielu z nich problemem była konieczność dostosowania się do reżimu sanitarnego, uczestnictwo w formach zdalnych, które bywały kłopotliwe technicznie, a także lęk przed zakażeniem czy ograniczenia liczby osób w szkoleniach stacjonarnych. Częściej też pojawiały się wskazania dotyczące problemów zdrowotnych oraz czasowego zamknięcia placówek szkoleniowych.

Pracodawcy natomiast mocniej akcentowali kwestie organizacyjne – wskazywali na utratę lub ograniczenie kontaktu z realizatorem projektu, czasowe zawieszenie działań rekrutacyjnych czy ograniczoną skuteczność wsparcia zdalnego w działaniach wymagających bezpośredniego kontaktu.

W obu grupach pojawiały się także problemy techniczne, takie jak trudności z dostępem do sprzętu czy Internetu, a także wyzwania związane z łączeniem udziału w szkoleniach z opieką nad dziećmi pozostającymi w domu.

Podsumowując, pandemia wpłynęła na realizację projektów przede wszystkim poprzez obniżenie motywacji i poczucia bezpieczeństwa, a także poprzez konieczność dostosowania się do nowych warunków – sanitarnych, organizacyjnych i technicznych. Pracownicy częściej odczuwali skutki zdrowotne i ograniczenia w szkoleniach stacjonarnych, natomiast pracodawcy – trudności w organizacji i komunikacji z realizatorami działań.

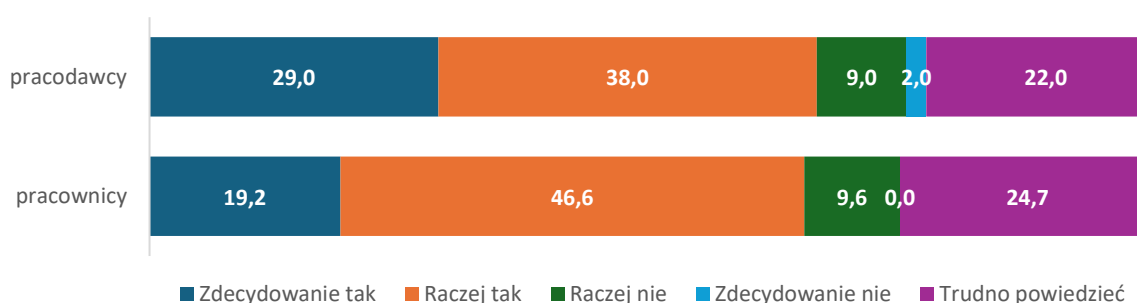
W ocenie MŚP uczestniczących w TDI pandemia COVID-19 nie miała istotnego wpływu na przebieg projektów rozwojowych. Zdecydowana większość działań szkoleniowych została zrealizowana przed marcem 2020 roku, czyli przed rozpoczęciem lockdownów i ograniczeń pandemicznych. Dzięki temu przedsiębiorcy nie odczuli zakłóceń, ani konieczności reorganizacji działań.

„Nic się nie działo niekorzystnego, nic nie miało wpływu, ani nie wiem, jakaś sytuacja polityczna, czy jakaś siła wyższa, nic na szczęście nie zaszło, że nie mogliśmy skorzystać z tego programu, z tego projektu.” (TDI_11)

Również większość pracowników biorących udział w TDI stwierdziła, że nie odczuła wpływu pandemii COVID-19 na realizację projektów, ponieważ ich uczestnictwo miało miejsce w latach 2018 lub 2019, czyli przed wybuchem pandemii w 2020 roku. W przypadku projektów realizowanych w 2023 roku, pandemia również nie miała wpływu na przebieg działań.

U niektórych respondentów pandemia miała jednak wpływ na rozwój ich późniejszej sytuacji zawodowej. Wskazywano na ograniczenia w działalności gospodarczej, zmiany strukturalne w firmach oraz konieczność adaptacji do nowych warunków.

Wykres 20. Czy w trakcie udziału w projekcie napotkał(a) Pan(i) jakieś inne problemy / trudności związane z korzystaniem ze wsparcia? (% wskazań)

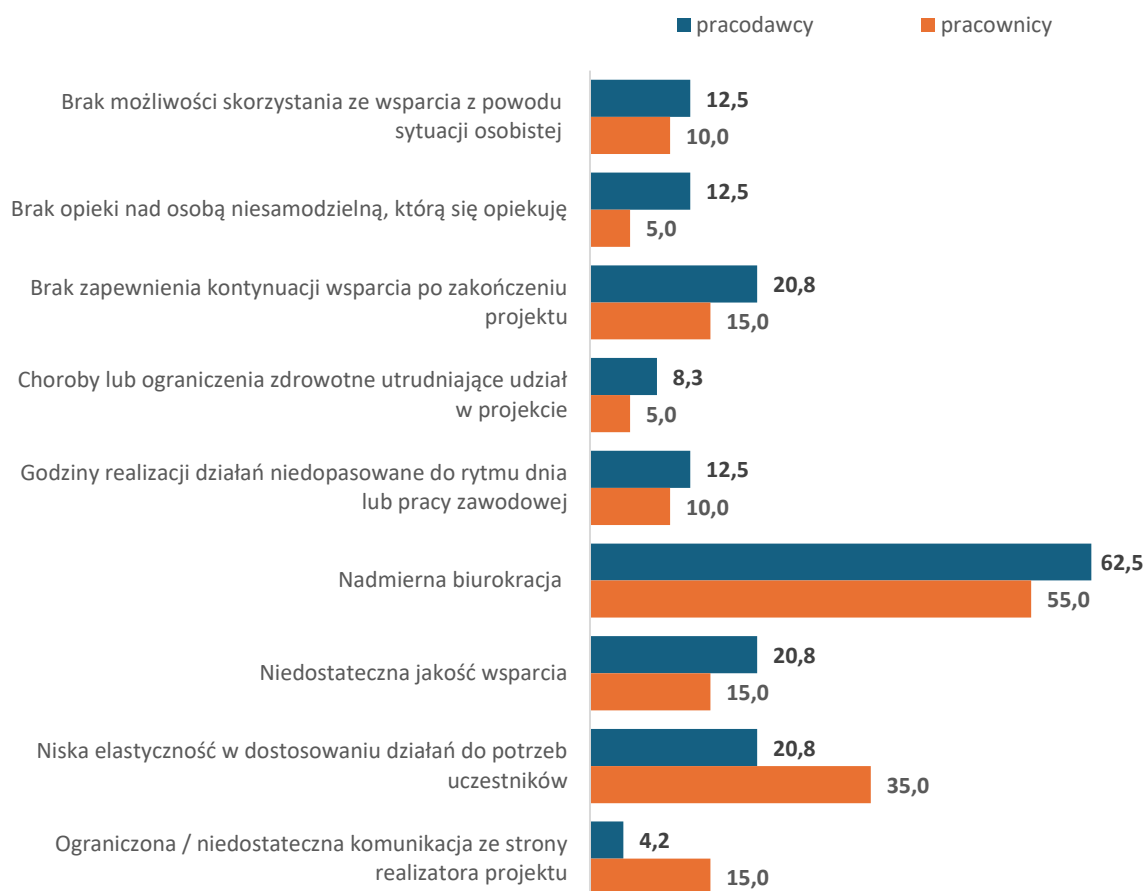


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP.

Zarówno pracodawcy, jak i pracownicy w większości deklarowali napotkanie dodatkowych trudności podczas korzystania ze wsparcia w projekcie, choć skala tego zjawiska była różna.

Wśród pracodawców 29,0% wskazało „zdecydowanie tak”, a 38,0% „raczej tak”, co łącznie daje 67% ocen pozytywnych. Oznacza to, że ponad dwie trzecie firm faktycznie zetknęło się z problemami. Jednocześnie tylko 11% uznało, że trudności nie wystąpiły, a 22% miało trudność z jednoznaczną oceną. W przypadku pracowników odsetek wskazań pozytywnych był nieco niższy – 19,2% „zdecydowanie tak” i 46,6% „raczej tak”, czyli łącznie 65,8%. Odpowiedzi negatywne („raczej nie” i „zdecydowanie nie”) stanowiły 9,6%, a aż 24,7% respondentów wybrało „trudno powiedzieć”.

Wykres 21. W jaki sposób? Proszę wskazać każdy przejaw wpływu pandemii na korzystanie ze wsparcia, który Pan(i) odczuł(a). (% wskazań)



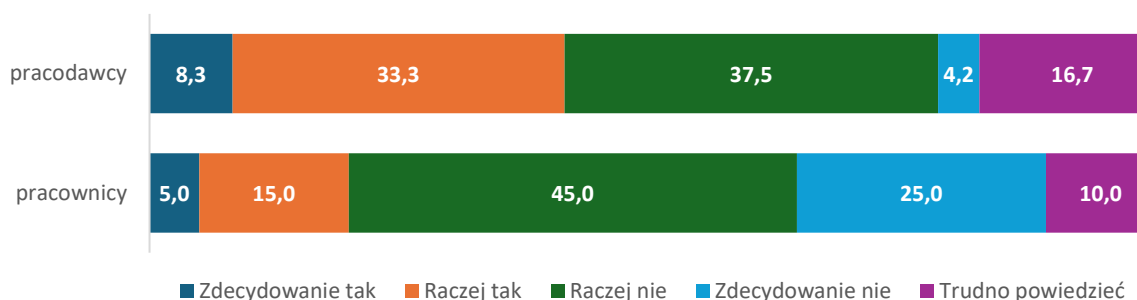
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=136 wśród MŚP; n=108 wśród pracowników MŚP.

Najczęściej wskazywaną trudnością była **nadmierna biurokracja** – zauważyło ją 62,5% pracodawców i 55% pracowników. Kolejnym problemem były **procedury rekrutacyjne**: zbyt formalne i skomplikowane (25% pracodawców, 30% pracowników), a także **niedostateczna elastyczność działań** (35% pracowników, 20,8% pracodawców). Obie grupy zwracały uwagę na brak kontynuacji wsparcia po projekcie (ok. 20%) oraz niedostateczną jakość usług.

Pojawiały się też trudności osobiste i zdrowotne – brak możliwości udziału z powodu sytuacji rodzinnej, opieki nad osobą niesamodzielną czy chorób. Pracownicy częściej niż pracodawcy wskazywali na ograniczoną komunikację ze strony realizatora (15% wobec 4,2%) oraz problemy logistyczne.

W wywiadach TDI przedstawiciele MŚP podkreślali bariery formalne i techniczne: rozbudowaną dokumentację, przeciążenie systemu rekrutacyjnego („kto pierwszy, ten lepszy”), konieczność osobistego stawiennictwa przy podpisywaniu umów. Wskazywano także na ograniczenia finansowe – wartość bonów nie pokrywała realnych kosztów szkoleń, co zmuszało do wyboru mniej dopasowanych usług. Dodatkowe problemy dotyczyły wymogu posiadania e-maila przez uczestników, krótkiego czasu realizacji bonu (60 dni), opóźnień w rozliczeniach oraz trudności technicznych w korzystaniu z Bazy Usług Rozwojowych.

Wykres 22. Czy realizatorzy projektu zareagowali jakoś na te trudności? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=24 wśród MŚP; n=20 wśród pracowników MŚP.

Ocena reakcji realizatorów na zgłaszane trudności pokazuje wyraźne różnice między pracodawcami a pracownikami. Pracodawcy częściej dostrzegali działania wspierające – ponad 40% wskazało, że reakcja była obecna – choć równie liczna grupa oceniła ją jako niewystarczającą. W przypadku pracowników pozytywne oceny były zdecydowanie rzadsze, a dominowało przekonanie, że realizatorzy nie odpowiadali adekwatnie na zgłaszane bariery. Dane ilościowe potwierdzają więc, że odbiór działań wspierających był zróżnicowany, a pracownicy pozostawali bardziej krytyczni wobec jakości komunikacji i elastyczności obsługi.

Analiza wywiadów pogłębionych pokazuje jednak, że tam, gdzie wsparcie było zauważalne, oceniano je bardzo wysoko. Realizatorzy projektów angażowali się w pomoc formalną i informacyjną, ułatwiając przejście przez skomplikowane procedury aplikacyjne i rozliczeniowe. W mikroprzedsiębiorstwach szczególnie doceniano bezpośrednie wsparcie przy wypełnianiu dokumentów, które stanowiło realną barierę dla najmniejszych podmiotów. W średnich firmach pozytywnie oceniano doradztwo koordynatorów, którzy dbali o zgodność dokumentacji i minimalizowali ryzyko błędów formalnych. W przypadku problemów z rozliczeniami operatorzy i firmy szkoleniowe podejmowali działania naprawcze, choć wymagało to dodatkowego zaangażowania ze strony beneficjentów.

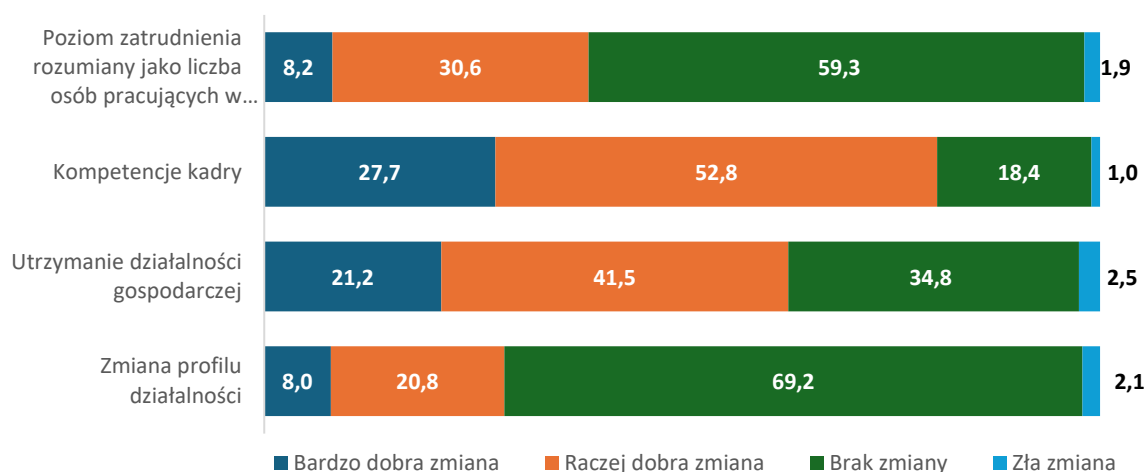
Warto podkreślić, że realizatorzy projektów nie mieli wpływu na problemy systemowe, takie jak przeciążenie serwerów czy ograniczenia finansowe bonów, jednak ich dostępność, profesjonalizm i elastyczność były wysoko oceniane. Współpraca z Łódzką Agencją Rozwoju Regionalnego została uznana za rzetelną i wspierającą – przedsiębiorcy doceniali dbałość o szczegóły i gotowość do pomocy w unikaniu błędów, które mogłyby skutkować koniecznością zwrotu środków. Podobnie Podmioty Świadczące Usługi Rozwojowe były chwalone za indywidualne podejście do uczestników i dopasowanie ścieżek szkoleniowych do ich potrzeb.

Z perspektywy pracowników reakcja realizatorów projektów była dostrzegana głównie w elastyczności usług i wsparciu informacyjnym. Pomoc przy poruszaniu się po BUR czy dostosowanie cen i zakresu kursów do warunków projektu były oceniane jako szczególnie wartościowe. Nawet w przypadkach, gdzie pojawiały się trudności techniczne lub organizacyjne, ogólna ocena obsługi bazy pozostawała pozytywna – uczestnicy podkreślali przejrzystość procesu, wysoką jakość szkoleń i profesjonalne podejście PŚUR.

Podsumowując, choć pracownicy częściej wskazywali brak reakcji, a systemowe bariery pozostawały poza kontrolą realizatorów, działania operatorów były postrzegane jako pomocne i profesjonalne.

Wsparcie w zakresie dokumentacji, doradztwa i organizacji szkoleń stanowiło kluczowy element pozytywnej oceny współpracy, a elastyczność i dostępność instytucji łagodziły trudności proceduralne i organizacyjne.

Wykres 23. Jak zmieniła się sytuacja w Państwa firmie w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.2 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów... - pracownicy (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP. Ze względu na niewielki udział, odpowiedzi „Raczej zła zmiana” i „Bardzo zła zmiana” zostały zagregowane na wykresie do „Zła zmiana”. Odpowiedź „Brak zmiany (brak wpływu udziału w projekcie)”, skrócono na wykresie do „Brak zmiany”.

Wpływ projektów był najbardziej widoczny w obszarze **kompetencji kadry**. Aż 27,7% respondentów oceniło tę zmianę jako „bardzo dobrą”, a 52,8% jako „raczej dobrą”. Łącznie ponad 80% wskazań potwierdza, że wsparcie w największym stopniu przyczyniło się do podniesienia kwalifikacji i umiejętności pracowników.

Drugim obszarem, w którym projekty wywarły istotny wpływ, było utrzymanie działalności gospodarczej. 21,2% badanych uznało, że nastąpiła „bardzo dobra zmiana”, a 41,5% – „raczej dobra zmiana”. Łącznie ponad 62% ocen pozytywnych pokazuje, że wsparcie pomogło firmom w stabilizacji i kontynuacji działalności, szczególnie w trudniejszych warunkach rynkowych.

W przypadku poziomu zatrudnienia efekty były mniej wyraźne. Tylko 8,2% wskazało „bardzo dobrą zmianę”, a 30,6% „raczej dobrą zmianę”. Jednocześnie aż 59,3 % badanych nie zauważyło żadnej zmiany, co sugeruje, że wsparcie nie miało istotnego wpływu na liczbę pracowników w przedsiębiorstwach.

Najmniej zmian odnotowano w obszarze profilu działalności. 69,2% firm zadeklarowało brak jakiegokolwiek zmiany, a tylko 8,0% oceniło ją jako „bardzo dobrą” i 20,8% jako „raczej dobrą”. Oznacza to, że projekty w niewielkim stopniu przyczyniały się do transformacji czy dywersyfikacji działalności gospodarczej.

Udział w projekcie w ocenie MŚP nie przełożył się bezpośrednio na wzrost zatrudnienia, co było zgodne z założeniami interwencji. W mikroprzedsiębiorstwach utrzymano status jednoosobowej działalności gospodarczej – jak podkreślono:

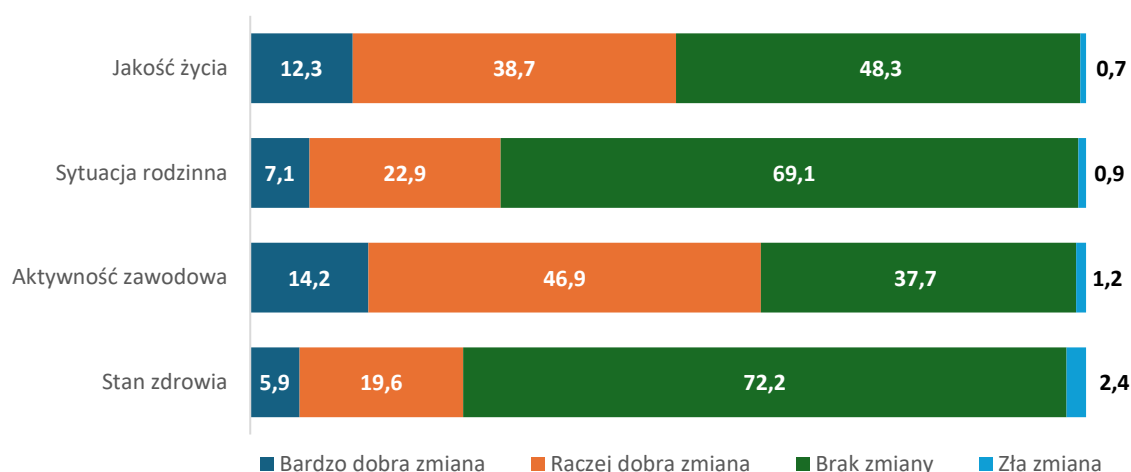
„Była jednoosobową przed tym projektem i taka pozostała” (TDI_09).

W małych i średnich firmach liczba etatów pozostała stabilna, choć szkolenia przyczyniły się do poprawy warunków zatrudnienia, wzrostu wynagrodzeń i większej stabilizacji kadry. W niektórych przypadkach wskazywano na pośredni wpływ na rozwój firmy i zatrudnianie nowych osób.

„Przyczyniły się do rozwoju firmy tak naprawdę. (...) Zatrudnianie kolejnych pracowników” (TDI_12).

Najważniejszym i najwyżej ocenianym efektem projektów było podniesienie kompetencji pracowników. Szkolenia odpowiadały na realne potrzeby zespołów, wzmacniały wiedzę, umiejętności i pewność siebie, a w praktyce przekładały się na lepszą organizację pracy, rozwój zespołów sprzedażowych czy utrzymanie standardów jakości (np. ISO 9001). W rezultacie udział w projekcie wspierał konkurencyjność i trwałość firm, choć nie prowadził do zmiany profilu działalności – oddziaływał raczej na sposób zarządzania, organizację pracy i ekspansję rynkową.

Wykres 24. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja zawodowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.2 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów... - pracownicy (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=477 wśród MŚP; n=424 wśród pracowników MŚP. Ze względu na niewielki udział, odpowiedzi „Raczej zła zmiana” i „Bardzo zła zmiana” zostały zagregowane na wykresie do „Zła zmiana”. Odpowiedź „Brak zmiany (brak wpływu udziału w projekcie)”, skrócono na wykresie do „Brak zmiany”.

Największy wpływ projektu pracownicy dostrzegli w aktywności zawodowej – ponad 61% oceniło zmiany pozytywnie. W przypadku jakości życia poprawę zauważyło ok. 51%, choć niemal połowa nie odczuła różnicy. Sytuacja rodzinna pozostała w większości bez zmian (69%), a pozytywne oceny pojawiły się u ok. 30% badanych. Najmniej efektów odnotowano w stanie zdrowia – ponad 72% nie zauważyło różnicy, a tylko ok. 25% wskazało poprawę, przy najwyższym odsetku ocen negatywnych.

Respondenci TDI rzadko wskazywali bezpośredni, natychmiastowy wpływ projektu na sytuację rodzinną czy zdrowotną. Zmiany w tych obszarach były ograniczone, choć w dłuższej perspektywie pojawiały się decyzje o stabilizacji zawodowej, które pośrednio oddziaływały na życie rodzinne. Najsilniej odczuwalny był jednak wpływ na sferę zawodową i osobistą – uczestnicy podkreślali wzrost pewności siebie, stabilizację zatrudnienia oraz rozwój kompetencji. Projekty wspierały jakość życia

poprzez poprawę pozycji zawodowej i nabycie odwagi do podejmowania nowych działań, co miało charakter trwały i długofalowy.

Najbardziej widoczny był wpływ na aktywność zawodową – podnoszenie kwalifikacji, uzyskiwanie uprawnień, wdrażanie nowych standardów i wzrost prestiżu zawodowego. Szkolenia odpowiadały na realne potrzeby i przekładały się na rozwój osobisty oraz większą konkurencyjność firm. W obszarze zdrowia zmiany dotyczyły głównie lepszego dbania o siebie i radzenia sobie ze stresem, co wzmacniało zdolność do utrzymania aktywności zawodowej.

„Lepsze dbanie o zdrowie.” (TDI_17)

Większość przedsiębiorców i pracowników oceniała projekty pozytywnie, podkreślając realne korzyści w postaci wzrostu kompetencji i stabilizacji zawodowej. Jednocześnie pojawiały się powtarzające się postulaty usprawnień – przede wszystkim uproszczenia biurokracji, przejrzystości zasad finansowania, większej elastyczności organizacyjnej oraz poprawy jakości i dostępności szkoleń. Wskazywano na potrzebę cyfryzacji procedur, wydłużenia czasu realizacji bonów, lepszej komunikacji z operatorami oraz szerszej promocji projektów, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach.

„Poprawić można byłoby ilość dokumentów, czyli zmniejszyć ich wymagalność, no właśnie, zmniejszyć ilość dokumentów.” (TDI_08)

„Wartość tego bonu czasami nie pokrywała potem wartości tej godziny, która była oferowana w szkoleniach.” (TDI_13)

„Słabo działała ta wyszukiwarka bazy usług rozwojowych. (...) Te filtry nie do końca filtrowały tak, jak chciałam.” (TDI_15)

Podsumowując, choć projekty spełniły oczekiwania większości uczestników, rekomendacje do przyszłych edycji koncentrują się na uproszczeniu formalności, urealnieniu finansowania, poprawie narzędzi technicznych oraz wzmocnieniu komunikacji instytucjonalnej.

➔ PODDZIAŁANIE X.2.2 WDROŻENIE PROGRAMÓW TYPU OUTPLACEMENT

Perspektywa beneficjentów

Beneficjenci projektów outplacementowych w poddziałaniu X.2.2 (w ramach badania zrealizowano 3 TDI) oceniali etap aplikowania jako proceduralnie prosty, ale merytorycznie wymagający. Sam proces składania wniosku był obciążony administracyjnie – ograniczał się do wypełnienia formularza elektronicznego, bez konieczności załączania dodatkowych dokumentów. Dzięki temu aplikacja była szybka i dostępna nawet dla podmiotów o mniejszych zasobach administracyjnych. Przygotowanie do aplikacji wymagało systematycznego monitorowania naborów, co pozwalało wnioskodawcom (potencjalnym beneficjentom) na bieżąco reagować na pojawiające się konkursy i przygotowywać wnioski w krótkim czasie.

„Wypełniamy tylko wniosek. Tylko i wyłącznie wniosek, my nie załączamy żadnej dokumentacji do wniosku.” (TDI 35)

„Śledziłam cały czas aktualności na stronie Wojewódzkiego Urzędu Pracy (...) i w Urzędzie Marszałkowskim. (...) Pojawiła się informacja o tym, że będzie nabór (...) no i po prostu napisaliśmy.” (TDI 37)

Ogólna ocena procesu była jednak pozytywna – beneficjenci podkreślali, że aplikowanie nie stanowiło bariery wejścia do programu. Konkursy były postrzegane jako atrakcyjne i zachęcające, ponieważ umożliwiały rozwój działalności, zatrudnienie zespołu oraz pozyskanie środków na działania wspierające osoby zagrożone bezrobociem.

„Absolutnie zachęcający jest każdy konkurs, który się pojawi, w którym my się wpisujemy jako beneficjent. Tak, bo powoduje możliwość pracy, zatrudnienia ludzi, utrzymania firmy i tak dalej.” (TDI 35)

Beneficjenci podkreślali, że realizacja projektów outplacementowych miała charakter **szybkiej interwencji** wobec osób zwalnianych lub zagrożonych zwolnieniem. Kluczowym celem było zapobieganie długotrwałemu bezrobociu i umożliwienie uczestnikom powrotu na rynek pracy poprzez różnorodne formy wsparcia.

Projekty były przygotowywane jako **pakiety usług** – od doradztwa zawodowego i wsparcia psychologicznego, przez szkolenia i staże, aż po dotacje na działalność gospodarczą czy subsydiowane zatrudnienie. Beneficjenci wskazywali, że taka konstrukcja pozwalała na dopasowanie ścieżki wsparcia do indywidualnych potrzeb uczestników, co zwiększało skuteczność działań.

„Opracowania indywidualnego planu działania dla każdego uczestnika. (...) Warsztaty aktywizacyjne, wsparcie psychologa, szkolenia, staże i pośrednictwo pracy.” (TDI 35)

Realizacja projektów outplacementowych wymagała od beneficjentów nie tylko przygotowania merytorycznego, ale także odpowiedniego zaplecza organizacyjnego. Realizacja wymagała zaangażowania zespołów merytorycznych – koordynatorów, ekspertów ds. rozliczeń i księgowości oraz trenerów i doradców. Dzięki temu uczestnicy otrzymywali kompleksowe wsparcie od doradztwa po szkolenia i staże. Istotne było także zapewnienie odpowiedniego zaplecza lokalowego. Wykorzystywano własne sale szkoleniowe i biura, a tam, gdzie dostępność była ograniczona lub liczba uczestników większa niż możliwości organizacyjne, konieczne było wynajęcie dodatkowych pomieszczeń. Takie rozwiązanie zwiększało dostępność usług i ułatwiało uczestnikom korzystanie ze wsparcia.

„Trzy osoby, plus ja czwarty jako koordynator, no plus obsługa księgowo-kadrowa. (...) Wynajmowaliśmy dodatkowe biuro, ponieważ główna lokalizacja nie była łatwo dostępna.” (TDI 36)

Rekrutacja uczestników odbywała się wielotorowo – poprzez kontakt z firmami prowadzącymi zwolnienia grupowe, wydarzenia lokalne, ulotki, plakaty oraz media społecznościowe. Duże znaczenie miała także „pocztą pantoflowa”, która skutecznie zwiększała zasięg informacji o projektach. Beneficjenci oceniali, że zainteresowanie udziałem było wysokie, a w niektórych przypadkach przekraczało dostępne limity miejsc.

„Kontakt z firmami, które prowadzą zwolnienia grupowe, maile wysyłane do pracodawców. (...) Strona internetowa. (...) Najwięcej działa oczywiście pocztą pantoflowa.” (TDI_35)

„Plakaty i ulotki do wszystkich urzędów gmin, MOPS-ów, GOPS-ów.” (TDI_37)

Beneficjenci zgodnie podkreślali, że projekty outplacementowe spotkały się z **wysokim poziomem zainteresowania** ze strony osób zagrożonych utratą pracy. W wielu przypadkach liczba zgłoszeń przekraczała dostępne limity miejsc, co świadczyło o realnej potrzebie tego typu działań. Projekty były oceniane jako atrakcyjne, ponieważ oferowały kompleksowe wsparcie – od doradztwa i szkoleń po staże i dotacje na działalność gospodarczą. Zainteresowanie było szczególnie widoczne w obszarach, gdzie rynek pracy podlegał dynamicznym zmianom, a pracownicy obawiali się długotrwałego bezrobocia. Beneficjenci wskazywali, że uczestnicy doceniali możliwość zdobycia nowych kwalifikacji, a także realną szansę na zatrudnienie po zakończeniu stażu. Beneficjenci oceniali, że atrakcyjność projektów wynikała z ich praktycznego charakteru – szkolenia były długie i specjalistyczne, staże dobrze dopasowane do potrzeb rynku, a dotacje na działalność gospodarczą dawały realną możliwość rozpoczęcia własnej ścieżki zawodowej.

„Projekt był bardzo atrakcyjny dla uczestników. (...) Bardzo dobre szkolenia i te szkolenia, które były dedykowane.” (TDI 35)

Jednocześnie pojawiały się ograniczenia formalne, które powodowały, że część chętnych nie mogła wziąć udziału w projektach. Najczęściej dotyczyło to kryterium czasu pozostawania bez pracy (maksymalnie sześć miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu) oraz konieczności uzyskania zaświadczeń od pracodawców. W efekcie część osób, mimo zainteresowania, była wykluczona z rekrutacji.

„Więcej było chętnych niż nawet miejsc, tylko że akurat te osoby nie spełniały kryterium.” (TDI 37)

Beneficjenci oceniali realizację wsparcia jako kompleksową i dobrze dopasowaną do potrzeb uczestników. Podkreślali, że dopasowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb uczestników było kluczowym czynnikiem sukcesu. Indywidualne plany działania, starannie dobrane miejsca stażowe oraz bieżący monitoring postępów sprawiały, że projekty miały realny wpływ na sytuację zawodową uczestników. Korzystne efekty były szybko widoczne, ponieważ realizacja wsparcia była ukierunkowana na szybką interwencję – celem było, aby osoby tracące zatrudnienie nie pozostawały poza rynkiem pracy przez dłuższy czas. Beneficjenci podkreślali, że projekty pozwalały na przekwalifikowanie uczestników i otwarcie im nowych ścieżek zawodowych.

„Opracowania indywidualnego planu działania dla każdego uczestnika. (...) Warsztaty aktywizacyjne, wsparcie psychologa, szkolenia, staże i pośrednictwo pracy.” (TDI 35)

„Na przekwalifikowanie ludzi, którzy stracili pracę, żeby mogli pójść zupełnie w nowy obszar.” (TDI 35)

„Żeby ktoś, kto traci zatrudnienie nie wypadł na zbyt długi okres czasu z rynku pracy. (...) Szybka interwencja.” (TDI 37)

Beneficjenci wskazywali, że mimo ogólnie pozytywnej oceny realizacji, projekty outplacementowe wiązały się z szeregiem **trudności proceduralnych i organizacyjnych**. Podkreślano problem ze zmianami wprowadzanymi w trakcie trwania projektów – nowe wytyczne czy korekty zasad finansowych potrafiły „wywracać” ustalone plany i wymagały szybkiego dostosowania. Kolejnym wyzwaniem były niejasności finansowe, zwłaszcza dotyczące rozliczeń składek ZUS od staży i

stypendiów szkoleniowych. Beneficjenci musieli dokonywać przesunięć budżetowych, aby pokryć nieprzewidziane koszty, co utrudniało płynne prowadzenie działań.

„Zmiany, które są wprowadzane i narzucane nam w trakcie realizacji. To nam bardzo utrudnia, no bo wywraca nam troszeczkę wszystko do góry nogami.” (TDI 35)

„Na przykład kwestia ZUS-ów tutaj w tym przypadku przy stażach, czy ZUS-ów od staży, od stypendiów szkoleniowych, no to później się zazwyczaj różni, tak? I nam na przykład brakowało kasy na tych ZUS-ach. Musieliśmy przesuwać.” (TDI 36)

Mimo tych trudności, beneficjenci reagowali elastycznie – stosowali bieżący monitoring uczestników, prowadzili rozmowy z pracodawcami i rekrutowali nadwyżkę osób, aby zminimalizować ryzyko nieosiągnięcia wskaźników. Dzięki temu udawało się utrzymać płynność działań i osiągać zakładane wskaźniki.

„Musieliśmy przesuwać, (...) Intensywnie monitorując uczestników i rekrutując nadwyżkę.” (TDI 36)

Beneficjenci oceniali efekty projektów outplacementowych jako **realne i widoczne w krótkim czasie**, choć zróżnicowane pod względem trwałości. Wskazywano na poprawę sytuacji zawodowej uczestników – część z nich znalazła zatrudnienie po stażach, inni rozpoczęli własną działalność gospodarczą dzięki dotacjom, a jeszcze inni zdobyli nowe kwalifikacje, które zwiększyły ich szanse na rynku pracy. **Stáže i szkolenia** były oceniane jako szczególnie skuteczne – pozwalały uczestnikom na szybkie zdobycie praktycznych umiejętności i często prowadziły do zatrudnienia. Beneficjenci podkreślali, że długie, specjalistyczne kursy (np. księgowość, prawo jazdy C+E) dawały uczestnikom realne kompetencje, które były cenione przez pracodawców. **Dotacje na działalność gospodarczą** umożliwiały rozpoczęcie własnej ścieżki zawodowej, choć nie zawsze gwarantowały trwałość efektów. Beneficjenci zauważali, że część firm utrzymywała się na rynku, ale inne szybko kończyły działalność z powodu trudności finansowych lub braku doświadczenia. **Subsydiowane zatrudnienie** było oceniane jako rozwiązanie zwiększające stabilność – refundacja kosztów wynagrodzenia zachęcała pracodawców do zatrudniania uczestników, co wzmacniało efekty projektów.

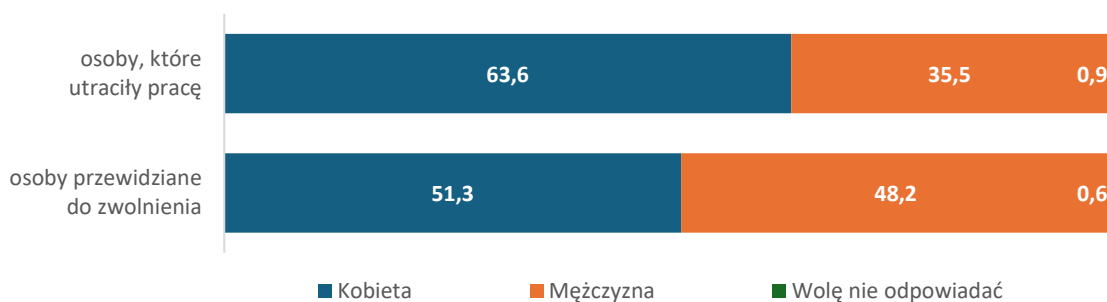
„Bardzo dobrze dobierane miejsca stażowe z szansą późniejszego zatrudnienia.” (TDI 37)

Podsumowując, efekty wsparcia w X.2.2 były oceniane jako **konkretne i praktyczne** uczestnicy zdobywali nowe kwalifikacje, podejmowali zatrudnienie lub zakładali działalność gospodarczą.

Perspektywa odbiorców wsparcia X.2.2

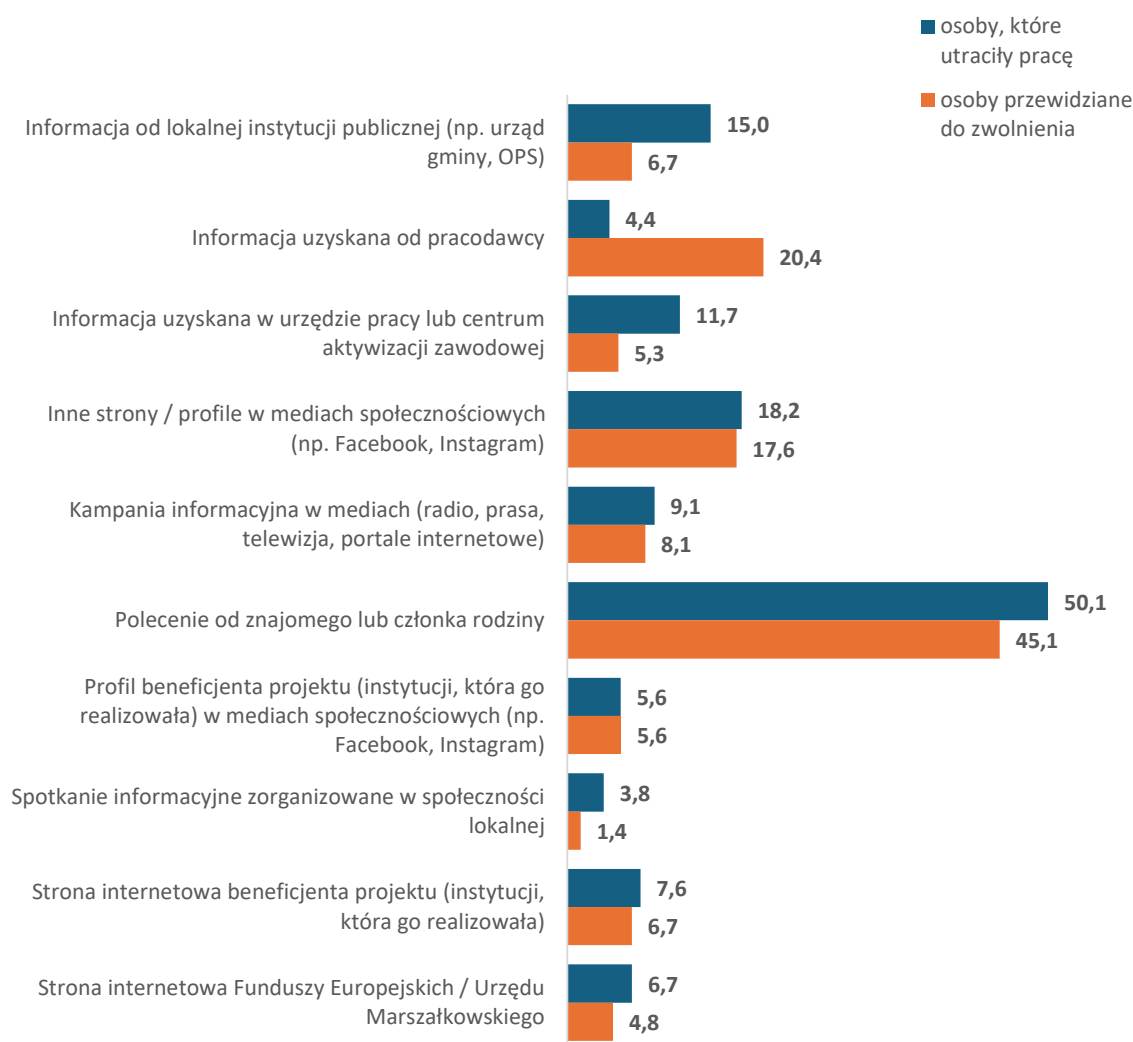
Wśród osób, które utraciły pracę, dominowały kobiety – stanowiły one ponad 63% tej grupy, podczas gdy mężczyźni niespełna 36%. W przypadku osób przewidzianych do zwolnienia proporcje są bardziej wyrównane: kobiety to 51,3%, a mężczyźni 48,2%. Odsetek osób, które nie zadeklarowały płci, jest marginalny w obu przypadkach (poniżej 1%).

Wykres 25. Płeć badanych odbiorców wsparcia. (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Wykres 26. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości otrzymania wsparcia? Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze źródła informacji. (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Najczęściej wskazywanym źródłem informacji o możliwości skorzystania ze wsparcia w Poddziałaniu X.2.2 były kanały nieformalne – polecenie od znajomego lub członka rodziny. W obu grupach – osób,

które utraciły pracę oraz osób przewidzianych do zwolnienia – odsetek wskazań wyniósł odpowiednio 50,1% i 45,1%. Wysokie wskazania uzyskały również media społecznościowe (18,2% i 17,6%), co potwierdza znaczenie nieformalnych sposobów komunikacji w dotarciu z informacją o projekcie.

Również w badaniach TDI respondenci podkreślali, że dowiadawali się o wsparciu od znajomych lub członków rodziny.

„To dowiedziałem się gdzieś od znajomego, więc że coś takiego jest, że ktoś tam też mój znajomy składa dokumenty, więc jakiś tam, można powiedzieć, informacji przekazywanych ustnie. (...) Wiedział, że ja też jestem zainteresowany założeniem działalności, on też był założeniem działalności i po prostu się, że tak powiem, zgadaliśmy.” (TDI_20)

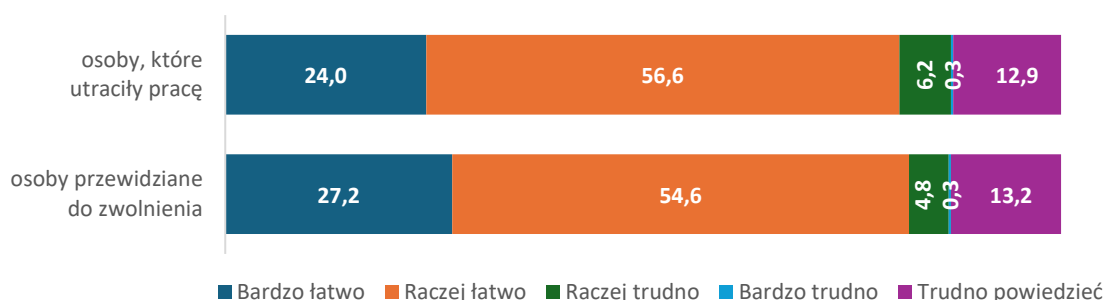
„Koleżanka, która pracowała ze mną w szkole, jej brat, ja nie wiem czy to był ten koordynator, czy on się zajmował, czy on jakiś inny projekt prowadził, ale powiedziała mi, że jest taki projekt dla osób, które są zagrożone utratą pracy i że mogę zadzwonić i się czegoś więcej dowiedzieć.” (TDI_24)

Po uzyskaniu ogólnej informacji z nieformalnych źródeł uczestnicy podejmowali dalsze działania: kontaktowali się z operatorami, przeszukiwali strony internetowe, odwiedzali urzędy pracy czy bezpośrednio spotykali się w biurach realizatorów projektów.

„Zaczęłem szukać. (...) W Kutnie jest taka fundacja czy tam no taka organizacja, która takie środki czasami przydziela. (...) Na początku to była informacja, można powiedzieć, internetowa. (...) Gdzieś tam pamiętam, że była strona internetowa i mieli coś bodajże na Facebooku czy na jakiejś grupie.” (TDI_20)

„Szukałam tam, gdzie ona zdobywała też te informacje, czyli urząd pracy, takie firmy jak [nazwa własna], która organizuje takie kursy.” (TDI_21)

Wykres 27. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Zdecydowana większość respondentów – zarówno wśród osób, które utraciły pracę, jak i tych przewidzianych do zwolnienia – oceniła proces aplikowania jako łatwy. W pierwszej grupie 80,6% wskazało odpowiedzi „bardzo łatwo” lub „raczej łatwo”, a w drugiej odsetek ten wyniósł 81,8%. Trudności zgłaszało jedynie 6,5% osób, które utraciły zatrudnienie, i 5,1% osób przewidzianych do zwolnienia, natomiast około 13% w obu grupach zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”. Dane wskazują na wysoką dostępność wsparcia i relatywnie prosty proces aplikacyjny, pozytywnie oceniany niezależnie od sytuacji zawodowej uczestników.

Wśród osób, które oceniły proces krytycznie, najczęściej wskazywaną trudnością był biznesplan – jego przygotowanie, część finansowa i prognozy. Podkreślano także nadmiar dokumentów, kolejki do składania wniosków, presję punktacji oraz ograniczoną liczbę miejsc. W grupie osób przewidzianych do zwolnienia pojawiały się podobne problemy – skomplikowane formularze, opis parametrów zakupów czy brak odpowiedzi na pytania rekrutacyjne. W obu grupach powtarzały się wskazania nadmiernej biurokracji i złożoności języka dokumentów.

Analiza wypowiedzi uczestników wywiadów TDI pokazuje jednak, że za tym ogólnym obrazem kryją się różne doświadczenia. Osoby, które miały wcześniejszą styczność z dotacjami lub otrzymały pomoc od operatorów projektu, oceniały procedurę jako prostą i zrozumiałą. Dla nich aplikowanie było powtarzalnym procesem, w którym kluczowe było jedynie dostarczenie wymaganych dokumentów. Natomiast dla osób aplikujących samodzielnie, bez wsparcia instytucji, największym wyzwaniem okazywała się objętość dokumentacji, konieczność przygotowania biznesplanu oraz nieczytelność informacji wstępnych.

„Miałam styczność w ogóle z dotacjami już wcześniej, w sensie nie osobiście jako osoba biorąca dotacje, ale pracowałam przy różnych wnioskach i po prostu znałam trochę te procedury. (...) Dla mnie to było proste, nie potrzebowałam pomocy.”
(TDI_22)

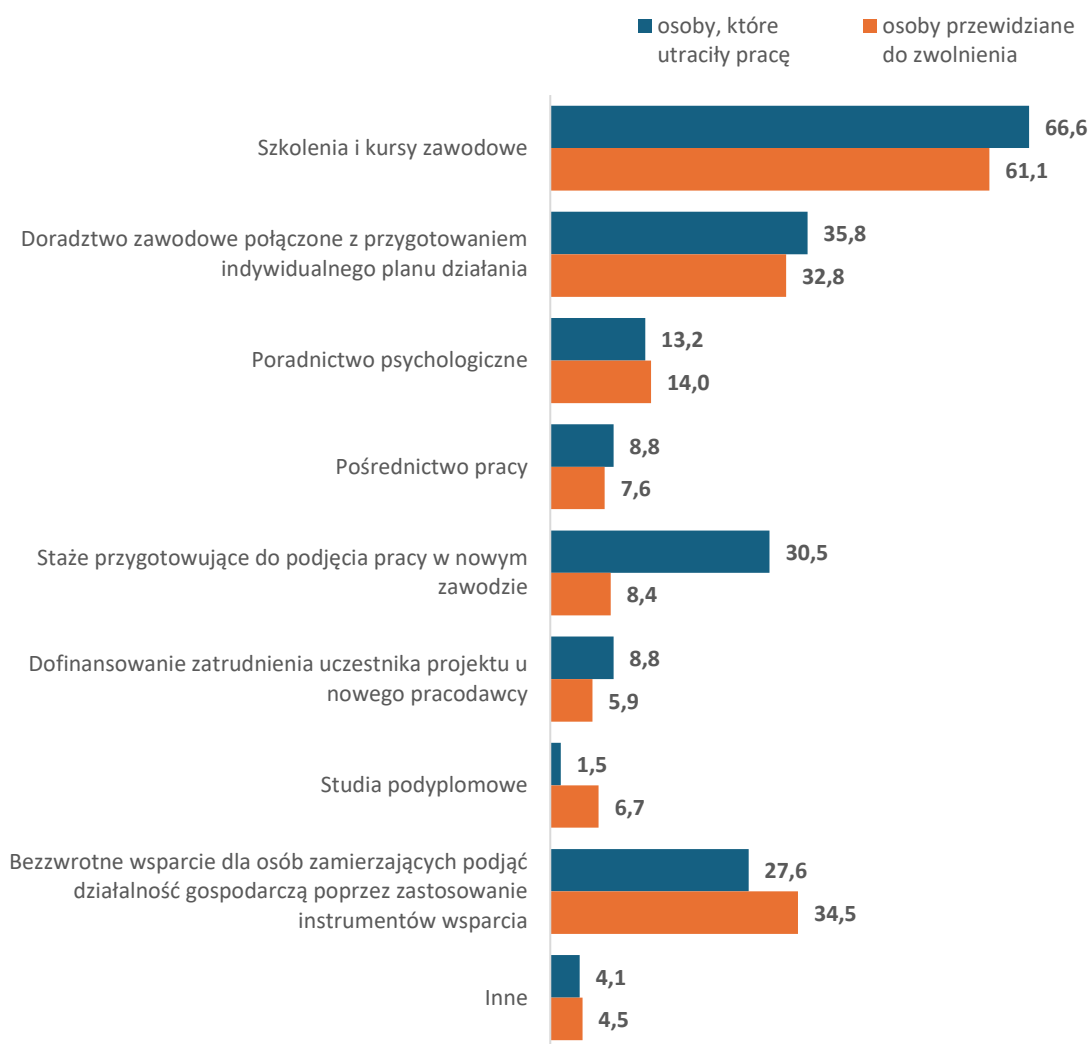
„Jeżeli miałbym to robić sam w domu, to myślę, że połowę bym zrobił źle albo nie tak, jak być powinno. (...) Mnie poprowadziła wtedy jak za rękę, dosłownie powiem szczerze, jak za rękę.” (TDI_23)

Wskazywaną trudnością był biznesplan – zarówno jego część finansowa, jak i opisowa. Respondenci podkreślali, że wymagał on czasu, wiedzy i umiejętności analitycznych, których brakowało osobom bez wykształcenia ekonomicznego. Wskazywano również na nadmiar dokumentów, czasochłonność formularzy oraz presję związaną z punktacją i ograniczoną liczbą miejsc.

„To nie jest już formularz rekrutacyjny, tylko tutaj musimy opisać swój pomysł, więc trochę czasu zajmuje.” (TDI_20)

Warto zauważyć, że dla części osób dotacja była warunkiem koniecznym do rozpoczęcia działalności gospodarczej. Wsparcie finansowe stanowiło nie tylko pomoc, ale wręcz bodziec do działania i źródło odwagi w podejmowaniu decyzji o własnym biznesie.

Wykres 28. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymał(a) Pan(i) w projekcie? Proszę zaznaczyć każdą formę wsparcia, z której Pan(i) korzystał(a). (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

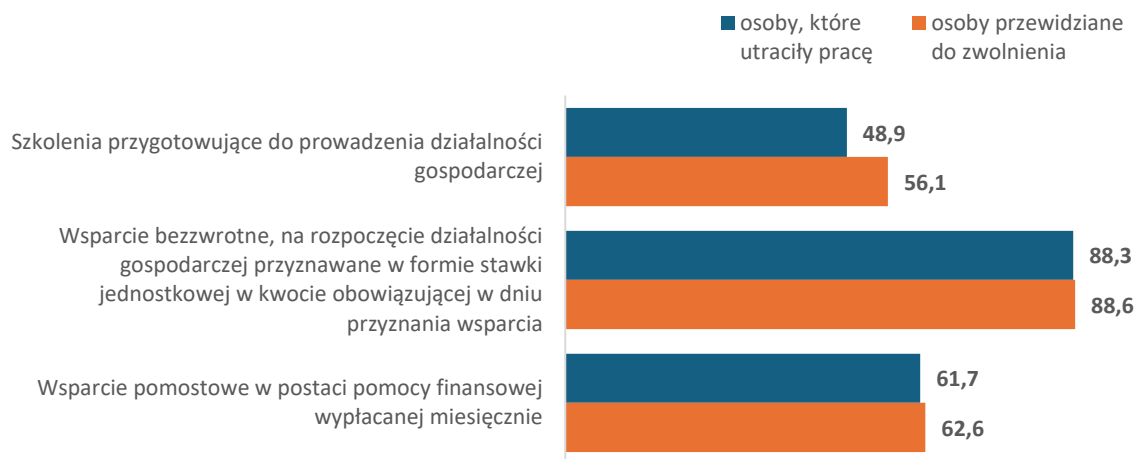
Najczęściej wykorzystywaną formą wsparcia były szkolenia i kursy zawodowe, z których skorzystało 66,6% osób, które utraciły pracę, oraz 61,1% osób przewidzianych do zwolnienia. Popularne było także doradztwo zawodowe z przygotowaniem indywidualnego planu działania (35,8% i 32,8%) oraz bezzwrotne wsparcie dla osób planujących rozpoczęcie działalności gospodarczej (27,6% i 34,5%).

W grupie osób, które utraciły pracę, częściej wybierano staże przygotowujące do pracy w nowym zawodzie (30,5% wobec 8,4%) oraz dofinansowanie zatrudnienia u nowego pracodawcy (8,8% wobec 5,9%). Z kolei osoby przewidziane do zwolnienia częściej uczestniczyły w studiach podyplomowych (6,7% wobec 1,5%). Poradnictwo psychologiczne, pośrednictwo pracy i inne formy wsparcia miały umiarkowany zasięg – poniżej 15% wskazań w obu grupach.

Dodatkowe formy wsparcia miały ograniczony i niejednoznaczny charakter. Wśród osób, które utraciły pracę, pojawiały się wskazania na asystenturę, dofinansowanie OZE, kredyt, opiekę nad dzieckiem w żłobku oraz prawo jazdy kat. C i C+E. W grupie osób przewidzianych do zwolnienia dominowały odpowiedzi negatywne lub niejednoznaczne, a pojedyncze wskazania dotyczyły prawa

jazdy, wsparcia finansowego i rehabilitacyjnego. Część uczestników wyrażała rozczarowanie, wskazując na brak realnego wsparcia lub formalne działania bez faktycznej pomocy.

Wykres 29. Rodzaj instrumentów wsparcia bezzwrotnego dla osób zamierzających podjąć działalność gospodarczą. (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=94 wśród osób, które utraciły pracę; n=123 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Wśród uczestników, którzy skorzystali z komponentu przedsiębiorczości, dominowało wsparcie finansowe na rozpoczęcie działalności gospodarczej – przyznawane w formie stawki jednostkowej (88,3% i 88,6%). Często wykorzystywano również wsparcie pomostowe wypłacane miesięcznie (61,7% i 62,6%) oraz szkolenia przygotowujące do prowadzenia działalności (48,9% i 56,1%).

Wszyscy respondenci TDI korzystali ze zróżnicowanego i bogatego pakietu wsparcia obejmującego szkolenia, doradztwo indywidualne, pomoc psychologiczną i bezzwrotne instrumenty finansowe. Szkolenia dotyczyły m.in. przedsiębiorczości, księgowości, BHP, marketingu i pisania biznesplanu. Doradztwo zawodowe w projekcie obejmowało zarówno wybór ścieżki, jak i przygotowanie biznesplanu.

Kluczowym elementem była jednak dla badanych bezzwrotna pomoc finansowa – jednorazowa dotacja oraz wsparcie pomostowe. Środki oceniano jako niezbędne i motywujące, zapewniające bezpieczeństwo w pierwszym roku działalności.

„Nie mogłabym sobie pozwolić na otworenie firmy, gdybym wiedziała, że nie będę miała zaplecza finansowego w postaci dotacji.” (TDI_25)

„Wsparcie pomostowe, bo na pewno pamiętam tam cały rok, co miesiąc jakieś tam środki. (...) Najbardziej wartościowe pod kątem takiego poczucia bezpieczeństwa.” (TDI_20)

Tabela 21. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile odpowiadało na Pana(i) potrzeby w tamtym czasie? – osoby pracujące (% wskazań)

Forma wsparcia	Osoby, które utraciły pracę						Osoby przewidzianych do zwolnienia					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	Trudno powiedzieć	Ogółem	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	Trudno powiedzieć	Ogółem
Szkolenia i kursy zawodowe	44,1	48,9	2,6	0,4	4,0	227	54,1	43,1	0,9	0,5	1,4	218
Doradztwo zawodowe połączone z przygotowaniem indywidualnego planu działania	49,2	45,1	1,6	0,0	4,1	122	53,0	41,0	0,0	0,9	5,1	117
Poradnictwo psychologiczne	64,4	31,1	2,2	0,0	2,2	45	56,0	38,0	0,0	0,0	6,0	50
Pośrednictwo pracy	43,3	0,0	0,0	3,3	53,3	30	63,0	37,0	0,0	0,0	0,0	27
Staże przygotowujące do podjęcia pracy w nowym zawodzie	50,0	0,0	43,3	1,9	4,8	104	66,7	26,7	0,0	0,0	6,7	30
Dofinansowanie zatrudnienia uczestnika projektu u nowego pracodawcy	36,7	53,3	0,0	0,0	10,0	30	61,9	28,6	0,0	0,0	9,5	21
Studia podyplomowe	60,0	40,0	0,0	0,0	0,0	5	70,8	20,8	8,3	0,0	0,0	24
Bezzwrotne wsparcie dla osób zamierzających podjąć działalność gospodarczą	50,0	46,8	0,0	0,0	3,2	94	59,3	33,3	0,8	2,4	4,1	123

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób które, utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Większość uczestników – zarówno osoby, które utraciły pracę, jak i przewidziane do zwolnienia – oceniła otrzymane formy wsparcia jako dobrze dopasowane do swoich potrzeb. Najwyżej oceniane były szkolenia i kursy zawodowe, które uzyskały 93% pozytywnych wskazań wśród osób po utracie pracy i aż 97,2% wśród osób przewidzianych do zwolnienia. Podobnie wysoko oceniono doradztwo zawodowe z indywidualnym planem działania – odpowiednio 94,3% i 94% pozytywnych ocen. Szczególną wartość miało także poradnictwo psychologiczne, które w sytuacjach kryzysowych uzyskało najwyższy odsetek ocen „bardzo dobrze” – 64,4% w pierwszej grupie i 56% w drugiej.

Różnice pojawiały się przy ocenie bardziej specjalistycznych form wsparcia. Pośrednictwo pracy było bardzo dobrze oceniane przez osoby przewidziane do zwolnienia (100% pozytywnych wskazań), natomiast wśród osób po utracie pracy aż 53,3% odpowiedziało „trudno powiedzieć”, co wskazuje na ograniczony kontakt z tą formą wsparcia. Staże zawodowe oceniono lepiej w grupie zagrożonych zwolnieniem (93,4% pozytywnych ocen), podczas gdy w grupie osób po utracie pracy 43,3% uznało je za „raczej złe”, co może świadczyć o niepełnym dopasowaniu oferty do potrzeb tej grupy. Dofinansowanie zatrudnienia u nowego pracodawcy było wysoko oceniane w obu grupach (90% i 90,5%), choć osoby po utracie pracy częściej miały trudność z jednoznaczną oceną.

W przypadku studiów podyplomowych odnotowano bardzo dobre oceny – 100% pozytywnych wskazań wśród osób po utracie pracy (zaznaczyć należy, że liczebność tej grupy była niewielka) i 91,6% wśród osób przewidzianych do zwolnienia. Bezzwrotne wsparcie na rozpoczęcie działalności gospodarczej uzyskało 96,8% i 92,6% ocen pozytywnych, co potwierdza jego trafność jako instrumentu aktywizacji.

Respondenci TDI z obu grup — zarówno osoby, które utraciły zatrudnienie, jak i te zagrożone zwolnieniem — oceniali otrzymane wsparcie jako trafnie dopasowane do ich potrzeb w momencie niestabilności zawodowej. Kluczowe znaczenie miały zarówno szkolenia z zakresu przedsiębiorczości, jak i bezzwrotne wsparcie finansowe, które umożliwiło rozpoczęcie działalności gospodarczej.

Wsparcie zostało ocenione jako w pełni odpowiadające potrzebom uczestników, szczególnie w zakresie zdobycia wiedzy i kapitału niezbędnego do otwarcia własnej firmy. Dla osób, które dopiero rozważały samozatrudnienie, najważniejsze było uzyskanie rzetelnych informacji i praktycznych umiejętności.

„W 100% zadziałało, no przede wszystkim zadziałały finanse, nie oszukujmy się, przecież każdy w takim projekcie bierze udział dla pieniędzy, żeby kupić te rzeczy i otworzyć tą firmę.” (TDI_23)

„Pomoc, jaką oczekiwałam, taką dostałam, powiedziałabym, że większą niż oczekiwałam. (...) Te środki na rozruch, że tak powiem. (...) Nie mogłabym sobie pozwolić na otworzenie firmy, gdybym wiedziała, że nie będę miała zaplecza finansowego w postaci dotacji.” (TDI_25)

„Miałam wątpliwości co do tego, czy mi te szkolenia będą potrzebne, bo uważałam, że wiele z tych rzeczy wiem, bo wiedziałam wiele z tych rzeczy. (...) To nie był zmarnowany czas te szkolenia.” (TDI_22)

Tabela 22. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)

Forma wsparcia	Osoby, które utraciły pracę						Osoby przewidzianych do zwolnienia					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	Trudno powiedzieć	Ogółem	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	Trudno powiedzieć	Ogółem
Szkolenia i kursy zawodowe	33,9	49,8	2,2	1,8	12,3	227	44,5	45,9	0,5	0,5	8,7	218
Doradztwo zawodowe połączone z przygotowaniem indywidualnego planu działania	40,2	49,2	0,0	0,8	9,8	122	40,2	46,2	2,6	0,0	11,1	117
Poradnictwo psychologiczne	55,6	35,6	2,2	0,0	6,7	45	48,0	40,0	0,0	0,0	12,0	50
Pośrednictwo pracy	53,3	43,3	0,0	0,0	3,3	30	40,7	55,6	3,7	0,0	0,0	27
Staże przygotowujące do podjęcia pracy w nowym zawodzie	46,2	45,2	0,0	1,0	7,7	104	50,0	40,0	0,0	0,0	10,0	30
Dofinansowanie zatrudnienia uczestnika projektu u nowego pracodawcy	43,3	43,3	0,0	0,0	13,3	30	52,4	33,3	0,0	0,0	14,3	21
Studia podyplomowe	40,0	40,0	0,0	0,0	20,0	5	50,0	37,5	4,2	0,0	8,3	24
Bezzwrotne wsparcie dla osób zamierzających podjąć działalność gospodarczą	53,2	40,4	1,1	0,0	5,3	94	53,7	36,6	0,8	1,6	7,3	123

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób które, utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Większość uczestników – zarówno osoby, które utraciły pracę, jak i przewidziane do zwolnienia – uznała, że wsparcie miało pozytywny wpływ na ich sytuację zawodową, wydłużając aktywność lub poprawiając pozycję na rynku pracy. Najwyżej oceniono szkolenia i kursy zawodowe (83,7% i 90,4% pozytywnych wskazań), które były kluczowe dla zdobycia nowych kwalifikacji. Doradztwo zawodowe z indywidualnym planem działania również uzyskało wysokie oceny (89,4% i 86,4%), a poradnictwo psychologiczne okazało się szczególnie pomocne w sytuacjach kryzysowych (91,2% i 88%).

Pośrednictwo pracy było najlepiej oceniane przez osoby po utracie zatrudnienia (96,6%), a niemal równie wysoko przez osoby przewidziane do zwolnienia (96,3%). Staże zawodowe miały dużą wartość dla obu grup (91,4% i 90%), podobnie jak dofinansowanie zatrudnienia u nowego pracodawcy (86,6% i 85,7%), choć tu częściej pojawiały się odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Studia podyplomowe, przy niewielkiej liczbie uczestników, którzy utracili pracę, uzyskały pozytywne oceny (80% wobec 87,5%), choć w grupie zagrożonych zwolnieniem pojawiły się też głosy krytyczne. Najbardziej jednoznacznie pozytywnie oceniono bezzwrotne wsparcie na rozpoczęcie działalności gospodarczej – 93,6% wskazań w grupie osób, które utraciły pracę i 90,3% w grupie osób przewidzianych do zwolnienia, co potwierdza jego kluczową rolę jako instrumentu aktywizacji zawodowej.

Wsparcie miało realny i decydujący wpływ na decyzję o założeniu firmy również dla respondentów wywiadów TDI. Projekt stał się impulsem do działania i przełamania niepewności – respondenci wywiadów telefonicznych podkreślili, że bez niego nie podjęliby ryzyka prowadzenia własnej działalności. Dla części osób udział w projekcie oznaczał nie tylko zmianę zawodową, ale także wzrost poczucia sprawczości i poprawę sytuacji materialnej. Podkreślano wyższe zarobki i podniesienie standardu życia, co wiązało się z większą stabilnością finansową.

„Ogromne zmiany. (...) Większy wpływ na swoje życie. (...) Zarabiam w tej chwili myślę, że wielokrotnie więcej niż zarabiałam wtedy.” (TDI_22)

„Projekt pokazał mi, że nie trzeba się zamykać na jedną pracę, że trzeba być otwartym i że niemożliwe jest tylko w naszych głowach. (...) Przez to, że tam byłam, że bardzo dużo już zaczęłam jeździć, no to teraz Łódź nie stanowi problemu i pracuję do dzisiaj.” (TDI_24)

Tabela 23. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)

Forma wsparcia	Osoby, które utraciły pracę						Osoby przewidzianych do zwolnienia					
	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	Trudno powiedzieć	Ogółem	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	Trudno powiedzieć	Ogółem
Szkolenia i kursy zawodowe	28,6	48,9	5,3	2,2	15,0	227	44,0	43,1	0,5	1,4	11,0	218
Doradztwo zawodowe połączone z przygotowaniem indywidualnego planu działania	34,4	50,0	0,8	0,8	13,9	122	41,0	43,6	0,0	0,0	15,4	117
Poradnictwo psychologiczne	57,8	33,3	2,2	0,0	6,7	45	44,0	40,0	0,0	0,0	16,0	50
Pośrednictwo pracy	46,7	43,3	3,3	0,0	6,7	30	29,6	63,0	3,7	0,0	3,7	27
Staże przygotowujące do podjęcia pracy w nowym zawodzie	40,4	41,3	3,8	0,0	14,4	104	50,0	46,7	0,0	3,3	0,0	30
Dofinansowanie zatrudnienia uczestnika projektu u nowego pracodawcy	23,3	46,7	6,7	3,3	20,0	30	47,6	38,1	0,0	4,8	9,5	21
Studia podyplomowe	40,0	20,0	0,0	0,0	40,0	5	50,0	37,5	4,2	0,0	8,3	24
Bezzwrotne wsparcie dla osób zamierzających podjąć działalność gospodarczą poprzez zastosowanie następujących instrumentów, w tym:	53,2	38,3	1,1	0,0	7,4	94	47,2	44,7	1,6	1,6	4,9	123

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Większość uczestników – zarówno osoby, które utraciły pracę, jak i przewidziane do zwolnienia – uznała, że otrzymane wsparcie miało trwały wpływ na ich sytuację zawodową, odczuwalny także po zakończeniu projektu. Najczęściej wskazywano na szkolenia i kursy zawodowe, których wpływ na sytuację zawodową jako trwały oceniło 77,5% osób po utracie pracy i 87,1% osób przewidzianych do zwolnienia, przy czym w tej drugiej grupie odsetek ocen „bardzo dobrze” był wyraźnie wyższy (44% wobec 28,6%). Podobnie wysoko oceniono doradztwo zawodowe z indywidualnym planem działania – 84,4% i 84,6% pozytywnych wskazań – co potwierdza jego rolę w długofalowym planowaniu kariery.

Poradnictwo psychologiczne uzyskało 91,1% ocen pozytywnych wśród osób po utracie pracy i 84% wśród osób przewidzianych do zwolnienia, a wysoki odsetek ocen „bardzo dobrze” (57,8% i 44%) wskazuje na jego znaczenie w stabilizacji emocjonalnej i zawodowej. Pośrednictwo pracy było oceniane równie wysoko w obu grupach (90% i 92,6%), a staże zawodowe – szczególnie wśród osób przewidzianych do zwolnienia – uzyskały 96,7% pozytywnych ocen wobec 81,7% w grupie osób po utracie pracy.

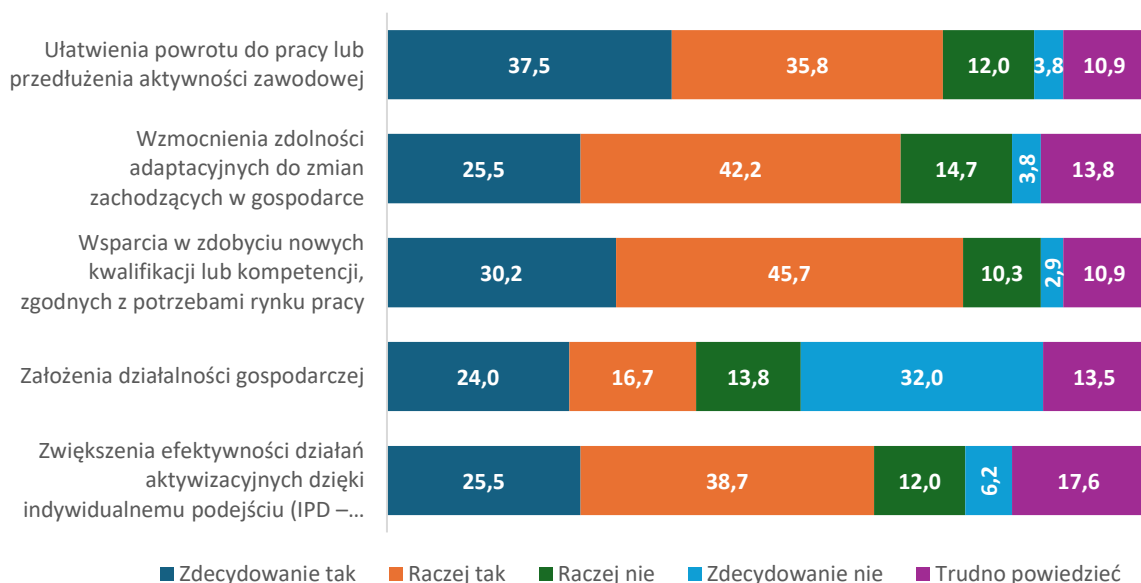
Dofinansowanie zatrudnienia u nowego pracodawcy miało bardziej zróżnicowane oceny – 70% pozytywnych wskazań wśród osób po utracie pracy i 85,7% wśród osób przewidzianych do zwolnienia – co może świadczyć o mniej stabilnych efektach tej formy wsparcia. Studia podyplomowe, przy niewielkiej liczbie uczestników, którzy utracili pracę, zostały ocenione pozytywnie przez 60% osób po utracie pracy i 87,5% osób przewidzianych do zwolnienia, przy czym w pierwszej grupie aż 40% wskazało „trudno powiedzieć”. Najbardziej jednoznacznie pozytywnie oceniono bezzwrotne wsparcie na rozpoczęcie działalności gospodarczej – 91,5% i 91,9% ocen pozytywnych, w tym najwyższy odsetek ocen „bardzo dobrze” (53,2% i 47,2%).

Wyniki TDI potwierdzają trwałość efektów – respondenci kontynuowali prowadzenie działalności długo po zakończeniu obowiązkowego okresu trwałości, a część rozwija firmy do dziś. Szczególnie wysoko oceniano wsparcie pomostowe, które zapewniało stabilność finansową w pierwszym roku działalności i dawało poczucie bezpieczeństwa. Nawet w przypadkach zawieszenia działalności podkreślano trwałe zmiany w postawie i podejściu do pracy, a wiedza zdobyta podczas szkoleń była uznawana za przydatną także po zakończeniu projektu.

„Kontynuuję działalność do dziś.” (TDI_22)

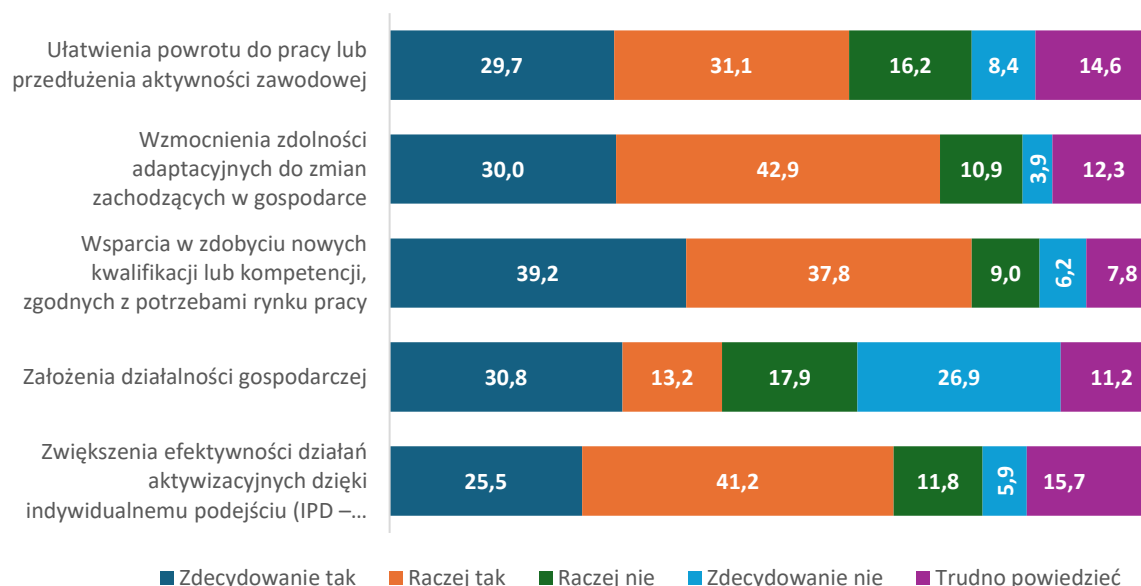
*„Maksymalnie wryły się w pamięć i maksymalnie są przydatne w kontekście czy to prowadzenia swojej działalności, czy prowadzenia swojej działalności później, czy w ogóle otwarcia działalności z projektu, no to to na pewno było dla mnie pomocne.”
(TDI_20)*

Wykres 30. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Pana(i) przypadku do: ... – osoby, które utraciły pracę (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę.

Wykres 31. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Pana(i) przypadku do: ... – osoby przewidziane do zwolnienia (% wskazań)

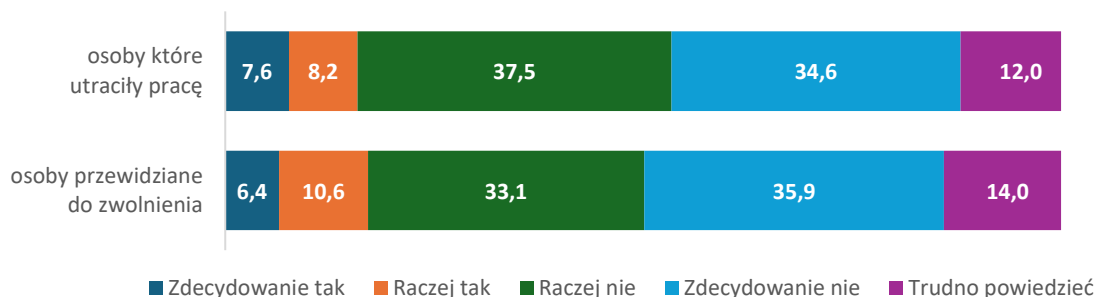


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Osoby, które utraciły zatrudnienie, najczęściej wskazywały, że projekt ułatwił im powrót do pracy – 73,3% oceniło ten wpływ pozytywnie. Równie wysoko oceniono jego znaczenie dla zdobycia nowych kwalifikacji zgodnych z potrzebami rynku pracy (75,9%) oraz wzmocnienia zdolności adaptacyjnych do zmian gospodarczych (67,7%). Indywidualne podejście w ramach IPD uzyskało 64,2% ocen pozytywnych, natomiast komponent przedsiębiorczości był oceniany bardziej zróżnicowanie – 40,7% wskazań pozytywnych przy jednoczesnych 32% ocen zdecydowanie negatywnych.

W przypadku osób zagrożonych zwolnieniem najwyżej oceniono wpływ projektu na rozwój kwalifikacji i kompetencji – 77% uczestników uznało, że projekt zdecydowanie lub raczej przyczynił się do ich rozwoju zawodowego. Wzmocnienie zdolności adaptacyjnych uzyskało 72,9% pozytywnych wskazań, a indywidualne podejście w ramach IPD – 66,7%. Przedłużenie aktywności zawodowej zostało ocenione pozytywnie przez 60,8% uczestników, co może wynikać z faktu, że osoby te jeszcze nie utraciły zatrudnienia. Komponent przedsiębiorczości uzyskał 44% ocen pozytywnych, ale jednocześnie 26,9% wskazań zdecydowanie negatywnych.

Wykres 32. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) w jakiś sposób wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2? (% wskazań)

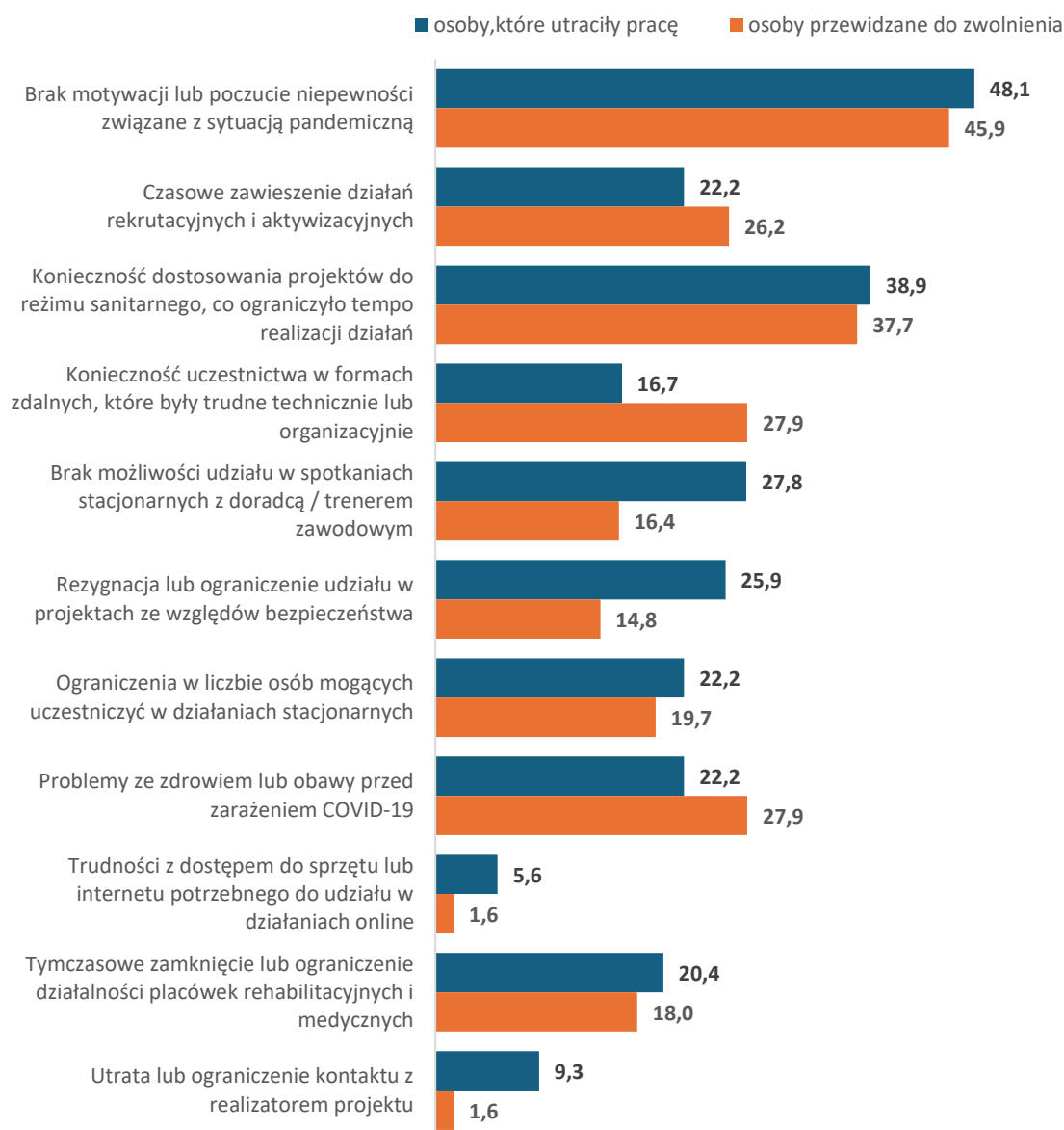


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Ocena wpływu pandemii COVID-19 na udział w projekcie była umiarkowana i niejednoznaczna. Tylko 15,8% osób, które utraciły pracę, oraz 17% osób przewidzianych do zwolnienia zadeklarowało, że pandemia miała zdecydowany lub raczej odczuwalny wpływ na ich uczestnictwo w projektach. Zdecydowana większość – ponad 69% w obu grupach – wskazała, że raczej nie lub zdecydowanie nie odczuła takiego wpływu.

Dane wskazują, że pandemia stanowiła ważne tło społeczno-gospodarcze, ale jej bezpośredni wpływ na realizację projektów był ograniczony. Najprawdopodobniej skutecznie zneutralizowały go działania organizacyjne i adaptacyjne – w tym wdrożenie zdalnych form kontaktu, elastycznych harmonogramów oraz uproszczonych procedur aplikacyjnych. Dzięki temu negatywne skutki pandemii dla uczestników zostały w dużej mierze zminimalizowane.

Wykres 33. W jaki sposób? Proszę wskazać każdy przejaw wpływu pandemii na korzystanie ze wsparcia, który Pan(i) odczuł(a). (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=54 wśród osób, które utraciły pracę; n=61 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Pandemia COVID-19 miała wielowymiarowy wpływ na uczestników projektów – zarówno na osoby, które utraciły pracę, jak i na te przewidziane do zwolnienia. Choć większość deklarowała brak bezpośredniego oddziaływania pandemii na udział w projekcie, szczegółowe dane pokazują, że część uczestników zmagала się z konkretnymi trudnościami.

Wśród osób po utracie pracy najczęściej wskazywano na brak motywacji i poczucie niepewności (48,1%), co wpływało na zaangażowanie i decyzje zawodowe. Ważnym utrudnieniem była konieczność dostosowania działań do reżimu sanitarnego (38,9%) oraz brak możliwości spotkań stacjonarnych z doradcą lub trenerem (27,8%). Część uczestników rezygnowała z udziału ze względów bezpieczeństwa (25,9%), a inni wskazywali na zawieszenie rekrutacji, problemy zdrowotne

czy obawy przed zakażeniem (22,2%). Pojawiały się także trudności techniczne związane ze zdalnymi formami wsparcia (16,7%) oraz ograniczony kontakt z realizatorem projektu (9,3%).

Osoby przewidziane do zwolnienia również najczęściej odczuwały brak motywacji i niepewność (45,9%). W tej grupie częściej niż wśród osób po utracie pracy pojawiały się problemy z uczestnictwem w formach zdalnych (27,9%) oraz obawy zdrowotne (27,9%). Wskazywano także na zawieszenie działań rekrutacyjnych (26,2%) i konieczność dostosowania projektu do wymogów sanitarnych (37,7%). Rezygnacja z udziału zdarzała się rzadziej (14,8%), a trudności techniczne były marginalne (1,6%), co może świadczyć o lepszym przygotowaniu tej grupy do pracy online.

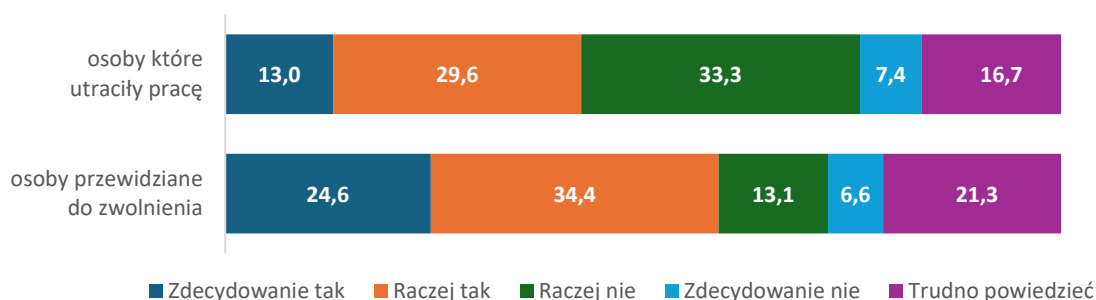
Dane pokazują, że pandemia miała realny wpływ na komfort i przebieg wsparcia, choć nie zawsze była postrzegana jako bariera. Najczęściej odczuwane skutki dotyczyły psychologicznego wymiaru pandemii, barier organizacyjnych oraz konieczności adaptacji do nowych form kontaktu. Mimo trudności większość uczestników oceniła projekty jako wartościowe i pomocne.

Respondenci TDI potwierdzali, że wpływ pandemii był szczególnie odczuwalny w 2020 roku, zwłaszcza na etapie rozpoczynania działalności gospodarczej. Osoby, których projekty zakończyły się tuż przed wybuchem pandemii, podkreślały brak przeszkód formalnych i organizacyjnych. Z kolei ci, którzy rozpoczynali działalność w czasie pandemii, wskazywali na konieczność reorganizacji pracy, ale też na pozytywne impulsy w niektórych branżach.

„Pandemia wpłynęła bardzo pozytywnie na działalność, bo specjalizowałem się w projektach medycznych i tych projektów było dużo.” (TDI_20)

„Nie miałam takiej konieczności zawieszenia, bo wszystko, co się dało, przeniosłam online.” (TDI_22)

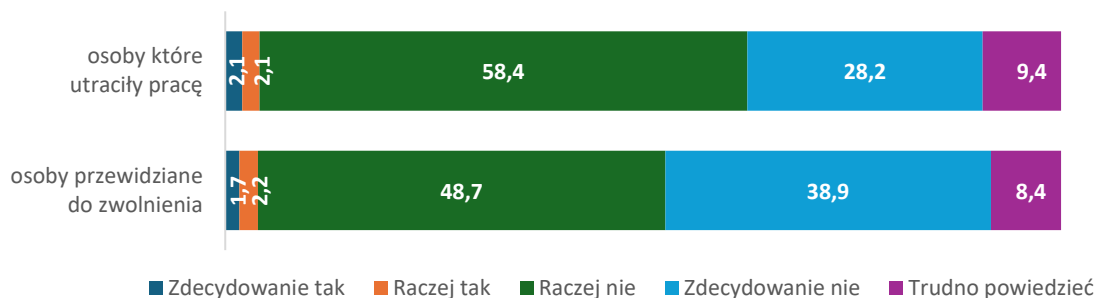
Wykres 34. Czy realizatorzy wsparcia zareagowali na te trudności? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=54 wśród osób, które utraciły pracę; n=61 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Oceny dotyczące reakcji realizatorów na pandemiczne trudności były zróżnicowane między grupami respondentów. Wśród osób przewidzianych do zwolnienia aż 59% uczestników uznało, że realizatorzy zareagowali adekwatnie („zdecydowanie tak” lub „raczej tak”), podczas gdy w grupie osób, które utraciły pracę, odsetek ten wyniósł 42,6%. Jednocześnie wśród osób, które utraciły pracę, aż 40,7% wskazało, że realizatorzy raczej lub zdecydowanie nie zareagowali na trudności, co może świadczyć o niedostatecznej komunikacji, ograniczonej dostępności doradców lub braku elastyczności w pierwszej fazie realizacji projektów. W grupie osób przewidzianych do zwolnienia oceny negatywne były znacznie rzadsze (19,7%).

Wykres 35. Czy w trakcie udziału w projekcie napotkał(a) Pan(i) jakieś inne problemy / trudności związane z korzystaniem ze wsparcia? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia.

Zarówno osoby, które utraciły pracę, jak i te przewidziane do zwolnienia, rzadko wskazywały na dodatkowe problemy związane z udziałem w projekcie. Wśród osób po utracie pracy jedynie 4,2% zadeklarowało występowanie trudności, a 86,6% stwierdziło, że raczej nie lub zdecydowanie nie doświadczyło barier. Podobnie osoby zagrożone zwolnieniem – tylko 3,9% potwierdziło problemy, podczas gdy 87,6% zaprzeczyło ich występowaniu. Około 9% uczestników w obu grupach wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, co sugeruje incydentalny lub niejednoznaczny charakter doświadczeń.

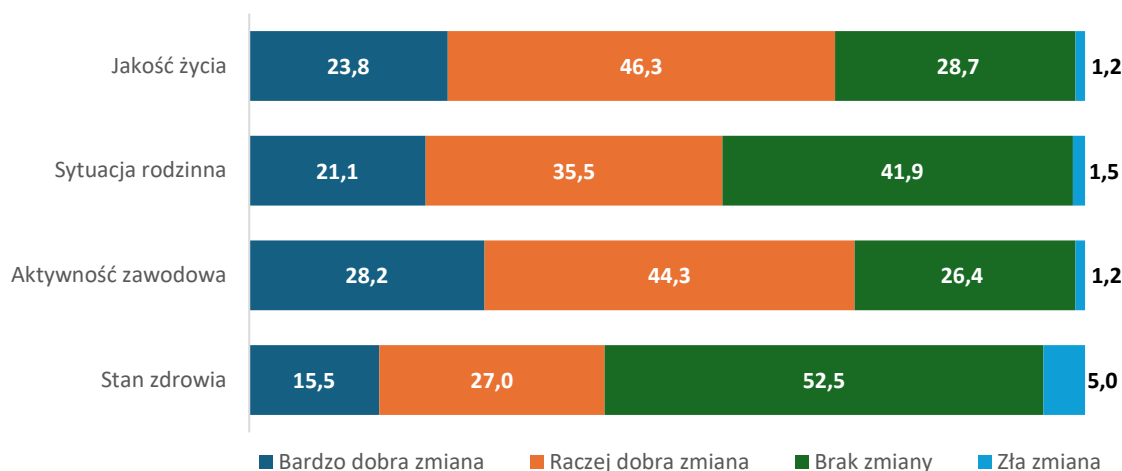
Dodatkowe bariery w korzystaniu ze wsparcia były niewielkie – jak wskazano powyżej, tylko 4,2% osób po utracie pracy i 3,9% osób zagrożonych zwolnieniem wskazało na problemy. Najczęściej dotyczyły one biurokracji, ograniczonej komunikacji z realizatorem oraz niedostatecznej jakości wsparcia. Pojawiały się też pojedyncze sygnały o braku kontynuacji działań, problemach zdrowotnych czy logistycznych.

Respondenci TDI podkreślili przede wszystkim trudności w kontakcie z operatorami, przeciążenie pracowników i zniechęcające formalności.

*„Kontakt z firmą był utrudniony, miałam wrażenie, że pracownicy byli przeciążeni.”
(TDI_22)*

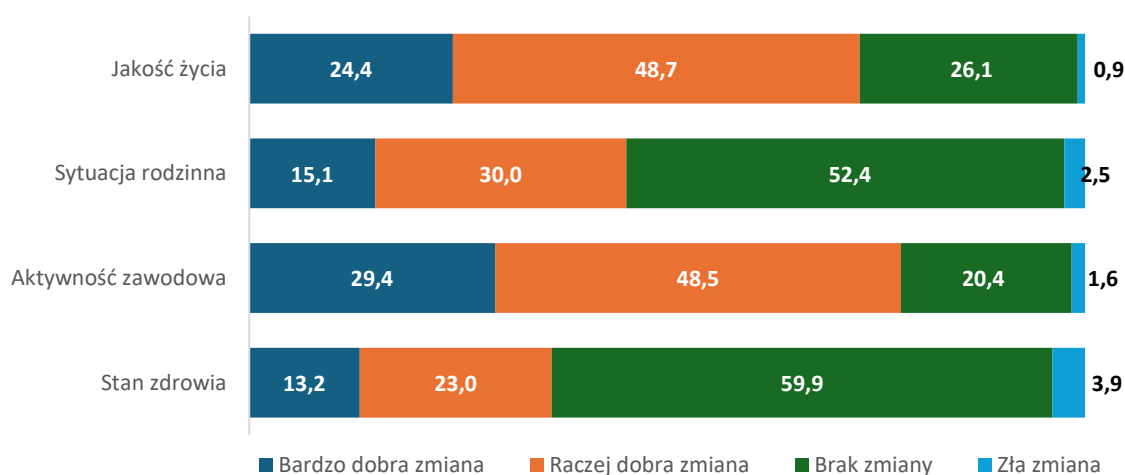
Na etapie rozliczeń pojawiały się stresujące sytuacje – opóźnienia w wypłatach, błędy księgowe czy niesłuszne oskarżenia o defraudację. Najpoważniejszym problemem była konieczność zwrotu VAT-u po kilku latach. Mimo tych trudności wielu uczestników podkreślało pozytywną rolę realizatorów, którzy pomagali w formalnościach i wspierali w rozwiązywaniu problemów.

Wykres 36. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja życiowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.2 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów – osoby, które utraciły pracę (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=341 wśród osób, które utraciły pracę. Ze względu na niewielki udział, odpowiedzi „Raczej zła zmiana” i „Bardzo zła zmiana” zostały zagregowane na wykresie do „Zła zmiana”. Odpowiedź „Brak zmiany (brak wpływu udziału w projekcie)”, skrócono na wykresie do „Brak zmiany”.

Wykres 37. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja życiowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.2 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów – osoby przewidziane do zwolnienia (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=357 wśród osób przewidzianych do zwolnienia. Ze względu na niewielki udział, odpowiedzi „Raczej zła zmiana” i „Bardzo zła zmiana” zostały zagregowane na wykresie do „Zła zmiana”. Odpowiedź „Brak zmiany (brak wpływu udziału w projekcie)”, skrócono na wykresie do „Brak zmiany”.

Udział w projektach w ramach Działania X.2 został oceniony przez uczestników jako istotny czynnik poprawy sytuacji zawodowej i jakości życia. Zarówno osoby, które utraciły pracę, jak i te przewidziane do zwolnienia wskazywały przede wszystkim na pozytywne zmiany w aktywności zawodowej (72,5% i 77,9% ocen pozytywnych) oraz jakości życia (70,1% i 73,1%). Wpływ na sytuację rodzinną był mniej wyraźny, choć nadal zauważalny (56,6% i 45,1%), natomiast stan zdrowia pozostawał obszarem najmniej podatnym na zmianę – większość uczestników nie odczuła tu efektów projektu, choć część wskazywała na poprawę samopoczucia psychicznego.

Respondenci podkreślali, że projekty były impulsem do rozpoczęcia nowej ścieżki zawodowej, często związanej z samozatrudnieniem, co dawało poczucie niezależności i większej sprawczości. Zmiany te przekładały się na poprawę materialną i większą stabilność życiową.

„Bardzo duża zmiana życiowa. (...) Wolność w pracy, wolność w tym, gdzie wybieram, co robię, z kim robię.” (TDI_20)

„Ogromne zmiany. (...) Zaczęłam żyć pełną piersią i bardziej robię to, co lubię. (...) Zarabiam wielokrotnie więcej niż wcześniej.” (TDI_22)

W przypadku osób zagrożonych zwolnieniem projekt był przede wszystkim sposobem na uniknięcie destabilizacji zawodowej i poprawę sytuacji materialnej. Stabilność dochodów oraz możliwość prowadzenia własnej działalności dawały poczucie bezpieczeństwa i otwierały nowe perspektywy.

„Zdecydowanie moja stopa życiowa się podniosła. (...) Warunki zarobkowe poprawiły się, sytuacja rodzinna też się polepszyła.” (TDI_25)

Choć projekty w ramach Działania X.2 były oceniane jako potrzebne i skuteczne, uczestnicy – zarówno osoby po utracie pracy, jak i przewidziane do zwolnienia – wskazywali na szereg obszarów wymagających poprawy. Najczęściej powtarzały się postulaty dotyczące ograniczenia biurokracji. Uczestnicy narzekali na nadmiar dokumentów, skomplikowane rozliczenia i niejasne procedury, postulując uproszczenie formalności, wprowadzenie elektronicznych form rozliczeń oraz większą przejrzystość zasad.

„Wydaje mi się, że może trochę mniej tej papierologii do wypełniania.” (TDI_21)

Drugim kluczowym obszarem były szkolenia i doradztwo. Część osób oceniała niektóre kursy jako zbyt ogólne lub niedostosowane do potrzeb rynku pracy. Proponowano większą różnorodność szkoleń, w tym kwalifikacyjne zakończone certyfikatem, więcej zajęć praktycznych oraz lepsze przygotowanie do rozmów kwalifikacyjnych. Wskazywano również na potrzebę rozszerzenia doradztwa indywidualnego – zarówno w trakcie projektu, jak i po jego zakończeniu – obejmującego kwestie prawa pracy, podatków czy rozwoju firmy.

Kolejnym powtarzającym się postulatem było wydłużenie czasu trwania wsparcia, szczególnie staży. Uczestnicy podkreślali, że krótkie formy nie pozwalały na zdobycie realnego doświadczenia, sugerując wydłużenie ich do co najmniej sześciu miesięcy i powiązanie z obowiązkiem zatrudnienia po zakończeniu stażu.

Ważnym wątkiem były także kwestie finansowe. Kwota dotacji była oceniana jako niewystarczająca wobec realnych kosztów prowadzenia działalności. Proponowano zwiększenie wysokości wsparcia oraz zapewnienie pomocy pomostowej w pierwszym roku funkcjonowania firmy w większym wymiarze, kiedy dochody są niestabilne.

Uczestnicy zwracali uwagę na komunikację i organizację – postulowano lepszy przepływ informacji, bardziej przejrzyste materiały informacyjne oraz bieżące wsparcie ze strony doradców. Krytykowano brak czytelności informacji zawartych w dokumentach i zbyt obszerne opisy zasad udziału w projekcie, które zniechęcały potencjalnych uczestników.

„Informacje o projekcie powinny być bardzo przejrzyste zadeklarowane, na zasadzie kto może z tego skorzystać, kiedy i jak.” (TDI_23)

Wskazywano również na potrzebę lepszej promocji projektów, ponieważ wielu uczestników dowiadywało się o nich przypadkiem. Proponowano szersze nagłaśnianie projektów i prowadzenie ewaluacji tuż po zakończeniu wsparcia, aby szybciej wychwytywać obszary wymagające poprawy.

5.3.3 PI 8VI – DZIAŁANIE X.3: OCHRONA, UTRZYMANIE I PRZYWRÓCENIE ZDROWIA

➔ PODDZIAŁANIE X.3.1 PROGRAMY Z UWZGLĘDNIENIEM REHABILITACJI MEDYCZNEJ UŁATWIAJĄCE POWROTY DO PRACY ORAZ UMOŻLIWIAJĄCE WYDŁUŻENIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

Perspektywa beneficjentów

Beneficjenci, w wywiadach telefonicznych (w ramach badania zrealizowano 3 TDI) podkreślili, że przygotowanie do projektów rehabilitacyjnych dla osób 50+ wymagało zarówno aktywnego monitorowania naborów, jak i posiadania odpowiednich zasobów lokalowych i kadrowych. Informacje o możliwości realizacji projektów były pozyskiwane głównie poprzez wyszukiwanie w Internecie oraz śledzenie oficjalnych stron urzędowych. Respondenci wskazali, że samodzielne monitorowanie ogłoszeń było kluczowe, choć część instytucji korzystała także ze wsparcia firm zewnętrznych lub osób z doświadczeniem w pisaniu projektów. Dokumenty konkursowe zostały ocenione jako wystarczające i szczegółowe, choć język urzędowy bywał trudny. Sam proces aplikacji został oceniony jako stosunkowo prosty. Wymagana była jedynie wersja elektroniczna wniosku, a liczba załączników była minimalna. Beneficjenci wskazali, że brak konieczności dostarczania dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu czy umów spółek znacząco ułatwił procedurę. Respondenci podkreślili, że rozumieli przebieg programu, ale przygotowanie wniosku wymagało specjalistycznej wiedzy i umiejętności posługiwania się formalnym językiem.

„Szukanie w Internecie informacji o projektach unijnych. (...) Strony takich rządowych, tam są te nabory. (...) Informacje jak przebiega program i tak dalej, z tych dokumentów (...) były okej. (...) Trudne było napisanie takiego projektu, tym takim specjalistycznym językiem. (...) Współpraca z firmą, która ma doświadczenie w tych projektach i ona nam po prostu pomogła napisać ten projekt.” (TDI_38)

Przed przystąpieniem do aplikacji kluczowe było posiadanie odpowiednich zasobów – lokalowych, sprzętowych i kadrowych. Placówki musiały wykazać, że dysponują personelem (fizjoterapeuci, psycholog, dietetyk) oraz zapleczem technicznym do prowadzenia zabiegów rehabilitacyjnych. Jedynym utrudnieniem był długi czas oczekiwania na decyzję. Choć sam proces opiniowania i negocjacji przebiegał sprawnie, etap weryfikacji wniosku wymagał cierpliwości.

„Dość długo to trwało, ale to na wszystkie projekty się czeka na decyzję.” (TDI_38)

Realizacja projektów w ramach poddziałania koncentrowała się na zapewnieniu kompleksowego wsparcia osobom powyżej 50. roku życia, które były aktywne zawodowo lub deklarowały chęć powrotu na rynek pracy, a jej kluczowym elementem była rehabilitacja medyczna, uzupełniana o konsultacje psychologiczne i dietetyczne. Zabiegi były dobierane indywidualnie, a ich intensywność dostosowywana do stanu zdrowia pacjentów. Dzięki temu wsparcie miało charakter spersonalizowany i odpowiadało na realne potrzeby uczestników.

„Była rehabilitacja, były porady psychologa, dietetyka. (...) Indywidualnie dobierane te zabiegi dla każdego pacjenta.” (TDI 38)

Placówki angażowały własny personel – fizjoterapeutów, psychologa i dietetyka – oraz wykorzystywały zaplecze lokalowe i sprzętowe. Projekty były kosztowne, wymagały dodatkowych godzin pracy i obsługi administracyjnej, dlatego zewnętrzne dofinansowanie było warunkiem ich realizacji. Realizatorzy projektów podkreślili, że bez wsparcia finansowego nie mieliby możliwości prowadzenia tak szeroko zakrojonych działań.

„Projekt realizował nasz personel, który mamy. Oczywiście były zwiększone godziny tutaj pracy, ale pracownicy też wyrazili zgodę na to zaangażowanie. (...) No to nie dalibyśmy rady, bo jednak to był dość kosztowny projekt. (...) Nie miałyby to możliwości po prostu.” (TDI 38)

„Lokal, te pomieszczenia, bo tam był ten udział procentowy oczywiście, to było naszym wkładem. (...) Dział księgowości akurat zaangażowaliśmy w ramach projektu, żeby pilnować rozliczenia tego.” (TDI 39)

Promocja projektów opierała się na kanałach bezpośrednich: ulotkach, plakatach, współpracy z pracodawcami i lekarzami POZ. Skuteczna okazała się także poczta pantoflowa oraz wykorzystanie bazy pacjentów. Komunikaty zawierały podstawowe informacje o zakresie wsparcia, kryteriach kwalifikacyjnych i finansowaniu, co ułatwiało rekrutację. Zainteresowanie było bardzo wysokie – zapotrzebowanie przekraczało możliwości placówek, co skłaniało je do składania kolejnych wniosków.

„Informacje porozwieszane wszędzie (...) ulotki do zakładów pracy, poczta pantoflowa działa skutecznie.” (TDI 38)

„Plakaty były porozwieszane po gminie, po sołectwach. (...) Lekarze POZ też byli bardzo pomocni.” (TDI 39)

„Korzystaliśmy z bazy naszych pacjentów. (...) To był główny kanał informacyjny.” (TDI 40)

Rekrutacja uczestników przebiegała sprawnie, projekty były oceniane jako bardzo potrzebne i skuteczne, beneficjenci wskazywali na trudności, które towarzyszyły ich realizacji. Podkreślano **nadmierną biurokrację**, która obciążała zarówno realizatorów, jak i uczestników. Każdy zabieg musiał być potwierdzony w dokumentacji, a pacjenci zobowiązani byli do podpisywania wielu formularzy. Dodatkowo musieli składać zaświadczenia o zatrudnieniu oraz dokumenty podsumowujące udział w projekcie, co wymagało od placówek ciągłego przypominania i kontaktowania się z uczestnikami projektów. W opinii beneficjentów takie rozwiązania były zbyt rozbudowane i mogłyby zostać uproszczone, np. poprzez zastąpienie zaświadczeń oświadczeniami.

„Jedyny taki opór, taki problem w tej biurokracji, bo jednak bardzo dużo tych dokumentów trzeba było wypełniać. (...) Zaświadczenia o zatrudnieniu. (...) Każde poświadczenie, wykonanie zabiegu (...) pacjent musiał dużo podpisywać.” (TDI 38)

Drugim istotnym problemem była **szttywność terminów konsultacji psychologicznych i dietetycznych**, które często kolidowały z aktywnością zawodową uczestników. Pacjenci musieli stawiać się w określonych dniach i godzinach, co dla osób pracujących stanowiło poważne utrudnienie. Respondenci wskazali, że większa elastyczność – np. możliwość odbycia konsultacji w trybie zdalnym – byłaby bardziej dostosowana do potrzeb tej grupy.

„Problemem u pacjentów była terminowość, że ci pacjenci musieli mieć sztywno określone daty, kiedy idą do tego psychologa, kiedy do tego dietetyka.” (TDI 38)

Respondenci wskazali również na **problemy z akceptacją niektórych form wsparcia**, szczególnie konsultacji psychologicznych. Część uczestników traktowała je jako trudne do przyjęcia, co ograniczało pełne wykorzystanie oferty projektowej. W opinii beneficjentów większy nacisk można byłoby położyć na wsparcie dietetyczne, które było lepiej odbierane przez pacjentów.

„Problematyczny był ten psycholog. (...) Ludziom stwarzało to jednak trudność. (...) Dietetyk może bardziej tutaj by wtedy mógł zostać.” (TDI 39)

Beneficjenci, w wywiadach TDI, zgodnie podkreślili, że projekty rehabilitacyjne dla osób powyżej 50. roku życia przyniosły **realne i pozytywne rezultaty**, które miały bezpośredni wpływ na sytuację zdrowotną i zawodową uczestników. Najważniejszym efektem było zwiększenie dostępności do usług rehabilitacyjnych, które w standardowym systemie były ograniczone przez kontrakty z NFZ i długie kolejki. Dzięki projektom pacjenci mogli szybciej skorzystać z zabiegów, co skracало czas ich nieobecności w pracy i ułatwowało powrót do aktywności zawodowej. Placówki wskazały, że projekty pozwoliły na kompleksowe wsparcie uczestników – rehabilitację uzupełnioną o konsultacje psychologiczne i dietetyczne. Indywidualne podejście do pacjentów oraz intensywność zabiegów były wysoko oceniane, a uczestnicy deklarowali zadowolenie z jakości usług. W wielu przypadkach liczba zabiegów była większa niż się spodziewano, co dodatkowo wzmacniało poczucie wartości udziału w projekcie.

„Jeżeli pacjent miał oczekiwać na rehabilitację po zabiegu operacji kolana, powiedzmy dwa miesiące, my byliśmy w stanie zrobić mu tę rehabilitację w ciągu tygodnia i sprawnie mógł wrócić do pracy.” (TDI 40)

„Bardzo byli zadowoleni, bo nie spodziewali się, że tyle tych zabiegów będzie, a dużo było zabiegów w ramach jednej.” (TDI 39)

Efekty były widoczne także w wymiarze organizacyjnym. Placówki zyskały dodatkową rozpoznawalność i mogły promować swoją działalność w lokalnych społecznościach. Projekty przyczyniły się do budowania pozytywnego wizerunku instytucji, które oferowały bezpłatne i szybkie wsparcie dla osób aktywnych zawodowo.

„Zwiększenie dostępności dla pacjentów tutaj naszych. (...) Promocja placówki, tak, bo też jednak ona się dzięki temu projektowi troszkę poszłaś na zewnątrz.” (TDI 38)

➔ PODDZIAŁANIE X.3.2 PROGRAMY PROFILAKTYCZNE DOTYCZĄCE CHOROÓB BĘDĄCYCH ISTOTNYM PROBLEMEM ZDROWOTNYM REGIONU

Perspektywa beneficjentów

Beneficjenci poddziałania X.3.2, w wywiadach telefonicznych (w ramach badania zrealizowano 2 TDI) podkreślili, że działania projektowe wpisywały się w realizowaną przez nich dotychczas działalność zdrowotną i stanowiły jej naturalne rozszerzenie. Placówki realizujące projekty wykazywały się aktywnością w poszukiwaniu informacji na temat możliwości finansowania takich działań. Choć ogólnie informacje były oceniane jako wystarczające, pojawiały się trudności związane z nieprecyzyjnymi kryteriami oceny wniosków i z punktacją. Beneficjenci nie zawsze rozumieli,

dlaczego ich projekty były odrzucane lub niżej punktowane. Podkreślono, że kryteria wyboru projektów bywały niejasne, a preferencje punktowe różniły się między powiatami, co budziło poczucie nierównego traktowania. Proces składania wniosków o dofinansowanie był czasem wspierany przez firmy zewnętrzne, które pomagały w przygotowaniu dokumentacji. Wymagane dokumenty miały charakter standardowy, jednak wskazywano na nadmiar biurokracji dotyczącej danych ogólnodostępnych. Dla osób z doświadczeniem w aplikowaniu procedura była stosunkowo prosta, natomiast dla mniej doświadczonych wnioskodawców stanowiła poważne wyzwanie.

„My nie mamy de facto pytań do tych informacji, które są na stronie. (...) Kryteria wyboru placówek, które mają wykonywać te programy, są czasami nieścisłe. (...) Kryteria oceniania tych projektów bywają dla nas bardzo zaskakujące. (...) Nie było jasne, co będzie odrzucane, a co nie. (...) Niektóre powiaty są lepiej punktowane od innych, mimo że placówka działa w całym województwie.” (TDI 41)

„Dla osób, które się tym zajmują, to nie jest trudny proces. Natomiast dla osób, które się tym nie zajmują, no to jest trudne.” (TDI 42)

Rekrutacja do projektów profilaktycznych była procesem zróżnicowanym i zależała od rodzaju programu. Respondenci podkreślili, że współpraca z zakładami pracy oraz szeroka kampania informacyjna znacząco ułatwiały dotarcie do potencjalnych uczestników. Na poziom zainteresowania wpływały także warunki kwalifikacyjne oraz poziom świadomości zdrowotnej. W przypadku programów dermatologicznych i związanych z odchudzaniem bariery były niewielkie, a uczestnicy chętnie korzystali z bezpłatnych badań i konsultacji. Natomiast w programie szczepień ograniczenia formalne – takie jak konieczność wcześniejszego braku szczepienia – stanowiły poważny czynnik wykluczający.

„Jednym z warunków było to, że nigdy takiej szczepionki pacjent nie przyjmował. (...) To był czynnik wykluczający, który nam sporo utrudnił.” (TDI 42)

Problemy rekrutacyjne dotyczyły również dokumentacji wymaganej od uczestników. Konieczność dostarczania zaświadczeń o zatrudnieniu czy innych formalnych dokumentów była dla pacjentów niejasna i czasochłonna, co wymagało od organizatorów dodatkowych działań przypominających i wspierających.

„Zaświadczenia o zatrudnieniu, które było trudno uzyskać w terminie. (...) Dla uczestników było to czasami bardzo niejasne.” (TDI 41)

Realizacja projektów miała charakter kompleksowy i obejmowała różnorodne działania profilaktyczne odpowiadające na kluczowe problemy zdrowotne regionu. Programy były prowadzone w formule wieloetapowej – od konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych, przez warsztaty edukacyjne, aż po działania promujące zdrowy styl życia. Wsparcie miało charakter interdyscyplinarny i angażowało lekarzy, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów, a także pozostały personel medyczny i kosmetologów. Dzięki temu uczestnicy mogli korzystać z usług, które w standardowym systemie byłyby dla nich trudno dostępne lub kosztowne.

„Warsztaty edukacyjne. (...) Lekarz POZ najpierw, który miał przebadać skórę każdego z pacjentów dermatoskopem. (...) Szkolenia dla personelu medycznego i kosmetologów.” (TDI 42)

Realizacja projektów profilaktycznych w ramach poddziałania X.3.2 wiązała się z trudnościami, które różniły się w zależności od rodzaju programu. Wskazano na **nadmierną biurokrację**, obejmującą konieczność składania licznych dokumentów papierowych, mimo że część danych była ogólnodostępna online. Respondenci podkreślili, że wymogi formalne były czasochłonne i nieproporcjonalne do rzeczywistych potrzeb, co utrudniało sprawną realizację działań.

„Listy pracowników, oświadczenia gminy (...) bardzo wiele tego składamy w formie papierowej. (...) KRS, które jest online. (...) W tej biurokracji, jeśli chodzi o te ogólnodostępne dane, bywa nieco dużo.” (TDI 41)

Kolejnym problemem był **brak elastyczności budżetowej i organizacyjnej**, który ograniczał możliwość reagowania na bieżące potrzeby. Respondenci wskazali, że trudno było przesuwac środki między działaniami, co utrudniało np. zwiększenie nakładów na promocję czy dostosowanie zakresu wsparcia do indywidualnych potrzeb pacjentów.

„Było bardzo trudno przenosić środki z jednego na drugie działanie. (...) Zwiększenie puli na marketing. (...) Wprowadziłbym więcej elastyczności do jego realizacji. (...) Można było przesuwać, u jednego pacjenta ten dietetyk mniej działał, a u innego bardziej.” (TDI 41)

Szczególnie istotnym czynnikiem utrudniającym realizację projektów była **pandemia COVID-19**, która spowodowała gwałtowny spadek zainteresowania programami wymagającymi aktywności stacjonarnej. W przypadku programu odchudzania niemożliwe stało się prowadzenie zajęć fizycznych w formie tradycyjnej, a w programie szczepień pacjenci obawiali się procedur medycznych. Konieczne było przejście na formy zdalne, co wymagało dodatkowych zgód i dostosowania działań.

„Bardzo nam to przeszkodził. (...) Zainteresowanie prawie się zmniejszyło, prawie do zera. (...) W pewnym momencie realizacji projektu mieliśmy robić te zajęcia fizyczne, które zostały nam od góry zabronione.” (TDI 41)

„Pacjenci bardzo niechętnie się pojawiali, a szczególnie w przypadkach, kiedy miało nastąpić przerwanie powłok skórnych, czyli szczepienie.” (TDI 42)

Beneficjenci podkreślili, że projekty profilaktyczne realizowane w ramach poddziałania X.3.2 przyniosły **wymierne rezultaty**. Programy dotyczące odchudzania i profilaktyki dermatologicznej zostały ocenione jako wyjątkowo skuteczne – uczestnicy nie tylko poprawiali swoje zdrowie, ale także zyskiwali dostęp do specjalistów i badań, które w normalnych warunkach byłyby dla nich trudno dostępne. Przykładowo w programie „Pomoc w Odchudzaniu - Wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego dotyczącego przeciwdziałania nadwadze i otyłości.” efekty były mierzalne: uczestnicy łącznie schudli o kilka ton, co stanowiło dowód na realny wpływ działań na zdrowie mieszkańców regionu. Program „Fokus na Skórę - program profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców powiatu pabianickiego, zgierskiego i łaskiego” przyniósł równie znaczące rezultaty. Dzięki szerokiej diagnostyce udało się wykryć kilkanaście przypadków czerniaka oraz ponad sto przypadków raka podstawnokomórkowego skóry, co miało bezpośredni wpływ na zdrowie i życie uczestników. Szczególne trudności dotyczyły programu szczepień przeciwko WZW typu B. Mimo starań trudno było znaleźć osoby spełniające kryteria, co powodowało problemy z realizacją wskaźników.

„Chyba już byśmy się nie podjęli realizacji takiego programu. (...) Największą trudnością było to, że po prostu trudno było znaleźć osoby, które by się w pełni kwalifikowały do tego programu.” (TDI 42)

Wskaźniki projektowe zostały osiągnięte lub przekroczone w programach dotyczących odchudzania i profilaktyki dermatologicznej. Również w przypadku szczepień przeciwko WZW typu B, mimo trudności rekrutacyjnych, udało się zrealizować zakładane wskaźniki produktu. Efekty projektów były widoczne także w wymiarze społecznym. Uczestnicy wszystkich projektów zyskiwali większą świadomość zdrowotną, a placówki budowały pozytywny wizerunek instytucji dbających o profilaktykę. Projekty zwiększyły dostępność usług zdrowotnych w regionie, umożliwiając mieszkańcom wykonanie badań i konsultacji, których w innych okolicznościach by nie zrealizowali.

„To zdecydowanie tak. Bardzo wielu osób, które by nie poszło do lekarza, to do tego lekarza poszło. (...) Nigdy by nie poszło, by się zbadać.” (TDI 41)

➔ PODDZIAŁANIE X.3.3 DZIAŁANIA UZUPEŁNIAJĄCE POPULACYJNE PROGRAMY PROFILAKTYCZNE W KIERUNKU WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORU JELITA GRUBEGO, PIERSI I SZYJKI MACICY

Perspektywa beneficjentów

Beneficjenci poddziałania X.3.3, w wywiadach telefonicznych (w ramach badania zrealizowano 2 TDI) wskazali, że przygotowanie do projektów uzupełniających populacyjne programy profilaktyczne było stosunkowo przejrzyste i dobrze osadzone w praktyce instytucji medycznych. Informacje o możliwości realizacji działań pozyskiwano np. poprzez współpracę z lokalnymi władzami lub regularne śledzenie strony internetowej dotyczącej RPO Wł 2014-2020 – <https://rpo.lodzkie.pl/>. Dla placówek z doświadczeniem w projektach zdrowotnych była to naturalna ścieżka, wpisująca się w dotychczasową praktykę. Dodatkowo IZ RPO Wł 2014-2020 organizowała spotkania informacyjne i szkolenia, które pozwalały lepiej zrozumieć zasady aplikowania i przygotować dokumentację zgodnie z wymaganiami. Informacje konkursowe zostały ocenione jako wyczerpujące, szczególnie przez osoby mające doświadczenie w realizacji projektów zdrowotnych. Kluczowe znaczenie miały jasne regulaminy, kryteria premiujące oraz możliwość wcześniejszego kontaktu z instytucją. Beneficjenci podkreślili, że znajomość „nomenklatury” i praktyki projektowej ułatwiała przygotowanie wniosku, natomiast dla mniej doświadczonych placówek pomocne były spotkania i konsultacje.

„Potrzebne informacje były na stronach RPO Łódzkie. Śledziłyśmy je jako dział odpowiedzialny za realizację programów i pozyskiwanie środków. (...) To były lata, gdzie było bardzo dużo takich zdrowotnych programów (...) były też jakieś szkolenia, ewentualnie spotkania informacyjne. (...) Regulaminy i wszystkie dokumenty związane ze złożeniem wniosku, ponieważ umiałyśmy te wnioski jako dział sporządzać, były dla nas wyczerpujące. (...) Jeśli człowiek ma doświadczenie z tą nomenklaturą i wie co jest co, to naprawdę nie ma żadnego problemu. (...) Zawsze pomagały nam również Panie z Urzędu Marszałkowskiego.” (TDI 44)

Proces składania wniosków nie był skomplikowany, choć w starszym modelu papierowym bywał technicznie uciążliwy. Wsparcie ze strony Instytucji Zarządzającej nie było konieczne na etapie pisania wniosku, ale okazało się niezbędne przy rozliczeniach finansowych. Szczególnie pomocne były konsultacje dotyczące harmonogramu płatności, który dla beneficjentów stanowił trudny dokument finansowy.

Rekrutacja do projektów była procesem stopniowym, który wymagał aktywnego zaangażowania kadry edukacyjnej oraz szerokiej promocji w lokalnych społecznościach. Początkowo zainteresowanie było umiarkowane, jednak dzięki skutecznej komunikacji i wykorzystaniu poczty pantoflowej udało się stopniowo zwiększyć liczbę uczestniczek. Kluczową rolę odegrały lokalne wydarzenia, media społecznościowe oraz bezpośrednie działania położnych i edukatorek, które aktywnie zachęcały kobiety do udziału w badaniach.

„To taka napędzająca się kula śnieżna. (...) Jedna osoba dowiadywała się od drugiej osoby.” (TDI 43)

Realizacja projektów koncentrowała się na uzupełnianiu programów profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów piersi i szyjki macicy. Działania miały charakter kompleksowy – obejmowały zarówno bezpłatne badania diagnostyczne, jak i szeroko zakrojoną edukację zdrowotną prowadzoną w różnych środowiskach lokalnych. Placówki organizowały spotkania informacyjne oraz kampanie edukacyjne w instytucjach i zakładach pracy oraz dla personelu medycznego, przygotowywano materiały edukacyjne (np. broszury, filmy). Ważnym elementem wsparcia była także organizacja transportu, który ułatwiał dostęp do badań, szczególnie dla mieszkanki terenów wiejskich. Dzięki temu uczestnicy mogli korzystać z wybranych badań bez konieczności długiego oczekiwania w kolejkach systemu publicznego, co zwiększało dostępność usług zdrowotnych w regionie.

„Na bezpłatnym wykonywaniu badań, ale również była to profilaktyka. (...) Szkolenie personelu medycznego z zakresu tego, w jaki sposób właśnie rozmawiać z pacjentkami. (...) Transport, więc były zapewnione usługi transportowe.” (TDI 43)

„Edukacja i etap diagnostyczny, czyli samo pobranie i badanie cytologiczne. (...) Slajdy miałyśmy, filmik nagrywałyśmy w ramach tego programu, taki film, taki spot reklamowy.” (TDI 44)

W realizację projektów zaangażowano szeroką kadrę – edukatorki, rejestratorki, położne oraz lekarzy. Wykorzystano sprzęt instytucjonalny, a dodatkowo zakupiono materiały edukacyjne i techniczne, takie jak rzutniki, ekrany czy pendrive’y. Dzięki temu możliwe było prowadzenie działań w różnych lokalizacjach i dostosowanie form wsparcia do potrzeb uczestniczek.

Jednocześnie, realizacja projektów, mimo ogólnej skuteczności i pozytywnego odbioru, wiązała się z pewnymi trudnościami natury organizacyjnej i formalnej. Jednym ze wskazywanych problemów były **ograniczenia terytorialne** – programy mogły obejmować wyłącznie mieszkanki województwa łódzkiego, co wykluczało kobiety z innych regionów. Beneficjenci podkreślili, że takie ograniczenie zmniejszało potencjalny zasięg działań i utrudniało pełne wykorzystanie możliwości wsparcia.

„Zakres terytorialny był mocno ograniczający. (...) Kobiety z innych województw, przebywające w instytucie, nie mogły skorzystać z tego typu programu. (...) Innego utrudnienia raczej nie było.” (TDI 43)

Drugim istotnym problemem była **konieczność podawania danych osobowych**, zwłaszcza numeru PESEL, co budziło obawy uczestniczek o bezpieczeństwo informacji. Realizatorzy projektów musieli poświęcać dodatkowy czas na tłumaczenie zasad ochrony danych i przekonywanie kobiet, że ich dane są bezpieczne. Wskazywano, że wymóg ten był nadmiernie restrykcyjny i mógł zniechęcać część potencjalnych uczestniczek.

„Problemem było podawanie swoich danych, np. PESEL. (...) Dużo takiego dodatkowego zaangażowania było trzeba, żeby wytłumaczyć że jest przecież RODO, podpisują Państwo wszystko.” (TDI 44)

Kolejną trudnością była **pandemia COVID-19**, która znacząco ograniczyła możliwość organizowania spotkań edukacyjnych i wydarzeń promocyjnych. Odwołanie imprez plenerowych i masowych akcji informacyjnych wymusiło reorganizację harmonogramów oraz konieczność docierania do uczestniczek w sposób indywidualny. Choć działania zostały dostosowane do nowych warunków, wymagało to zwiększonej intensywności pracy i przesunięć budżetowych.

„To na pewno i to było mocne utrudnienie, to była trudna możliwość organizowania chociażby spotkań edukacyjnych. (...) Próbowaliśmy do osób, które miały uczestniczyć w projekcie, docierać indywidualnie, bo tylko tak można było. (...) Zwiększona została intensywność tych [indywidualnych] działań promocyjnych.” (TDI 43)

Dodatkowe trudności dotyczyły **rozliczeń finansowych i zwrotów kosztów dojazdów**. Beneficjenci wskazali, że procedury związane z dokumentowaniem wydatków były nadmiernie skomplikowane – jeden bilet wymagał przygotowania kilku dokumentów, co było oceniane jako nieefektywne i zniechęcające.

„Nigdy więcej nie wzięłabym dofinansowania na zwrotu kosztów dojazdów. (...) Jeden bilet, pięć dokumentów.” (TDI 44)

Niezależnie od tych trudności, Beneficjenci zgodnie podkreślili, że projekty profilaktyczne przyniosły **realne i pozytywne rezultaty**, zarówno w wymiarze zdrowotnym, jak i społecznym. Najważniejszym efektem było zwiększenie świadomości zdrowotnej oraz poprawa dostępu do badań diagnostycznych. Wskaźniki projektowe, które realizowali respondenci, zostały osiągnięte, choć w niektórych przypadkach tempo realizacji było nierównomierne. Początkowe trudności rekrutacyjne i opór zostały przezwyciężone dzięki aktywnej promocji i współpracy z lokalnymi pracodawcami.

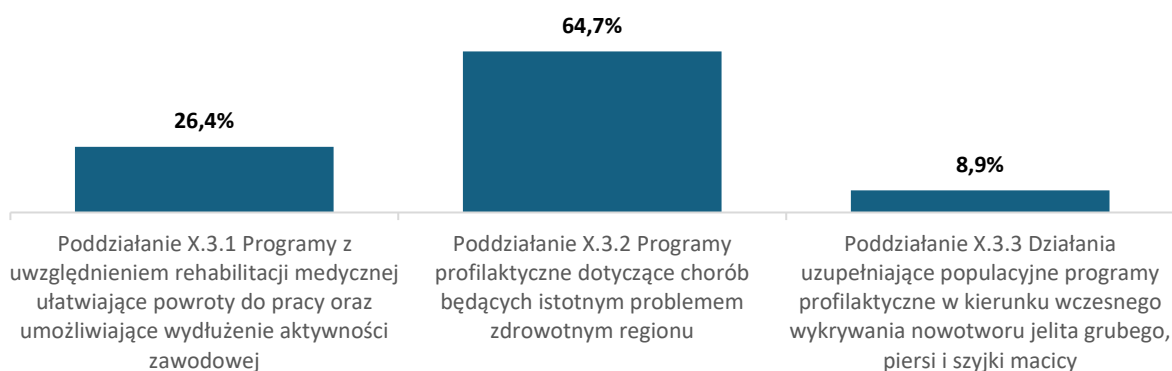
Efekty projektów były widoczne także w wymiarze organizacyjnym i wizerunkowym. Placówki medyczne zyskały pozytywny odbiór społeczny, a ich działania były postrzegane jako odpowiedź na realne potrzeby pacjentek. Uczestnicy doceniali możliwość wykonania badań w dogodnym terminie, bez konieczności korzystania z prywatnych gabinetów.

Efekty projektów były także długofalowe – uczestniczki deklarowały chęć powrotu do badań w przyszłości, a wzrost świadomości zdrowotnej sprawiał, że kobiety zaczęły traktować profilaktykę jako naturalny element dbania o zdrowie.

PERSPEKTYWA ODBIORCÓW WSPARCIA W X.3.1, X.3.2 I X.3.3

W ramach Działania X.3 zrealizowano trzy typy interwencji zdrowotnych, których celem było wsparcie osób w utrzymaniu aktywności zawodowej oraz poprawa stanu zdrowia populacji poprzez działania rehabilitacyjne i profilaktyczne.

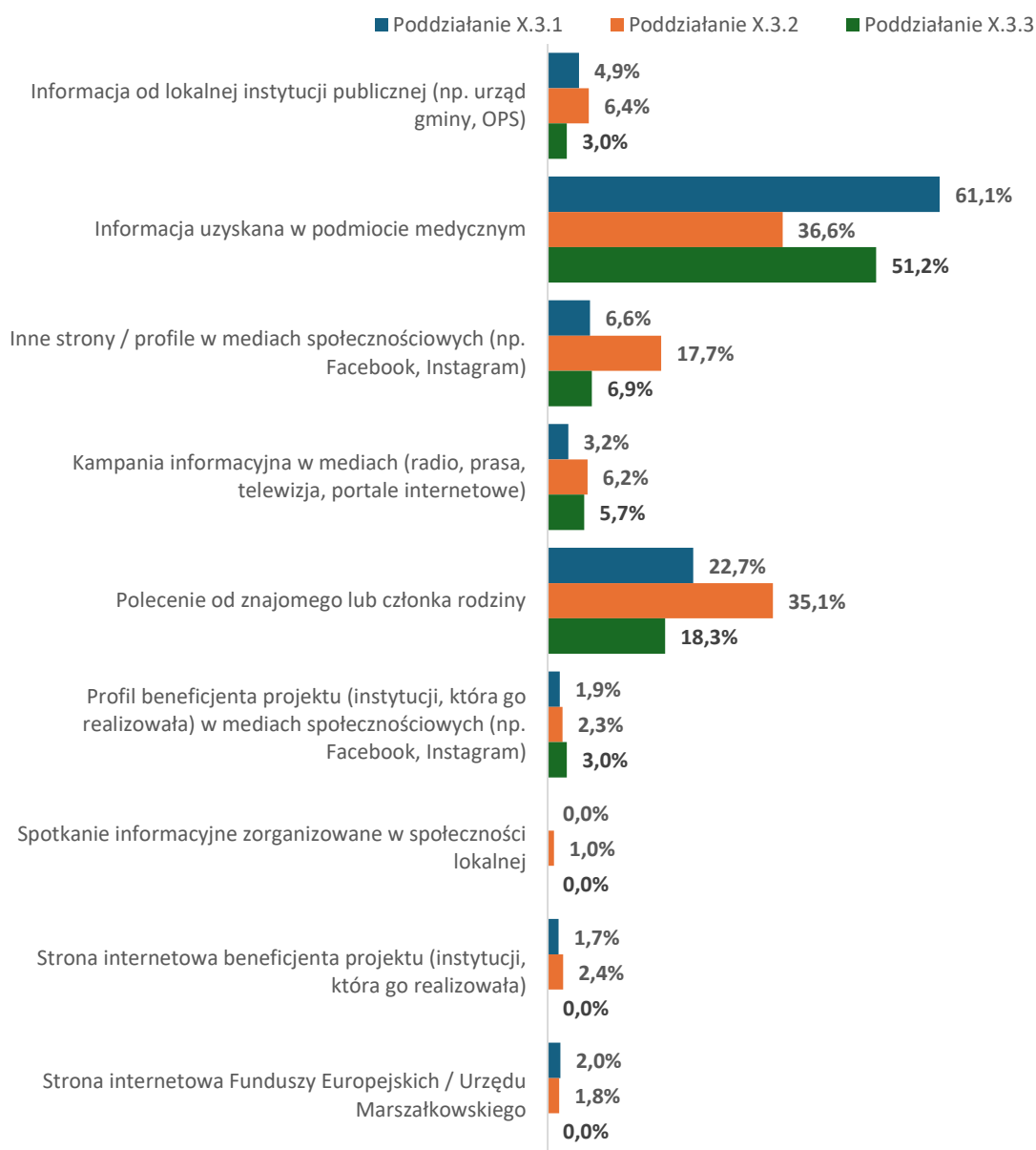
Wykres 38. Respondenci badania wg Poddziałania. (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych.

W każdej z analizowanych grup dominowały kobiety, które stanowiły od 65,9% do 75,5% respondentów w poszczególnych poddziałaniach. Ogółem kobiety stanowiły 72,8% próby badawczej. Udział mężczyzn był niższy i wahał się od 23,3% do 31,1%, co w skali całego badania przełożyło się na 25,7% ogółu respondentów. Niewielki odsetek osób (1,5%) zdecydował się nie deklarować swojej płci, przy czym w Poddziałaniu X.3.3 nie odnotowano żadnych takich przypadków.

Wykres 39. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości otrzymania wsparcia? Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze źródła informacji. (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych.

Najczęstszym kanałem dotarcia do uczestników były placówki medyczne, które wskazało 61,1% osób w Poddziałaniu X.3.1, 36,6% w X.3.2 i 51,2% w X.3.3. Drugim istotnym źródłem była rekomendacja znajomych lub rodziny, szczególnie widoczna w X.3.2 (35,1%). Media społecznościowe odegrały zauważalną rolę – od 8,5% do 20% wskazań – natomiast tradycyjne kampanie w mediach miały umiarkowany zasięg (3,2–6,2%). Pozostałe źródła, takie jak strony internetowe instytucji czy spotkania lokalne, były marginalne.

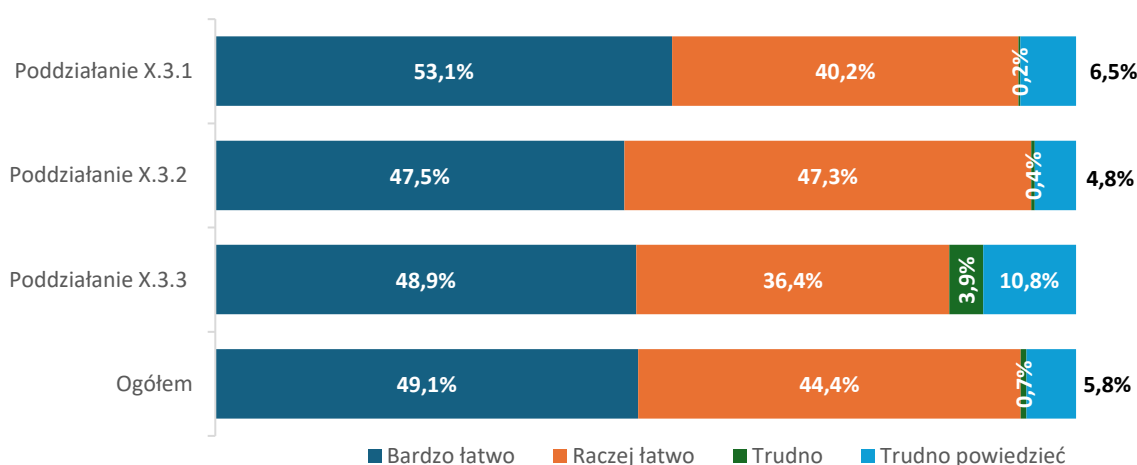
W badaniu jakościowym (TDI) dominował kanał nieformalny – poczta pantoflowa. Informacje o projektach docierały głównie od osób trzecich związanych ze środowiskiem medycznym lub od wcześniejszych beneficjentów, rzadziej z oficjalnych źródeł. Respondenci zgodnie podkreślali, że

poleganie wyłącznie na nieformalnych kanałach jest niewystarczające, szczególnie w przypadku programów zdrowotnych. Wskazywali na konieczność lepszego dopasowania komunikatów do grup docelowych:

- dla osób starszych – bezpośrednie informowanie w placówkach medycznych, np. przez recepcjonistki,
- dla młodszych – obecność projektów w mediach społecznościowych prowadzonych przez szpitale i przychodnie.

Dodatkowo pojawiła się sugestia wprowadzenia osoby kontaktowej, która mogłaby w prosty sposób wyjaśniać zasady programu i jego korzyści.

Wykres 40. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych. Ze względu na niewielką liczbę wskazań, na wykresie zagregowano odpowiedzi „raczej trudno” i „bardzo trudno” do „trudno”.

Zarówno wyniki badań ankietowych, jak i wywiadów pogłębionych pokazują, że proces aplikowania do projektów zdrowotnych i profilaktycznych był oceniany jako łatwy, szybki i nieobciążający. Aż 93,5% respondentów ankietowych wskazało odpowiedzi „bardzo łatwo” lub „raczej łatwo”, przy czym najwyższy odsetek ocen „bardzo łatwo” odnotowano w Poddziałaniu X.3.1 (53,1%). Jedynie marginalna część uczestników (0,7%) uznała proces za trudny, a 5,8% wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, co sugeruje raczej niejednoznaczne doświadczenia niż realne bariery. W wywiadach TDI uczestnicy podkreślili, że aplikowanie przebiegało sprawnie, często bez konieczności samodzielnego angażowania się w formalności – część dokumentacji była załatwiana przez osoby trzecie, np. członków rodziny. Proces był oceniany jako prosty i pozbawiony stresu, a ewentualne trudności miały charakter incydentalny i nie wpływały na ogólną ocenę.

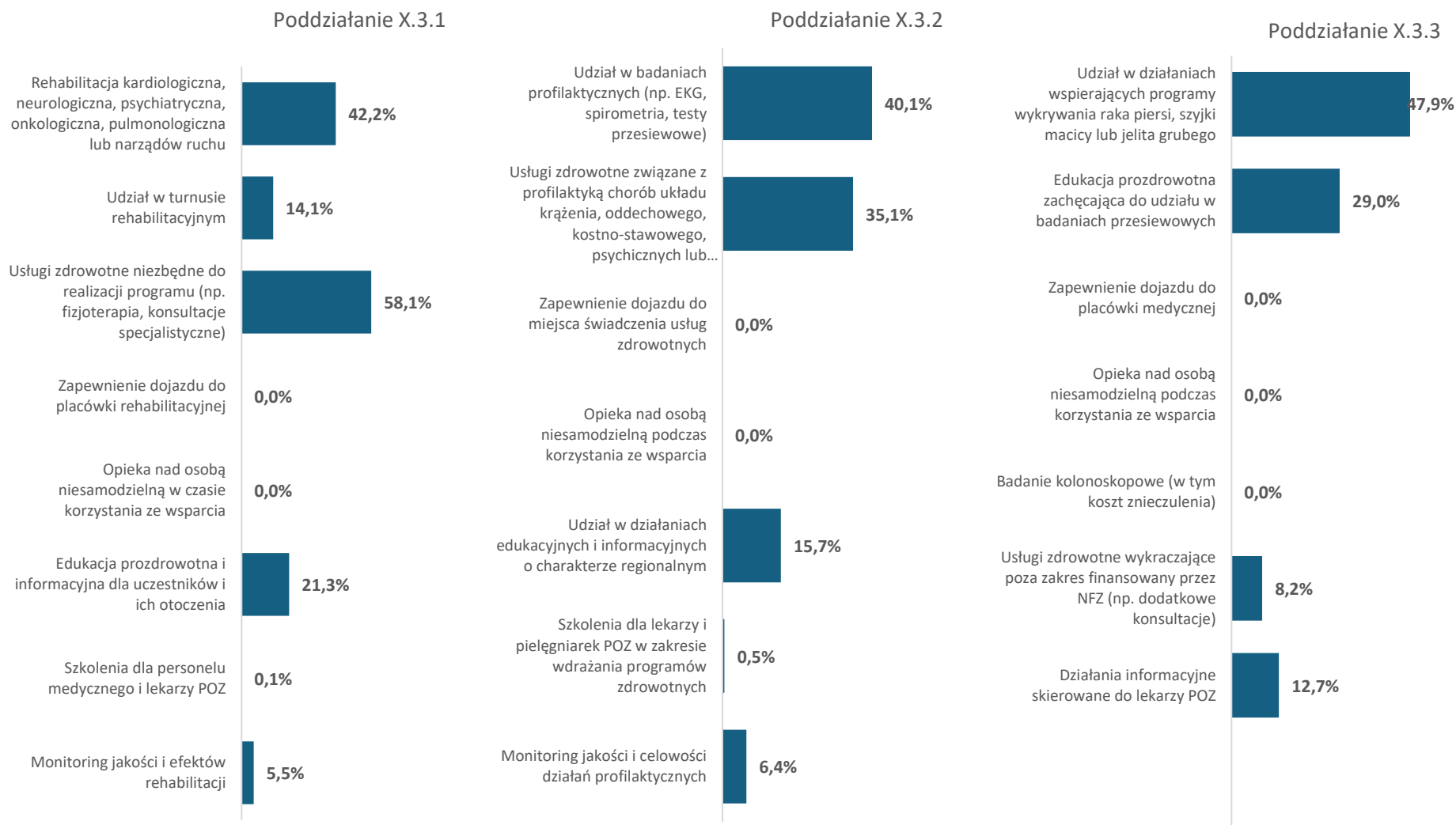
„Przyjemnie, szybko, łatwo. (...) Nawet tego za bardzo nie pamiętam, czyli nic się nie stało stresującego.” (TDI_27)

„Bardzo łatwy proces. (...) Od razu przy pierwszej wizycie w szpitalu miałam faktycznie tą wizytę lekarską.” (TDI_28)

Respondenci wskazali, że w przeciwieństwie do standardowej opieki zdrowotnej, gdzie czas oczekiwania na wizytę bywa długi, w projektach wsparcie było dostępne niemal od ręki. To poczucie szybkiego dostępu do usług medycznych stanowiło istotną wartość dodaną projektu.

„Nawet na tę wizytę profilaktyczną nie musiałam w ogóle czekać. (...) Po prostu przyszedłam w dniu, w którym był lekarz biorący udział w programie.” (TDI_28)

Wykres 41. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymał(a) Pan(i) w projekcie? Proszę zaznaczyć każdą formę wsparcia, z której Pan(i) korzystał(a). (% wskazań)

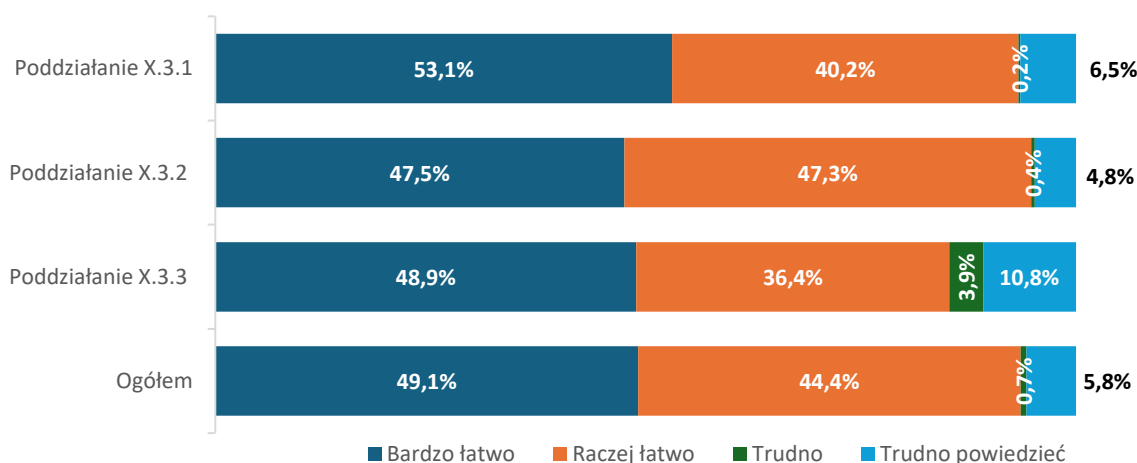


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych.

Badanie pokazało, że uczestnicy korzystali głównie z podstawowych usług zdrowotnych i działań profilaktycznych, natomiast formy dodatkowe miały ograniczony zasięg.

- **Poddziałanie X.3.1:** dominowały usługi zdrowotne niezbędne do realizacji projektu, takie jak fizjoterapia czy konsultacje specjalistyczne (58,1%). Istotną rolę odegrała także rehabilitacja specjalistyczna (42,2%), a edukacja prozdrowotna była wskazywana przez co piątą osobę (21,3%). Turnusy rehabilitacyjne (14,1%) i monitoring jakości rehabilitacji (5,5%) miały mniejsze znaczenie.
- **Poddziałanie X.3.2:** najczęściej wybierano udział w badaniach profilaktycznych (40,1%) oraz usługi zdrowotne związane z profilaktyką (35,1%). Działania edukacyjne i informacyjne o charakterze regionalnym miały umiarkowany zasięg (15,7%).
- **Poddziałanie X.3.3:** najczęściej wskazywano udział w działaniach wspierających programy wykrywania nowotworów (47,9%) oraz edukację prozdrowotną zachęcającą do badań przesiewowych (29,0%). Działania informacyjne skierowane do lekarzy POZ (12,7%) i dodatkowe konsultacje wykraczające poza NFZ (8,2%) miały ograniczony zasięg.

Wykres 42. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych.

Większość uczestników badania oceniła proces aplikowania do projektu jako łatwy – łącznie 93,5% respondentów wskazało odpowiedzi „bardzo łatwo” lub „raczej łatwo”. Najwyższy odsetek ocen „bardzo łatwo” odnotowano w Poddziałaniu X.3.1 (53,1%), a najniższy w X.3.2 (47,5%). Odpowiedź „trudno” została wskazana przez 0,7% uczestników ogółem, przy czym w Poddziałaniu X.3.3 odsetek ten był wyraźnie wyższy (3,9%) niż w pozostałych działaniach.

Tabela 24. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile odpowiadało na Pana(i) potrzeby w tamtym czasie? (% wskazań)

Poddziałanie	Forma wsparcia	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
X.3.1	Rehabilitacja kardiologiczna, neurologiczna, psychiatryczna, onkologiczna, pulmonologiczna lub narządów ruchu	59,6%	36,2%	2,1%	0,0%	2,1%	47
	Udział w turnusie rehabilitacyjnym	73,7%	21,1%	0,0%	5,3%	0,0%	19
	Usługi zdrowotne niezbędne do realizacji programu (np. fizjoterapia, konsultacje specjalistyczne)	66,2%	26,5%	1,5%	1,5%	4,4%	68
	Zapewnienie dojazdu do placówki rehabilitacyjnej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną w czasie korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Edukacja prozdrowotna i informacyjna dla uczestników i ich otoczenia	40,0%	44,0%	8,0%	0,0%	8,0%	25
	Szkolenia dla personelu medycznego i lekarzy POZ	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
	Monitoring jakości i efektów rehabilitacji	57,1%	28,6%	14,3%	0,0%	0,0%	7
X.3.2	Udział w badaniach profilaktycznych (np. EKG, spirometria, testy przesiewowe)	54,5%	38,8%	2,5%	0,0%	4,1%	121
	Usługi zdrowotne związane z profilaktyką chorób układu krążenia, oddechowego, kostno-stawowego, psychicznych lub nowotworowych	62,3%	34,2%	0,9%	0,0%	2,6%	114
	Zapewnienie dojazdu do miejsca świadczenia usług zdrowotnych	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Udział w działaniach edukacyjnych i informacyjnych o charakterze regionalnym	43,2%	43,2%	4,5%	2,3%	6,8%	44
	Szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek POZ w zakresie wdrażania programów zdrowotnych	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
	Monitoring jakości i celowości działań profilaktycznych	57,1%	38,1%	0,0%	0,0%	4,8%	21
X.3.3	Udział w działaniach wspierających programy wykrywania raka piersi, szyjki macicy lub jelita grubego	48,0%	44,0%	0,0%	0,0%	8,0%	25
	Edukacja prozdrowotna zachęcająca do udziału w badaniach przesiewowych	37,5%	37,5%	12,5%	0,0%	12,5%	8
	Zapewnienie dojazdu do placówki medycznej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Badanie kolonoskopowe (w tym koszt znieczulenia)	-	-	-	-	-	0
	Usługi zdrowotne wykraczające poza zakres finansowany przez NFZ (np. dodatkowe konsultacje)	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4
	Działania informacyjne skierowane do lekarzy POZ	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych; t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających.

Tabela 25. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)

Poddziałanie	Forma wsparcia	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
X.3.1	Rehabilitacja kardiologiczna, neurologiczna, psychiatryczna, onkologiczna, pulmonologiczna lub narządów ruchu	36,2%	44,7%	6,4%	0,0%	12,8%	47
	Udział w turnusie rehabilitacyjnym	57,9%	31,6%	5,3%	0,0%	5,3%	19
	Usługi zdrowotne niezbędne do realizacji programu (np. fizjoterapia, konsultacje specjalistyczne)	39,7%	41,2%	4,4%	0,0%	14,7%	68
	Zapewnienie dojazdu do placówki rehabilitacyjnej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną w czasie korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Edukacja prozdrowotna i informacyjna dla uczestników i ich otoczenia	40,0%	32,0%	0,0%	0,0%	28,0%	25
	Szkolenia dla personelu medycznego i lekarzy POZ	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
	Monitoring jakości i efektów rehabilitacji	57,1%	14,3%	0,0%	0,0%	28,6%	7
X.3.2	Udział w badaniach profilaktycznych (np. EKG, spirometria, testy przesiewowe)	32,2%	23,1%	2,5%	0,8%	41,3%	121
	Usługi zdrowotne związane z profilaktyką chorób układu krążenia, oddechowego, kostno-stawowego, psychicznych lub nowotworowych	31,6%	32,5%	0,9%	0,0%	35,1%	114
	Zapewnienie dojazdu do miejsca świadczenia usług zdrowotnych	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Udział w działaniach edukacyjnych i informacyjnych o charakterze regionalnym	29,5%	43,2%	0,0%	2,3%	25,0%	44
	Szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek POZ w zakresie wdrażania programów zdrowotnych	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
	Monitoring jakości i celowości działań profilaktycznych	42,9%	38,1%	0,0%	0,0%	19,0%	21
X.3.3	Udział w działaniach wspierających programy wykrywania raka piersi, szyjki macicy lub jelita grubego	16,0%	28,0%	0,0%	0,0%	56,0%	25
	Edukacja prozdrowotna zachęcająca do udziału w badaniach przesiewowych	12,5%	62,5%	0,0%	0,0%	25,0%	8
	Zapewnienie dojazdu do placówki medycznej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Badanie kolonoskopowe (w tym koszt znieczulenia)	-	-	-	-	-	0
	Usługi zdrowotne wykraczające poza zakres finansowany przez NFZ (np. dodatkowe konsultacje)	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4
	Działania informacyjne skierowane do lekarzy POZ	0,0%	75,0%	0,0%	0,0%	25,0%	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych; t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających.

Tabela 26. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)

Poddziałanie	Forma wsparcia	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
X.3.1	Rehabilitacja kardiologiczna, neurologiczna, psychiatryczna, onkologiczna, pulmonologiczna lub narządów ruchu	36,2%	40,4%	6,4%	2,1%	14,9%	47
	Udział w turnusie rehabilitacyjnym	36,8%	42,1%	5,3%	0,0%	15,8%	19
	Usługi zdrowotne niezbędne do realizacji programu (np. fizjoterapia, konsultacje specjalistyczne)	26,5%	47,1%	5,9%	1,5%	19,1%	68
	Zapewnienie dojazdu do placówki rehabilitacyjnej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną w czasie korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Edukacja prozdrowotna i informacyjna dla uczestników i ich otoczenia	32,0%	28,0%	0,0%	0,0%	40,0%	25
	Szkolenia dla personelu medycznego i lekarzy POZ	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
	Monitoring jakości i efektów rehabilitacji	28,6%	28,6%	0,0%	0,0%	42,9%	7
X.3.2	Udział w badaniach profilaktycznych (np. EKG, spirometria, testy przesiewowe)	29,8%	19,8%	3,3%	0,0%	47,1%	121
	Usługi zdrowotne związane z profilaktyką chorób układu krążenia, oddechowego, kostno-stawowego, psychicznych lub nowotworowych	31,6%	30,7%	1,8%	0,0%	36,0%	114
	Zapewnienie dojazdu do miejsca świadczenia usług zdrowotnych	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Udział w działaniach edukacyjnych i informacyjnych o charakterze regionalnym	25,0%	47,7%	4,5%	4,5%	18,2%	44
	Szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek POZ w zakresie wdrażania programów zdrowotnych	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1
	Monitoring jakości i celowości działań profilaktycznych	42,9%	38,1%	4,8%	0,0%	14,3%	21
X.3.3	Udział w działaniach wspierających programy wykrywania raka piersi, szyjki macicy lub jelita grubego	16,0%	24,0%	0,0%	0,0%	60,0%	25
	Edukacja prozdrowotna zachęcająca do udziału w badaniach przesiewowych	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%	8
	Zapewnienie dojazdu do placówki medycznej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Badanie kolonoskopowe (w tym koszt znieczulenia)	-	-	-	-	-	0
	Usługi zdrowotne wykraczające poza zakres finansowany przez NFZ (np. dodatkowe konsultacje)	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4
	Działania informacyjne skierowane do lekarzy POZ	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych; t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających.

Większość uczestników badania oceniła otrzymane wsparcie jako bardzo dobrze dopasowane do swoich potrzeb w czasie udziału w projekcie.

- W przypadku usług zdrowotnych i rehabilitacyjnych realizowanych w ramach Poddziałania X.3.1, dominowały oceny „bardzo dobrze” i „raczej dobrze” – odpowiednio 66,2% i 26,5% (łącznie 92,7% ocen pozytywnych) dla usług takich jak fizjoterapia czy konsultacje specjalistyczne. Podobnie wysokie oceny uzyskała rehabilitacja specjalistyczna (łącznie 95,8%) oraz udział w turnusie rehabilitacyjnym (94,8%).
- W Poddziałaniu X.3.2 najwyższy poziom dopasowania do potrzeb odnotowano w przypadku usług zdrowotnych związanych z profilaktyką chorób – 62,3% ocen „bardzo dobrze” i 34,2% „raczej dobrze” (łącznie 96,5%) i monitoringu (95,2%). Udział w badaniach profilaktycznych również został oceniony pozytywnie (łącznie 93,3%). Działania edukacyjne uzyskały nieco niższe oceny, choć nadal dominowały wskazania pozytywne (86,4%). Negatywne wskazania były na marginalnym poziomie.
- W Poddziałaniu X.3.3 najlepiej ocenioną formą wsparcia były usługi wykraczające poza zakres NFZ (np. dodatkowe konsultacje) – 100% ocen pozytywnych. W przypadku działań wspierających programy wykrywania nowotworów – 92% uczestników oceniło je jako dobrze dopasowane do ich potrzeb. Edukacja prozdrowotna uzyskała niższe oceny – 75% ocen pozytywnych oraz 12,5% wskazań „raczej źle” i 12,5% „trudno powiedzieć”.

Większość uczestników projektów realizowanych w ramach Działania X.3 pozytywnie oceniła otrzymane wsparcie w zakresie wpływu na ich sytuację zawodową, choć poziom pewności co do tej oceny różnił się między poddziałaniami.

- W Poddziałaniu X.3.1 najwyższe odsetki ocen „bardzo dobrze” i „raczej dobrze” odnotowano w przypadku udziału w turnusie rehabilitacyjnym (łącznie 89,5%) oraz usług zdrowotnych niezbędnych do realizacji programu (80,9%). Rehabilitacja specjalistyczna również została oceniona pozytywnie (80,9%), choć 12,8% respondentów zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”. Edukacja prozdrowotna uzyskała 72% ocen pozytywnych, przy jednoczesnym wysokim odsetku odpowiedzi niejednoznacznych (28%).
- W Poddziałaniu X.3.2 oceny były bardziej zróżnicowane – choć większość uczestników wskazała pozytywny wpływ wsparcia (np. 64,1% dla usług zdrowotnych związanych z profilaktyką), to jednocześnie wysoki był odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć”, sięgający 41,3% w przypadku badań profilaktycznych i 35,1% dla usług zdrowotnych. Działania edukacyjne uzyskały 72,7% ocen pozytywnych, a monitoring działań profilaktycznych – 81%.
- W Poddziałaniu X.3.3 wpływ był najmniej jednoznaczny – programy wykrywania nowotworów miały tylko 44% pozytywnych ocen i aż 56% odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Lepsze wyniki uzyskała edukacja prozdrowotna (75% ocen pozytywnych) oraz usługi wykraczające poza zakres NFZ (np. dodatkowe konsultacje) – 100% ocen pozytywnych.

Większość uczestników badania ankietowego oceniła wpływ otrzymanego wsparcia na swoją sytuację zawodową jako trwały, choć poziom pewności co do tej oceny był zróżnicowany w zależności od rodzaju interwencji.

- W Poddziałaniu X.3.1 najwyższy odsetek ocen „bardzo dobrze” i „raczej dobrze” odnotowano w przypadku udziału w turnusie rehabilitacyjnym (łącznie 78,9%) oraz rehabilitacji

specjalistycznej (76,6%). Usługi zdrowotne niezbędne do realizacji programu uzyskały 73,6% ocen pozytywnych, przy jednoczesnym 19,1% wskazań „trudno powiedzieć”. Edukacja prozdrowotna została oceniona pozytywnie przez 60% respondentów, jednak 40% uczestników nie potrafiło jednoznacznie ocenić jej trwałego wpływu. Monitoring jakości rehabilitacji uzyskał 57,2% ocen pozytywnych, przy wysokim odsetku odpowiedzi niejednoznacznych (42,9%).

- W Poddziałaniu X.3.2 trwały wpływ wsparcia na sytuację zawodową był oceniany mniej jednoznacznie. Usługi zdrowotne związane z profilaktyką chorób uzyskały 62,3% ocen pozytywnych, a udział w badaniach profilaktycznych – 49,6%. W obu przypadkach odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć” był wysoki (odpowiednio 36% i 47,1%). Działania edukacyjne uzyskały 72,7% ocen pozytywnych, natomiast monitoring działań profilaktycznych – 81%. W przypadku szkoleń dla personelu medycznego nie odnotowano ocen pozytywnych ani negatywnych – jedyny respondent zaznaczył odpowiedź „trudno powiedzieć”.
- W Poddziałaniu X.3.3 dominowały odpowiedzi niejednoznaczne. W przypadku działań wspierających programy wykrywania nowotworów 60% uczestników zaznaczyło „trudno powiedzieć”, a tylko 40% oceniło wpływ jako pozytywny. Edukacja prozdrowotna uzyskała 75% ocen pozytywnych oraz dodatkowe konsultacje (100% pozytywnych), natomiast pozostałe formy wsparcia były wskazywane sporadycznie, co ogranicza możliwość ich oceny.

Respondenci telefonicznych wywiadów indywidualnych (TDI) ocenili otrzymane wsparcie jako trafne i adekwatne do swoich potrzeb. Jeden z respondentów, korzystający z rehabilitacji medycznej po leczeniu onkologicznym, podkreślił, że projekt umożliwił mu odzyskanie sprawności i powrót do aktywności, którą wcześniej musiał zawiesić.

Tabela 27. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na Pana(i) sytuację zdrowotną? (% wskazań)

Poddziałanie	Forma wsparcia	Bardzo dobrze	Raczej dobrze	Raczej źle	Bardzo źle	t/p	N
X.3.1	Rehabilitacja kardiologiczna, neurologiczna, psychiatryczna, onkologiczna, pulmonologiczna lub narządów ruchu	36,2%	44,7%	4,3%	2,1%	12,8%	47
	Udział w turnusie rehabilitacyjnym	57,9%	26,3%	5,3%	0,0%	10,5%	19
	Usługi zdrowotne niezbędne do realizacji programu (np. fizjoterapia, konsultacje specjalistyczne)	38,2%	44,1%	4,4%	1,5%	11,8%	68
	Zapewnienie dojazdu do placówki rehabilitacyjnej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną w czasie korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Edukacja prozdrowotna i informacyjna dla uczestników i ich otoczenia	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	40,0%	25
	Szkolenia dla personelu medycznego i lekarzy POZ	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	1
	Monitoring jakości i efektów rehabilitacji	42,9%	14,3%	0,0%	0,0%	42,9%	7
X.3.2	Udział w badaniach profilaktycznych (np. EKG, spirometria, testy przesiewowe)	45,5%	37,2%	0,8%	0,8%	15,7%	121
	Usługi zdrowotne związane z profilaktyką chorób układu krążenia, oddechowego, kostno-stawowego, psychicznych lub nowotworowych	43,0%	34,2%	1,8%	0,0%	21,1%	114
	Zapewnienie dojazdu do miejsca świadczenia usług zdrowotnych	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Udział w działaniach edukacyjnych i informacyjnych o charakterze regionalnym	34,1%	43,2%	0,0%	2,3%	20,5%	44
	Szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek POZ w zakresie wdrażania programów zdrowotnych	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1
	Monitoring jakości i celowości działań profilaktycznych	57,1%	33,3%	0,0%	0,0%	9,5%	21
X.3.3	Udział w działaniach wspierających programy wykrywania raka piersi, szyjki macicy lub jelita grubego	28,0%	44,0%	0,0%	0,0%	28,0%	25
	Edukacja prozdrowotna zachęcająca do udziału w badaniach przesiewowych	25,0%	37,5%	12,5%	0,0%	25,0%	8
	Zapewnienie dojazdu do placówki medycznej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Badanie kolonoskopowe (w tym koszt znieczulenia)	-	-	-	-	-	0
	Usługi zdrowotne wykraczające poza zakres finansowany przez NFZ (np. dodatkowe konsultacje)	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	4
	Działania informacyjne skierowane do lekarzy POZ	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych; t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających.

Tabela 28. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na Pana(i) sytuację zdrowotną? (% wskazań)

Poddziałanie	Forma wsparcia	Bardzo trwały	Raczej trwały	Raczej nietrwały	Bardzo nietrwały	t/p	N
X.3.1	Rehabilitacja kardiologiczna, neurologiczna, psychiatryczna, onkologiczna, pulmonologiczna lub narządów ruchu	36,2%	36,2%	6,4%	4,3%	17,0%	47
	Udział w turnusie rehabilitacyjnym	31,6%	47,4%	5,3%	0,0%	15,8%	19
	Usługi zdrowotne niezbędne do realizacji programu (np. fizjoterapia, konsultacje specjalistyczne)	30,9%	45,6%	4,4%	1,5%	17,6%	68
	Zapewnienie dojazdu do placówki rehabilitacyjnej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną w czasie korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Edukacja prozdrowotna i informacyjna dla uczestników i ich otoczenia	28,0%	32,0%	0,0%	0,0%	40,0%	25
	Szkolenia dla personelu medycznego i lekarzy POZ	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
	Monitoring jakości i efektów rehabilitacji	28,6%	14,3%	0,0%	0,0%	57,1%	7
X.3.2	Udział w badaniach profilaktycznych (np. EKG, spirometria, testy przesiewowe)	37,2%	33,9%	1,7%	0,0%	27,3%	121
	Usługi zdrowotne związane z profilaktyką chorób układu krążenia, oddechowego, kostno-stawowego, psychicznych lub nowotworowych	36,8%	37,7%	3,5%	0,0%	21,9%	114
	Zapewnienie dojazdu do miejsca świadczenia usług zdrowotnych	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Udział w działaniach edukacyjnych i informacyjnych o charakterze regionalnym	27,3%	47,7%	4,5%	2,3%	18,2%	44
	Szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek POZ w zakresie wdrażania programów zdrowotnych	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1
	Monitoring jakości i celowości działań profilaktycznych	52,4%	33,3%	4,8%	0,0%	9,5%	21
X.3.3	Udział w działaniach wspierających programy wykrywania raka piersi, szyjki macicy lub jelita grubego	32,0%	36,0%	4,0%	0,0%	28,0%	25
	Edukacja prozdrowotna zachęcająca do udziału w badaniach przesiewowych	25,0%	37,5%	12,5%	0,0%	25,0%	8
	Zapewnienie dojazdu do placówki medycznej	-	-	-	-	-	0
	Opieka nad osobą niesamodzielną podczas korzystania ze wsparcia	-	-	-	-	-	0
	Badanie kolonoskopowe (w tym koszt znieczulenia)	-	-	-	-	-	0
	Usługi zdrowotne wykraczające poza zakres finansowany przez NFZ (np. dodatkowe konsultacje)	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4
	Działania informacyjne skierowane do lekarzy POZ	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych; t/p – odpowiedź „Trudno powiedzieć”; N – liczba odpowiadających.

Oceny uczestników wskazują, że wsparcie w ramach Działania X.3 miało pozytywny i trwały wpływ na sytuację zdrowotną, choć poziom pewności różnił się między poddziałaniami.

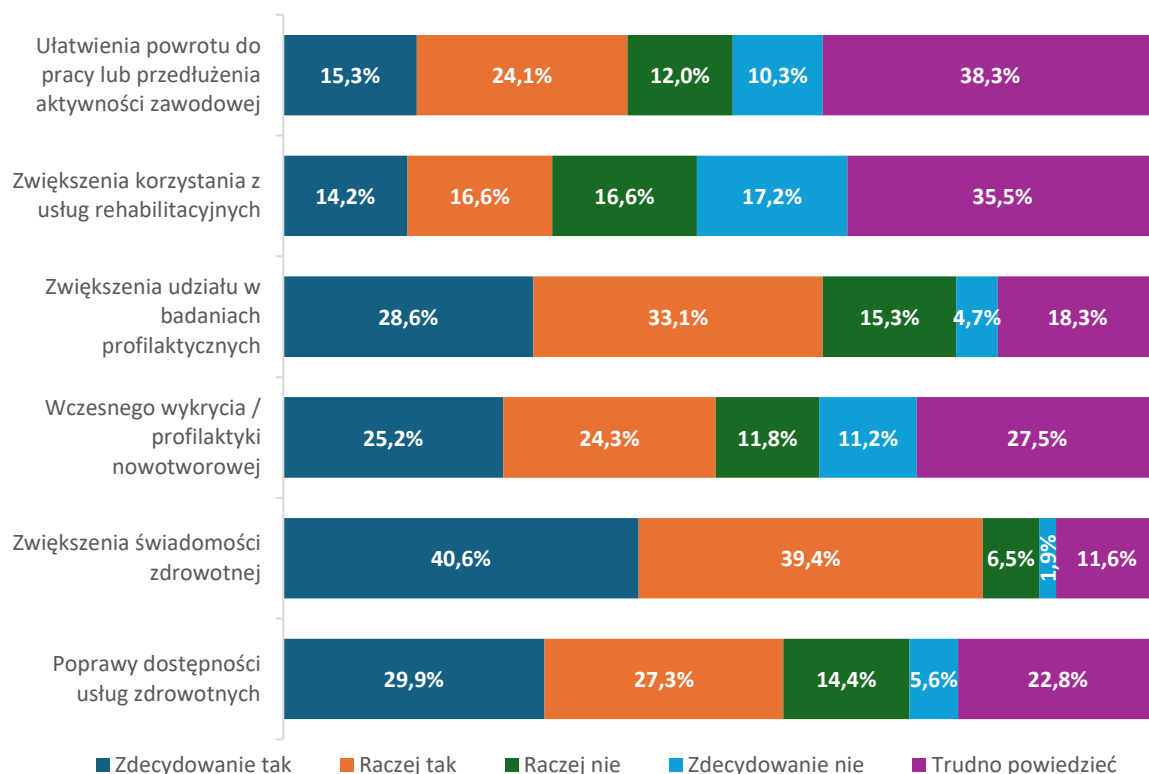
W X.3.1 najwyżej oceniono turnusy rehabilitacyjne (57,9% „bardzo dobrze”) oraz monitoring jakości rehabilitacji (42,9% „bardzo dobrze”). Usługi zdrowotne, takie jak fizjoterapia czy konsultacje, uzyskały 82,3% ocen pozytywnych, a rehabilitacja specjalistyczna 80,9%. Edukacja prozdrowotna była oceniana umiarkowanie (60% pozytywnych), przy wysokim odsetku odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Trwałość efektów była najwyraźniejsza w rehabilitacji – turnusy i usługi zdrowotne uzyskały ok. 76–79% pozytywnych ocen, podczas gdy edukacja i monitoring miały niższe wyniki (ok. 43–60%).

W X.3.2 pozytywny wpływ najczęściej przypisywano monitoringowi działań profilaktycznych (90,4% pozytywnych) oraz udziałowi w badaniach przesiewowych (82,7%). Usługi zdrowotne i działania edukacyjne uzyskały ok. 77% pozytywnych ocen, choć wysoki odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć” (ok. 20–21%) wskazuje na trudności w jednoznacznej ocenie efektów. W perspektywie trwałości najwyżej oceniono monitoring (85,7% pozytywnych) oraz edukacja (75%), natomiast badania profilaktyczne i usługi zdrowotne miały nieco niższe wyniki (ok. 71–74%).

W X.3.3 oceny były bardziej rozproszone. Programy wykrywania nowotworów uzyskały 72% pozytywnych ocen, ale aż 28% odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Edukacja prozdrowotna miała 62,5% pozytywnych ocen, przy 12,5% negatywnych i 25% neutralnych. Usługi wykraczające poza NFZ były oceniane najwyżej (75% pozytywnych), natomiast działania informacyjne dla lekarzy POZ – tylko 50% pozytywnych, przy równie wysokim odsetku odpowiedzi neutralnych. W ocenie trwałości wyniki były podobne – programy wykrywania nowotworów 68% pozytywnych, edukacja 62,5%, a dodatkowe konsultacje 100% pozytywnych.

Uczestnicy wywiadów indywidualnych oceniali wsparcie jako adekwatne i potrzebne, podkreślając jego wpływ zarówno na zdrowie, jak i możliwość kontynuowania aktywności. Rehabilitacja była wskazywana jako kluczowa w procesie odzyskiwania sprawności i powrotu do życia zawodowego, konsultacje specjalistyczne dawały poczucie bezpieczeństwa i redukcję lęku, a działania profilaktyczne wzmacniały świadomość zdrowotną i motywację do systematycznej kontroli. Efekty wsparcia miały charakter trwały – od poprawy sprawności fizycznej po zmianę postaw wobec dbania o zdrowie.

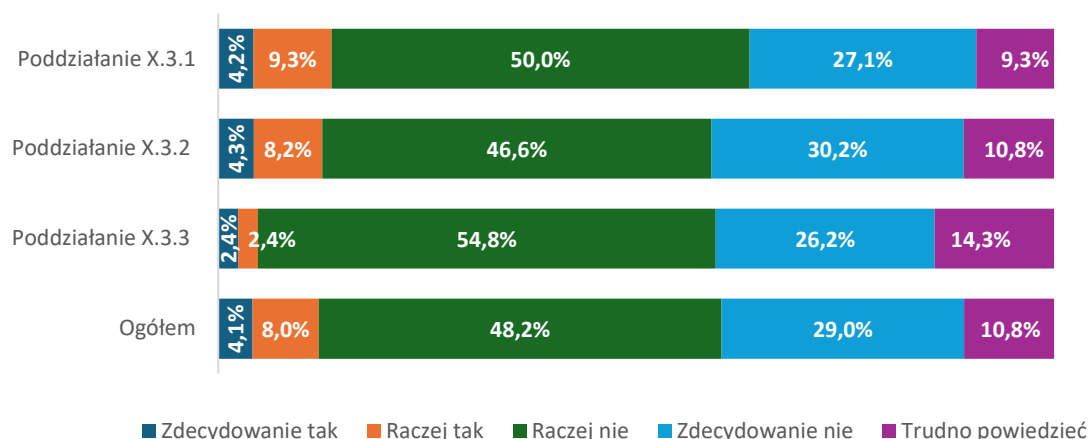
Wykres 43. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Pana(i) przypadku do: ... (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych.

Większość uczestników badania ankietowego wskazała, że projekt miał pozytywny wpływ na ich sytuację zdrowotną i świadomość – 80% zadeklarowało wzrost wiedzy i czujności wobec zdrowia, 61,7% częstszy udział w badaniach profilaktycznych, a 57,2% poprawę dostępności usług. Wpływ na wczesne wykrywanie nowotworów oceniono pozytywnie przez 49,5% respondentów, choć ponad jedna czwarta nie potrafiła tego jednoznacznie ocenić. Niższe odsetki dotyczyły rehabilitacji (30,8%) i aktywności zawodowej (39,4%), gdzie częściej pojawiały się odpowiedzi neutralne lub negatywne. Wyniki wywiadów TDI potwierdzają te obserwacje.

Wykres 44. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) w jakiś sposób wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2? (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych.

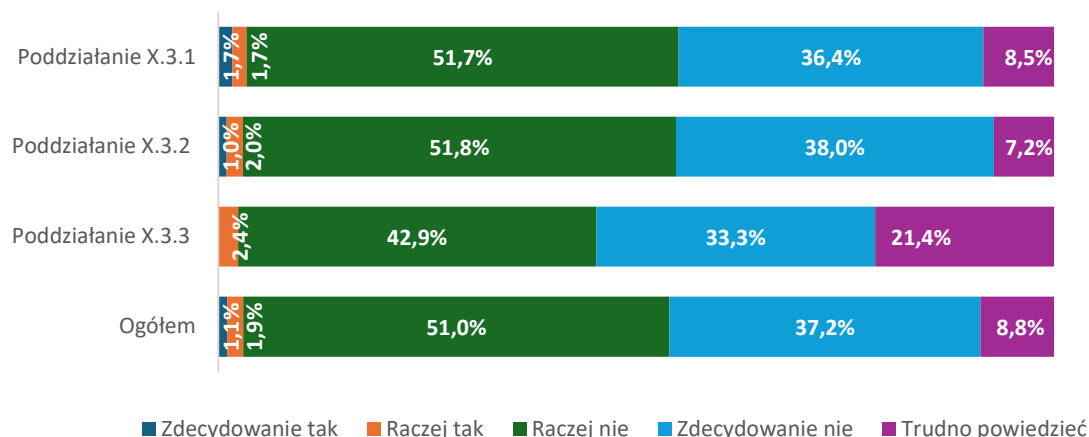
Większość uczestników projektów realizowanych w ramach Działania X.3 nie odczuła wpływu pandemii COVID-19 na przebieg swojego udziału – aż 77,2% wskazało odpowiedzi „raczej nie” lub „zdecydowanie nie”, przy czym najwyższy odsetek takich wskazań odnotowano w Poddziałaniu X.3.3 (81,0%). Tylko 12,1% respondentów zadeklarowało, że pandemia miała wpływ na ich udział, najczęściej w Poddziałaniu X.3.2 (12,5%). Odpowiedzi „trudno powiedzieć” stanowiły 10,8%, co sugeruje niejednoznaczne doświadczenia lub brak wyraźnych skutków pandemii w kontekście realizowanego wsparcia.

Wśród nielicznych osób, które wskazały na wpływ pandemii, najczęściej pojawiały się odniesienia do spadku motywacji, poczucia niepewności, konieczności dostosowania działań do reżimu sanitarnego oraz obaw przed zakażeniem w placówkach medycznych. Sporadycznie wskazywano także na trudności związane z formami zdalnymi, czasowym zawieszeniem działań rekrutacyjnych i diagnostycznych czy wydłużeniem kolejek.

Wyniki wywiadów TDI potwierdzają, że pandemia nie miała znaczącego wpływu na możliwość skorzystania ze wsparcia, choć doświadczenia różniły się w zależności od rodzaju świadczenia i momentu przystąpienia do projektu.

Podsumowując, pandemia nie wpłynęła istotnie na realizację wsparcia medycznego w ramach projektu, o ile świadczenia nie przypadały na okres ogólnokrajowych lockdownów. Respondenci nie zgłaszali trudności w dostępie do usług ani zakłóceń organizacyjnych, a jedyne ograniczenia miały charakter sanitarny i nie wpłynęły na jakość wsparcia.

Wykres 45. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) inne problemy/trudności związane z korzystaniem ze wsparcia? (% wskazań)

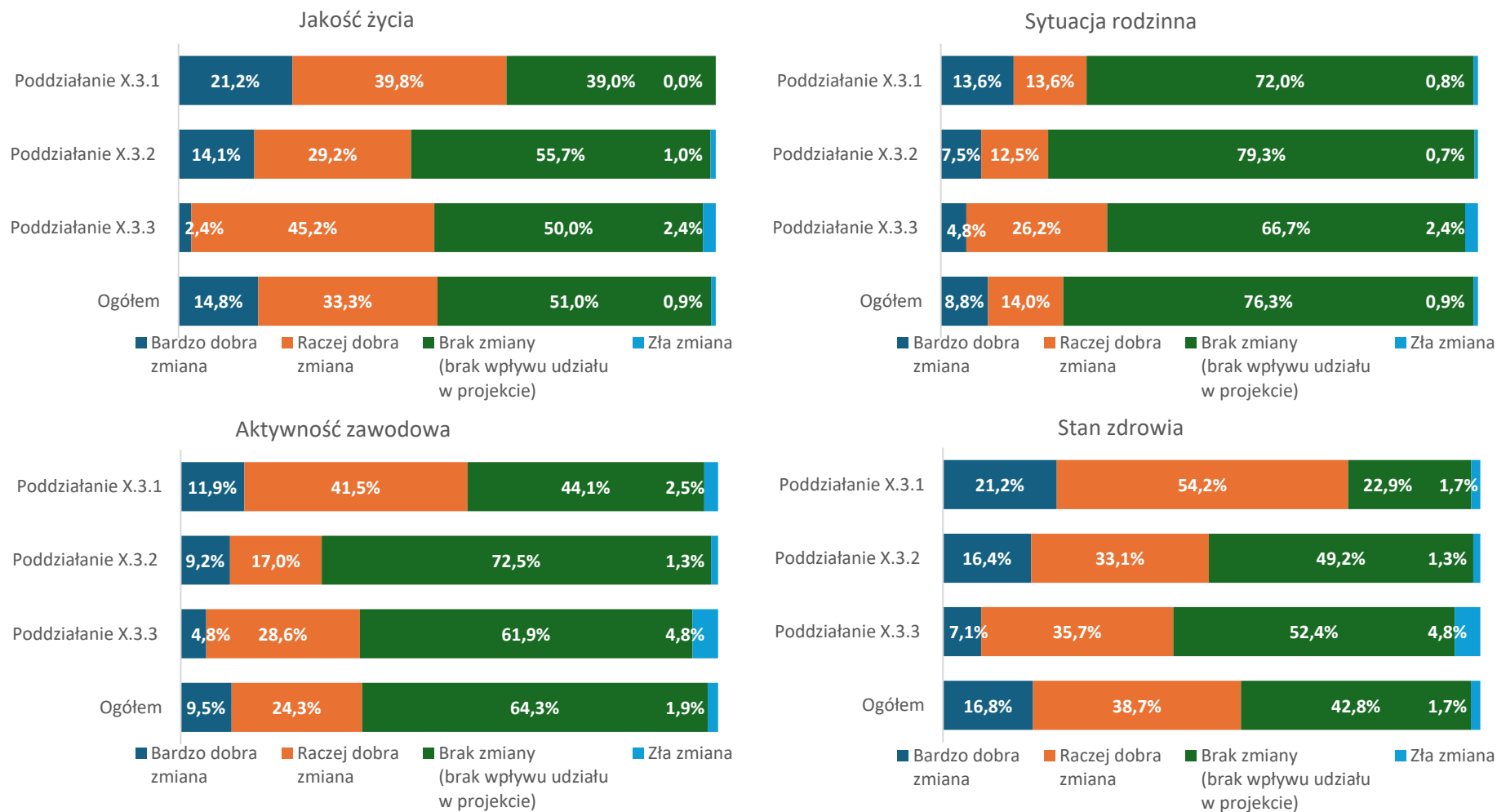


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych.

Większość uczestników nie zadeklarowała wystąpienia takich trudności – łącznie 88,2% respondentów wskazało odpowiedzi „raczej nie” lub „zdecydowanie nie”. Najwyższy poziom negacji odnotowano w Poddziałaniu X.3.2 (89,8%), a najniższy w X.3.3 (76,2%). W Poddziałaniu X.3.3 nie odnotowano żadnych wskazań „zdecydowanie tak”, a jedynie 2,4% respondentów zaznaczyło „raczej tak”. Stosunkowo wysoki odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć” w tej grupie (21,4%) może świadczyć o niejednoznacznych doświadczeniach lub trudnościach w jednoznacznym określeniu charakteru napotkanych problemów.

Większość respondentów TDI oceniła korzystanie ze wsparcia w ramach projektu jako przebiegające bez większych trudności. Usługi rehabilitacyjne i profilaktyczne były realizowane płynnie, a ewentualne problemy dotyczyły głównie logistyki placówek lub niedostatków informacyjnych. Wskazywano, że kluczową rolę odgrywał profesjonalizm i zaangażowanie personelu medycznego, które ułatwiały proces i podnosiły jakość świadczeń.

Wykres 46. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja życiowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia?
Proszę dokonać oceny dla obszaru: ... (% wskazań)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CAWI/CATI; n=465, mieszkańcy województwa łódzkiego korzystający z programów zdrowotnych. Ze względu na niewielką liczbę wskazań odpowiedzi „Raczej zła zmiana” i „Bardzo zła zmiana” zagregowano na wykresach do „Zła zmiana”.

Udział w projektach realizowanych w ramach Działania X.3 przyniósł uczestnikom zauważalne korzyści przede wszystkim w obszarze zdrowia i jakości życia. W przypadku stanu zdrowia ponad połowa respondentów ogółem (55,5%) zadeklarowała poprawę – najczęściej w formie „raczej dobrej zmiany”, ale również jako „bardzo dobra zmiana”. Najwyraźniejszy efekt zdrowotny odnotowano w Poddziałaniu X.3.1, gdzie łącznie 75,4% uczestników zauważyło poprawę, a tylko 22,9% nie dostrzegło żadnej zmiany. W pozostałych poddziałaniach oceny były bardziej zróżnicowane – w X.3.2 niemal połowa uczestników (49,2%) nie zauważyła wpływu projektu na swój stan zdrowia, a w X.3.3 odsetek ten był jeszcze wyższy (52,4%).

Jakość życia poprawiła się u 48,1% uczestników ogółem, przy czym najwięcej pozytywnych ocen odnotowano w Poddziałaniu X.3.1 (61%). W tej grupie 21,2% respondentów wskazało na „bardzo dobrą zmianę”, a 39,8% na „raczej dobrą”. W Poddziałaniu X.3.2 dominowały oceny neutralne – ponad połowa uczestników (55,7%) nie zauważyła zmiany. W X.3.3 połowa respondentów również nie dostrzegła wpływu projektu na jakość życia, choć 45,2% zadeklarowało „raczej dobrą zmianę”.

W obszarze sytuacji rodzinnej wpływ projektów był najmniej zauważalny. Aż 76,3% uczestników ogółem zadeklarowało brak zmiany, a tylko 8,8% wskazało na „bardzo dobrą zmianę”. W Poddziałaniu X.3.3 odnotowano nieco wyższy odsetek ocen pozytywnych (łącznie 31%), co może świadczyć o większym oddziaływaniu działań w tym zakresie na relacje rodzinne. W pozostałych poddziałaniach poprawa była marginalna.

Aktywność zawodowa uczestników zmieniła się w ograniczonym stopniu. Tylko 9,5% respondentów ogółem zadeklarowało „bardzo dobrą zmianę”, a 24,3% „raczej dobrą”. Największy wpływ odnotowano w Poddziałaniu X.3.1, gdzie łącznie 53,4% uczestników zauważyło poprawę. W X.3.2 i X.3.3 dominowały odpowiedzi neutralne – odpowiednio 72,5% i 61,9% uczestników nie zauważyło żadnej zmiany. W każdej z grup pojawiły się pojedyncze wskazania „złej zmiany”, jednak ich odsetek był bardzo niski (poniżej 5%).

Dzięki wywiadam TDI widać natomiast, że wpływ udziału w projekcie na sytuację życiową respondentów był silnie uzależniony od ich indywidualnych okoliczności oraz rodzaju otrzymanego wsparcia. Osoby korzystające z rehabilitacji medycznej po ciężkiej chorobie doświadczały wyraźnych zmian w jakości życia, stanie zdrowia i aktywności zawodowej. Z kolei uczestnicy działań profilaktycznych, zwłaszcza jednorazowych konsultacji dermatologicznych, odczuwali głównie poprawę w sferze psychicznej i świadomości zdrowotnej, bez istotnych zmian w pozostałych obszarach.

5.4 KOMPLEMENTARNOŚĆ WSPARCIA

5.4.1 KOMPLEMENTARNOŚĆ ZEWNĘTRZNA OPX

Już w swoich założeniach **Oś Priorytetowa X RPO WŁ 2014–2020** była powiązana z nadrzędnymi dokumentami strategicznymi i rekomendacjami unijnymi. Jej cele szczegółowe wpisywały się w **Umowę Partnerstwa**, wskazując na potrzebę bardziej efektywnego wykorzystania zasobów na rynku pracy. Jednocześnie odpowiadała na **priorytety Strategii „Europa 2020”**, koncentrującej się na wspieraniu gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia, zapewniającej spójność społeczną i terytorialną. Oś X była także zgodna z **Zaleceniami Rady z 8 lipca 2014 r. w sprawie Krajowego Programu Reform**, które akcentowały konieczność poprawy wydajności sektora opieki zdrowotnej, zwalczania segmentacji rynku pracy oraz podnoszenia współczynnika aktywności zawodowej kobiet poprzez zwiększenie dostępności wysokiej jakości i przystępnej cenowo opieki nad dziećmi oraz edukacji przedszkolnej. W ten sposób już na etapie projektowania Osi X zapewniono jej spójność z kluczowymi celami polityki krajowej i europejskiej, co wzmacniało jej rolę jako narzędzia wspierającego adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie.

Poniżej przedstawiono powiązania interwencji realizowanych w ramach Osi Priorytetowej X RPO WŁ 2014–2020 z nadrzędnymi **dokumentami strategicznymi na poziomie krajowym**. Zestawienie pokazuje, że działania ukierunkowane na adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie były od początku projektowane w zgodzie z takimi celami jak rozwój kapitału ludzkiego, poprawa jakości zatrudnienia oraz zapewnienie spójności społecznej i terytorialnej. Dzięki temu Oś X wpisywała się w szeroką logikę polityk publicznych, wzmacniając zarówno regionalne, jak i krajowe priorytety rozwojowe.

Tabela 29. Powiązania OPX z dokumentami strategicznymi

Dokument strategiczny	Cel / Priorytet	Powiązane działania i poddziałania OPX	Opis powiązania (działania w ramach OPX)
Strategia Rozwoju Kraju 2020	II.4.1. Zwiększanie aktywności zawodowej	X.1	Tworzenie miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz działania aktywizacyjne ułatwiały rodzicom powrót na rynek pracy lub utrzymanie zatrudnienia, co wspierało wzrost aktywności zawodowej, zwłaszcza kobiet.
		X.2.2	Programy outplacementowe wspierały osoby dotknięte skutkami zmian gospodarczych, zapewniając szybki powrót na rynek pracy.
		X.3	Programy zdrowotne i rehabilitacyjne poprawiały stan zdrowia mieszkańców, umożliwiając utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej osób powyżej 50 roku życia.
	II.4.2. Poprawa jakości kapitału ludzkiego	X.2.1	Szkolenia i doradztwo dla pracowników i przedsiębiorców MŚP podnosiły

			kwifikacje, zwiększając konkurencyjność firm i zdolność adaptacyjną pracowników.
		X.3	Programy profilaktyczne i rehabilitacyjne poprawiały zdrowie mieszkańców, co bezpośrednio wpływało na jakość kapitału ludzkiego.
Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020	1.3.1. Rozwój kapitału intelektualnego	X.2.1	Usługi rozwojowe dla przedsiębiorców MŚP i ich pracowników wzmacniały kapitał ludzki i społeczny regionu.
	1.3.3. Wprowadzanie innowacji	X.2.1	Szkolenia i doradztwo dla MŚP wspierały konkurencyjność i zdolność adaptacyjną przedsiębiorstw, tworząc warunki do wdrażania innowacji.
	2.2. Wspieranie obszarów wiejskich	X.1	Wsparcie w zakresie tworzenia miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 i aktywizacji zawodowej było kierowane również na obszary wiejskie, gdzie dostęp do usług był ograniczony.
	2.2.1. Usługi edukacyjne i szkoleniowe	X.2.1	Szkolenia dla pracowników MŚP, w tym osób o niskich kwalifikacjach, poprawiały jakość usług edukacyjnych i szkoleniowych w regionie.
Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa	Cel ogólny: Poprawa jakości życia na obszarach wiejskich oraz efektywne wykorzystanie zasobów i potencjałów	X.1, X.2, X.3	OPX wspierała poprawę jakości życia mieszkańców wsi poprzez ułatwienie aktywności zawodowej rodziców, podnoszenie kwalifikacji pracowników oraz programy zdrowotne wydłużające aktywność zawodową.
	Cel szczegółowy 1: Wzrost jakości kapitału ludzkiego, społecznego, zatrudnienia i przedsiębiorczości	X.2.1, X.3	Szkolenia dla pracowników MŚP oraz programy zdrowotne przyczyniały się do rozwoju kapitału ludzkiego i społecznego na obszarach wiejskich.
	Priorytet 1.2: Zwiększenie zatrudnienia mieszkańców obszarów wiejskich bez konieczności zmiany miejsca zamieszkania	X.1	Tworzenie miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 umożliwiało rodzicom powrót do pracy bez konieczności migracji, co wspierało zatrudnienie na obszarach wiejskich.
	1.2.2. Rozwiązania prawne i systemowe na rynku pracy w	X.2	Doradztwo i szkolenia dla MŚP wspierały stosowanie elastycznych form

	zakresie elastycznych form pracy		zatrudnienia, zwiększając adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw.
	1.2.3. Zwiększenie wykorzystania i promocja elastycznych form zatrudnienia przez pracodawców	X.2.1	Szkolenia i doradztwo dla MŚP promowały elastyczne formy pracy, zwiększając konkurencyjność przedsiębiorstw.
	1.2.4. Zwiększenie dostępu do usług opieki nad dzieckiem	X.1	Tworzenie nowych miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 bezpośrednio odpowiadało na deficyt usług opiekuńczych na obszarach wiejskich.
Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020	Cel operacyjny 2: Nowoczesny kapitał ludzki i rynek pracy	X.1, X.2, X.3	OPX wspierała aktywizację zawodową rodziców, podnoszenie kwalifikacji pracowników oraz programy zdrowotne m.in. dla osób starszych, co wzmacniało regionalny rynek pracy.
	2.1. Kształtowanie i rozwój kadr dla gospodarki innowacyjnej	X.2.1	Szkolenia i doradztwo dla pracowników i przedsiębiorców MŚP wspierały rozwój kadr dla gospodarki.
	2.2. Kształtowanie aktywnych postaw na rynku pracy	X.1, X.2, X.3	OPX wspierała aktywizację zawodową poprzez opiekę nad dziećmi, szkolenia dla pracowników oraz programy zdrowotne umożliwiające powrót do pracy.
	2.2.1. Aktywizacja zawodowa ludności	X.1	Tworzenie miejsc opieki nad dziećmi i działania aktywizacyjne wspierały powrót rodziców na rynek pracy.
	2.2.2. Upowszechnianie modelu „silver economy”	X.3	Programy zdrowotne i rehabilitacyjne wspierały aktywność zawodową osób starszych, co wpisywało się w model „silver economy”.
	Cel operacyjny 5: Wysoki standard i dostęp do usług publicznych	X.1, X.3	OPX wspierała rozwój usług opieki nad dziećmi oraz wdrażanie programów zdrowotnych, poprawiając dostęp do usług publicznych w regionie.
	5.2. Rozwój usług i poprawa dostępu do sektora ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz pieczy zastępczej	X.3	Programy profilaktyczne i rehabilitacyjne zwiększały dostęp do usług zdrowotnych i poprawiały stan zdrowia mieszkańców regionu.
	5.2.2. Rozwój usług i programów	X.3	Regionalne programy zdrowotne wspierały profilaktykę chorób

profilaktyki zdrowotnej oraz innych z zakresu pomocy społecznej	cywilizacyjnych i poprawiały efektywność systemu opieki zdrowotnej.
--	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych

Jak pokazują zapisy RPO Wł 2014-2020 projektowanie Osi Priorytetowej X opierało się na założeniu, że interwencje regionalne muszą być osadzone w szerszej architekturze polityk publicznych – zarówno krajowych, jak i europejskich. Komplementarność nie była traktowana jako dodatkowy element, lecz jako **zasada konstrukcyjna**, która miała zapewnić spójność, efektywność i brak nakładania się działań.

Po pierwsze, przyjęto horyzontalne powiązanie z programami krajowymi i europejskimi. Oś X została zaprojektowana tak, aby jej działania stanowiły uzupełnienie rozwiązań systemowych realizowanych na poziomie centralnym. W praktyce oznaczało to, że interwencje regionalne koncentrowały się na wdrożeniach dostosowanych do lokalnych potrzeb, podczas gdy programy krajowe i europejskie odpowiadały za tworzenie ram prawnych, systemowych i infrastrukturalnych.

Po drugie, komplementarność była rozumiana jako mechanizm synergii. Logika projektowa zakładała identyfikację wspólnych obszarów interwencji, beneficjentów i grup docelowych oraz podział zakresów działań. Dzięki temu możliwe było wzajemne wzmacnianie efektów – przykładowo, działania w zakresie równości szans płci czy aktywnego starzenia się w regionie były projektowane tak, aby korzystać z dorobku badań, modeli i narzędzi rozwijanych na poziomie krajowym i europejskim.

Po trzecie, komplementarność była zabezpieczona poprzez mechanizmy koordynacyjne. Na etapie programowania uwzględniono kryterium komplementarności do stosowania przy ocenie projektów, co na etapie realizacji RPO Wł 2014-2020 pozwalało na selekcję przedsięwzięć wpisujących się w szerszy system wsparcia. Na potrzeby wdrażania Programu wprowadzono rozwiązania instytucjonalne i informatyczne, które umożliwiały monitorowanie i koordynację działań, a także wyznaczono struktury odpowiedzialne za zapewnienie spójności interwencji.

Po czwarte, komplementarność miała charakter dwupoziomowy. Z jednej strony była to komplementarność **tematyczna** – działania Osi X wpisywały się w cele polityki zatrudnienia, przedsiębiorczości i zdrowia. Z drugiej strony była to komplementarność **instytucjonalna** – zapewniona poprzez współpracę między instytucjami regionalnymi, krajowymi i europejskimi oraz mechanizmy wymiany doświadczeń.

Tabela 30. Komplementarność OPX z programami krajowymi i UE

Priorytet inwestycyjny RPO WŁ 2014–2020	Komplementarny program, inicjatywa, polityka, instrument krajowy, EBI	Możliwe obszary komplementarności i synergii	Praktyczne przykłady komplementarności	Mechanizmy koordynacyjne (poziom programowania)	Mechanizmy koordynacyjne (poziom wdrażania)
PI 8iv	PO WER	Równość szans płci	Tworzenie warunków dla wyrównywania szans płci na rynku pracy (stworzenie modelu monitorującego różnice w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn • opracowywanie i wdrażanie zmian legislacyjnych • programy przeciwdziałania dyskryminacji i wyrównywania szans płci w miejscu pracy i dostępie do zatrudnienia • rozwiązania na rzecz godzenia życia zawodowego z opieką nad dziećmi do lat 3), w tym poprzez podnoszenie kwalifikacji kadry samorządów gmin odpowiedzialnych za rozwój form opieki nad dziećmi do lat 3	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych - podział zakresów interwencji	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji - możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystanie różnych instrumentów, zapewniających brak nakładania się działań - identyfikacja struktur odpowiedzialnych za koordynację - centralny system informatyczny
PI 8iv	Horyzont 2020	Równość szans płci	Badania naukowe, które zapewnią decydentom wsparcie w kształtowaniu polityki	- identyfikacja wspólnych obszarów i	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów

			zapobiegającej dyskryminacji i nierówności, takich jak nierówności płci	instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych	oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji - możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystanie różnych instrumentów, zapewniających brak nakładania się działań
PI 8v	PO WER	Podniesienie jakości zarządzania rozwojem przedsiębiorstw	- działania budujące świadomość właścicieli i kadry zarządzającej - pilotaże i upowszechnienie modeli rozwoju - wdrożenie rozwiązań systemowych wspierających rozwój przedsiębiorstw - koordynacja wsparcia rozwojowego na poziomie regionalnym - system wczesnego ostrzegania i reagowania na zmiany gospodarcze	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych - podział zakresów interwencji	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań, - mechanizmy koordynacyjne i struktury wspierające - identyfikacja struktur odpowiedzialnych za koordynację - centralny system informatyczny
PI 8v	PO WER	Poprawa dostępności, jakości i adekwatności usług rozwojowych	- monitorowanie potrzeb przedsiębiorstw i pracowników - narzędzia diagnozowania potrzeb MŚP	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako

			- rejestr usług rozwojowych - podniesienie efektywności podmiotów świadczących usługi rozwojowe	- interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych - podział zakresów interwencji	- dodatkowe kryterium selekcji, możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań, - identyfikacja struktur odpowiedzialnych za koordynację - centralny system informatyczny
PI 8v	PO IR	Rozwój rynku kapitału podwyższonego ryzyka, aktywność firm na rynkach zagranicznych, współpraca innowacyjna	- rozwój rynku kapitału podwyższonego ryzyka - zwiększenie aktywności polskich firm na rynkach zagranicznych - współpraca przedsiębiorstw dla innowacji	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych - podział zakresów interwencji	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań, - identyfikacja struktur odpowiedzialnych za koordynację - centralny system informatyczny

PI 8v	Europejski Fundusz Dostosowania do Globalizacji (EFG)	Outplacement – wsparcie osób objętych masowymi zwolnieniami	- aktywne środki rynku pracy: szkolenia, dodatki na poszukiwanie pracy, zachęty dla pracodawców, dodatki na koszty przeniesienia, utrzymania, szkoleniowe	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, - możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań.
PI 8v	COSME	Wsparcie przedsiębiorstw – poprawa dostępu MŚP do finansowania i rynków	- poprawa dostępu MŚP do finansowania kapitałem własnym i dłużnym - poprawa dostępu do rynków - poprawa ramowych warunków konkurencyjności i trwałości przedsiębiorstw - krzewienie przedsiębiorczości i kultury przedsiębiorczości	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań.
PI 8v	EBI	Wsparcie przedsiębiorstw – kredyty dla MŚP	- kredyty dla MŚP	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych	możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur

				operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych	wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań.
PI 8vi	PO WER	Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych; edukacja zdrowotna i promocja zdrowego stylu życia; upowszechnianie idei aktywnego i zdrowego starzenia się; sieci współpracy na rzecz aktywności zawodowej osób 50+; zarządzanie wiekiem w miejscu pracy; badania i analizy nad starzeniem się	- programy profilaktyczne - edukacja zdrowotna - promocja zdrowego stylu życia - sieci współpracy dla osób 50+ - zarządzanie wiekiem w miejscu pracy - badania i analizy nad sytuacją osób starszych	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych - podział zakresów interwencji	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań, - identyfikacja struktur odpowiedzialnych za koordynację,
PI 8vi	PO WER	Zapewnienie wykwalifikowanych kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju	- szkolenia i wsparcie dla kadr medycznych - dostosowanie do potrzeb epidemiologicznych i demograficznych	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań, -

				- podział zakresów interwencji	identyfikacja struktur odpowiedzialnych za koordynację,
PI 8vi	PO liŚ	Usługi zdrowotne – wsparcie dla oddziałów szpitalnych o znaczeniu ponadregionalnym, dedykowane chorobom dorosłych; wsparcie pracowni diagnostycznych	- roboty budowlane i doposażenie oddziałów szpitalnych - wsparcie pracowni diagnostycznych - współpraca z jednostkami diagnostycznymi	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych - podział zakresów interwencji	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań, - identyfikacja struktur odpowiedzialnych za koordynację,
PI 8vi	Norweski Mechanizm Finansowy / Mechanizm Finansowy EOG	Usługi zdrowotne – dostosowanie opieki zdrowotnej do potrzeb osób przewlekle chorych, niesamodzielnych i starszych; profilaktyka chorób nowotworowych	- rozbudowa, przebudowa lub modernizacja podmiotów leczniczych i ośrodków opieki długoterminowej - programy profilaktyczne chorób nowotworowych - badania przesiewowe i szkolenia dla personelu - edukacja zdrowotna i promocja zdrowego stylu życia - zakup sprzętu dla radioterapii i diagnostyki	- identyfikacja wspólnych obszarów i instrumentów interwencji - identyfikacja synergii i komplementarnych operacji, kategorii beneficjentów i grup docelowych	- możliwość zastosowania kryterium komplementarności na etapie tworzenia kryteriów oceny projektów jako dodatkowe kryterium selekcji, - możliwość zastosowania mechanizmów koordynacyjnych i odpowiednich struktur wspierających komplementarne wykorzystywanie różnych instrumentów, zapewniających nie nakładanie się działań.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych

5.4.2 KOMPLEMENTARNOŚĆ OPX Z INNYMI OSIAMI RPO WŁ 2014–2020

Zakres interwencji Osi Priorytetowej X został zaprojektowany w ścisłym powiązaniu z działaniami realizowanymi w ramach innych osi RPO WŁ 2014-2020. Logika komplementarności polegała na tym, że interwencje „miękkie” finansowane z EFS były uzupełniane przez inwestycje infrastrukturalne finansowane z EFRR oraz przez działania aktywizacyjne i edukacyjne finansowane z innych osi EFS.

OP VII Infrastruktura dla usług społecznych:

- **Działanie VII.3 Infrastruktura opieki społecznej** mogło zapewniać zwiększenie dostępu do instytucji świadczących usługi opieki nad dziećmi do trzeciego roku życia, finansując tworzenie i rozwój infrastruktury opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (np. żłobki, kluby dziecięce), podczas gdy w ramach **Działania X.1** EFS wspierał funkcjonowanie tych miejsc i aktywizację zawodową rodziców.
- **Działanie VII.2 Infrastruktura ochrony zdrowia** było komplementarne wobec **Działania X.3**, zapewniając dofinansowanie infrastruktury ochrony zdrowia, służącej udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie m.in. chorób układu krążenia, nowotworowych, układu kostnowęzłowego i mięśniowego, układu oddechowego i chorób psychicznych.
- **Działanie VII.1 Technologie informacyjno-komunikacyjne** (w tym **Poddziałanie VII.1.1 i VII.1.2**) wspierało rozwój e-zdrowia (budowa, przebudowa lub zakup systemów teleinformatycznych służących rozwojowi usług medycznych), co zwiększało efektywność i dostępność usług zdrowotnych finansowanych w ramach **Poddziałania X.3.1–X.3.3**.

OP VIII Zatrudnienie:

- **Działanie VIII.1 Wsparcie aktywności zawodowej osób po 29 roku życia przez powiatowe urzędy pracy** oraz **Działanie VIII.2 Wsparcie aktywności zawodowej osób po 29 roku życia** (w tym **Poddziałanie VIII.2.1 i VIII.2.2**) było komplementarne wobec **Działania X.1** oraz **Poddziałania X.2.2**, wspierając osoby bezrobotne i zwalniane poprzez dofinansowanie działań ułatwiających powrót na rynek pracy, jak również szkoleń, staży i wyposażenia stanowisk pracy.
- **Działanie VIII.3 Wsparcie przedsiębiorczości** obejmowało komplementarną interwencję ze wsparciem dostępnym w ramach Osi X, np. dla rodziców w **Działaniu X.1** czy uczestników outplacementu w **Poddziałaniu X.2.2**.

OP IX Włączenie społeczne:

- **Działanie IX.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** wspierało reintegrację społeczną i zawodową, stanowiąc uzupełnienie interwencji w ramach **Działania X.2** oraz **Działania X.3**.
- **Działanie IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** (w tym **Poddziałanie IX.2.1 i IX.2.2**) obejmowało wsparcie poprawy dostępu do usług zdrowotnych odpowiadających na zdiagnozowane potrzeby w regionie, które było komplementarne wobec **Poddziałania X.3.1–X.3.3**.

- **Działanie IX.3 Rozwój ekonomii społecznej** (w tym **Poddziałanie IX.3.1**) dotyczyło wsparcia na tworzenie miejsc pracy w sektorze ekonomii społecznej, które uzupełniało wsparcie aktywizacyjne **Działania X.2**.

OP XI Edukacja, Kwalifikacje, Umiejętności:

- **Działanie XI.1 Wysoka jakość edukacji** (**Poddziałanie XI.1.1, XI.1.3**) stanowiło pewne uzupełnienie opieki instytucjonalnej dla dzieci w wieku do lat 3, wspieranej w ramach **Działania X.1**.
- **Działanie XI.2 Kształcenie osób dorosłych** było komplementarne w stosunku do **Działania X.2**, wspierając nabywanie, uzupełnianie lub podwyższanie umiejętności oraz kompetencji cyfrowych i językowych przez osoby dorosłe w wieku 18 lat i więcej, uczestniczące z własnej inicjatywy w szkoleniach i kursach.
- **Działanie XI.3 Kształcenie zawodowe** uzupełniało **Poddziałanie X.2.1 i Podziałanie X.2.2**, które wspierały podnoszenie kwalifikacji i umiejętności zawodowych pracowników w regionie oraz ich zdolności adaptacyjnych.

OP XIII REACT-EU dla Łódzkiego:

- **Działanie XIII.1 REACT-EU dla przedsiębiorstw** uzupełniało **Działanie X.2**, wspierając przede wszystkim MŚP, które odczuły negatywne skutki pandemii COVID-19 oraz wpływając na podniesienie ich konkurencyjności.
- **Działanie XIII.3 REACT-EU dla zdrowia** było komplementarne do **Działania X.3**. Celem **Działania XIII.3** było niwelowanie skutków wystąpienia pandemii oraz podejmowanie działań zwiększających odporność systemu ochrony zdrowia.

Komplementarność OPX z innymi osiami RPO WŁ 2014-2020 była projektowana jako **zintegrowany system wsparcia**, w którym działania finansowane z EFS były uzupełniane przez inwestycje infrastrukturalne finansowane z EFRR oraz przez aktywizację i edukację z innych osi z EFS. Dzięki temu interwencje w obszarze opieki nad dziećmi, zatrudnienia, zdrowia i edukacji tworzyły **spójną architekturę wsparcia**, zapewniającą kompleksowe oddziaływanie na rynek pracy i kapitał ludzki w regionie.

5.4.3 KRYTERIA PREMIUJĄCE KOMPLEMENTARNOŚĆ

W RPO WŁ 2014-2020 zasada komplementarności była nie tylko deklaracyjnym elementem konstrukcji Osi Priorytetowych, ale także praktycznym kryterium wyboru projektów. Wprowadzono bowiem kryteria premiujące, które przyznawały dodatkowe punkty projektom wykazującym powiązania z innymi interwencjami – zarówno ze wsparciem w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR), jak i programów krajowych. Dzięki temu system oceny sprzyjał wyborowi do dofinansowania przedsięwzięć o charakterze kompleksowym i synergicznym, łączących działania „miękkie” (aktywizacyjne, edukacyjne, zdrowotne) z inwestycjami infrastrukturalnymi.

Premiowanie komplementarności miało na celu zwiększenie integracji działań „miękkich” i „twardych,” zapewnienie trwałości efektów oraz preferowanie projektów o charakterze kompleksowym – takich, które łączyły wsparcie usługowe z inwestycjami infrastrukturalnymi,

aktywizację zawodową z opieką instytucjonalną, a profilaktykę zdrowotną z modernizacją placówek. W praktyce oznaczało to, że projekty spełniające kryteria komplementarności mogły uzyskać dodatkowe punkty na etapie oceny formalno-merytorycznej, co zwiększało ich szanse na dofinansowanie i sprzyjało powstawaniu przedsięwzięć o większej wartości dodanej dla regionu.

Poniższe tabele przedstawiają kryteria premiujące komplementarność, które były elementem oceny formalno-merytorycznej projektów w ramach OPX i miały na celu preferowanie przedsięwzięć o charakterze kompleksowym. Komplementarność w analizie została potraktowana szeroko, uwzględniając nie tylko kryteria wprost odwołujące się do komplementarności, ale także kryteria zwiększające kompleksowość wsparcia. Każde z kryteriów odnosiło się do określonego wymiaru komplementarności (infrastrukturalnej, społecznej, terytorialnej, instytucjonalnej, jakościowej czy projektowej), a uzyskanie dodatkowych punktów zwiększało szanse projektów na dofinansowanie i sprzyjało powstawaniu rozwiązań o większej wartości dodanej dla regionu.

Kryteria premiujące w Działaniu X.1 dotyczyły projektów wspierających tworzenie miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (żłobki, kluby dziecięce, opiekunowie dzienni, nianie). Ich celem było preferowanie przedsięwzięć kompleksowych, które dodatkowo łączyły wsparcie usługowe z inwestycjami infrastrukturalnymi, współpracą instytucjonalną oraz programami krajowymi.

Tabela 31. Kryteria premiujące komplementarność w X.1

Treść kryterium premiującego	Punktacja	Wyjaśnienie
<i>W ramach projektu zakłada się komplementarność wsparcia w zakresie tworzenia nowych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 ze wsparciem udzielanym z EFRR w ramach osi priorytetowej VII RPO WŁ.</i>	5 pkt	Powiązanie usług EFS (opieka, aktywizacja) z inwestycjami infrastrukturalnymi EFRR (budowa, przebudowa lub remont infrastruktury ochrony zdrowia).
<i>W ramach projektu zakłada się komplementarność wsparcia w zakresie tworzenia nowych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3 z resortowym Programem „MALUCH+”.</i>	15 pkt	Integracja działań regionalnych z krajowym programem wspierającym rozwój instytucjonalnej opieki nad dziećmi.
<i>Tworzenie miejsc opieki na obszarze o niskim wskaźniku dzieci do lat 3 objętych opieką żłobkową (kryterium spełniane, jeśli opieka instytucjonalna obejmuje mniej niż 4% dzieci w wieku do lat 3 w danej gminie).</i>	20 pkt	Komplementarność terytorialna – kierowanie wsparcia do gmin o największym deficycie usług opiekuńczych.
<i>W ramach projektu zakłada się realizację usług w zakresie opieki nad dziećmi do lat 3 przez jednostki sektora finansów publicznych w partnerstwie z podmiotami ekonomii społecznej.</i>	10 pkt	Komplementarność instytucjonalna – łączenie potencjału sektora publicznego i ekonomii społecznej.

<i>Udzielanie wsparcia na obszarze, na którym nie ma miejsc opieki (w formie instytucjonalnej) nad dziećmi do lat 3. Wsparcie przez nianię realizowane jest na obszarze, na którym nie funkcjonują instytucjonalne miejsca opieki, co weryfikowano na podstawie portalu Empatia.</i>	20 pkt	Komplementarność funkcjonalna – uzupełnianie brakującej oferty instytucjonalnej alternatywną formą opieki (niania).
--	--------	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych

Kryteria premiujące w Działaniu X.2 koncentrowały się na wspieraniu rozwoju pracowników i przedsiębiorstw poprzez narzędzia systemowe (np. elektroniczny system bonowy) oraz programy outplacementowe. Premiowano projekty, które zapewniały spójność z rozwiązaniami wypracowanymi w poprzednich perspektywach finansowych, integrowały różne narzędzia wsparcia oraz wzmacniały aktywizację zawodową osób zagrożonych wykluczeniem.

Tabela 32. Kryteria premiujące komplementarność w X.2

Poddziałanie	Treść kryterium premiującego	Punktacja	Wyjaśnienie
X.2.1	<i>Projekt zakłada dystrybucję środków z wykorzystaniem elektronicznego systemu bonowego. Ocenie podlegał szczegółowy opis funkcjonalności systemu, jego parametry i założenia.</i>	20 pkt	Komplementarność narzędziowa – powiązanie wsparcia rozwojowego z systemem bonowym zapewniającym przejrzystość i dostępność usług.
X.2.2	<i>Projekt zakłada wykorzystanie rozwiązań wypracowanych z udziałem środków EFS w poprzednich perspektywach finansowych i jest komplementarny z rozwiązaniami wypracowanymi w obecnej perspektywie.</i>	10 pkt	Komplementarność czasowa – kontynuacja i rozwój rozwiązań wypracowanych w poprzednich okresach programowania.
X.2.2	<i>W ramach projektu wykorzystywane są narzędzia umożliwiające tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych, w tym w szczególności w odniesieniu do pracowników po 50. roku życia oraz osób z niepełnosprawnościami, na warunkach określonych w wytycznych.</i>	10 pkt	Komplementarność społeczna – powiązanie aktywizacji zawodowej z rozwojem sektora ekonomii społecznej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych

Kryteria premiujące w Działaniu X.3 dotyczyły projektów ukierunkowanych m.in. na poprawę dostępności usług zdrowotnych. Premiowano przedsięwzięcia, które integrowały działania usługowe z istniejącą infrastrukturą ochrony zdrowia, kierowały wsparcie do obszarów deficytowych (pod względem dostępu do usług zdrowotnych), rozszerzały dostępność świadczeń poza standardowe godziny oraz podnosiły jakość usług poprzez akredytację i współpracę z organizacjami pozarządowymi.

Tabela 33. Kryteria premiujące komplementarność w X.3

Poddziałanie	Treść Kryterium Premiującego	Punktacja	Wyjaśnienie
X.3.1 / X.3.2 / X.3.3	<i>Wnioskodawca lub partner jest podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ) na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem ŁOW NFZ lub innym Płatnikiem.</i>	10 pkt (X.3.1/X.3.2), 5 pkt (X.3.3)	Komplementarność instytucjonalna – powiązanie działań projektowych z systemem świadczeń finansowanych publicznie.
X.3.1 / X.3.2	<i>Koncentracja działań na obszarach miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców, obszarach wiejskich oraz miastach średnich. Zakłada się, że co najmniej 30% wszystkich osób objętych wsparciem stanowią osoby, które zamieszkują ww. miejscowości.</i>	5–15 pkt	Komplementarność terytorialna – kierowanie wsparcia do obszarów deficytowych pod względem dostępu do usług zdrowotnych.
X.3.1 / X.3.2 / X.3.3	<i>Dostępność świadczeń zdrowotnych – usługi realizowane będą również w godzinach popołudniowych, wieczornych oraz w soboty. Projekt zapewnia dostęp do świadczeń w ramach programu przynajmniej 2 dni w tygodniu po godz. 18:00 oraz co najmniej jedną sobotę w miesiącu.</i>	5 pkt	Komplementarność czasowa – rozszerzenie dostępności usług poza standardowe godziny.
X.3.1 / X.3.2	<i>Akredytacja – Wnioskodawca lub partner posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia.</i>	10 pkt (akredytacja), 5 pkt (okres przygotowawczy/	Komplementarność jakościowa – powiązanie projektów z systemem akredytacji i standardami jakości.

certyfikat EN 15224)			
X.3.2 / X.3.3	<i>Komplementarność projektu – projekt jest realizowany w sposób komplementarny do innych projektów finansowanych ze środków UE, krajowych lub innych źródeł. Wykazano komplementarność z co najmniej dwoma projektami, przy wykluczeniu powielania działań.</i>	5 pkt	Komplementarność projektowa – integracja z innymi przedsięwzięciami, przy jednoczesnym wykluczeniu powielania działań.
X.3.1	<i>Współpraca z organizacją pozarządową – projekt zakłada współpracę pomiędzy beneficjentem/partnerem a organizacją pozarządową, której działalność statutowa jest związana z upowszechnianiem edukacji prozdrowotnej lub promocją udziału w badaniach diagnostycznych.</i>	5 pkt	Komplementarność instytucjonalna – łączenie działań beneficjentów z potencjałem organizacji pozarządowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych

Zasada komplementarności była stosowana nie tylko w Osi Priorytetowej X, ale także w innych osiach RPO WŁ 2014–2020. Dzięki niej preferowano projekty, które wzmacniały trwałość efektów, uzupełniały się wzajemnie i tworzyły spójny system wsparcia w obszarach rewitalizacji, edukacji, rozwoju pracowników i przedsiębiorstw oraz usług społecznych i zdrowotnych.

Tabela 34. Kryteria premiujące komplementarność do OP X w innych osiach RPO WŁ 2014–2020

OP	Działanie / Poddziałanie	Nazwa kryterium premiującego	Dokładna treść kryterium	Punktacja	OP / Działanie / Poddziałanie
OP VI Rewitalizacja (EFRR)	Działanie VI.3 Rewitalizacja i rozwój potencjału społeczno- gospodarczego	Projekt jest komplementarny z działaniami finansowanymi z EFS	Kryterium ocenia	0/2 pkt	X.1
			komplementarność projektu z działaniami finansowanymi z EFS,	(Dz.VI.3	X.2
			które wspólnie prowadzą do realizacji celu na obszarze rewitalizacji. Uzupełniające działania mogą być realizowane jako komponent cross-financingu lub w ramach projektu już wybranego do dofinansowania z EFS.	Waga: 3; Max: 6)	X.3
OP VI Rewitalizacja (EFRR)	Działanie VI.2 Rozwój gospodarki i turystycznej	Komplementarność projektu EFRR z działaniami finansowanymi z EFS w zakresie tworzenia sprzyjających warunków ukierunkowanych na rozwój przedsiębiorczości (m.in. samozatrudnienie)	Kryterium ocenia komplementarność projektu z działaniami EFS wspierającymi rozwój przedsiębiorczości. Uzupełniające działania mogą być realizowane jako komponent cross-financingu lub w ramach projektu EFS już wybranego do dofinansowania.	0/2 pkt (Dz.VI.2 Waga: 4; Max: 8)	X.2.1

OP VII Infrastruktura dla usług społecznych (EFRR)	Działanie VII.4 Edukacja	Skala komplementarności projektu EFRR z projektami EFS	Ocenie podlega liczba projektów dofinansowanych z EFS, które są komplementarne z projektem EFRR. Komplementarność rozumiana jako dopełnienie interwencji prowadzące do realizacji celu.	0–3 pkt	X.2.1 X.1
OP IX Włączenie społeczne (EFS)	Poddziałanie IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne	Komplementarność usług społecznych	Projekt wykorzystuje infrastrukturę dofinansowaną w ramach Działania VII.3 Infrastruktura opieki społecznej.	3 pkt	X.1 X.3
OP IX Włączenie społeczne (EFS)	Poddziałanie IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne – ZIT	Komplementarność usług zdrowotnych z infrastrukturą (EFRR)	Projekt wykorzystuje infrastrukturę dofinansowaną w ramach Działania VII.2 Infrastruktura ochrony zdrowia, komplementarną wobec usług zdrowotnych realizowanych w ramach Działania X.3.	3 pkt	X.3
OP IX Włączenie społeczne (EFS)	Poddziałanie IX.1.2 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – ZIT	Zintegrowany charakter projektu / komplementarność projektu EFS – powiązanie z innymi projektami, które są zatwierdzone do realizacji / realizowane / zrealizowane na terenie ŁOM	Kryterium ocenia powiązanie projektu z innymi przedsięwzięciami na terenie łódzkiego Obszaru Metropolitalnego. Projekt stanowi uzupełnienie innych działań.	2,5 pkt	X.2.2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zastanych

Kryteria premiujące komplementarność w RPO WŁ 2014-2020 miały charakter **systemowy** – preferowały projekty, które łączyły działania usługowe z inwestycjami infrastrukturalnymi, aktywizację zawodową z opieką instytucjonalną, a profilaktykę zdrowotną z modernizacją placówek. Dzięki temu system oceny projektów sprzyjał powstawaniu przedsięwzięć **kompleksowych i synergicznych**, wzmacniających trwałość rezultatów i minimalizujących ryzyko powielania działań.

5.4.4 ZAKAZ PODWÓJNEGO FINANSOWANIA I CROSS-FINANCING W OPX

Zasady komplementarności w RPO WŁ 2014-2020 były zabezpieczone poprzez szczegółowe kryteria demarkacji oraz zakaz podwójnego finansowania. Regulacje te miały na celu wyeliminowanie ryzyka dublowania działań między RPO WŁ 2014–2020 a innymi programami operacyjnymi, w szczególności PO WER, oraz zapewnienie, że wsparcie udzielane w ramach Osi X nie będzie konkurowało z finansowaniem usług społecznych czy edukacyjnych z innych źródeł.

W praktyce oznaczało to m.in.:

- wykluczenie podmiotów Podstawowej Opieki Zdrowotnej uczestniczących w programie KORDIAN z PO WER z projektów zdrowotnych w ramach **Działania X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia**,
- zakaz finansowania świadczeń gwarantowanych przez NFZ w projektach profilaktycznych i rehabilitacyjnych (np. w **Poddziałaniu X.3.3 Działania uzupełniające populacyjne programy profilaktyczne**),
- ograniczenia w **Działaniu X.1 Powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3**, dotyczące maksymalnego okresu finansowania miejsc opieki i wynagrodzeń dla niań oraz zakaz podwójnego finansowania bieżącej działalności z dotacji gminnych,
- szczegółowe wykluczenia w **Poddziałaniu X.2.1 Konkurencyjność przedsiębiorstw i ich pracowników**, obejmujące m.in. usługi doradcze i szkoleniowe tożsame z PO WER, wsparcie w zakresie PPP i zamówień publicznych, czy usługi e-learningowe.

Na tym tle należy rozpatrywać **mechanizm finansowania krzyżowego (cross-financing)**, który stanowił narzędzie uzupełniające i wzmacniające komplementarność. Cross-financing pozwalał na łączenie działań „miękkich” finansowanych z EFS z elementami infrastrukturalnymi typowymi dla EFRR, pod warunkiem że były one niezbędne do osiągnięcia celów projektu i nie naruszały zasad demarkacji. Dzięki temu możliwe było tworzenie projektów kompleksowych – obejmujących zarówno wsparcie usługowe, jak i inwestycje materialne – przy jednoczesnym zachowaniu przejrzystości finansowania i unikaniu podwójnego finansowania.

Dla osi priorytetowych I – XI przewidziano możliwość wykorzystania mechanizmu cross-financingu, maksymalnie do wysokości 10% unijnego finansowania w odniesieniu do każdej osi priorytetowej (współfinansowanie kosztów projektów w zakresie ich kwalifikowalności, zgodnie z zasadami obowiązującymi dla drugiego funduszu), pod warunkiem że koszty te są konieczne do odpowiedniej realizacji operacji z punktu widzenia skuteczności lub efektywności osiągania założonych celów i rezultatów i są bezpośrednio z nią związane.

Mechanizm finansowania krzyżowego (cross-financing) w Osi Priorytetowej X „Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie” został zaprojektowany jako narzędzie zapewniające **komplementarność działań między Europejskim Funduszem Społecznym (EFS) a Europejskim**

Funduszem Rozwoju Regionalnego (EFRR). Jego zastosowanie miało charakter wyjątkowy i było ściśle regulowane, aby umożliwić realizację projektów w sposób kompleksowy, łączący elementy „miękkie” (szkoleniowe, doradcze, edukacyjne) z „twardymi” (infrastrukturalnymi, sprzętowymi).

Logika stosowania cross-financingu opierała się na dwóch zasadach:

- **Konieczności i integralności** – wydatki kwalifikowane w ramach cross-financingu musiały być niezbędne do osiągnięcia celów projektu i stanowić jego integralną część,
- **Równości szans i dostępności** – mechanizm był stosowany przede wszystkim w sytuacjach, gdy zapewniał dostępność działań dla osób z niepełnosprawnościami lub umożliwiał realizację zasady równości szans.

Limity finansowania były zróżnicowane w zależności od rodzaju interwencji:

- W **Działaniu X.1** dopuszczono **podwyższony limit do 30%** wartości projektu, obejmujący zarówno cross-financing, jak i zakup środków trwałych. Rozwiązanie to miało charakter zachęty, zwiększając atrakcyjność projektów i zainteresowanie beneficjentów,
- W **Poddziałaniach X.3.1–X.3.3** obowiązywał **limit 10%**, co odpowiadało standardowym zasadom stosowanym w większości osi priorytetowych programu,
- W **Poddziałaniach X.2.1 i X.2.2** cross-financing również był możliwy, lecz mieścił się w ogólnym limicie 10% wydatków kwalifikowalnych, obejmując głównie środki trwałe.

Mechanizm cross-financingu w Osi X był **instrumentem elastyczności**, który umożliwiał tworzenie projektów bardziej kompleksowych i odpowiadających na realne potrzeby beneficjentów. Dzięki zróżnicowanym limitom i ścisłym warunkom stosowania, rozwiązanie to pozwalało na łączenie działań miękkich i twardych w ramach jednej interwencji, przy jednoczesnym zachowaniu zasady komplementarności i unikaniu podwójnego finansowania.

5.5 DOBRE PRAKTYKI W OPX

W ramach ewaluacji wybranych działań realizowanych w RPO WŁ 2014-2020, szczególną uwagę poświęcono identyfikacji tzw. dobrych praktyk.

Na potrzeby badania przyjęto, że **dobra praktyka to działanie, rozwiązanie lub podejście wdrożone w ramach projektu, które przyniosło wymierne, pozytywne rezultaty, zostało dobrze ocenione przez uczestników projektów i/lub instytucje, a jego skuteczność została potwierdzona w praktyce. Dobra praktyka może wyróżniać się innowacyjnością, skutecznością w rozwiązywaniu problemów grup docelowych, elastycznością wdrożenia lub możliwością łatwego przeniesienia na inne projekty.**

Badanie koncentrowało się na trzech obszarach wsparcia w ramach RPO WŁ 2014-2020:

- aktywizacji zawodowej rodziców dzieci w wieku do lat 3 (Działanie X.1),
- rozwoju kompetencji pracowników i przedsiębiorstw, w tym programach typu outplacement (Działanie X.2),
- wdrażaniu programów zdrowotnych wspierających aktywność zawodową osób dorosłych, zwłaszcza po 50. roku życia (Działanie X.3).

Analiza dobrych praktyk została przeprowadzona w celu **wyłonienia działań, kryteriów oraz mechanizmów wdrożeniowych**, które można uznać za szczególnie korzystne z punktu widzenia realizacji celów interwencji publicznych. Jej nadrzędnym celem było nie tylko opisanie udanych rozwiązań, lecz także wskazanie elementów procesu wdrażania, które wzmacniają skuteczność, użyteczność, efektywność i trwałość projektów oraz posiadają potencjał do replikacji w przyszłych perspektywach finansowych UE.

Tak rozumiane dobre praktyki obejmują zarówno **rozwiązania systemowe**, które usprawniają wdrażanie projektów i zwiększają ich przejrzystość, jak i **rozwiązania skierowane do beneficjentów**, które podnoszą jakość wsparcia i realnie wpływają na rozwój zawodowy oraz osobisty uczestników. Mogą być nimi np.:

- **Uproszczenie procedur administracyjnych** – ograniczenie liczby dokumentów, cyfryzacja procesów, wprowadzenie podpisu elektronicznego.
- **Przejrzystość zasad finansowania** – jasne reguły dotyczące wkładu własnego, realistyczne dopasowanie poziomu dofinansowania do kosztów usług.
- **Sprawne narzędzia informatyczne** – integracja systemów (BUR i SL2014), poprawa stabilności raportowania, lepsze filtrowanie ofert w BUR.
- **Mechanizmy jakościowe** – obowiązkowe ankiety ewaluacyjne, system rekomendacji w BUR, monitorowanie jakości usług.
- **Elastyczność organizacyjna** – możliwość dostosowania harmonogramów, wydłużenie czasu realizacji bonów, reagowanie na zmiany rynkowe i pandemiczne.
- **Komunikacja instytucjonalna** – wcześniejsze i szersze informowanie o naborach, utrzymywanie kontaktu z beneficjentami po zakończeniu projektu.
- **Łatwiejszy dostęp do wsparcia** – uproszczone procedury rekrutacji, punkty konsultacyjne bliżej miejsca zamieszkania, wsparcie informacyjne.
- **Dopasowanie oferty szkoleniowej** – kursy odpowiadające realnym potrzebom rynku, większy nacisk na praktykę, rozwój kompetencji cyfrowych i miękkich.
- **Wysoka jakość usług** – profesjonalni trenerzy, certyfikowane programy, treści dostosowane do codziennych obowiązków zawodowych.
- **Wsparcie finansowe** – adekwatne stawki dofinansowania, możliwość rozliczeń etapowych, przejrzyste zasady kosztów.
- **Stabilizacja i rozwój zawodowy** – szkolenia i kursy prowadzące do uzyskania uprawnień, wzrost prestiżu zawodowego, większa pewność siebie uczestników.
- **Trwałość efektów** – mechanizmy wspierające kontynuację działań (np. certyfikacje, dalsze szkolenia), możliwość wykorzystania zdobytych kompetencji w kolejnych etapach kariery.

Metoda **case study** została zastosowana zgodnie z podejściem etapowym, obejmującym projektowanie analizy, gromadzenie i przetwarzanie danych oraz formułowanie wniosków. W każdym przypadku wykorzystano dane zastane, wyniki badań ilościowych i jakościowych (w tym wywiady TDI), a tam, gdzie było to konieczne, uzupełniono je dodatkowymi źródłami. Dobór przypadków miał charakter celowy – opierał się na kryteriach takich jak osiągnięte wartości wskaźników, ustalenia analiz desk research dotyczące użyteczności i skuteczności interwencji, a także informacje od beneficjentów, odbiorców wsparcia, ekspertów oraz materiały przekazane przez Zamawiającego.

Zebrany materiał empiryczny pozwolił na identyfikację i opis większej liczby dobrych praktyk, niż pierwotnie zakładano. Dzięki temu możliwe było uchwycenie szerokiego spektrum rozwiązań wdrożeniowych – od działań organizacyjnych i finansowych po mechanizmy komunikacyjne i jakościowe – które w największym stopniu wspierały realizację celów interwencji.

Zastosowanie metody case study dostarczyło zespołowi badawczemu **kluczowych informacji prognostycznych i prewencyjnych**. Analiza dobrych praktyk pozwoliła wskazać nie tylko przykłady skutecznych działań, ale także kryteria ich oceny i mechanizmy wdrożeniowe, które mogą być adaptowane w przyszłości. Wnioski z analizy mają charakter aplikacyjny – stanowią fundament dla projektowania kolejnych interwencji publicznych, umożliwiają lepsze zarządzanie ryzykiem oraz systemowe unikanie powtarzalnych barier.

W rezultacie, analiza dobrych praktyk pełni podwójną funkcję: **diagnostyczną**, poprzez identyfikację elementów sprzyjających skuteczności i użyteczności interwencji, oraz **prognostyczną**, wskazując mechanizmy o największym potencjale implementacyjnym w przyszłych programach regionalnych i działaniach ukierunkowanych na podobne problemy społeczne.

Analiza dobrych praktyk pełni kluczową rolę w procesie doskonalenia interwencji publicznych, zwłaszcza tych realizowanych w ramach programów regionalnych takich jak RPO WŁ 2014-2020. Pozwala nie tylko na identyfikację działań, które przyniosły wymierne i trwałe efekty, ale także na zrozumienie mechanizmów ich skuteczności oraz warunków, w jakich zostały wdrożone.

Dzięki analizie dobrych praktyk możliwe jest wyciąganie wniosków z doświadczeń związanych z realizacją projektów, co przekłada się na lepsze planowanie przyszłych działań. Praktyki te pokazują, jak konkretne rozwiązania – np. elastyczne podejście do uczestników, skuteczna komunikacja czy trafne dopasowanie wsparcia do lokalnych potrzeb – wpływają na osiągnięcie celów projektowych i zwiększają efektywność interwencji.

Dobre praktyki stanowią również źródło inspiracji dla innych beneficjentów, którzy mogą je adaptować do własnych warunków. Ich upowszechnianie sprzyja budowaniu kultury uczenia się w systemie wdrażania funduszy europejskich, wspiera transfer wiedzy i wzmacnia potencjał instytucji realizujących projekty.

Wreszcie, analiza dobrych praktyk umożliwia lepsze uzasadnienie kontynuacji lub rozszerzenia określonych typów wsparcia, co ma znaczenie zarówno dla decydentów, jak i dla uczestników systemu – od instytucji po osoby korzystające ze wsparcia. Dzięki niej możliwe jest nie tylko ocenianie przeszłości, ale przede wszystkim projektowanie skutecznych rozwiązań na przyszłość.

Wśród zidentyfikowanych dobrych praktyk znalazły się zarówno działania wynikające bezpośrednio z założeń programowych – np. stosowanie rozwiązań premiowanych w kryteriach wyboru projektów – jak i działania wdrażane w odpowiedzi na trudności napotykane w trakcie realizacji projektów, w tym kryzysy organizacyjne, zdrowotne czy rekrutacyjne. Istotną część dobrych praktyk stanowią także działania podejmowane z własnej inicjatywy przez pojedynczych beneficjentów, którzy elastycznie reagowali na potrzeby uczestników i lokalne uwarunkowania. Niezależnie od źródła ich wdrożenia, wszystkie te praktyki miały pozytywny wpływ na efekty wsparcia – zarówno w wymiarze programowym (osiąganie wskaźników, skuteczność interwencji), jak i projektowym (sprawność

realizacji, trafność rozwiązań), a przede wszystkim z perspektywy uczestnika projektu, dla którego wsparcie okazało się realnie dostępne, użyteczne i skuteczne.

W dalszej części rozdziału przedstawiono wybrane przykłady dobrych praktyk wraz z krótką charakterystyką ich wdrożenia, efektów oraz potencjału do replikacji.

▪ PI 8IV – DZIAŁANIE X.1: POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB
SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3

CASE STUDY: KOMPLEKSOWE I ELASTYCZNE WSPARCIE JAKO GWARANCJA SUKCESU

Działanie X.1 realizowane w ramach RPO Wł 2014-2020 koncentrowało się na zwiększeniu aktywności zawodowej osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3. Interwencja łączyła tworzenie miejsc opieki z aktywizacją zawodową, co umożliwiało godzenie życia prywatnego i zawodowego. Opisana dobra praktyka dotyczy projektów, w których zindywidualizowane podejście do uczestniczek niepracujących zawodowo doprowadziło do osiągnięcia ponadprzeciętnej efektywności zatrudnieniowej (mierzonej wartością wskaźników dotyczących podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia).

W projektach w ramach Działania X.1 występowały trudności rekrutacyjne związane z dotarciem do osób biernych zawodowo. Większą chęć udziału wykazywały kobiety przebywające na urloпах macierzyńskich lub rodzicielskich, natomiast osoby bezrobotne lub bierne zawodowo były mniej aktywne informacyjnie. Dodatkowo, opóźnienia w realizacji projektów (np. adaptacja budynków na potrzeby żłobków) powodowały zmianę statusu uczestniczek — z pracujących na bierne zawodowo.

O ile łączenie różnych elementów wsparcia poprzez wzajemne uzupełnianie się wsparcia opiekuńczego z aktywizacją zawodową, wynikało niejako z konstrukcji X.1 (kryterium premiującym była kompleksowość wsparcia osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3, w postaci utworzenia nowych miejsc opieki nad dziećmi oraz aktywizacji zawodowej w przypadku, gdy wynika to ze zdiagnozowanych potrzeb), warto zwrócić uwagę na przykłady elastycznych działań podejmowanych przez Beneficjentów:

„Ze względu na prośbę uczestniczek projektu (biernych zawodowo), które jak najszybciej chcą wrócić na rynek pracy Beneficjent przyspieszył realizację zadania 5 Aktywizacja zawodowa osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3. Zorganizowano zajęcia z doradcą zawodowym oraz szkolenie, w których uczestniczki upatrywały szybsze znalezienie pracy w związku z podniesieniem kwalifikacji.” – WoP

„Zaoferowaliśmy, do dnia otwarcia żłobka, opiekę nad dziećmi (...) Rodzice mieli możliwość skorzystania z usług [nazwa własna], w którym objęto opieką dzieci do lat 3” – WoP

„(...) z uwagi na (...) przesuwające się w czasie terminy warsztatów i szkoleń zawodowych (...) Beneficjent podjął środki zaradcze w postaci skontaktowania się z dodatkowymi instytucjami szkoleniowymi w celu ustalenia wcześniejszych terminów szkoleń.” – WoP

Skuteczność tej praktyki wynikała z połączenia działań infrastrukturalnych (opieka nad dziećmi) z szybką i dostosowaną do potrzeb aktywizacją zawodową. Model ten może być z powodzeniem stosowany w innych projektach skierowanych do osób biernych zawodowo, szczególnie tam, gdzie

brak opieki nad dziećmi stanowi barierę w powrocie na rynek pracy. Zaleca się kontynuację kompleksowego podejścia oraz elastyczne reagowanie na potrzeby uczestników.

Możliwości implementacyjne (replikowalność)

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Aktywizacja zawodowa	Doświadczenie beneficjenta w pracy z osobami biernymi zawodowo	Niska motywacja uczestników, trudności w rekrutacji	Skalowalne w regionach o wysokim bezrobociu lub niskiej aktywności zawodowej kobiet
Elastyczność wdrożenia	Gotowość instytucji do modyfikacji harmonogramu i reagowania na potrzeby uczestników	Sztywne procedury realizacyjne, brak zgody IZ na odstępstwa	Możliwe w projektach z komponentem doradczym i szkoleniowym
Partnerstwo lokalne	Współpraca z PUP, OPS, organizacjami pozarządowymi	Brak lokalnych sieci współpracy lub trudności komunikacyjne	Wysoka replikowalność przy zaangażowaniu lokalnych liderów i instytucji

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji

- **Kompleksowość jako standard:** Połączenie tworzenia miejsc opieki z aktywizacją zawodową powinno być traktowane jako modelowe podejście w projektach skierowanych do osób sprawujących opiekę nad dziećmi.
- **Elastyczność jako warunek skuteczności:** Możliwość przyspieszenia działań aktywizacyjnych na prośbę uczestników zwiększa efektywność i trafność wsparcia. Warto uwzględnić mechanizmy reagowania na potrzeby uczestników w dokumentacji projektowej.
- **Targetowanie terytorialne:** Projekty realizowane w gminach o niskim poziomie dostępności opieki nad dziećmi powinny być premiowane, co sprzyja wyrównywaniu szans i realizacji zasady włączenia społecznego.
- **Wzmocnienie komponentu informacyjnego:** Rekrutacja osób biernych zawodowo wymaga intensywnych działań promocyjnych i informacyjnych, dostosowanych do kanałów komunikacji używanych przez grupę docelową.
- **Monitoring efektów zatrudnieniowych:** Warto wprowadzić mechanizmy śledzenia losów uczestników po zakończeniu projektu (np. po 6 lub 12 miesiącach), co pozwoli ocenić trwałość efektów aktywizacji.

CASE STUDY: TARGETOWANIE TERYTORIALNE NA OBSZARACH DEFICYTOWYCH

Działanie X.1 realizowane w ramach RPO Wł 2014-2020 koncentrowało się na zwiększeniu aktywności zawodowej osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3, poprzez tworzenie miejsc opieki oraz działania aktywizacyjne. Jedną z kluczowych dobrych praktyk w tym obszarze było zastosowanie mechanizmu targetowania terytorialnego – kierowania interwencji do gmin o największym deficycie opieki instytucjonalnej nad małymi dziećmi. Praktyka ta miała znaczenie dla realizacji zasady równości szans.

W OPX premiowano tworzenie miejsc opieki na obszarze o niskim wskaźniku dzieci do lat 3 objętych opieką żłobkową. Dodatkowo, obszary wiejskie i rewitalizowane charakteryzowały się ograniczonym

dostępem do infrastruktury opiekuńczej, co stanowiło istotną barierę w powrocie rodziców na rynek pracy. Instytucja Zarządzająca RPO WŁ 2014-2020 wprowadziła kryterium premiujące dla projektów realizowanych właśnie na tych terenach, co miało na celu wyrównanie dysproporcji terytorialnych i zwiększenie dostępności wsparcia dla osób najbardziej potrzebujących.

W ramach dobrej praktyki:

- projekty były kierowane **do gmin z najniższym poziomem dostępności** opieki nad dziećmi,
- preferowano działania na **obszarach wiejskich i rewitalizowanych**.

Skuteczność tej praktyki wynikała z precyzyjnego ukierunkowania wsparcia na obszary o największych potrzebach. Model ten może być z powodzeniem stosowany w innych interwencjach społecznych, gdzie kluczowe jest dotarcie do grup wykluczonych terytorialnie. Zaleca się kontynuację targetowania terytorialnego jako mechanizmu zwiększającego efektywność i sprawiedliwość interwencji publicznych.

Możliwości implementacyjne (replikowalność)

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Identyfikacja obszarów deficytowych	Dostęp do danych lokalnych nt. poziomu opieki instytucjonalnej nad dziećmi	Brak aktualnych danych lub trudności w ich pozyskaniu	Wysoka – możliwa w każdym regionie przy współpracy z JST i instytucjami statystycznymi
Kryteria premiujące	Wprowadzenie preferencji w ocenie projektów dla gmin o niskim poziomie dostępności	Brak elastyczności w systemie oceny projektów lub opór przed zmianą kryteriów	Możliwe w każdym programie operacyjnym – wymaga decyzji IZ i aktualizacji dokumentacji
Współpraca z gminami	Zaangażowanie lokalnych samorządów w identyfikację potrzeb i promocję projektu	Niska aktywność gmin, brak zasobów kadrowych lub finansowych	Skalowalne przy wsparciu regionalnych koordynatorów i sieci współpracy
Integracja z aktywizacją zawodową	Gotowość do łączenia komponentu infrastrukturalnego z działaniami doradczo-szkoleniowymi	Trudności w koordynacji działań różnych instytucji	Możliwa w każdym projekcie z komponentem aktywizacyjnym – wymaga dobrej logistyki

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji

- **Targetowanie jako narzędzie sprawiedliwości terytorialnej:** Kierowanie wsparcia do gmin o największym deficycie opieki nad dziećmi pozwala realnie wyrównywać szanse i przeciwdziałać wykluczeniu terytorialnemu. Warto traktować ten mechanizm jako stały element polityki społecznej.
- **Premiowanie działań w obszarach deficytowych:** Kryteria premiujące powinny być stosowane nie tylko w Działaniu X.1, ale również w innych interwencjach społecznych i edukacyjnych, gdzie dostępność usług jest nierównomierna.

- **Potrzeba aktualnych danych lokalnych:** Skuteczna identyfikacja obszarów deficytowych wymaga bieżących danych statystycznych nt. dostępności opieki instytucjonalnej. Warto rozważyć współpracę z GUS, JST i instytucjami badawczymi.
- **Integracja z lokalnymi strategiami rozwoju:** Projekty powinny być powiązane z lokalnymi dokumentami strategicznymi (np. programami rewitalizacji, strategią rozwoju gminy), co zwiększa ich trwałość i spójność.
- **Elastyczność w projektowaniu działań:** Warto umożliwić beneficjentom dostosowanie form wsparcia do specyfiki lokalnej – np. tworzenie klubików dziecięcych zamiast żłobków w gminach o mniejszej liczbie dzieci.

▪ PI 8V – DZIAŁANIE X.2: ROZWÓJ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

• **PODDZIAŁANIE X.2.1 – KONKURENCYJNOŚĆ PRZEDSIĘBIORSTW I ICH PRACOWNIKÓW**

CASE STUDY: PODEJŚCIE POPYTOWE W BAZIE USŁUG ROZWOJOWYCH (BUR)

Działanie X.2.1 realizowane w ramach RPO WŁ 2014-2020 koncentrowało się na podnoszeniu kompetencji przedsiębiorców i pracowników mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP), w celu zwiększenia ich adaptacyjności i konkurencyjności. Jedną z kluczowych dobrych praktyk w tym obszarze było wdrożenie podejścia popytowego, opartego na mechanizmie Bazy Usług Rozwojowych, które pozwalało beneficjentom samodzielnie wybierać formy wsparcia najlepiej odpowiadające ich potrzebom.

W tradycyjnych projektach szkoleniowych często występował problem niedopasowania tematyki szkoleń do rzeczywistych potrzeb firm. Programy były z góry określone, a uczestnicy musieli dostosować się do dostępnej oferty. W przypadku Poddziałania X.2.1 zastosowano system BUR, który umożliwiał przedsiębiorcom wybór usług rozwojowych z szerokiego katalogu dostępnego w bazie. Dzięki temu wsparcie było bardziej elastyczne, zindywidualizowane i użyteczne.

W ramach dobrej praktyki:

- **Beneficjenci (MŚP)** samodzielnie decydowali, z jakich usług rozwojowych skorzystają – mogli wybierać spośród szkoleń, doradztwa, mentoringu, coachingu, itp.
- **Usługi były certyfikowane i dostępne w BUR**, co gwarantowało ich jakość i zgodność z celami interwencji.
- **Wsparcie finansowe** było udzielane w formie bonów rozwojowych, co upraszczało proces rozliczeń i zwiększało dostępność dla firm.

Efekty wdrożenia podejścia popytowego były widoczne w wielu aspektach:

- **Lepsze dopasowanie tematyczne:** przedsiębiorcy wybierali szkolenia z zakresu zarządzania, innowacji, sukcesji czy technologii asystujących – zgodnie z własnymi potrzebami.
- **Wyższa użyteczność wsparcia:** dzięki trafnemu doborowi usług, wzrosła użyteczność i praktyczna wartość zdobywanych kompetencji.
- **Zwiększenie zaangażowania MŚP:** firmy chętniej uczestniczyły w projektach, gdy miały realny wpływ na kształt wsparcia.

Skuteczność tej praktyki wynikała z jej elastyczności i koncentracji na rzeczywistych potrzebach odbiorców. Model BUR może być z powodzeniem stosowany w innych działaniach rozwojowych, gdzie kluczowe jest dopasowanie wsparcia do zróżnicowanych potrzeb uczestników. Zaleca się kontynuację podejścia popytowego jako mechanizmu zwiększającego efektywność i trafność interwencji edukacyjnych i doradczych.

Możliwości implementacyjne (replikowalność)

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Dostęp do BUR	Funkcjonująca Baza Usług Rozwojowych z szeroką ofertą certyfikowanych usługodawców	Ograniczona liczba usługodawców w regionie lub brak usług w niszowych obszarach kompetencji	Wysoka – BUR działa na obszarze całego kraju i może być rozwijana regionalnie
Gotowość MŚP do samodzielnego wyboru	Świadomość i motywacja przedsiębiorców do inwestowania w rozwój kompetencji	Niski poziom kompetencji cyfrowych lub brak doświadczenia w korzystaniu z usług rozwojowych	Możliwa w całym kraju – wymaga wsparcia informacyjnego i doradczego
Mechanizm bonów rozwojowych	Sprawny system rozliczeń i refundacji kosztów usług	Złożoność procedur administracyjnych, opóźnienia w wypłatach	Skalowalny przy uproszczeniu procedur i wsparciu operatorów regionalnych
Jakość usług i ich zgodność z potrzebami	Certyfikacja usługodawców, monitoring jakości i zgodności z potrzebami rynku pracy	Ryzyko formalnego spełniania kryteriów bez realnej wartości merytorycznej	Możliwa replikacja przy stałym nadzorze i ewaluacji jakości usług

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji

- **Podejście popytowe zwiększa trafność wsparcia:** Pozwala uczestnikom wybierać usługi zgodne z ich realnymi potrzebami, co przekłada się na wyższą efektywność i satysfakcję z udziału w projekcie.
- **BUR jako infrastruktura systemowa:** Baza Usług Rozwojowych powinna być traktowana jako trwały element ekosystemu wsparcia kompetencyjnego, z możliwością integracji z innymi działaniami (np. outplacement, wsparcie dla osób 50+).
- **Potrzeba wsparcia doradczego dla MŚP:** Nie wszystkie firmy mają kompetencje do samodzielnego wyboru usług – warto zapewnić im dostęp do doradców rozwojowych lub brokerów usług.
- **Uproszczenie mechanizmu bonowego:** W celu zwiększenia dostępności i płynności finansowej dla MŚP, warto uprościć procedury rozliczeń i skrócić czas refundacji.
- **Monitoring jakości usług:** Konieczne jest utrzymanie wysokiego standardu usług dostępnych w BUR, poprzez systematyczną ewaluację, opinie uczestników i mechanizmy weryfikacji efektów.
- **Możliwość rozszerzenia na inne grupy docelowe:** Model BUR może być z powodzeniem stosowany także w działaniach skierowanych do osób indywidualnych (np. bezrobotnych, osób z niepełnosprawnościami), przy odpowiednim dostosowaniu zasad finansowania.

• PODDZIAŁANIE X.2.2 – WDROŻENIE PROGRAMÓW TYPU OUTPLACEMENT

CASE STUDY: EFEKTYWNE WDROŻENIE PROGRAMÓW TYPU OUTPLACEMENT Z INDYWIDUALNYM PLANEM DZIAŁANIA (IPD)

Poddziałanie X.2.2 realizowane w ramach RPO Wł 2014-2020 koncentrowało się na wdrażaniu programów typu outplacement, których celem było wsparcie pracowników zagrożonych zwolnieniem, przewidzianych do zwolnienia lub już zwolnionych z przyczyn nie dotyczących pracownika. Praktyka wdrożenia kompleksowego wsparcia z wykorzystaniem Indywidualnego Planu Działania (IPD) okazała się wyjątkowo skuteczna, przekraczając zakładane cele efektywnościowe zarówno na poziomie produktu, jak i rezultatu.

Uczestnicy projektów outplacementowych często znajdowali się w trudnej sytuacji zawodowej, wymagającej szybkiej interwencji. W odpowiedzi na te potrzeby, beneficjenci wdrażali zindywidualizowane ścieżki wsparcia, których centralnym elementem było doradztwo zawodowe połączone z przygotowaniem IPD. Plan ten stanowił punkt wyjścia do dalszych działań, takich jak szkolenia, pośrednictwo pracy, poradnictwo psychologiczne, staże, subsydiowanie zatrudnienia czy bezzwrotne wsparcie na rozpoczęcie działalności gospodarczej.

Efekty wdrożenia tej praktyki były imponujące:

- **Wskaźnik produktu** (liczba osób objętych wsparciem) osiągnął wartość **315,55%**, znacznie przekraczając zakładane cele.
- **Wskaźnik rezultatu** (liczba osób, które podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie po zakończeniu udziału w projekcie) wyniósł **73,43%**, przy wartości docelowej 60%.

Wysoka efektywność wynikała z kilku czynników:

- **Szybkie dążenie do zatrudnienia:** wielu uczestników podejmowało pracę już po ukończeniu szkolenia, bez konieczności korzystania z pełnego katalogu wsparcia.
- **Osiąganie celu mimo przerwania stażu:** część osób kończyła staż wcześniej niż zakładano, ponieważ w jego trakcie otrzymywała ofertę pracy.
- **Wsparcie dla grup wrażliwych:** projekty uwzględniały potrzeby osób po 50. roku życia oraz osób z niepełnosprawnościami.

Skuteczność tej praktyki wynikała z elastycznego podejścia, szybkiego reagowania na potrzeby uczestników oraz kompleksowości oferowanego wsparcia. Model ten może być z powodzeniem stosowany w innych działaniach rynku pracy, szczególnie w sytuacjach kryzysowych. Zaleca się kontynuację stosowania IPD jako centralnego narzędzia w programach outplacementowych oraz dalsze rozwijanie mechanizmów wspierających zatrudnienie osób z grup szczególnie wrażliwych.

Możliwości implementacyjne (replikowalność)

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Indywidualny Plan Działania (IPD)	Dostęp do wykwalifikowanych doradców zawodowych i narzędzi diagnostycznych	Brak kadry doradczej lub ograniczony czas na przygotowanie IPD	Wysoka – IPD może być wdrażany w każdym projekcie aktywizacyjnym

Elastyczność ścieżki wsparcia	Możliwość dostosowania zakresu i kolejności działań do potrzeb uczestnika	Szytywne harmonogramy projektowe, ograniczenia formalne w dokumentacji	Skalowalne w projektach z komponentem doradczym i szkoleniowym
Wsparcie dla grup wrażliwych	Uwzględnienie specyfiki osób 50+ i osób z niepełnosprawnościami w projektowaniu działań	Brak dostępnych miejsc pracy w Podmiotach Ekonomii Społecznej (PES) lub trudności w rekrutacji kandydatów do przedsiębiorstw społecznych (PS)	Możliwe przy współpracy z sektorem ekonomii społecznej i lokalnymi pracodawcami
Monitoring efektów zatrudnieniowych	System śledzenia losów uczestników po zakończeniu udziału w projekcie	Brak narzędzi do długofalowego monitoringu lub ograniczona współpraca z PUP	Możliwa replikacja przy wsparciu instytucji rynku pracy i wykorzystaniu danych systemowych

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji

- **IPD jako fundament skutecznej aktywizacji:** Indywidualny Plan Działania powinien pozostać obowiązkowym elementem programów outplacementowych, ponieważ umożliwia precyzyjne dopasowanie ścieżki wsparcia do sytuacji uczestnika.
- **Elastyczność jako kluczowy czynnik sukcesu:** Projekty powinny umożliwiać modyfikację zakresu wsparcia w zależności od tempa aktywizacji uczestnika – np. skrócenie stażu w przypadku szybkiego zatrudnienia.
- **Integracja z ekonomią społeczną:** Tworzenie miejsc pracy w PES jako forma aktywizacji osób z grup wrażliwych powinno być rozwijane i wspierane systemowo, z uproszczeniem procedur zakładania PS.
- **Premiowanie efektywności zatrudnieniowej:** Warto rozważyć wprowadzenie mechanizmów premiujących projekty, które osiągają ponadprzeciętne wskaźniki zatrudnieniowe, szczególnie w przypadku grup osób znajdujących się w trudnej sytuacji.
- **Długofalowy monitoring efektów:** Projekty powinny zawierać komponent śledzenia losów uczestników po zakończeniu udziału, co pozwoli ocenić trwałość efektów i lepiej projektować kolejne interwencje.
- **Możliwość szybkiego uruchomienia wsparcia:** W sytuacjach kryzysowych (np. masowe zwolnienia), model outplacementu z IPD może być wdrażany jako interwencja ratunkowa, pod warunkiem dostępności kadry i zasobów.

CASE STUDY: TWORZENIE MIEJSC PRACY W PRZEDSIĘBIORSTWACH

Poddziałanie X.2.2 realizowane w ramach RPO Wł 2014-2020 koncentrowało się na poprawie zdolności adaptacyjnych pracowników zagrożonych zwolnieniem, przewidzianych do zwolnienia lub już zwolnionych z przyczyn nie dotyczących pracownika. Jedną z dobrych praktyk wdrażanych w tym obszarze było wykorzystanie mechanizmu tworzenia miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych jako narzędzia aktywizacyjnego dla uczestników programów typu outplacement.

Grupą docelową tej praktyki były osoby szczególnie zagrożone na rynku pracy, w tym pracownicy po 50. roku życia oraz osoby z niepełnosprawnościami. W ramach jednego z projektów beneficjent podjął próbę wdrożenia tej praktyki poprzez:

- **Rezerwację miejsc** na założenie PS (np. 2 z 23 dostępnych miejsc na działalność gospodarczą),
- **Zastosowanie kryteriów premiujących** dla kandydatów planujących utworzenie PS,
- **Działania promocyjne** skierowane do środowisk ekonomii społecznej (np. portale stowarzyszeń, kontakt z istniejącymi PS).

Pomimo tych działań, nie zgłosił się żaden kandydat zainteresowany założeniem PS, co wymusiło uwolnienie zarezerwowanej puli miejsc za zgodą Instytucji Zarządzającej. Pokazuje to, że choć mechanizm jest dostępny i formalnie wspierany, jego wdrożenie wymaga dodatkowych działań informacyjnych, uproszczenia procedur oraz budowania świadomości wśród potencjalnych uczestników.

W ramach outplacementu tworzenie PS było możliwe dzięki:

- **Bezzwrotnemu wsparciu finansowemu** na rozpoczęcie działalności gospodarczej,
- **Kompleksowemu zestawowi działań**, w tym doradztwu zawodowemu (IPD), szkoleniom, subsydiowaniu zatrudnienia i stażom.

Choć Poddziałanie X.2.2 formalnie należy do Osi Priorytetowej X (Adaptacyjność), mechanizm tworzenia miejsc pracy w PS był ściśle powiązany z szerszym systemowym wsparciem w obszarze włączenia społecznego. Zgodnie z Wytycznymi Ministra Inwestycji i Rozwoju, działania te mogły być realizowane w spójności z zasadami obowiązującymi w Osi IX, a szczególnie w Poddziałaniu IX.3.1, które koncentrowało się na:

- tworzeniu trwałych miejsc pracy w PS,
- zapewnieniu wsparcia pomostowego,
- kompleksowym przygotowaniu uczestników poprzez szkolenia, doradztwo i mentoring.

Skuteczność tej praktyki zależała od integracji działań aktywizacyjnych z instrumentami ekonomii społecznej oraz od zdolności beneficjentów do identyfikacji i aktywizacji odpowiednich kandydatów. Zaleca się uproszczenie formalnych wymogów dla tworzenia PS w ramach outplacementu.

Możliwości implementacyjne (replikowalność)

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Integracja z ekonomią społeczną	Znajomość zasad funkcjonowania PS i dostęp do lokalnych podmiotów ekonomii społecznej	Niska świadomość uczestników, brak lokalnych partnerów PS	Wysoka – możliwa w każdym regionie przy współpracy z Ośrodkami Wsparcia Ekonomii Społecznej (OWES) i JST
Rezerwacja miejsc na PS	Elastyczność w projektowaniu wsparcia DG z uwzględnieniem PS jako preferowanej formy	Brak kandydatów zainteresowanych założeniem PS, zbyt restrykcyjne kryteria formalne	Skalowalne przy uproszczeniu procedur i intensyfikacji działań promocyjnych

Wsparcie finansowe i pomostowe	Dostępność środków na DG i pomostowe wsparcie dla PS	Złożoność rozliczeń, niejasność zasad finansowania PS w ramach outplacementu	Możliwe w każdym projekcie z komponentem DG – wymaga zgodności z wytycznymi w zakresie włączenia społecznego
Doradztwo i mentoring	Doświadczenie kadry projektowej w pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem	Brak specjalistów z zakresu ekonomii społecznej, ograniczony czas na przygotowanie uczestników	Skalowalne przy wsparciu OWES, NGO i instytucji rynku pracy

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji

- **Potrzeba intensyfikacji działań informacyjnych:** Niska zgłaszalność kandydatów do tworzenia PS wynikała m.in. z braku wiedzy o tej formie działalności. W przyszłych projektach warto zaplanować kampanie informacyjne i edukacyjne skierowane do potencjalnych uczestników.
- **Uproszczenie formalnych wymogów:** Kryteria uznania podmiotu za PS bywają zbyt restrykcyjne dla osób w trudnej sytuacji zawodowej. Zaleca się uproszczenie procedur lub wprowadzenie etapowego modelu wsparcia (np. inkubacja PS).
- **Wzmocnienie współpracy:** Tworzenie miejsc pracy w PS w ramach outplacementu powinno być projektowane w ścisłej współpracy z mechanizmami wsparcia ekonomii społecznej.
- **Premiowanie projektów z komponentem PS:** Warto kontynuować stosowanie kryteriów premiujących dla projektów, które przewidują tworzenie miejsc pracy w PS, zwłaszcza dla osób z niepełnosprawnościami i po 50. roku życia.
- **Rozwój lokalnych partnerstw:** Skuteczność wdrożenia zależy od współpracy z lokalnymi OWES, NGO i JST. W przyszłych projektach warto formalizować te partnerstwa już na etapie wniosku.
- **Elastyczność w alokacji miejsc:** W przypadku braku kandydatów do tworzenia PS, konieczne jest umożliwienie szybkiego uwolnienia zarezerwowanych miejsc i ich przekierowanie na inne formy DG, co wymaga jasnych procedur i zgody IZ.

▪ PI 8VI – DZIAŁANIE X.3: OCHRONA, UTRZYMANIE I PRZYWRÓCENIE ZDROWIA

- **PODDZIAŁANIE X.3.1 – PROGRAMY Z UWZGLĘDNIENIEM REHABILITACJI MEDYCZNEJ UŁATWIAJĄCE POWROTY DO PRACY ORAZ UMOŻLIWIAJĄCE WYDŁUŻENIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ**

CASE STUDY: KUMULACJA WIZYT JAKO SPOSÓB NA UTRZYMANIE CIĄGŁOŚCI WSPARCIA REHABILITACYJNEGO

Poddziałanie X.3.1 realizowane w ramach RPO Wł 2014-2020 koncentrowało się na wdrażaniu programów rehabilitacji medycznej, które miały ułatwić powrót do pracy i wydłużyć aktywność zawodową osób dorosłych, zwłaszcza po 50. roku życia. Projekty realizowane w tym obszarze, kierowane były do osób z chorobami współistniejącymi, które ze względu na stan zdrowia i sytuację pandemiczną miały trudności z regularnym uczestnictwem w działaniach projektowych.

Wśród uczestników projektów zdrowotnych odnotowano powtarzające się problemy z frekwencją. Osoby starsze, często z wielochorobowością, obawiały się zakażenia COVID-19, odwoływały wizyty lub nie decydowały się na udział w dodatkowych konsultacjach (np. z dietetykiem czy psychologiem), uznając je za mniej istotne. W efekcie cykle rehabilitacyjne ulegały wydłużeniu, a ścieżka wsparcia była niekompletna. Dodatkowo, trudności z bezpiecznym transportem oraz złe samopoczucie wpływały na nieregularność udziału.

W odpowiedzi na te wyzwania, beneficjenci projektu wdrożyli **praktykę kumulacji wizyt**. Polegała ona na łączeniu kilku elementów wsparcia w ramach jednej wizyty — np. konsultacje z psychologiem lub dietetykiem odbywały się bezpośrednio po zabiegach rehabilitacyjnych lub w dniu wizyty kwalifikacyjnej. Harmonogram był elastycznie dostosowywany do możliwości uczestników, a wszelkie odstępstwa od standardowej ścieżki były konsultowane z lekarzami rehabilitantami, aby zachować skuteczność leczenia.

Dzięki zastosowaniu tej praktyki udało się ograniczyć liczbę rezygnacji i opóźnień, a także zwiększyć kompletność ścieżki wsparcia. Uczestnicy chętniej korzystali z dodatkowych konsultacji, gdy były one dostępne w dogodnym dla nich terminie i miejscu. Kumulacja wizyt okazała się skutecznym środkiem zaradczym, który pozwolił utrzymać ciągłość wsparcia mimo barier zdrowotnych, logistycznych i pandemicznych.

Skuteczność tej praktyki wynikała z jej elastyczności i koncentracji na realnych potrzebach uczestników. Model ten może być z powodzeniem stosowany w innych projektach rehabilitacyjnych, szczególnie tam, gdzie grupą docelową są osoby starsze lub z ograniczoną mobilnością. Zaleca się uwzględnienie mechanizmu kumulacji wizyt jako standardowego rozwiązania w projektach zdrowotnych, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych lub w pracy z grupami wrażliwymi.

Możliwości implementacyjne (replikowalność)

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Integracja konsultacji z zabiegami	Dostępność kadry specjalistycznej (psycholog, dietetyk) w dniach zabiegowych	Ograniczenia kadrowe, trudności w synchronizacji grafików	Wysoka – możliwa w każdej placówce rehabilitacyjnej przy dobrej organizacji
Elastyczny harmonogram realizacji projektu	Gotowość zespołu projektowego do modyfikacji ścieżki wsparcia	Sztywne procedury projektowe, brak zgody IZ na odstępstwa od harmonogramu	Skalowalne w projektach z komponentem doradczym i zdrowotnym
Konsultacje z lekarzem rehabilitantem	Stały nadzór medyczny nad zmianami w ścieżce wsparcia	Brak dostępności lekarzy lub ograniczony czas na konsultacje	Możliwe w projektach z zespołem medycznym – wymaga formalnego włączenia lekarza
Praca z grupami wrażliwymi	Doświadczenie w pracy z osobami starszymi i z wielochorobowością	Niska motywacja uczestników, trudności komunikacyjne lub zdrowotne	Wysoka – szczególnie skuteczna w projektach dla osób 50+ i z ograniczoną mobilnością

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji

- **Kumulacja wizyt jako standard organizacyjny:** Łączenie różnych form wsparcia w ramach jednej wizyty powinno być traktowane jako rekomendowany model w projektach zdrowotnych, zwłaszcza dla osób starszych i z ograniczoną mobilnością.
- **Elastyczność jako warunek skuteczności:** Projekty powinny umożliwiać modyfikację harmonogramu działań w odpowiedzi na potrzeby uczestników, z zachowaniem nadzoru medycznego.
- **Współpraca interdyscyplinarna:** Kluczowe jest zapewnienie współpracy między zespołem rehabilitacyjnym, psychologiem, dietetykiem i lekarzem rehabilitantem, co wymaga odpowiedniego zaplanowania zasobów kadrowych.
- **Premiowanie projektów z mechanizmem kumulacji:** Warto rozważyć wprowadzenie kryteriów premiujących dla projektów, które przewidują integrację różnych form wsparcia w ramach jednej wizyty.
- **Dostosowanie do sytuacji kryzysowych:** Model kumulacji wizyt sprawdza się szczególnie w warunkach ograniczonego dostępu do placówek (np. w czasie pandemii), dlatego powinien być uwzględniany w planach awaryjnych i projektach interwencyjnych.
- **Monitoring efektów zmian organizacyjnych:** Warto wprowadzić wskaźniki mierzące wpływ kumulacji wizyt na frekwencję, kompletność ścieżki wsparcia i satysfakcję uczestników, co pozwoli na ocenę efektywności tego rozwiązania.

CASE STUDY: TELEPORADY JAKO ODPOWIEŹ NA KRYZYS ZDROWOTNY

Poddziałanie X.3.1 realizowane w ramach RPO Wł 2014-2020 koncentrowało się na wdrażaniu programów rehabilitacji medycznej, których celem było ułatwienie powrotu do pracy i wydłużenie aktywności zawodowej osób dorosłych, zwłaszcza po 50. roku życia. W obliczu pandemii COVID-19, która znacząco ograniczyła możliwość realizacji świadczeń stacjonarnych, wprowadzono rozwiązania zdalne – teleporady – jako formę zapewnienia ciągłości wsparcia zdrowotnego.

W czasie pandemii COVID-19 placówki medyczne ograniczyły działalność stacjonarną, a uczestnicy projektów zdrowotnych – głównie osoby starsze z chorobami współistniejącymi – unikali wizyt z obawy o zdrowie. W efekcie wielu pacjentów rezygnowało z udziału w zajęciach rehabilitacyjnych, konsultacjach psychologicznych i dietetycznych, co zagrażało skuteczności całych programów. Dodatkowo, ograniczenia w transporcie publicznym i kwarantanny utrudniały fizyczny dostęp do placówek.

W odpowiedzi na te wyzwania, beneficjenci projektów wdrożyli rozwiązania zdalne:

- **Teleporady:** wprowadzono możliwość odbywania niektórych konsultacji w formie telefonicznej lub online.
- **Zamiana kontaktu organizacyjnego na konsultację specjalistyczną:** zamiast zwykłego kontaktu po zakończeniu cyklu zabiegów, pacjent otrzymywał merytoryczne wsparcie od specjalisty.
- **Zgoda IZ na elastyczne podejście:** Instytucja Zarządzająca RPO Wł 2014-2020 dopuściła realizację II i III porady rehabilitacyjnej w trybie zdalnym, co umożliwiło osiągnięcie wskaźników i utrzymanie ciągłości wsparcia.
- **Rozszerzenie praktyki na inne projekty:** również w działaniach profilaktycznych (np. dotyczących otyłości), wprowadzono możliwość składania oświadczeń o zaleceniach otrzymanych w ramach teleporady.

Dzięki wdrożeniu teleporad:

- zapewniono **bezpieczeństwo zdrowotne** uczestników i personelu medycznego,
- utrzymano **ciągłość procesu wsparcia**, mimo ograniczeń pandemicznych,
- **zwiększono dostępność** usług dla osób z ograniczoną mobilnością lub mieszkających daleko od placówek.

Skuteczność tej praktyki wynikała z jej elastyczności i szybkiej adaptacji do warunków kryzysowych. Model ten może być z powodzeniem stosowany nie tylko w sytuacjach nadzwyczajnych, ale również jako stały element programów zdrowotnych, zwłaszcza dla grup o ograniczonym dostępie do usług stacjonarnych. Zaleca się włączenie teleporad jako standardowego komponentu RPZ, z możliwością kontynuacji opieki po zakończeniu cyklu zabiegów.

Możliwości implementacyjne (replikowalność)

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Infrastruktura techniczna	Dostęp do stabilnych narzędzi komunikacji zdalnej (telefon, platformy online)	Brak sprzętu lub umiejętności cyfrowych u uczestników, słabe łącze internetowe	Wysoka – możliwa w większości projektów przy wsparciu technicznym i szkoleniowym
Zgoda IZ na zdalne świadczenia	Elastyczność Instytucji Zarządzającej w interpretacji zasad realizacji wsparcia	Konieczność formalnych zgód, ryzyko nieuznania zdalnych usług jako równoważnych	Skalowalne przy jasnych wytycznych i procedurach zatwierdzania
Kadra medyczna i doradcza	Gotowość specjalistów do pracy w trybie zdalnym, przeszkolenie w prowadzeniu konsultacji	Opór personelu, brak doświadczenia w pracy online	Możliwe w projektach z komponentem zdrowotnym – wymaga wsparcia organizacyjnego
Grupy docelowe o ograniczonej mobilności	Uczestnicy z trudnościami w poruszaniu się lub mieszkający w odległych lokalizacjach	Niska motywacja, obawy przed nową formą kontaktu, brak zaufania do zdalnych usług	Wysoka – szczególnie skuteczna dla osób starszych, z niepełnosprawnościami, z terenów wiejskich

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji

- **Teleporady jako stały komponent RPZ:** Zdalne formy wsparcia powinny być traktowane nie tylko jako rozwiązanie kryzysowe, ale jako trwały element programów zdrowotnych, szczególnie dla osób z ograniczonym dostępem do placówek.
- **Potrzeba jasnych wytycznych i procedur:** Wprowadzenie teleporady wymaga jednoznacznych regulacji dotyczących kwalifikowalności usług, sposobu dokumentowania efektów oraz zasad rozliczania.
- **Szkolenie kadry medycznej i uczestników:** Skuteczna realizacja usług zdalnych wymaga przeszkolenia zarówno personelu, jak i uczestników projektów w zakresie obsługi narzędzi komunikacyjnych oraz budowania relacji online.
- **Integracja z monitoringiem efektów zdrowotnych:** Projekty powinny zawierać mechanizmy oceny skuteczności teleporad – np. poprzez ankiety, wskaźniki poprawy funkcjonalnej, satysfakcję uczestników.

- **Rozszerzenie na działania profilaktyczne:** Model zdalnego wsparcia może być stosowany także w projektach profilaktycznych (np. otyłość, cukrzyca, zdrowie psychiczne), co zwiększa ich dostępność i efektywność.
- **Premiowanie projektów z komponentem zdalnym:** Warto rozważyć wprowadzenie kryteriów premiujących dla projektów, które przewidują zdalne formy wsparcia, szczególnie w pracy z grupami wrażliwymi.

• **PODDZIAŁANIE X.3.2 – PROGRAMY PROFILAKTYCZNE DOTYCZĄCE CHOROÓB BĘDĄCYCH ISTOTNYM PROBLEMEM ZDROWOTNYM REGIONU**

CASE STUDY: INDYWIDUALNE DZIAŁANIA EDUKACYJNE W PROFILAKTYCE CZERNIAKA

Działania profilaktyczne realizowane w ramach RPO Wł 2014-2020 w Poddziałaniu X.3.2, koncentrowały się na zwiększeniu świadomości zdrowotnej i uczestnictwa w badaniach przesiewowych dotyczących m.in. nowotworów skóry, w szczególności czerniaka. W odpowiedzi na trudności z organizacją tradycyjnych form edukacji grupowej, wprowadzono indywidualne działania edukacyjne jako bardziej efektywną i angażującą formę wsparcia.

W projektach dotyczących nowotworów skóry beneficjenci napotykali na problemy ze zgromadzeniem pełnych grup warsztatowych, co wynikało z tego, że uczestnicy niechętnie angażowali się w spotkania grupowe. Niska frekwencja groziła nieosiągnięciem wskaźników. Jednocześnie zaobserwowano wzrost zainteresowania bezpośrednią rozmową z ekspertem, co skłoniło beneficjentów do zmiany formuły wsparcia.

W ramach dobrej praktyki wprowadzono np. indywidualne 20-minutowe konsultacje edukacyjne prowadzone przez lekarza dermatologa bezpośrednio po zakończeniu wizyty profilaktycznej. Dzięki temu uczestnik nie musiał osobno stawiać się na warsztaty, a edukacja była zintegrowana z badaniem. Treści przekazywane podczas konsultacji opierały się na materiałach przygotowanych pierwotnie na potrzeby warsztatów grupowych.

Zmiana formuły przyniosła wymierne korzyści:

- **Zwiększenie zaangażowania:** bezpośredni kontakt z lekarzem okazał się bardziej skuteczny w budowaniu świadomości zdrowotnej niż spotkania grupowe.
- **Racjonalizacja zasobów:** dzięki rezygnacji z warsztatów grupowych możliwe było przesunięcie środków na dodatkowe badania wideodermatoskopowe, co zwiększyło liczbę przebadanych osób.

Skuteczność tej praktyki wynikała z jej prostoty, elastyczności i dopasowania do realnych preferencji uczestników. Model ten może być z powodzeniem stosowany w innych projektach profilaktycznych, zwłaszcza tam, gdzie trudno o frekwencję na działaniach grupowych. Rekomenduje się uwzględnienie indywidualnych konsultacji jako alternatywy lub uzupełnienia dla tradycyjnych form edukacji zdrowotnej.

Możliwości implementacyjne (replikowalność)

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
--------	-------------------	--------------------------	----------------------

Indywidualne konsultacje edukacyjne	Dostępność lekarzy dermatologów i materiałów edukacyjnych	Ograniczona liczba specjalistów, czasochłonność konsultacji indywidualnych	Wysoka – możliwa w każdej placówce realizującej badania profilaktyczne
Integracja edukacji z badaniem	Możliwość organizacyjna połączenia konsultacji z wizytą profilaktyczną	Brak elastyczności harmonogramu, trudności logistyczne w placówkach o dużym obciążeniu	Skalowalne przy dobrej koordynacji działań i współpracy zespołu medycznego
Dostosowanie treści edukacyjnych	Gotowe materiały edukacyjne przystosowane do formy indywidualnej	Konieczność modyfikacji materiałów przygotowanych na spotkania grupowe pod kątem potrzeb indywidualnych, brak narzędzi do oceny skuteczności przekazywanych treści	Możliwe w każdym projekcie – wymaga adaptacji treści i przeszkolenia personelu
Praca z grupami wysokiego ryzyka	Identyfikacja grup szczególnie narażonych (np. osoby pracujące na słońcu)	Trudności w dotarciu do grup zawodowych, niska świadomość ryzyka	Wysoka – szczególnie skuteczna w działaniach skierowanych do pracowników fizycznych

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji

- **Indywidualizacja jako skuteczna alternatywa:** Konsultacje edukacyjne prowadzone indywidualnie mogą być bardziej efektywne niż działania grupowe, zwłaszcza w kontekście profilaktyki nowotworowej, gdzie osobisty kontakt z lekarzem zwiększa zaangażowanie uczestnika.
- **Integracja edukacji z badaniem:** Połączenie konsultacji z wizytą profilaktyczną pozwala na optymalizację czasu uczestnika i zwiększa prawdopodobieństwo skorzystania z pełnego zakresu wsparcia.
- **Elastyczność organizacyjna jako klucz do sukcesu:** Projekty powinny umożliwiać modyfikację formy edukacji w zależności od frekwencji, preferencji uczestników i dostępności kadry medycznej.
- **Rezygnacja z działań grupowych nie musi oznaczać obniżenia jakości:** Przesunięcie środków z warsztatów na działania indywidualne może zwiększyć efektywność projektu i liczbę przebadanych osób.
- **Targetowanie zawodowe w profilaktyce:** Warto projektować interwencje z uwzględnieniem specyfiki zawodowej uczestników – np. pracownicy narażeni na ekspozycję słoneczną powinni być traktowani jako grupa priorytetowa.
- **Monitoring efektów edukacyjnych:** Projekty powinny zawierać komponent oceny skuteczności przekazu edukacyjnego – np. poprzez ankiety, testy wiedzy lub deklaracje zmiany zachowań zdrowotnych.

-
- **PODDZIAŁANIE X.3.3 – DZIAŁANIA UZUPEŁNIAJĄCE POPULACYJNE PROGRAMY PROFILAKTYCZNE W KIERUNKU WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORU JELITA GRUBEGO, PIERSI I SZYJKI MACICY**

CASE STUDY: PARTNERSTWA Z FIRMAMI JAKO KANAŁ ZWIĘKSZANIA ZGŁASZALNOŚCI

Poddziałanie X.3.3 realizowane w ramach RPO WŁ 2014-2020 koncentrowało się na wspieraniu krajowych programów profilaktyki nowotworowej poprzez działania uzupełniające, które miały na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe, w tym kolonoskopię. Jedną z dobrych praktyk w tym obszarze było nawiązanie partnerstw z firmami prywatnymi, co umożliwiło realizację badań w środowisku pracy i znacząco ograniczyło bariery organizacyjne oraz logistyczne.

W odniesieniu do profilaktyki raka jelita grubego, Instytucja Zarządzająca RPO WŁ 2014-2020 wskazała, że preferowane były projekty zakładające włączenie badań kolonoskopowych do pakietu badań dodatkowych wykonywanych podczas okresowych badań lekarskich pracowników. Praktyka wdrożona przez jedną z placówek była wzorcowym przykładem realizacji tego założenia.

W ramach dobrej praktyki:

- **Beneficjent nawiązał współpracę z firmami** z różnych lokalizacji województwa łódzkiego.
- **Badania kolonoskopowe były realizowane w ramach badań pracowniczych**, co umożliwiło ich przeprowadzenie w dogodnym czasie i miejscu dla pracowników.
- **Finansowanie ze środków EFS** obejmowało koszt badania (do 420 zł brutto), znieczulenia (do 239 zł brutto) oraz możliwość zwrotu kosztów dojazdu, co eliminowało bariery finansowe.

Efekty wdrożenia tej praktyki były widoczne już w trakcie realizacji:

- Do 30 czerwca 2018 r. w jednym z projektów przebadano **34 osoby w ramach badań pracowniczych**, co stanowiło blisko 60% założonego wykonania.
- **Zgłaszalność wśród osób aktywnych zawodowo** wzrosła dzięki integracji badań z obowiązkowymi badaniami okresowymi.
- **Współpraca z firmami** pozwoliła przełamać bariery strachu i niechęci, szczególnie nasilone w czasie pandemii COVID-19, kiedy pacjenci unikali wizyt w placówkach medycznych.

Skuteczność tej praktyki wynikała z wykorzystania środowiska pracy jako kanału rekrutacji i realizacji badań. Model ten może być z powodzeniem stosowany w innych działaniach profilaktycznych, szczególnie tam, gdzie kluczowe jest dotarcie do osób aktywnych zawodowo. Zaleca się dalsze rozwijanie partnerstw z sektorem prywatnym oraz włączanie badań profilaktycznych do rutynowej opieki medycznej pracowników.

Możliwości implementacyjne (replikowalność):

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Współpraca z firmami	Gotowość pracodawców do współpracy i udostępnienia pracownikom czasu na badania	Brak zainteresowania ze strony firm, obawy o zakłócenie pracy	Wysoka – możliwa w każdej branży przy odpowiednim podejściu informacyjnym i organizacyjnym
Integracja z badaniami okresowymi	Możliwość organizacyjna połączenia badań profilaktycznych z obowiązkowymi badaniami BHP	Różnice w harmonogramach badań, brak zgody lekarzy medycyny pracy	Skalowalne w firmach z regularnymi badaniami okresowymi i wsparciem kadry medycznej
Finansowanie badań i logistyka	Dostępność środków EFS na pokrycie kosztów badań, znieczulenia i dojazdu	Złożoność rozliczeń, konieczność	Możliwe w projektach z komponentem zdrowotnym

		wcześniejszego planowania	– wymaga dobrej koordynacji finansowej
Praca z osobami aktywnymi zawodowo	Identyfikacja firm z dużym potencjałem rekrutacyjnym (np. produkcja, logistyka)	Trudności w dotarciu do mniejszych firm lub pracowników zmianowych	Wysoka – szczególnie skuteczna w sektorach o dużym zatrudnieniu i rotacji

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji:

- **Środowisko pracy jako skuteczny kanał dotarcia:** Partnerstwa z firmami umożliwiają dostęp do grupy docelowej, która często nie korzysta z badań profilaktycznych z powodu braku czasu lub braku świadomości. Warto traktować zakłady pracy jako partnerów w działaniach zdrowotnych.
- **Integracja z badaniami BHP zwiększa zgłaszalność:** Włączenie badań przesiewowych do pakietu badań okresowych ułatwia logistykę i zwiększa akceptację pracowników. Zaleca się formalne powiązanie działań profilaktycznych z obowiązkowymi badaniami pracowniczymi.
- **Eliminacja barier finansowych i logistycznych:** Pokrycie kosztów badań, znieczulenia i dojazdu znacząco zwiększa dostępność usług. W przyszłych projektach warto utrzymać ten model finansowania jako standard.
- **Potrzeba aktywnej promocji i edukacji w firmach:** Skuteczność partnerstw zależy od zaangażowania pracodawców i działań informacyjnych skierowanych do pracowników. Warto przewidzieć komponent edukacyjny i promocyjny w projektach.
- **Możliwość rozszerzenia na inne obszary profilaktyki:** Model współpracy z firmami może być stosowany także w profilaktyce innych nowotworów (np. piersi, szyjki macicy) oraz w działaniach prozdrowotnych (np. szczepienia, badania przesiewowe w kierunku cukrzycy).
- **Premiowanie projektów z komponentem partnerskim:** Warto rozważyć wprowadzenie kryteriów premiujących dla projektów, które zakładają współpracę z pracodawcami i realizację badań w środowisku pracy.

CASE STUDY: MOBILNE JEDNOSTKI BADAWCZE I DZIAŁANIA W „BIAŁYCH PLAMACH”

Poddziałanie X.3.3 realizowane w ramach RPO Wł 2014-2020 koncentrowało się na uzupełnieniu krajowych programów profilaktyki nowotworowej (rak piersi, szyjki macicy, jelita grubego), poprzez eliminowanie barier w dostępie do badań przesiewowych. Szczególny nacisk położono na zwiększenie zgłaszalności wśród mieszkańców terenów wiejskich i małych miejscowości, określanych jako „białe plamy” – obszary o największym deficycie dostępu do usług zdrowotnych.

Na obszarach wiejskich i w miejscowościach poniżej 20 tys. mieszkańców odnotowano znacząco niższy poziom uczestnictwa w badaniach profilaktycznych. Wśród kobiet objętych wsparciem co najmniej 20% nigdy wcześniej nie wykonywało badań przesiewowych. Dodatkowo, lekarze POZ na tych terenach byli przeciążeni ilością pracy, a profilaktyka często schodziła na dalszy plan, zwłaszcza w okresie pandemii COVID-19.

Główne bariery obejmowały:

- brak lokalnych punktów diagnostycznych,
- ograniczoną dostępność transportu publicznego,
- niską świadomość zdrowotną,

- lęk przed diagnozą,
- trudności w rekrutacji wynikające z ograniczonej współpracy z POZ.

Dodatkowo, pandemia COVID-19 spowodowała zawieszenie świadczeń w mammobusach, co ograniczyło dostępność badań mobilnych.

Zaproponowane rozwiązania (praktyka) - beneficjenci wdrożyli zintegrowane działania:

- **Mobilne jednostki badawcze:** mammobusy i cytobusy docierały bezpośrednio do miejscowości deficytowych, umożliwiając wykonanie badań na miejscu.
- **Preferencje terytorialne:** projekty były premiowane za kierowanie wsparcia do co najmniej 30% osób z obszarów wiejskich i słabo zaludnionych.
- **Lokalna promocja:** wysyłano pisma do POZ, Kół Gospodyń Wiejskich (KGW), publikowano ogłoszenia w lokalnej prasie, organizowano akcje promocyjne podczas wydarzeń plenerowych.
- **Edukacja prozdrowotna:** prowadzono lokalne prelekcje i konsultacje, szczególnie w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy.
- **Ułatwienia organizacyjne:** możliwe było finansowanie dojazdu na badania oraz zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną w czasie korzystania ze wsparcia.

Dzięki bezpośredniemu dotarciu do grupy docelowej i eliminacji barier organizacyjnych, znacząco wzrosła zgłaszalność do badań. Kobiety z terenów wiejskich deklarowały, że udział w badaniu był możliwy tylko dzięki obecności mobilnej jednostki w ich miejscowości. Prelekcje lokalne zwiększyły świadomość zdrowotną, a działania promocyjne poprawiły współczynnik rekrutacji w „białych plamach”.

Skuteczność tej praktyki wynikała z połączenia działań mobilnych, lokalnych i edukacyjnych. Model ten może być z powodzeniem replikowany w innych regionach, szczególnie tam, gdzie dostęp do usług medycznych jest ograniczony. Zaleca się kontynuację działań z wykorzystaniem mammobusów i cytobusów, rozwój lokalnych sieci informacyjnych oraz dalszą analizę potrzeb terytorialnych, uwzględniając proces suburbanizacji i potencjał lokalnych beneficjentów.

Możliwości implementacyjne (replikowalność):

Obszar	Warunek wdrożenia	Potencjalne ograniczenia	Możliwość skalowania
Mobilne jednostki badawcze	Dostępność mammobusów, cytobusów i zespołów medycznych	Ograniczona liczba pojazdów, koszty eksploatacji, trudności z harmonogramem	Wysoka – możliwa w każdym regionie przy wsparciu logistycznym i finansowym
Preferencje terytorialne	Możliwość identyfikacji obszarów deficytowych na podstawie danych demograficznych	Brak aktualnych danych, trudności w precyzyjnym targetowaniu	Skalowalne przy współpracy z JST i instytucjami statystycznymi
Lokalna promocja i rekrutacja	Współpraca z POZ, KGW, lokalnymi liderami i mediami	Niska responsywność lokalnych instytucji, ograniczone kanały komunikacji	Możliwe w każdej gminie – wymaga zaangażowania lokalnych struktur społecznych

Ułatwienia organizacyjne	Możliwość finansowania transportu i opieki nad osobami zależnymi	Złożoność rozliczeń, brak dostępnych usług opiekuńczych w niektórych lokalizacjach	Wysoka – szczególnie skuteczna w działaniach skierowanych do osób starszych i niesamodzielnych
---------------------------------	--	--	--

Wnioski dla projektowania przyszłych interwencji:

- **Mobilność jako warunek dostępności:** W regionach o ograniczonej infrastrukturze medycznej, mobilne jednostki badawcze powinny być traktowane jako podstawowe narzędzie realizacji działań profilaktycznych.
- **Targetowanie terytorialne jako mechanizm sprawiedliwości zdrowotnej:** Projekty powinny uwzględniać premiowanie działań skierowanych do mieszkańców obszarów wiejskich i słabo zaludnionych, gdzie dostęp do usług zdrowotnych jest najniższy.
- **Lokalna sieć informacyjna jako klucz do rekrutacji:** Współpraca z POZ, KGW, lokalnymi mediami i organizacjami społecznymi znacząco zwiększa skuteczność rekrutacji. Warto formalizować te partnerstwa już na etapie projektowania interwencji.
- **Edukacja jako element wzmacniający efekty badań:** Prelekcje i konsultacje lokalne zwiększają świadomość zdrowotną i motywację do udziału w badaniach. Zaleca się ich integrację z działaniami diagnostycznymi.
- **Ułatwienia organizacyjne jako warunek uczestnictwa:** Finansowanie dojazdu i opieki nad osobami zależnymi powinno być standardowym komponentem projektów profilaktycznych, szczególnie w pracy z grupami osób ze specjalnymi potrzebami.
- **Potrzeba aktualizacji map potrzeb zdrowotnych:** W związku z procesem suburbanizacji i zmianami demograficznymi, konieczne jest bieżące aktualizowanie danych o „białych plamach” i dostosowywanie interwencji do nowych obszarów deficytowych.

Ocena efektów wsparcia w zakresie adaptacyjności pracowników i przedsiębiorstw w ramach Osi Priorytetowej X RPO WŁ 2014–2020 objęła trzy komplementarne obszary interwencji: powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3 (Działanie X.1), rozwój kompetencji i kwalifikacji przedsiębiorców sektora MŚP i ich pracowników, jak również poprawa zdolności adaptacyjnych pracowników (Działanie X.2) oraz działania zdrowotne wspierające aktywność zawodową (Działanie X.3). Analiza została przeprowadzona w kontekście dynamicznych zmian społeczno-gospodarczych, w tym pandemii COVID-19, kryzysu migracyjnego związanego z wojną w Ukrainie oraz postępującego starzenia się ludności regionu. Wspólnym mianownikiem wszystkich działań była potrzeba zwiększenia zdolności adaptacyjnych mieszkańców i przedsiębiorstw województwa łódzkiego wobec wyzwań rynku pracy.

Działanie X.1 koncentrowało się na niwelowaniu barier opiekuńczych, które ograniczały aktywność zawodową rodziców, zwłaszcza kobiet. Interwencje w ramach Działania X.2 odpowiadały na deficyty kompetencyjne w sektorze MŚP, wspierając usługi rozwojowe, doradztwo i szkolenia w obszarach Gospodarki Inteligentnej, cyfryzacji i zielonej transformacji. Z kolei Działanie X.3 integrowało profilaktykę i rehabilitację zdrowotną z celami rynku pracy, koncentrując się na osobach 50+, przewlekłe chorych i zagrożonych dezaktywizacją. Wspólnym celem wszystkich trzech Poddziałów X.3.1, X.3.2, X.3.3 była poprawa jakości zatrudnienia, zwiększenie dostępności usług wspierających oraz przeciwdziałanie wykluczeniu zawodowemu.

Wnioski z badania wskazują, że interwencje w ramach OPX RPO WŁ 2014-2020 miały istotny wpływ na zwiększenie dostępności wsparcia dla grup defaworyzowanych, poprawę zdolności adaptacyjnych przedsiębiorstw oraz integrację działań zdrowotnych z aktywizacją zawodową. Jednocześnie zidentyfikowano obszary wymagające dalszego rozwoju, takie jak lepsze dopasowanie usług do potrzeb osób starszych, zwiększenie elastyczności form wsparcia oraz intensyfikacja działań informacyjnych i motywacyjnych.

➔ KONTEKST I ZAKRES INTERWENCJI OPX

CEL I LOGIKA INTERWENCJI W ŚWIETLE POTRZEB REGIONALNYCH

Oś Priorytetowa X „Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie” RPO WŁ 2014–2020, w całości finansowana z Europejskiego Funduszu Społecznego, stanowiła kluczowy komponent regionalnej polityki rynku pracy i kapitału ludzkiego. Jej konstrukcja odpowiadała na zidentyfikowane w dokumentach strategicznych potrzeby związane z aktywizacją zawodową, rozwojem kompetencji oraz poprawą zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego. Interwencja została zaprojektowana w oparciu o trzy komplementarne Priorytety Inwestycyjne, które odpowiadały na bariery strukturalne ograniczające uczestnictwo w rynku pracy, a ich zakres nie był przypadkowy — wynikał z pogłębionych diagnoz regionalnych, założeń RPO WŁ 2014-2020, demarkacji interwencji oraz procesu konsultacji kierunków wsparcia z Komisją Europejską.

Działanie X.1 (PI 8iv) koncentrowało się na zwiększeniu aktywności zawodowej osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3, w odpowiedzi na wysoki poziom bierności zawodowej kobiet oraz niedobór instytucjonalnych form opieki. Wsparcie to było szczególnie istotne w kontekście trwałych

deficytów infrastruktury opiekuńczej, zwłaszcza na obszarach wiejskich, gdzie dostępność miejsc żłobkowych i przedszkolnych pozostawała ograniczona.

„Na pewno tak jest, że w obszarach wiejskich tych instytucji żłobkowych to właściwie (...) brakuje. Jeśli mówimy o żłobkach, to głównie to są instytucje miejskie niestety i tutaj po prostu to jest czysta statystyka. Jeśli chodzi o kwestię ilości miejsc, liczbę urodzeń dzieci w tym wieku jest kompletnie niedoszacowane i to się ciągnie już od wielu, wielu lat. To jest ogromna luka tutaj, ogromna luka i jakby mnóstwo projektów.” – Ekspert ds. Działania X.1

Działanie X.2 (PI 8v) miało na celu wzmocnienie konkurencyjności MŚP i zdolności adaptacyjnych pracowników poprzez rozwój kompetencji, w tym w obszarach inteligentnych specjalizacji. Szczególną rolę odegrało tu Poddziałanie X.2.2, czyli wsparcie outplacementowe, które było oceniane jako kompleksowe i elastyczne. Dzięki zastosowaniu Indywidualnych Planów Działania uczestnicy mogli dobierać formy wsparcia adekwatne do swoich predyspozycji, potrzeb i sytuacji zawodowej.

„W projektach outplacementowych charakter wsparcia polegał na tym, że w katalogu dostępnych form pomocy uczestnik mógł wybrać te, które najlepiej odpowiadały jego potrzebom i predyspozycjom. Dobór ten był poprzedzony przygotowaniem Indywidualnych Planów Działania, a wsparcie udzielane było w zależności od możliwości, oczekiwań i sytuacji danego uczestnika na rynku pracy — w ramach katalogu form przewidzianych przez beneficjenta. Dlatego uważam, że właśnie w outplacementach dostępne formy wsparcia były jak najbardziej dopasowane i adekwatne do potrzeb uczestników.” – Przedstawiciel IZ RPO Wł 2014-2020

Z kolei Działanie X.3 (PI 8vi) obejmowało programy zdrowotne wspierające aktywność zawodową, szczególnie wśród osób 50+, w kontekście niekorzystnych wskaźników zdrowotnych i demograficznych regionu. Interwencje koncentrowały się na profilaktyce chorób cywilizacyjnych, ograniczaniu absencji chorobowej oraz przeciwdziałaniu przedwczesnemu wypadaniu z rynku pracy.

„Były pewne symptomy też brane pod uwagę. Już teraz widzę, to jest tak. Te kryteria formalne, czyli na pewno to jakby wsparcie kierowane do mieszkańców województwa łódzkiego, wiek, czyli ukończony 29 rok życia, czyli między 30 a 65 rokiem życia, no bo tutaj jakby celem projektu było udzielić takiego wsparcia dla osób aktywnych zawodowo, żeby przeciwdziałać temu przedwczesnemu wypadaniu z rynku pracy, żeby przeciwdziałać tym zawałom, udarom, chorobom wieńcowym, tak, żeby jak ograniczyć zwolnienia lekarskie i ograniczyć jakby tutaj tę niezdolność do pracy zawodowej.” – Ekspert ds. Działania X.3

Cechą interwencji była jej elastyczność oraz zdolność do reagowania na sytuacje kryzysowe, takie jak pandemia COVID-19 i wojna w Ukrainie. Skuteczna realizacja OPX była możliwa dzięki doświadczonej i kompetentnej kadrze Instytucji Zarządzającej RPO Wł 2014-2020, która brała udział w planowaniu i wdrażaniu interwencji w poprzednich perspektywach finansowych UE w latach 2007-2013 i 2014-2020, a także w bieżącej perspektywie 2021-2027.

„Nasze doświadczenie zawodowe w zakresie funduszy unijnych sięga jeszcze czasów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Obecnie realizujemy już trzecią perspektywę — pracowaliśmy zarówno przy POKL, w ramach RPO, jak i obecnie wdrażając FEŁ2027 w ramach EFS i FST. Przygotowujemy również kolejną perspektywę finansową której rozpoczęcie planowane jest na 2028 rok. W praktyce zajmujemy się pełnym zakresem działań: od naborów po rozliczenie projektów, po opracowywanie programu regionalnego jak również regionalnych programów zdrowotnych oraz

Obszar, rodzaj i zakres wsparcia realizowanego w ramach OPX nie były przypadkowe — wynikały z jasno określonych priorytetów polityki spójności, założeń RPO WŁ 2014-2020 oraz wcześniejszych diagnoz społecznych i sektorowych. W opinii ekspertów zostały one trafnie zaprojektowane i dobrze osadzone w kontekście potrzeb regionalnych.

Zakres interwencji zdrowotnych był efektem nie tylko analiz regionalnych, ale również dążenia do zapewnienia zgodności z celami tematycznymi EFS. Programy zdrowotne koncentrowały się na obszarach o wysokim priorytecie społecznym — takich jak profilaktyka, rehabilitacja, opieka długoterminowa czy diagnostyka — i były odpowiedzią na zidentyfikowane luki w dostępności usług oraz rosnące potrzeby demograficzne, zwłaszcza w kontekście starzejącego się społeczeństwa.

Trafność zaprogramowanych działań potwierdza również ich przestrzenna koncentracja w powiatach o rozwiniętej infrastrukturze medycznej, a także ponadregionalny charakter wsparcia, który przyciągał uczestników spoza województwa łódzkiego. To dowodzi, że interwencje były nie tylko zgodne z dokumentami programowymi, ale również realnie odpowiadały na potrzeby mieszkańców i systemu ochrony zdrowia.

ALOKACJA ŚRODKÓW I POTENCJAŁ ICH WYKORZYSTANIA

Alokacja środków UE w ramach OPX była zgodna z priorytetami strategicznymi i oparta na diagnozie potrzeb regionalnych. Największy udział alokacji przypisano Działaniu X.2, co odzwierciedlało koncentrację na wzmacnianiu sektora MŚP i budowaniu jego adaptacyjności. Wysoka absorpcja środków w ramach PSF potwierdziła trafność tego założenia. Jednocześnie logicznym celem OPX było wsparcie ciągłości utrzymywania zatrudnienia i aktywizacji osób wykluczonych z rynku pracy.

„Działania te były również ukierunkowane na zapewnienie uczestnikom płynności w utrzymaniu zatrudnienia — tak, aby mogli płynnie przechodzić z jednego miejsca pracy do np. założenia własnej działalności gospodarczej lub do subsydiowanego zatrudnienia u innego pracodawcy.” – Przedstawiciel IZ RPO WŁ 2014-2020

W toku realizacji RPO WŁ 2014-2020 dokonywano licznych realokacji, które miały charakter adaptacyjny i wynikały z bieżącej analizy efektywności wdrażania. W Działaniu X.1, mimo początkowego zainteresowania, wystąpiły trudności z pełnym wykorzystaniem środków. Problemy te wynikały m.in. z ograniczonej liczby kwalifikujących się uczestników, wpływu świadczeń socjalnych na motywację do udziału w projektach oraz opóźnień w tworzeniu infrastruktury opiekuńczej. Choć działanie zostało zaprojektowane z myślą o wsparciu rodziców (a nie dzieci), niska absorpcja środków doprowadziła do konieczności korekt budżetowych.

Ograniczony budżet na rehabilitację wynikał z pierwotnych założeń programowych, jednak wysoka efektywność wdrażania oraz znaczny popyt na tego typu usługi (m.in. z powodu długich kolejek do świadczeń) sprawiły, że to właśnie Poddziałanie X.3.1 stało się najbardziej efektywne finansowo w sektorze zdrowia. W rezultacie, środki zostały przesunięte w celu zwiększenia skali interwencji rehabilitacyjnych, co potwierdza zdolność RPO WŁ 2014-2020 do adaptacji i reagowania na rzeczywiste potrzeby społeczne.

➔ SKUTECZNOŚĆ EFEKTYWNOŚĆ I DYNAMIKA REALIZACJI WSPARCIA

POZIOM REALIZACJI WSKAŹNIKÓW REZULTATU I PRODUKTU

Realizacja wskaźników w ramach Osi Priorytetowej X RPO WŁ 2014–2020 charakteryzowała się wysoką skutecznością, a w wielu przypadkach przekroczyła wartości docelowe określone na etapie programowania. Dotyczy to zarówno wskaźników rezultatu bezpośredniego, jak i wskaźników produktu, co świadczy o szerokim zasięgu i efektywności interwencji.

Instytucja Zarządzająca RPO WŁ 2014-2020 przy tworzeniu Programu przyjęła realistyczne podejście do ustalania wskaźników rezultatu dotyczących zatrudnienia, rozumiejąc ograniczenia w pełnej aktywizacji wszystkich uczestników.

„Warto zaznaczyć, że poziom realizacji wskaźników rezultatu wynosił około 80%. Jest to zrozumiałe, ponieważ niemożliwe jest zapewnienie wsparcia w taki sposób, aby 100% uczestników wróciło do pracy.” – Przedstawiciel IZ RPO WŁ 2014-2020

W Działaniu X.1 wskaźnik zatrudnieniowy osiągnął 96,48% realizacji, a wskaźnik osób pozostających bez pracy, które znalazły lub poszukiwały zatrudnienia, wyniósł 87,89%. Mimo wysokich wyników zatrudnieniowych, w Działaniu X.1 statystycznie dominowały kobiety, co odzwierciedla głęboką nierówność płci w zakresie obowiązków opiekuńczych.

W Działaniu X.2 zrealizowano bardzo wysokie wartości docelowe: 95,25% MŚP osiągnęło cele rozwojowe, a 98,42% uczestników uzyskało kwalifikacje lub kompetencje. W grupach priorytetowych (osoby 50+ i osoby o niskich kwalifikacjach) wskaźniki przekroczyły 73%. W Działaniu X.3 rezultaty zatrudnieniowe (mierzone wskaźnikami dotyczącymi podjęcia lub kontynuowania zatrudnienia) były niższe (ok. 35-37%), co wynika z pośredniego charakteru interwencji, jednak wskaźnik uczestnictwa w badaniach profilaktycznych osiągnął aż 232,97%.

W odróżnieniu od programów zdrowotnych (Działanie X.3), gdzie dane jakościowe o wsparciu i uczestnikach były zbierane i agregowane za pomocą osobnych raportów, w Działaniu X.2 (ani w Działaniu X.1) nie stosowano pogłębionych sprawozdań merytorycznych, co ograniczyło możliwość mierzenia jakościowych efektów interwencji.

*„W przypadku pozostałych działań nie sporządzaliśmy raportów ani nie zbieraliśmy sprawozdań od uczestników. Efekty realizacji projektów oraz udzielonego wsparcia były mierzone w oparciu o wskaźniki zawarte we wniosku o dofinansowanie. Wskaźniki te były spójne z tymi określonymi w Programie, w SZOOP-ie.” –
Przedstawiciel IZ RPO WŁ 2014-2020*

Wskaźniki produktu również zostały zrealizowane z dużą nadwyżką. W Działaniu X.1 liczba osób objętych wsparciem przekroczyła cel o 179,88%, a liczba utworzonych miejsc opieki osiągnęła 109,19%. W Działaniu X.2 liczba MŚP objętych usługami rozwojowymi wyniosła 158,47%, a w przypadku osób zagrożonych zwolnieniem – aż 318,57%. W Działaniu X.3 liczba osób objętych programami zdrowotnymi osiągnęła 274% celu, a w grupie 50+ – 321,29%. Zrealizowano także 110% planowanych do wdrożenia w ramach OPX programów zdrowotnych.

Mimo rekordowych wskaźników produktu, warto zauważyć, że w toku badania pojawiały się głosy krytyczne wobec dominującego stosowania wskaźników ilościowych jako podstawowego narzędzia pomiaru efektów interwencji w ramach OPX. Choć trudno wyobrazić sobie całkowite odejście od tego typu miar – zwłaszcza w kontekście rozliczeń projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego – to ich stosowanie nie zawsze pozwala uchwycić pełnię

rezultatów społecznych, funkcjonalnych czy indywidualnych. W szczególności dotyczy to działań o charakterze miękkim, gdzie zmiana zachodzi często w sferze postaw, motywacji, jakości życia lub dobrostanu uczestników, a nie wyłącznie w wymiarze liczbowym.

„Bo do tej pory w formule RPO w zasadzie nie ma wskaźników miękkich i wskaźników jakościowych, głównie dlatego, że są one niezwykle trudno parametryzowane, czyli mierzymy efektywność wsparcia liczbą pracowników, którzy zostali przeszkoleni, liczbą firm, które skorzystały z projektu, liczbą osób, które założyły działalność gospodarczą. Natomiast niewiele wiemy o jakości od razu i o późniejszych losach.” – Ekspert ds. Działania X.2

Na tym tle interwencje zdrowotne realizowane w ramach Działania X.3 stanowiły przykład dobrej praktyki w zakresie ewaluacji jakościowej. Dla każdego zakończonego regionalnego programu zdrowotnego sporządzano odrębny raport podsumowujący, zawierający dodatkowe dane, w tym dane jakościowe dotyczące przebiegu realizacji, osiągniętych efektów oraz zmian funkcjonalnych i zdrowotnych wśród uczestników.

„W przypadku programów zdrowotnych przygotowywany jest osobny raport, który gromadzi wszystkie dane jakościowe dotyczące tych działań. Na zakończenie każdego programu sporządzany jest raport, w którym przedstawiane są wszystkie dane jakościowe dotyczące realizacji programu, jego efektów oraz osiągniętych wyników i zmian. Taki raport obejmuje cały program i jest przesyłany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w ciągu trzech miesięcy od jego zakończenia.” – Przedstawiciel IZ RPO WŁ 2014-2020

Raporty te zawierały nie tylko dane liczbowe, ale również pogłębione analizy zmian funkcjonalnych, zdrowotnych i społecznych, często ilustrowane wykresami, tabelami oraz opisami przypadków. Stanowiły one komplementarne źródło wiedzy o skuteczności interwencji, wykraczające poza formalne wskaźniki. W kontekście EFS, który coraz częściej promuje podejście zorientowane na rezultaty i jakość życia uczestników, taka praktyka może być uznana za modelowy przykład ewaluacji społecznej – szczególnie w działaniach o charakterze usługowym i opiekuńczym.

EFEKTYWNOŚĆ FINANSOWA INTERWENCJI

Analiza finansowa wdrażania OPX wskazuje na bardzo wysokie zapotrzebowanie na środki unijne, które znacząco przewyższało dostępną alokację. Łączna wartość złożonych wniosków (poprawnych formalnie) wyniosła ponad 1,3 mld PLN, przy czym wnioskowane dofinansowanie ze środków UE sięgało ok. 1,08 mld PLN wobec dostępnej alokacji na poziomie 114,4 mln EUR. Ostatecznie podpisano 441 umów o wartości ok. 619 mln PLN, z czego wkład UE wyniósł 519 mln PLN. W trakcie realizacji pojawiły się oszczędności w wysokości blisko 40 mln PLN, co sprawiło, że faktycznie rozliczona wartość środków unijnych wyniosła ok. 480 mln PLN. Absorpcja funduszy była więc bardzo wysoka, choć nie wszystkie projekty mogły zostać zrealizowane w pierwotnie zakładanej skali. W podziale na obszary interwencji:

- X.1 cechowało się ogromnym popytem (wnioski na 279% alokacji), podpisano 238 umów na 178 mln PLN, a faktyczne wykorzystanie środków wyniosło 132 mln PLN (94% alokacji końcowej, 37% zapotrzebowania).
- W X.2.1 wnioskowane środki stanowiły 160–175% alokacji, podpisano 9 umów na 243 mln PLN, faktyczne wykorzystanie wyniosło 199 mln PLN (103% alokacji końcowej, 59% zapotrzebowania).

- W X.2.2 zapotrzebowanie sięgało 217–252% alokacji, podpisano 61 umów na 80 mln PLN, faktyczne wykorzystanie wyniosło 60 mln PLN (100% alokacji końcowej, 40% zapotrzebowania).
- W X.3.1 wnioskowane środki stanowiły 441–268% alokacji, podpisano 79 umów na 75 mln PLN, faktyczne wykorzystanie wyniosło 58 mln PLN (95% alokacji końcowej, 35% zapotrzebowania).
- W X.3.2 zapotrzebowanie wyniosło 316–318% alokacji, podpisano 32 umowy na 23 mln PLN, faktyczne wykorzystanie wyniosło 16 mln PLN (95% alokacji końcowej, 30% zapotrzebowania).
- W X.3.3 wnioskowane środki stanowiły 154–271% alokacji, podpisano 22 umowy na 20 mln PLN, faktyczne wykorzystanie wyniosło 15 mln PLN (92% alokacji końcowej, 34% zapotrzebowania).

Analiza finansowa wdrażania Osi X pokazuje, że we wszystkich działaniach wystąpiła bardzo wysoka konkurencja – wartość składanych wniosków znacząco przewyższała dostępną alokację. Faktyczne wykorzystanie środków względem alokacji było wysokie, na poziomie 92–103%, co świadczy o skutecznej absorpcji funduszy. Jednocześnie należy podkreślić, że wydatkowanie pokryło jedynie 30–59% zgłaszanego zapotrzebowania, co wskazuje na ograniczoną zdolność Programu do zaspokojenia pełnej skali potrzeb beneficjentów.

Analiza efektywności kosztowej w przeliczeniu jednostkowym pokazała wyraźne różnice między zakładanymi kosztami a faktycznymi wydatkami kwalifikowanymi. **Ogólna efektywność kosztowa OPX wypadła korzystnie:** w wielu działaniach rzeczywiste koszty jednostkowe były niższe niż zakładane. Wynikało to z przekroczenia wartości docelowych wskaźników – np. liczby osób objętych wsparciem czy liczby przedsiębiorstw korzystających z usług. W efekcie koszt przypadający na jednego odbiorcę wsparcia spadł znacząco względem pierwotnych założeń. Szczególnie widoczne było to w działaniach rozwojowych (X.2) i zdrowotnych (X.3), gdzie koszty jednostkowe obniżyły się nawet kilkukrotnie. Wyjątkiem było X.1, w którym koszty tworzenia miejsc opieki okazały się wyższe niż planowane, co odzwierciedla kapitałochłonność inwestycji budowlanych i remontowych. Jednak wsparcie osób opiekujących się dziećmi było tańsze niż zakładano, dzięki większej liczbie uczestników.

Co więcej na etapie rozliczeń końcowych pojawiły się oszczędności (ok. 40 mln PLN), które dodatkowo obniżyły jednostkowy koszt wsparcia.

Jednocześnie przy bardzo korzystnej efektywności finansowej, dane empiryczne pokazują, że wskaźniki produktu były wielokrotnie przekraczane – przykładowo w Poddziałaniu X.2.2 osiągnięto 318,57% wartości docelowej, a w Działaniu X.3 wskaźniki przekroczyły cele o ponad 270%, przy czym w grupie osób 50+ realizacja wyniosła aż 321,29%. Tak znaczące przewyższenie założeń wskazuje na niedoszacowanie skali potrzeb beneficjentów i zbyt ostrożne prognozowanie w fazie planowania. Ponadto analiza finansowa dodatkowo potwierdza wysoką konkurencję i ograniczoną zdolność Programu do zaspokojenia pełnego zapotrzebowania – faktyczne wydatkowanie środków pokryło jedynie 30–59% zgłaszanych potrzeb, mimo wysokiej absorpcji funduszy (92–103%). Przekroczenie wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w ramach oraz niewielkie pokrycie zgłaszanych potrzeb wskazują, że skala potrzeb została niedoszacowana na etapie planowania. Dane te nie tyle świadczą o błędach, ile skłaniają do dokładniejszej weryfikacji założeń i prognoz w przyszłych

programach. Zbyt ostrożne szacunki mogą prowadzić do nieoptymalnej alokacji środków i ograniczenia potencjału interwencji.

➔ WPŁYW INTERWENCJI W PODZIALE NA DZIAŁANIA

DZIAŁANIE X.1 – POWRÓT NA RYNEK PRACY OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIEĆMI W WIEKU DO LAT 3

Działanie X.1 zostało zrealizowane z bardzo wysoką skutecznością w zakresie osiągania celów społecznych i aktywizacyjnych. Interwencja odpowiadała na zidentyfikowaną barierę w postaci bierności zawodowej rodziców, zwłaszcza kobiet, sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3. Wysoka realizacja wskaźników rezultatu (96,48% powrotów do pracy lub utrzymania zatrudnienia) potwierdza trafność i skuteczność wsparcia.

Grupą docelową były zarówno osoby pracujące, jak i osoby bezrobotne i bierne zawodowo (w momencie przystąpienia do udziału w projekcie), dla których łączenie pracy z opieką nad dzieckiem było trudne lub niemożliwe. Wsparcie obejmowało m.in. osoby przebywające na urloпах macierzyńskich, które formalnie były zatrudnione, ale nie świadczyły pracy. Eksperci wskazali, że mimo formalnej neutralności płciowej, interwencja w praktyce dotyczyła głównie kobiet, co wynikało z nierówności ekonomicznych i społecznych.

„Ale wiadomo, że statystycznie mężczyźni więcej zarabiają, więc będą rzadziej rezygnowali z tych aktywności.” – Ekspert ds. Działania X.1

Zarówno osoby pracujące, jak i bezrobotne lub bierne zawodowo wskazywały na pozytywny wpływ interwencji – odpowiednio 71,0% i 50,1% uczestników potwierdziło poprawę sytuacji zawodowej. Wysoko oceniono również organizację opieki nad dzieckiem (63,3%). Wsparcie umożliwiło także zakładanie działalności gospodarczej, co stanowiło dodatkowy wymiar aktywizacji.

Pomimo wysokiej efektywności wskaźników zatrudnieniowych, eksperci zwrócili uwagę na ograniczoną trwałość efektów, co wynikało z niestabilności zatrudnienia oraz czynników zdrowotnych dzieci.

„Samo to wyjście i pokonanie barier, że w ogóle się udało na przykład podjąć zatrudnienie na 3–4 miesiące, jest dużą zmianą już. To jest duży wskaźnik tego, że po prostu ktoś się nie podda i ruszy z czymś swoim.” – Ekspert ds. Działania X.1

Działanie X.1 miało charakter dwutorowy, łącząc obowiązkowe tworzenie miejsc opieki (żłobki, kluby dziecięce, opiekunowie dzienni, nianie) z działaniami aktywizacyjnymi (doradztwo, pośrednictwo pracy, wsparcie psychologa). Realizacja kursów aktywizacyjnych była fakultatywna i zależała od woli uczestnika projektu. Zarówno formy instytucjonalne, jak i pozainstytucjonalne uzyskały bardzo wysokie oceny trafności (ponad 70%).

Szczególne znaczenie w efektywności Działania X.1 miały działania dodatkowe ukierunkowane na aktywizację i doradztwo, które stanowiły istotne uzupełnienie komponentu opiekuńczego. Wsparcie psychologiczne, doradcze i motywacyjne było szczególnie ważne w przypadku osób biernych zawodowo, które – mimo zapewnienia opieki nad dzieckiem – nie zawsze decydowały się na powrót na rynek pracy. Eksperci podkreślili, że sama dostępność instytucji opiekuńczych nie wystarcza, jeśli nie towarzyszy jej praca nad barierami wewnętrznymi i społecznymi.

„Naturalne jest, jak ktoś jest aktywny zawodowo, że sięgnie po takie wsparcie, ponieważ po prostu ma wewnętrzną też motywację i one są bardzo różne do pracy, czy też no po prostu chce się skupić na swojej jakiejś karierze, czy są pieniądze potrzebne [...] Więc jeśli mamy tutaj na myśli osoby, które są bierne zawodowo i one pozostają bierne, problem polega na tym, że dzieci czasem idą nawet już do instytucji, a kobiety nadal są bierne zawodowo.” – Ekspert ds. Działania X.1

W takich przypadkach działania wspierające – w tym rozmowy z psychologiem, warsztaty rozwojowe czy indywidualne doradztwo – odgrywały kluczową rolę w przełamywaniu barier psychologicznych i społecznych. Pomagały uczestniczkom oswoić się z nową sytuacją życiową, zbudować poczucie sprawczości i przygotować się emocjonalnie do powrotu na rynek pracy. Szczególnie trudne były sytuacje, w których kobiety doświadczały silnych emocji związanych z rozłąką z dzieckiem, co mogło wpływać na ich decyzje zawodowe.

„Pamiętam taką wypowiedź dziewczyny, która wracała do pracy w dużej korporacji i ona miała nianię, ale po prostu powiedziała, że się zreflektowała, jak to jest wrócić do pracy, oddając pod opiekę siedmiomiesięczne dziecko, które bardziej się cieszy na widok tego, jak niania przychodzi i nie chce jej wypuszczać z ramion, jak mama przychodzi.” – Ekspert ds. Działania X.1

DZIAŁANIE X.2 – ROZWÓJ PRACOWNIKÓW I PRZEDSIĘBIORSTW

Działanie X.2, obejmujące wsparcie konkurencyjności (X.2.1) i działania outplacementowe (X.2.2), wykazało wysoką skuteczność w zakresie rozwoju kompetencji i adaptacyjności MŚP. Wdrożenie PSF w oparciu o BUR okazało się jedną z kluczowych dobrych praktyk – charakteryzowało się najwyższym poziomem wykorzystania budżetu (150,7%) i bardzo wysoką oceną trafności (ponad 90%).

Wskaźniki rezultatu potwierdzają skuteczność: 95,25% MŚP zrealizowało cele rozwojowe, a 98,42% uczestników uzyskało kwalifikacje lub kompetencje. W Poddziałaniu X.2.2 skuteczność zatrudnieniowa osiągnęła 75,24%, a 73,3% osób po utracie pracy wskazało, że projekt ułatwił im powrót do zatrudnienia. Wysoko oceniono również bezzwrotne wsparcie na rozpoczęcie działalności gospodarczej.

Największą skuteczność dla Działania X.2 osiągnięto dzięki Indywidualnemu Planowi Działania (IPD), który umożliwiał elastyczne ścieżki wsparcia, w tym subsydiowane zatrudnienie, staże i tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych. Eksperci podkreślili, że kluczowym czynnikiem sukcesu była możliwość dostosowania form wsparcia do indywidualnych predyspozycji uczestników, co pozwalało na realne dopasowanie interwencji do ich sytuacji zawodowej i życiowej.

„W projektach outplacementowych uczestnicy mogli wybierać formy wsparcia z katalogu przewidzianego w ramach danego projektu, dopasowując je do swoich predyspozycji i potrzeb. Dobór wsparcia poprzedzony był przygotowaniem indywidualnych planów działania, i następował z uwzględnieniem możliwości i oczekiwań uczestnika, w ramach katalogu przewidzianego przez beneficjenta.” – Przedstawiciel IZ RPO WŁ 2014-2020

Jednocześnie pojawiły się postulaty dalszego rozwijania indywidualizacji wsparcia, zwłaszcza w kontekście szkoleń oferowanych w ramach BUR. Ekspertka wskazała, że katalog usług rozwojowych bywa zbyt ogólny i nie zawsze odpowiada na specyficzne potrzeby przedsiębiorstw. Wskazano na potrzebę umożliwienia tworzenia bardziej spersonalizowanych ścieżek rozwoju, które uwzględniałyby nietypowe lub niszowe kompetencje.

„Przede wszystkim moim zdaniem należałoby to mocniej spersonalizować, to znaczy dopasować do konkretnych potrzeb przedsiębiorców. Dlatego, że jeżeli operujemy na dużym stopniu ogólności ofertę, to ona może być tak naprawdę niedostosowana do pewnych szczegółowych potrzeb, czy jakichś bardzo też takich nietypowych potrzeb przedsiębiorstwa, albo bardzo takich mocno celowanych.” – Ekspert ds. Działania X.2

Mimo wysokiej efektywności ilościowej, eksperci zwrócili uwagę na brak wskaźników jakościowych, co utrudniało ocenę trwałości efektów wsparcia. Wskazano, że system monitorowania koncentrował się głównie na liczbie przeszkolonych osób, zrealizowanych usług czy założonych działalności, natomiast nie dostarczał informacji o jakości tych rezultatów ani o dalszych losach uczestników.

DZIAŁANIE X.3 – OCHRONA, UTRZYMANIE I PRZYWRÓCENIE ZDROWIA

Działanie X.3 odpowiadało na wyzwania związane z najgorszym w kraju stanem zdrowia mieszkańców regionu oraz wysokim poziomem absencji chorobowej. Interwencja koncentrowała się na utrzymaniu i wydłużeniu aktywności zawodowej, szczególnie wśród osób 50+, z których większość cierpi na choroby przewlekłe. Jednym z efektów było zapobieganie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez starszych pracowników oraz ograniczenie skali zwolnień lekarskich.

Programy zdrowotne koncentrowały się na eliminowaniu problemów zdrowotnych prowadzących do długotrwałej niezdolności do pracy, zwłaszcza w grupie wiekowej 30–65 lat. Szczególny nacisk położono na profilaktykę chorób cywilizacyjnych, takich jak zawały, udary czy choroby wieńcowe.

„Celem projektu było udzielić takiego wsparcia dla osób aktywnych zawodowo, żeby przeciwdziałać temu przedwczesnemu wypadaniu z rynku pracy, żeby przeciwdziałać tym zawałom, udarom, chorobom wieńcowym, tak, żeby ograniczyć zwolnienia lekarskie i niezdolność do pracy zawodowej.” – Ekspert ds. Działania X.3

Programy zdrowotne osiągnęły bardzo wysokie wartości wskaźników – 274% realizacji wartości docelowej wskaźnika: liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS i 321,29% w przypadku wskaźnika: liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie. Wskaźnik: liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badania profilaktyczne wyniósł 232,97%. Tak wysoka skuteczność wynikała m.in. z oferowania świadczeń trudno dostępnych lub kosztownych.

„W ramach projektu uczestnicy mogli skorzystać z badań wideodermatoskopii, które na rynku kosztują około 300 zł, a w ramach projektu były dostępne bezpłatnie. Program dotyczący nowotworów skóry osiągnął bardzo wysokie wyniki - około 400% zakładanych wskaźników - ponieważ uczestnicy chętnie korzystali z tej formy wsparcia” – Przedstawiciel IZ RPO WŁ 2014-2020

Rehabilitacja medyczna (X.3.1) przyczyniła się do skrócenia czasu oczekiwania na zabiegi i poprawy stanu zdrowia (75,4% uczestników). Wpływ na aktywność zawodową był widoczny – 53,4% uczestników rehabilitacji zauważyło poprawę, a 39,4% ogółem odczuło ułatwienie powrotu do pracy.

„Mieli możliwość dostania się do fizjoterapeuty wcześniej i wracali szybciej, po prostu do pracy. I to ma realny wpływ, bo mamy to na co dzień, że tak powiem, w pracowni fizjoterapii.” – TDI_38

W przypadku beneficjentów, którzy kontynuowali działania profilaktyczne po zakończeniu projektu, utrzymanie trwałości interwencji było uznawane za dobrą praktykę. Świadczy to o wysokiej wartości dodanej tych działań i ich zakorzenieniu w lokalnych strukturach zdrowotnych.

„Mamy nowy projekt i również wchodzimy w takie działania profilaktyczne, czyli jakby utrzymujemy jako beneficjent i idziemy w to dalej i podtrzymujemy działania profilaktyczne.” – Ekspert ds. Działania X.3

W działaniach profilaktycznych (X.3.2 i X.3.3) trudniej było uchwycić bezpośredni wpływ na stan zdrowia, co wynika z prewencyjnego charakteru interwencji. W odpowiedzi na pandemię COVID-19 wdrożono skuteczne rozwiązania, takie jak teleporady, mobilne jednostki badawcze i partnerstwa z pracodawcami, co zwiększyło dostępność usług i ciągłość wsparcia.

Jednak mimo elastyczności i innowacyjności rozwiązań, pojawił się problem niskiej motywacji uczestników do korzystania z pełnej ścieżki wsparcia. Beneficjenci często ograniczali się do badań diagnostycznych, rezygnując z dodatkowych komponentów edukacyjnych i psychologicznych, które były kluczowe dla trwałej zmiany postaw zdrowotnych.

„Mamy zgłoszenia od beneficjentów, że często mieli do czynienia z takimi sytuacjami, że odbiorcy wsparcia korzystali tylko z badań diagnostycznych, a nie byli w ogóle zainteresowani dodatkowymi elementami. Jak konsultacje psychologiczne, zajęcia grupowe, dodatkowe takie elementy programu uświadamiające i edukacyjne.” – Ekspert ds. Działania X.3

➔ KOMPLEMENTARNOŚĆ INTERWENCJI

Oś Priorytetowa X w RPO WŁ 2014–2020 została od początku zaprojektowana tak, aby była spójna z nadrzędnymi dokumentami strategicznymi na poziomie krajowym i europejskim. Jej cele wpisywały się w priorytety Strategii Europa 2020, Umowy Partnerstwa oraz krajowych strategii rozwoju, co zapewniało zgodność z polityką zatrudnienia, zdrowia i edukacji. Dzięki temu interwencje regionalne nie były oderwane od szerszych ram, lecz stanowiły ich uzupełnienie i wzmacniały efekty działań systemowych.

W relacji do programów krajowych Oś X uzupełniała rozwiązania systemowe i korzystała z ich dorobku. Działania związane z opieką nad dziećmi do lat 3 były powiązane z programem „MALUCH+”, który wspierał rozwój instytucjonalnej opieki. Poddziałania dotyczące rozwoju pracowników i przedsiębiorstw (X.2.1 i X.2.2) były komplementarne wobec PO WER, który dostarczał narzędzi systemowych, takich jak Baza Usług Rozwojowych czy programy outplacementowe. W obszarze zdrowia, interwencja w ramach Działania X.3 współgrała z PO IiŚ, finansującym modernizację (roboty budowlane oraz wyposażenie) placówek medycznych, oraz z Norweskim Mechanizmem Finansowym, który wspierał profilaktykę chorób i opiekę długoterminową. Dzięki temu interwencje regionalne nie powielały działań krajowych, lecz wzmacniały ich efekty i dostosowywały je do lokalnych potrzeb.

Komplementarność była również widoczna pomiędzy osiami RPO WŁ 2014–2020. Inwestycje infrastrukturalne z OPVII tworzyły bazę materialną dla działań Osi X – żłobki i kluby dziecięce dla X.1 oraz placówki medyczne dla X.3. Z kolei OPVIII „Zatrudnienie” wspierała osoby bezrobotne i zwalniane poprzez m.in. szkolenia i staże, co uzupełniało aktywizację zawodową w X.1 i X.2.2. OPIX „Włączenie społeczne” rozwijała usługi dla osób zagrożonych wykluczeniem, wzmacniając cele integracyjne X.2 i X.3. Natomiast OPXI „Edukacja, kwalifikacje, umiejętności” wspierała podnoszenie

kwalifikacji pracowników i edukację dzieci, co stanowiło pewne przedłużenie działań Osi X w obszarze kompetencji i opieki. Wsparcie w ramach OPXIII „REACT-EU dla Łódzkiego” uzupełniało Działanie X.2 wspierając przede wszystkim MŚP, które odczuły negatywne skutki pandemii COVID-19, a także Działanie X.3 poprzez niwelowanie skutków wystąpienia pandemii.

Zastosowanie kryteriów premiujących komplementarność sprawiło, że preferowane były projekty łączące różne formy wsparcia – np. opiekę nad dziećmi z inwestycjami infrastrukturalnymi, szkolenia z doradztwem czy profilaktykę zdrowotną z budową, przebudową lub remontem infrastruktury ochrony zdrowia. W efekcie powstawały przedsięwzięcia bardziej kompleksowe, o większej wartości dodanej dla regionu.

Komplementarność wewnątrz OPX miała kilka wymiarów. Po pierwsze, była to spójność tematyczna – działania dotyczące opieki nad dziećmi, rozwoju pracowników i przedsiębiorstw oraz programów zdrowotnych odpowiadały na kluczowe wyzwania rynku pracy i kapitału ludzkiego. Po drugie, komplementarność instytucjonalna – współpraca między instytucjami regionalnymi, krajowymi i europejskimi pozwalała na wymianę doświadczeń i lepszą koordynację. Po trzecie, komplementarność terytorialna – wsparcie było kierowane zarówno do dużych ośrodków miejskich, jak i do obszarów wiejskich, gdzie dostęp do usług był ograniczony.

Istotnym elementem były także kryteria premiujące komplementarność, które wprowadzono do systemu oceny projektów. Projekty, które łączyły działania miękkie (aktywizacyjne, edukacyjne, zdrowotne) z inwestycjami infrastrukturalnymi lub współpracą instytucjonalną, mogły uzyskać dodatkowe punkty. W praktyce oznaczało to preferowanie przedsięwzięć kompleksowych, zapewniających trwałość efektów i większą wartość dodaną dla regionu.

Z komplementarności wynika kilka kluczowych wniosków. Po pierwsze, zwiększyła ona efektywność i trwałość interwencji, ponieważ projekty korzystały z dorobku programów krajowych i europejskich, a jednocześnie odpowiadały na lokalne potrzeby. Po drugie, pozwoliła uniknąć nakładania się działań, dzięki czemu wsparcie było kierowane tam, gdzie było najbardziej potrzebne. Po trzecie, sprzyjała powstawaniu projektów o większej wartości dodanej, które łączyły różne obszary – opiekę, edukację, zdrowie i zatrudnienie – w spójny system.

Podsumowując, komplementarność była fundamentem Osi X. Dzięki niej wsparcie stało się bardziej kompleksowe, lepiej dopasowane do potrzeb regionu i trwale powiązane z szerszymi celami rozwojowymi. W przyszłych perspektywach finansowych UE należy utrzymać tę logikę – łączenie działań miękkich i twardych oraz powiązanie regionalnych interwencji z krajowymi i europejskimi ramami polityki to warunek skuteczności i pełnego wykorzystania środków.

➔ TRAFNOŚĆ I UŻYTECZNOŚĆ ORAZ TRWAŁOŚĆ WSPARCIA DLA BENEFICJENTÓW I UCZESTNIKÓW PROJEKTÓW

TRAFNOŚĆ I UŻYTECZNOŚĆ

Użyteczność OPX była oceniana zarówno przez beneficjentów, jak i odbiorców wsparcia. Przedstawiciele obydwu grup podkreślili, że wsparcie miało charakter praktyczny, odpowiadało na realne potrzeby i przynosiło trwałe rezultaty. Użyteczność interwencji w ramach OPX została oceniona jako bardzo wysoka zarówno przez beneficjentów, jak i uczestników projektów. Wsparcie odpowiadało na realne potrzeby lokalne i było trafnie dopasowane do sytuacji uczestników.

W Działaniu X.1 wsparcie opiekuńcze (żłobki, kluby dziecięce, opiekunowie dzienni, nianie) było oceniane jako bardzo przydatne, umożliwiając rodzicom kontynuację lub podjęcie zatrudnienia. Beneficjenci wskazali na ogromne zapotrzebowanie, które niekiedy przekraczało możliwości organizacyjne projektów. Szczególnie wysoko oceniano elastyczne formy opieki, takie jak nianie, które były preferowane przez osoby aktywne zawodowo ze względu na możliwość dostosowania godzin opieki do rytmu pracy. Trafność tego działania była oceniana bardzo wysoko. Beneficjenci wskazali, że projekty odpowiadały na realny deficyt miejsc opieki nad najmłodszymi dziećmi. Utworzone żłobki i kluby dziecięce były społecznie pożądane, a zainteresowanie rodziców przewyższało pierwotne założenia. Odbiorcy podkreślili, że wsparcie było dokładnie tym, czego potrzebowali – umożliwiało powrót na rynek pracy, poprawiało sytuację ekonomiczną rodzin i zapewniało dzieciom bezpieczną opiekę. Trafność wsparcia w ramach Działania X.1 polegała więc na tym, że interwencja odpowiadała na kluczowy brak usług opiekuńczych i realnie wspierała aktywizację zawodową kobiet.

„Opieka sprawowana przez nianię była znacznie częściej wykorzystywana przez osoby pracujące niż przez osoby nieaktywne zawodowo, co może wynikać z większej potrzeby elastyczności w organizacji opieki w przypadku osób aktywnych zawodowo. [...] Natomiast kluby są super, jak ktoś pracuje na przykład nieregularnie albo ma elastyczne godziny pracy, więc podrzuci.” – Ekspert ds. Działania X.1

W Działaniu X.2 mechanizm PSF/BUR zapewnił wysoką użyteczność dzięki popytowemu podejściu, prostemu procesowi aplikacyjnemu i szerokiej ofercie usług. Szczególną wartość przypisano możliwości samodzielnego dopasowania usług rozwojowych do indywidualnych potrzeb przedsiębiorstwa. Pracodawcy mieli realny wpływ na wybór wsparcia, co zwiększało jego trafność. W przypadku wsparcia outplacementowego (X.2.2) szczególnie wysoko oceniono bezzwrotne wsparcie na rozpoczęcie działalności gospodarczej (ponad 90% ocen pozytywnych), a także elastyczność katalogu form wsparcia, dostosowywanych do potrzeb uczestników na podstawie IPD. W X.2.1 trafność wsparcia wynikała z dopasowania szkoleń i doradztwa do potrzeb MŚP. Beneficjenci ocenili, że projekty odpowiadały na realne wyzwania związane z konkurencyjnością i adaptacją do zmian gospodarczych. W X.2.2 trafność była widoczna w działaniach outplacementowych – skierowanych do osób zagrożonych utratą pracy oraz do osób, które już utraciły pracę (z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu). Uczestnicy podkreślili, że wsparcie było dobrze ukierunkowane, bo trafiało do grup najbardziej potrzebujących pomocy w ponownym wejściu na rynek pracy lub utrzymaniu się na nim. Choć rekrutacja bywała trudna, ci którzy skorzystali, ocenili wsparcie jako adekwatne i pomocne w znalezieniu zatrudnienia lub rozpoczęciu działalności gospodarczej. Trafność X.2 polegała więc na tym, że interwencje odpowiadały na konkretne potrzeby pracowników i firm w regionie.

Konstrukcja interwencji w Działaniu X.2 była kompleksowa i odpowiadała zarówno na potrzeby uczestników, jak i beneficjentów.

Zwrócono również uwagę na znaczenie wsparcia pomostowego i potencjalnie korzystnego dla użyteczności, trwałości i efektywności wsparcia w Działaniu X.2, choć w nim dotychczas niewystępującego, komponentu doradczego, który powinien być kontynuowany po zakończeniu formalnego wsparcia. Wskazano potrzebę wprowadzenia tzw. „okresu ochronnego” – pakietu konsultacji dostępnych przez pierwsze 2 – 3 lata prowadzenia działalności, co pozwoliłoby na bieżące reagowanie na wyzwania pojawiające się w praktyce.

„W perspektywie czasu uważam, że to było w ogóle najlepsze chyba to wsparcie pomostowe, no bo jedną rzeczą jest kupienie sobie jakichś środków trwałych, a drugą rzeczą jest to, żeby po prostu przez rok mieć taki luz, że nawet jak nie będę zarabiał, to mam na koszty. (...) I szczególnie istotne jest to doradztwo, być może można by było dodać dodatkowo na przykład okres ochronny, iluś tam pakietu konsultacji na przykład w ciągu pierwszych dwóch lat, trzech, takich, które mogłyby stanowić jakby uzupełnienie, bo pewne rzeczy one wychodzą w procesie.” – Ekspert ds. Działania X.2

Takie podejście wzmacniałoby trwałość efektów interwencji i zwiększało bezpieczeństwo uczestników w początkowym okresie prowadzenia działalności, co jest kluczowe dla utrzymania rezultatów zatrudnieniowych.

W Działaniu X.3 interwencje przyczyniły się m.in. do poprawy dostępności usług zdrowotnych, skracając czas oczekiwania na rehabilitację. Uczestnicy wskazali na poprawę stanu zdrowia (55,5% ogółem, 75,4% w rehabilitacji), a udział w turnusach rehabilitacyjnych uzyskał 89,5% ocen pozytywnych. Zdalne formy wsparcia wdrożone w odpowiedzi na pandemię COVID-19 (teleporady) były szczególnie użyteczne dla osób starszych i z ograniczoną mobilnością. Programy zdrowotne zostały ocenione jako trafne, ponieważ odpowiadały na rosnące potrzeby związane z profilaktyką i rehabilitacją. W X.3.1 rehabilitacja medyczna była postrzegana jako adekwatna forma wsparcia dla osób starszych i pracowników wymagających powrotu do aktywności zawodowej. W X.3.2 działania profilaktyczne, takie jak badania przesiewowe, zostały ocenione jako dobrze dopasowane do potrzeb mieszkańców, choć w niektórych powiatach w województwie łódzkim frekwencja była niższa. W X.3.3 doposażenie placówek i dodatkowe programy zdrowotne zwiększały dostępność usług i poprawiały ich jakość. Odbiorcy wsparcia podkreślili, że wsparcie zdrowotne było dokładnie tym, czego potrzebowali – dawało poczucie bezpieczeństwa i realnie wpływało na możliwość kontynuowania pracy.

Pomimo wysokiej trafności i użyteczności usług rehabilitacyjnych i profilaktycznych, eksperci zwrócili uwagę na niską motywację uczestników do korzystania z badań przesiewowych. Przyczyną były najczęściej czynniki organizacyjne i osobiste, co samo w sobie wskazuje na potrzebę dalszego upraszczania dostępu do świadczeń i intensyfikacji działań edukacyjnych. Jednocześnie eksperci podkreślili, że nawet przy ograniczonej frekwencji, wartość programu zdrowotnego jest niepodważalna w przypadku wczesnego wykrycia poważnych schorzeń. Nawet pojedyncze przypadki skutecznej interwencji uzasadniają realizację działań zdrowotnych w ramach EFS.

„Ludzie niechętnie się badają. [...] Tłumaczę to różnymi okolicznościami – jestem zabiegany, zapracowany, życie osobiste, zawodowe. Ten lekarz jest zawsze na ostatnim miejscu. [...] A bo lepiej nie wiedzieć, a jeszcze mi coś znajdzie. (...) Jeśli z tych 100 osób znalazło się chociaż dwie, które mają problem wcześniej wykryty i trafią do specjalisty odpowiednio wcześniej i będą żyły, to już to jest wartość dodatnia.” – Ekspert ds. Działania X.3

Szczególna użyteczność Działania X.3 wynikała z jego zdolności do mobilizowania uczestników, skracania ścieżki dostępu do specjalistów oraz realnego wpływu na utrzymanie aktywności zawodowej. Interwencje te wypełniały lukę systemową, szczególnie w zakresie rehabilitacji i profilaktyki, i zostały wysoko ocenione zarówno przez odbiorców, jak i beneficjentów.

OPX została oceniona bardzo wysoko zarówno pod względem użyteczności, jak i trafności. Jej konstrukcja odpowiadała na najważniejsze potrzeby społeczno-gospodarcze regionu, a jednocześnie przynosiła realne i trwałe efekty.

Jednocześnie analiza doświadczeń beneficjentów i odbiorców wsparcia jednoznacznie pokazała, że indywidualizacja ścieżek wsparcia poprzez łączenie różnych komponentów w spójny model aktywizacyjny była kluczowym czynnikiem sukcesu projektów realizowanych w ramach OPX. Praktyka kumulacji wizyt, polegająca na zestawianiu kilku elementów wsparcia w ramach jednej wizyty, pozwoliła ograniczyć rezygnacje i opóźnienia oraz zwiększyć kompletność ścieżki wsparcia. Podobnie konstrukcja projektów jako pakietów usług – obejmujących doradztwo zawodowe, wsparcie psychologiczne, szkolenia, staże czy wsparcie finansowe – umożliwiała dopasowanie działań do indywidualnych potrzeb uczestników. Respondenci podkreślili, że takie podejście zwiększało skuteczność i dostępność interwencji, a także sprzyjało trwałości efektów, ponieważ uczestnicy otrzymywali kompleksowe wsparcie odpowiadające na różne bariery jednocześnie.

Wnioski z badań wskazują, że projekty w ramach OPX łączące komponenty społeczne, zdrowotne i zawodowe – jak opieka nad dziećmi powiązana z aktywizacją zawodową czy rehabilitacja uzupełniona poradnictwem psychologicznym – powinny być promowane jako modelowe rozwiązania w przyszłych programach.

TRWAŁOŚĆ

Efekty projektów w ramach OPX były odczuwalne także po zakończeniu wsparcia – zarówno w wymiarze instytucjonalnym (funkcjonowanie placówek, kontynuacja usług), jak i indywidualnym (utrzymanie zatrudnienia, poprawa zdrowia, podniesione kwalifikacje). Wyniki badań ilościowych z uczestnikami projektów potwierdzają, że wpływ wsparcia był wyraźnie trwały, szczególnie w obszarze opieki nad dziećmi i usług zdrowotnych.

Utworzone żłobki i kluby dziecięce w Działaniu X.1. funkcjonują nadal, a liczba miejsc opieki została zwiększona w odpowiedzi na rosnące potrzeby. Beneficjenci podkreślili, że placówki stały się trwałym elementem lokalnej infrastruktury społecznej, a okres trwałości zobowiązywał ich do kontynuacji działalności. Odbiorcy wskazali, że dzięki wsparciu mogli nie tylko wrócić do pracy, ale też utrzymać zatrudnienie w dłuższej perspektywie. Opieka żłobkowa została oceniona jako najbardziej stabilna forma pomocy, zapewniająca rodzicom poczucie bezpieczeństwa i możliwość planowania kariery zawodowej. Jednocześnie trwałość ta wymaga, jak się wydaje, pogłębionej (w dłuższej perspektywie czasowej) analizy.

„Absolutnie bym wracała [do odbiorców]. Właśnie po pół roku, po roku i po dwóch latach. Jak się te ścieżki w ogóle gdzieś tam toczą.” – Ekspert ds. Działania X.1

W X.2.1 trwałość wsparcia polegała na tym, że podniesione kompetencje pracowników i zdobyte kwalifikacje pozostawały z nimi także po zakończeniu projektów. Beneficjenci podkreślili, że szkolenia i doradztwo miały długofalowy wpływ na konkurencyjność MŚP i zdolność adaptacyjną firm. W X.2.2 działania outplacementowe umożliwiały osobom zagrożonym utratą pracy nie tylko znalezienie zatrudnienia w krótkim okresie, ale też utrzymanie aktywności zawodowej w dłuższej perspektywie. Choć część uczestników rezygnowała z udziału w projekcie, ci którzy skorzystali ze wsparcia, wskazali na trwałe efekty – kontynuację zatrudnienia, rozwój własnej działalności gospodarczej czy zdobycie nowych kompetencji.

„Korzystne byłoby jednak wprowadzenie dodatkowego okresu ochronnego lub pakietu konsultacji po zakończeniu subsydiowania pozwoliłoby utrzymać efekty wsparcia.” – Ekspert ds. Działania X.2

W X.3.1 uczestnicy podkreślili, że poprawa zdrowia umożliwia im długofalowe utrzymanie aktywności zawodowej. W X.3.2 działania profilaktyczne, takie jak badania przesiewowe, miały trwały wpływ na świadomość zdrowotną mieszkańców i pozwalały na wcześniejsze wykrywanie chorób. W X.3.3 doposażenie placówek medycznych zwiększało dostępność usług i poprawiało ich jakość w perspektywie wielu lat. Odbiorcy wskazali, że wsparcie zdrowotne miało bezpośredni i trwały wpływ na ich życie – poprawiło komfort funkcjonowania, poczucie bezpieczeństwa i umożliwiło kontynuację pracy.

Trwałość wsparcia była szczególnie widoczna w wymiarze instytucjonalnym. Utworzone w ramach Działania X.1 żłobki i kluby dziecięce funkcjonują nadal, a liczba miejsc opieki została zwiększona w odpowiedzi na rosnące potrzeby lokalnych społeczności. Placówki stały się trwałym elementem infrastruktury społecznej regionu, a okres trwałości zobowiązywał beneficjentów do kontynuacji działalności. W Działaniu X.2 podniesione kwalifikacje pracowników oraz wdrożone rozwiązania doradcze i szkoleniowe w MŚP wzmocniły potencjał przedsiębiorstw, co przełożyło się na ich większą konkurencyjność i zdolność adaptacyjną. W Działaniu X.3 doposażenie placówek medycznych oraz realizacja programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych zapewniły trwałe korzyści – poprawę jakości usług zdrowotnych i ich dostępności w perspektywie wielu lat.

Z punktu widzenia uczestników projektów wsparcie miało wyraźny i długofalowy wpływ na ich życie zawodowe i rodzinne. W Działaniu X.1 rodzice – głównie matki – mogli nie tylko wrócić do pracy, ale także utrzymać zatrudnienie w dłuższej perspektywie. W Działaniu X.2 osoby korzystające ze szkoleń i doradztwa wskazały, że zdobyte kompetencje pozostały z nimi po zakończeniu projektów. W Działaniu X.3 uczestnicy programów rehabilitacyjnych i profilaktycznych podkreślili, że poprawa zdrowia umożliwiła im kontynuację pracy i wydłużenie aktywności zawodowej, co miało bezpośredni wpływ na ich poczucie stabilności i bezpieczeństwa.

Trwałość efektów wsparcia w ramach OPX była widoczna zarówno na poziomie instytucjonalnym, jak i jednostkowym. Oś X nie była jednorazową interwencją, lecz inwestycją w długofalowe zmiany społeczne i gospodarcze w województwie łódzkim.

Dodatkowo warto zwrócić uwagę na **integrację komponentów opiekuńczego, kompetencyjnego i zdrowotnego** – doświadczenia OPX pokazują, że największą wartość tworzy równoległe adresowanie barier w różnych sferach życia uczestników. Dopiero połączenie wsparcia opiekuńczego z rozwojem kompetencji i poprawą zdrowia daje trwały efekt aktywizacyjny. W nowej perspektywie finansowej UE warto traktować te komponenty nie jako odrębne moduły, lecz jako wzajemnie uzupełniające się elementy jednego systemu.

➔ KLUCZOWE WYZWANIA I CZYNNIKI DETERMINUJĄCE SUKCES/PORAŻKĘ

PROBLEMY I BARIERY W REALIZACJI INTERWENCJI

Realizacja interwencji w ramach OPX RPO WŁ 2014–2020 napotkała na szereg trudności typowych dla projektów finansowanych z EFS, które można pogrupować w trzy główne obszary: bariery formalno-administracyjne, problemy rekrutacyjne oraz wyzwania organizacyjno-kadrowe.

Najczęściej wskazywaną grupą problemów były bariery związane z procedurami i obsługą administracyjną projektów. Beneficjenci podkreślili nadmierną biurokrację – rozbudowane formularze, konieczność dostarczania licznych załączników oraz skomplikowane procesy aplikacyjne i rozliczeniowe. Systemy teleinformatyczne (SL2014, BUR) generowały dodatkowe trudności: błędy w raportach, brak integracji między bazami, problemy z logowaniem czy automatyczne nieprawidłowości w wyliczeniach wskaźników. Opóźnienia w przekazywaniu transz finansowych prowadziły do ryzyka utraty płynności, a wymogi formalne dotyczące zabezpieczeń umów wydłużały proces podpisywania kontraktów. W efekcie projekty były narażone na przesunięcia harmonogramów i konieczność korekt budżetowych. Bariery te miały często charakter systemowy – wynikały z niedostosowania narzędzi administracyjnych do skali i dynamiki działań oraz z braku elastyczności Instytucji Zarządzającej RPO Wł 2014-2020. Warto w tym miejscu podkreślić podejmowane wysiłki IZ ukierunkowane na minimalizowanie tych trudności.

„Często słyszymy od beneficjentów, że mają bardzo dużo obowiązków administracyjnych, muszą gromadzić wiele dokumentów i raportować liczne dane. Jednocześnie staramy się, aby wszystkie dokumenty były pisane prostym językiem i aby procedury naborowe były jak najbardziej przejrzyste. Podejmujemy działania mające na celu organizowanie spotkań, webinarów tak aby ułatwić beneficjentom realizację projektów.” – Przedstawiciel IZ RPO Wł 2014-2020

Jednocześnie analiza zgłaszanych trudności pokazuje, że problemy z rozliczeniami finansowymi i interpretacją przepisów miały również charakter systemowy. Beneficjenci wskazali na rozbieżności w kwalifikowaniu składek ZUS przy stażach i zatrudnieniu subsydiowanym, niejednoznaczne interpretacje dotyczące VAT przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz nadmiernie skomplikowane procedury dokumentowania wydatków. Z perspektywy efektywności operacyjnej kluczowe jest zatem wprowadzenie uproszczonych ścieżek rozliczeń dedykowanych projektom aktywizacyjnym oraz jednolitych interpretacji, które zmniejszą obciążenia administracyjne, skrócą czas realizacji i zwiększą dostępność wsparcia dla uczestników.

Rekrutacja uczestników okazała się jednym z najtrudniejszych etapów w każdym działaniu OPX. W X.1 wpływ świadczeń socjalnych (np. 500+) ograniczał motywację rodziców do powrotu na rynek pracy, co utrudniało osiąganie zakładanych wskaźników. W X.2.1 i X.2.2 pojawiały się trudności w dotarciu do grup priorytetowych – osób 50+, pracowników zagrożonych zwolnieniem czy średnich przedsiębiorstw. Konkurencja ze strony urzędów pracy, prowadzących równoległe nabory, dodatkowo osłabiała skuteczność rekrutacji. W programach zdrowotnych (X.3) problemem było dotarcie do mieszkańców spoza Łodzi, zwłaszcza z terenów wiejskich, oraz mobilizacja uczestników do udziału w kolejnych etapach wsparcia.

Występowały rezygnacje w trakcie realizacji wsparcia – z powodów osobistych, zdrowotnych lub w wyniku podjęcia zatrudnienia w trakcie projektu. W konsekwencji beneficjenci musieli powtarzać nabory, co wydłużało realizację i obniżało efektywność wskaźników. Rezygnacje uczestników były w dużej mierze zjawiskiem nieuniknionym. Doświadczenia dotyczące wsparcia outplacementowego (X.2.2) pokazują, że formalne dopuszczenie buforu rekrutacyjnego jako rozwiązania systemowego zwiększyłoby elastyczność projektów i ich odporność na czynniki losowe. Umożliwiłoby to bardziej realistyczne planowanie, ograniczenie ryzyka spadku wskaźników produktu oraz zapewnienie stabilności realizacji działań aktywizacyjnych w sytuacjach, gdy część uczestników rezygnuje z dalszego udziału we wsparciu.

Trudności dotyczyły także zasobów ludzkich i organizacji działań projektowych. W X.1 beneficjenci mieli problemy ze znalezieniem opiekunów, pielęgniarek czy specjalistów (logopedów, terapeutów SI), a niskie stawki wynagrodzeń zniechęcały potencjalnych pracowników. Rotacja kadry powodowała dodatkowe obciążenia i utrudniała ciągłość opieki. W X.2 operatorzy (beneficjenci) zmagali się z opieszałością podmiotów szkoleniowych, które nie rozliczały usług w terminie, zmieniały harmonogramy lub manipulowały statusami w BUR. W działaniach outplacementowych trudności dotyczyły organizacji staży i subsydiowanego zatrudnienia – pracodawcy nie byli zainteresowani przyjmowaniem stażystów, a niskie wynagrodzenia zniechęcały uczestników. W X.3 problemy kadrowe obejmowały nieterminowe przekazywanie dokumentacji przez lekarzy i rehabilitantów oraz brak zainteresowania pacjentów dalszym udziałem w poradach dietetycznych czy psychologicznych. Pandemia dodatkowo pogłębiła te wyzwania – absencja personelu, konieczność pracy zdalnej i obostrzenia sanitarne utrudniały organizację działań i obniżały ich skuteczność.

„Jak mobilizować lekarzy, to ja na to pomysłu nie mam. [...] Prędzej, gdyby udzielający takiego świadczenia mógł dojechać do mniejszego ośrodka. [...] To raczej w tę stronę, żeby wyjść z tym do ludzi, do tych mniejszych ośrodków.” – Ekspert ds. Działania X.3

W analizie efektów wsparcia w ramach OPX warto zwrócić uwagę na zróżnicowaną trwałość rezultatów, której niedostatki – o ile w ogóle zostaną zauważone – nie zawsze powinny być traktowane jako problem czy niedoskonałość interwencji. W szczególności dotyczy to działań aktywizacyjnych i outplacementowych, gdzie uczestnicy często mierzą się z niestabilnym rynkiem pracy, niskim poziomem kwalifikacji lub barierami osobistymi. W takich przypadkach nawet krótkookresowe zatrudnienie – trwające kilka miesięcy – może stanowić istotny sygnał zmiany i przełamania wcześniejszych ograniczeń.

Takie podejście wpisuje się w logikę Europejskiego Funduszu Społecznego, który – poza twardymi rezultatami – promuje również miękkie efekty wsparcia, takie jak wzrost motywacji, poprawa samooceny, aktywizacja społeczna czy zwiększenie gotowości do podjęcia zatrudnienia. Choć ograniczona trwałość efektów nie musi oznaczać porażki projektu, lecz może być etapem przejściowym w procesie zmiany, który wymaga dalszego monitorowania i wsparcia, warto rozważyć włączanie mechanizmów wspierających ten proces.

„Można by było dać też wsparcie w zakresie diagnozy takiego audytu indywidualnego. [...] Fora konsultacyjne, fora wymiany dobrych praktyk dla beneficjentów, jakaś wspólna przestrzeń komunikacyjna, wirtualna, w której można byłoby dzielić się, konsultować.” – Ekspert ds. Działania X.2

„Dobrze by było, żeby opcjonalnie był ten krok kolejny, czyli przynajmniej umówienie jakiejś pierwszej lub drugiej konsultacji u specjalistów. [...] Byłby to taki motywator.” – Ekspert ds. Działania X.3

WPŁYW CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH

Czynniki zewnętrzne miały istotny wpływ na realizację interwencji, a pandemia COVID-19 okazała się najpoważniejszym zakłóceniem. Wymusiła ona czasowe zawieszenie działań zdrowotnych, ograniczając dostęp do rehabilitacji i profilaktyki, a także spowodowała konieczność przeniesienia wielu usług na tryb zdalny. Pandemia ujawniła przy tym ograniczenia tradycyjnych modeli świadczeń zdrowotnych i jednocześnie pokazała potencjał rozwiązań cyfrowych. Teleporady pozwoliły utrzymać

ciągłość wsparcia w sytuacji, gdy placówki medyczne były częściowo zamknięte, a uczestnicy – zwłaszcza osoby starsze i przewlekle chore – rezygnowali z wizyt stacjonarnych z obawy o zdrowie. Dzięki formie zdalnej możliwe było dotarcie do osób o ograniczonej mobilności, mieszkających poza dużymi ośrodkami czy objętych kwarantanną, co zwiększyło dostępność i zasięg interwencji.

Zmiana ta, choć pozwoliła utrzymać ciągłość wsparcia, wiązała się z licznymi trudnościami technicznymi i organizacyjnymi – od problemów z obsługą narzędzi cyfrowych po ograniczoną dostępność sprzętu i Internetu wśród uczestników. W efekcie odnotowano spadek uczestnictwa, szczególnie w grupach o niższych kompetencjach cyfrowych i wśród osób starszych, które preferowały tradycyjne formy kontaktu. Dodatkowo pojawiły się problemy logistyczne związane z ograniczeniami sanitarnymi, koniecznością reorganizacji harmonogramów i zwiększonym ryzykiem rezygnacji uczestników z udziału w projektach. Pandemia ujawniła tym samym znaczenie elastyczności zarządzania interwencją oraz potrzebę systemowego przygotowania do funkcjonowania w warunkach kryzysowych. W odpowiedzi wdrożono działania adaptacyjne, m.in. teleporady, podniesienie limitu cross-financingu oraz wykorzystanie środków kryzysowych.

„To był czas, kiedy pandemia w ogóle się pojawiła i przybierała na sile. [...] Kłopot był później, bo było wszystko pozamykane. [...] To też zostało rozwiązane – pacjenci mieli możliwość zakupu takich przyrządów sportowych i wtedy gimnastyka we własnym zakresie na przykład się odbywała.” – Ekspert ds. Działania X.3

Wojna w Ukrainie wywołała trwały stan niepewności gospodarczej, wzrost kosztów i zakłócenia w łańcuchach dostaw, a jednocześnie spowodowała napływ uchodźców wymagających wsparcia społecznego i zawodowego. W odpowiedzi IZ RPO WŁ 2014–2020 dostosowała interwencje, rozszerzając grupy docelowe o osoby przybyłe z Ukrainy oraz wprowadzając działania integracyjne w ramach Działania X.1, Działania X.2 oraz w ramach innych OP, tak aby zapewnić uchodźcom dostęp do usług opiekuńczych, szkoleń, doradztwa i programów zdrowotnych, wspierając jednocześnie proces ich włączenia społecznego i zawodowego w regionie.

W związku z powyższym na realizację wsparcia oddziaływały także czynniki makroekonomiczne. Wysoka inflacja w trakcie realizacji projektów powodowała systematyczny wzrost cen materiałów budowlanych, usług remontowych i wyposażenia placówek, co bezpośrednio przekładało się na konieczność korekt budżetów i przesunięć w harmonogramach. Beneficjenci wskazali, że oferty składane w postępowaniach przetargowych niekiedy przekraczały możliwości finansowe projektów, a brak elastyczności w zasadach kwalifikowalności wydatków utrudniał dostosowanie się do dynamicznej sytuacji rynkowej. Dodatkowo występowały opóźnienia w dostawach sprzętu i wyposażenia – zarówno z powodu zakłóceń w łańcuchach dostaw, jak i ograniczeń w transporcie – co skutkowało przesunięciami terminów uruchamiania placówek i ryzykiem nieosiągnięcia wskaźników.

Istotnym czynnikiem zewnętrznym były również zmiany w polityce fiskalnej i kontrolnej. Zmiany w polityce fiskalnej i kontrolnej, w tym zalecenia Krajowej Administracji Skarbowej (KAS), istotnie wpłynęły na realizację projektów w ramach Osi X. Podniesienie wymagań formalnych wobec uczestników – w szczególności konieczność przedstawiania zaświadczeń zamiast prostych oświadczeń – wydłużało proces rekrutacji i rozliczeń oraz zwiększało obciążenia administracyjne. Beneficjenci wskazali, że nowe procedury były źródłem frustracji i stanowiły realną barierę w dostępie do wsparcia, zwłaszcza dla osób o ograniczonych zasobach czasowych czy ograniczonych możliwościach poruszania się po systemie administracyjnym. Choć zmiany miały na celu poprawę przejrzystości i

bezpieczeństwa finansowego, w praktyce utrudniały sprawną realizację interwencji i wymagały od beneficjentów dodatkowego zaangażowania w pomoc uczestnikom przy kompletowaniu dokumentów.

„Wynika to niestety z ustaleń KAS-u i audytów prowadzonych w naszym województwie. [...] KAS powiedział, że nie ma oświadczeń – będą tylko zaświadczenia lub dokumenty typu PIT.” – Przedstawiciel IZ RPO WŁ 2014-2020

Realizacja OPX była ograniczana przez równoległe działania innych instytucji publicznych. W obszarze zdrowotnym projekty z NFZ oferujące świadczenia rehabilitacyjne stanowiły konkurencję dla programów finansowanych z RPO WŁ 2014-2020 – zdarzało się, że uczestnicy wybierali usługi NFZ jako bardziej dostępne lub bezpłatne, co zmniejszało zainteresowanie projektami OPX. Podobnie na rynku pracy Powiatowe Urzędy Pracy i Wojewódzki Urząd Pracy prowadziły własne nabory skierowane do tych samych grup docelowych, co powodowało rozproszenie uczestników i utrudniało kompletowanie grup szkoleniowych. Na innym poziomie działała natomiast konkurencja wsparcia z niektórymi świadczeniami socjalnymi. Wprowadzenie programu 500+ miało niezamierzony efekt uboczny w kontekście aktywizacji zawodowej. Część rodziców, zwłaszcza matek, decydowała się na pozostanie na urloпах wychowawczych, rezygnując z udziału w projektach wspierających powrót na rynek pracy. Świadczenie zapewniało podstawowe bezpieczeństwo finansowe, co zmniejszało motywację do podejmowania zatrudnienia lub uczestnictwa w szkoleniach.

Obok barier infrastrukturalnych i organizacyjnych, ujawniły się również czynniki psychologiczne i społeczne, które w istotny sposób ograniczały skuteczność interwencji. Eksperci zwrócili uwagę, że sama dostępność miejsc opieki nad dziećmi – choć niezbędna – nie była wystarczającym bodźcem do podjęcia aktywności zawodowej przez kobiety. Bierność zawodowa mogła wynikać z przyjętego stylu życia, w którym opieka nad dziećmi była traktowana jako główna rola społeczna, a aktywność zawodowa schodziła na dalszy plan. Dodatkowo pojawiały się ograniczenia mentalne i obawy, takie jak brak wiary we własne kompetencje, lęk przed pogodzeniem obowiązków rodzinnych z pracą czy obawa przed utratą świadczeń socjalnych. W efekcie nawet dobrze zaprojektowane rozwiązania nie zawsze przekładały się na realny wzrost zatrudnienia.

„Brak aktywności zawodowej jest też spowodowany po prostu takim wyborem stylu życia. [...] Dzieci idą do instytucji, a kobiety nadal są bierne zawodowo.” – Ekspert ds. Działania X.1

Na wagę czynników psychologicznych i społecznych w korzystaniu ze wsparcia wskazuje również analiza udziału osób starszych w projektach oraz trudności zgłaszanych przez ich realizatorów, które – razem z deficytami kompetencji cyfrowych – ograniczały skuteczność interwencji dla osób 50+. Potwierdzają to także ustalenia innych analiz: udział tej grupy w usługach rozwojowych wyniósł jedynie 16%, co trzecia osoba w wieku od 50 do 64 lat nigdy nie podnosiła swoich kompetencji zawodowych, a konieczność posiadania adresu e-mail czy korzystania z narzędzi online stanowiła dla wielu barierę nie do pokonania. Pandemia dodatkowo pogłębiła te trudności – ograniczenie tradycyjnych form szkoleń i przeniesienie usług do trybu zdalnego spotęgowało wykluczenie cyfrowe i zniechęciło osoby starsze do udziału w projektach. Trudności takie przejawiały się w sposób szczególny w sytuacji, w której udział we wsparciu wymagał wykorzystania zewnętrznych narzędzi cyfrowych, co było widoczne w projektach realizowanych przy wykorzystaniu BUR. Brak intuicyjności

systemu BUR, trudności z logowaniem, wyborem usług czy komunikacją z operatorami skutecznie ograniczały dostępność wsparcia.

Choć czynniki zewnętrzne – często trudne do przewidzenia i pozostające poza prognostyczną kontrolą systemową – nie mogą być w pełni wyeliminowane, ich wystąpienie jednoznacznie wskazuje na kluczowe znaczenie bieżącego monitoringu i elastyczności realizacji projektów. Tylko stałe śledzenie zmian w otoczeniu oraz zdolność szybkiego dostosowywania harmonogramów, budżetów i form wsparcia pozwalają ograniczać skutki nieprzewidywalnych uwarunkowań i utrzymywać efektywność interwencji.

➔ PROPOZYCJE USPRAWNIEŃ DLA ZWIĘKSZENIA TRWAŁOŚCI EFEKTÓW OPX

Propozycje usprawnień dla zwiększenia trwałości rezultatów interwencji w ramach OP X RPO WŁ 2014–2020 koncentrują się na dwóch poziomach: systemowym oraz operacyjnym, odnoszących się do konkretnych działań (X.1, X.2, X.3). Ich celem jest nie tylko wydłużenie efektów wsparcia, ale także zwiększenie jego jakości, dostępności i trafności w kolejnych edycjach programów.

Na poziomie systemowym wskazywano przede wszystkim na konieczność wprowadzenia wskaźników jakościowych, które pozwalałyby mierzyć trwałość rezultatów w sposób bardziej pogłębiony niż tylko poprzez dane ilościowe. Eksperti postulowali stworzenie mechanizmów długofalowego monitoringu, takich jak „laboratorium kariery” czy „laboratorium przyszłości”, które analizowałyby losy uczestników po zakończeniu wsparcia – po 6, 12 czy 24 miesiącach.

„Ja myślę, że dobrze byłoby wrócić na przykład po pół roku od ustania i potem na przykład po roku czy po dwóch latach. Czyli zrobić takie badania panelowe. Dlatego, że czasami to być może jest tak, że frustracja rośnie, jak dziecko choruje i nie ma stabilności, ale samo to wyjście i pokonanie barier, że w ogóle się udało na przykład podjąć zatrudnienie na 3–4 miesiące, jest dużą zmienną już. Zmienną, to jest duży wskaźnik tego, że po prostu ktoś się nie podda i ruszy z czymś swoim. Czyli absolutnie bym wracała. Właśnie po pół roku, po roku i po dwóch latach. Jak się te ścieżki w ogóle gdzieś tam toczą.” – Ekspert ds. Działania X.1

„Ja bym stworzyła coś takiego jak laboratorium przyszłości, czyli dalszych losów. O to mi chodzi, czyli jak uczestnicy funkcjonują po zakończeniu już tego projektu, czyli żeby jednym z elementów projektu było utrzymywanie kontaktu z tymi ludźmi i prowadzenie analizy, takiego badania i zbierania. [...] Czyli nie tylko, że kończymy projekt, zamykamy i dziękujemy, tylko że mamy jeszcze przez jakiś czas kontakt z tymi ludźmi i sprawdzamy, jak to się rozwija.” – Ekspert ds. Działania X.2

W kontekście wpływu czynników zewnętrznych, respondenci podkreślili przede wszystkim potrzebę **uproszczenia dokumentacji projektowej**, która była postrzegana jako nadmiernie rozbudowana i czasochłonna. Choć część wymogów wynikała z zaleceń KAS i miała na celu zapewnienie zgodności z przepisami podatkowymi oraz kontrolę nad wydatkowaniem środków publicznych, to w praktyce stanowiła poważne obciążenie dla beneficjentów – zwłaszcza mikro- i małych przedsiębiorstw. Wskazywano, że formularze powinny być bardziej intuicyjne, liczba wymaganych załączników ograniczona, a proces aplikacji i rozliczeń możliwie zdigitalizowany, np. poprzez wprowadzenie podpisu elektronicznego. Drugim istotnym postulatem była **poprawa jakości szkoleń**. Część uczestników oceniła, że oferty były zbyt teoretyczne lub niedopasowane do realnych potrzeb rynku. Aby temu przeciwdziałać, zasugerowali wprowadzenie systemu rekomendacyjnego w Bazie Usług Rozwojowych, który pozwalałby na łatwiejsze wybieranie sprawdzonych i wysoko ocenianych usług.

Kluczowym elementem miałyby być obowiązkowe ankiety ewaluacyjne wypełniane po każdym szkoleniu – tworzyłyby one bazę opinii, zwiększały przejrzystość oferty i motywowały podmioty prowadzące szkolenia do podnoszenia ich jakości. Dzięki temu uczestnicy mogliby lepiej dopasować szkolenia do swoich potrzeb, a Administrator BUR (PARP) zyskałby narzędzie do monitorowania i eliminowania usług o niskiej wartości.

„Obecne wymagania wynikają z ustaleń Krajowej Administracji Skarbowej oraz audytów przeprowadzonych w naszym województwie przez instytucję audytową. Nakazują one dokumentowanie wszystkich danych za pomocą zaświadczeń, a nie oświadczeń. W związku z tym zdajemy sobie sprawę, że uczestnicy są zniecierpliwieni koniecznością posiadania zaświadczeń, na przykład o miejscu zamieszkania czy zatrudnieniu. Jeżeli chodzi o podniesienie jakości szkoleń oferowanych w BUR, jako Instytucja Zarządzająca nie mamy na to bezpośredniego wpływu. Usługi rozwojowe realizują firmy szkoleniowe wpisane do BUR, a nad prawidłową realizacją i jakością tych usług czuwa PARP” – Przedstawiciel IZ RPO Wł 2014-2020

W Działaniu X.1 rekomendowano uzależnienie wsparcia opiekuńczego od podjęcia aktywności zawodowej w określonym czasie, a także obligatoryjne dołączanie komponentu aktywizacyjnego w formie szkoleń, doradztwa czy webinarów. Podkreślano znaczenie ciągłego wsparcia psychologicznego i mentoringowego dla rodziców, szczególnie w okresie powrotu na rynek pracy.

„Ja myślę, że w ogóle dzisiaj to bardzo dużo możliwości wsparcia może być tak naprawdę zminimalizowana pod kątem kosztów, dlatego że chociażby nagrania do odtwarzania, jakieś webinary, czy jakieś wsparcie, jak sobie radzić na przykład, jak napisać CV i tak dalej, to to jest właściwie bezkosztowe. Koszt jest jeden, natomiast liczba odtworzeń... [...] Tam była cała masa bardziej, powiedziałabym, psychologicznych kwestii, więc mamy też online wsparcie, można porobić właśnie jakieś takie po prostu czy webinary, czy szkolenia do odtwarzania wielokrotnego i to wsparcie dedykowane.” – Ekspert ds. Działania X.1

W Działaniu X.2 postulowano wprowadzenie dodatkowego okresu ochronnego po zakończeniu subsydiowania działalności gospodarczej oraz stworzenie wirtualnych platform wymiany wiedzy i dobrych praktyk dla beneficjentów. Wskazywano na potrzebę uelastycznienia katalogu usług w BUR, tak aby umożliwić tworzenie szkoleń „szytych na miarę” dla konkretnych branż i firm.

„Być może można by było dodać jeszcze dodatkowo na przykład okres ochronny, iluś tam pakietu konsultacji na przykład w ciągu pierwszych dwóch lat, trzech, takich, które mogłyby stanowić jakby uzupełnienie, bo pewne rzeczy one wychodzą w procesie. [...] Taka możliwość jeszcze tego doradztwa, takiej konsultacji bieżącej, która mogłaby ulec wydłużeniu.” – Ekspert ds. Działania X.2

„Można by było stworzyć fora konsultacyjne, fora wymiany dobrych praktyk dla beneficjentów, jakaś wspólna przestrzeń komunikacyjna, wirtualna, w której można byłoby dzielić się, konsultować, można byłoby na przykład przeczytać, jak ktoś inny rozwiązał podobny problem.” – Ekspert ds. Działania X.2

W Działaniu X.3 rekomendacje koncentrowały się na zapewnieniu ciągłości opieki zdrowotnej po zakończeniu projektu – np. poprzez gwarancję pierwszej konsultacji u specjalisty w przypadku wykrycia poważnej choroby. Wskazywano na potrzebę organizacji usług zdrowotnych w formule „wyjścia do ludzi”, czyli świadczenia ich w mniejszych miejscowościach, bez konieczności organizowania transportu przez uczestników.

„Gdyby tutaj ten krok był ostatni jeszcze projekt, powiedzmy przesiewówki, w momencie kiedy pojawia się trudny problem, nie wiem, jakaś tutaj sprawa onkologiczna na przykład by weszła, ale nie tylko, to dobrze by było, żeby opcjonalnie był ten krok kolejny, czyli przynajmniej umówienie jakiejś pierwszej lub drugiej konsultacji u specjalistów. Bo wiadomo, że projekt nie sfinansuje dalszego leczenia w chorobie nowotworowej, ale byłby to taki motywator.” – Ekspert ds. Działania X.3

„To raczej w tę stronę, żeby wyjść z tym do ludzi, do tych mniejszych ośrodków, niż żeby tutaj organizować im transport. [...] Prędzej, gdyby udzielający takiego świadczenia mógł dojechać do mniejszego ośrodka.” – Ekspert ds. Działania X.3

➔ WNIOSKI PRZEGLĄDOWE

Wyniki badania ewaluacyjnego dotyczącego OPX RPO WŁ 2014–2020 dostarczają wartościowych wskazówek dla projektowania interwencji w kolejnej perspektywie finansowej. Zidentyfikowane dobre praktyki, trwałe efekty oraz bariery wdrożeniowe pozwalają sformułować rekomendacje, które zwiększą skuteczność, dostępność i trwałość przyszłych działań.

OBSZAR AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ (KONTYNUACJA DZIAŁANIA X.1)

W kontekście kolejnej perspektywy finansowej UE warto podkreślić, że doświadczenia z realizacji Działania X.1 wskazują na szereg rozwiązań, których wdrożenie mogłoby korzystnie wpłynąć na skuteczność i trwałość efektów interwencji w przyszłości. Szczególnie istotne jest **wzmocnienie komponentu opiekuńczego jako narzędzia aktywizacji zawodowej kobiet sprawujących opiekę nad dziećmi**. Wydłużenie okresu finansowania form opieki indywidualnej, takich jak zatrudnienie niani, okazało się w Działaniu X.1 rozwiązaniem efektywnym, lecz zbyt krótkotrwałym. Dłuższe wsparcie sprzyjałoby realnemu zakorzenieniu uczestniczek na rynku pracy i zwiększało trwałość rezultatów. Wydłużenie to, nie musi być realizowane w ramach kolejnych perspektyw finansowych, a może być finansowane np. w ramach innych środków publicznych.

Równie korzystne byłoby **uproszczenie procedur aplikacyjnych i rozliczeniowych**, które w perspektywie 2014–2020 stanowiły barierę dla mniejszych podmiotów. Zmniejszenie obciążeń administracyjnych zwiększyłoby dostępność do wsparcia i umożliwiło szersze zaangażowanie lokalnych organizacji, które często dysponują najlepszym rozeznanie w potrzebach społeczności. Dodatkowo warto rozważyć **wzmocnienie komponentu reintegracyjnego**, poprzez szybkie uruchamianie doradztwa zawodowego i szkoleń dla osób biernych zawodowo. Takie rozwiązanie zwiększałoby elastyczność projektów i pozwalało na szybsze reagowanie na potrzeby uczestników, wspierając ich w powrocie na rynek pracy.

Warto rozważyć **lepsze dopasowanie okresu wsparcia do cyklu dorastania dziecka**. W Działaniu X.1 część uczestniczek korzystała z opieki jedynie przez kilka miesięcy, ponieważ ich dzieci kończyły 3 lata w trakcie udziału w projekcie. Wprowadzenie mechanizmów umożliwiających płynne przejście do innych form opieki lub wydłużenie wsparcia pozwoliłoby uniknąć krótkotrwałości interwencji i zapewnić większą stabilność aktywizacji zawodowej.

Korzystne byłoby także **wzmocnienie stabilności kadry opiekuńczej i specjalistycznej**. Rotacja personelu oraz trudności w pozyskaniu specjalistów (np. logopedów, terapeutów SI, lektorów języka) obniżały jakość usług i powodowały przerwy w ich świadczeniu. Zapewnienie atrakcyjniejszych warunków zatrudnienia oraz mechanizmów stabilizacji kadry sprzyjałoby utrzymaniu wysokiego standardu wsparcia.

Istotnym usprawnieniem mogłoby być również **ułatwienie procesu rekrutacji uczestników**. Niska efektywność rekrutacji oraz wpływ świadczeń socjalnych ograniczały liczbę chętnych. Wzmocnienie działań promocyjnych, lepsze adresowanie barier mentalnych i organizacyjnych oraz bardziej elastyczne kryteria rekrutacyjne zwiększyłyby dostępność wsparcia i poprawiły realizację wskaźników.

Dodatkowo warto wskazać na potrzebę **usprawnienia procedur odbiorowych i uruchamiania placówek**. Skrócenie procedur kontrolnych oraz lepsze planowanie inwestycji budowlanych i remontowych sprzyjałoby szybszemu rozpoczęciu świadczenia usług w projektach, w których opóźnienia w adaptacji lokali, dostawach wyposażenia i odbiorach technicznych stanowiły problem.

Wreszcie, korzystne byłoby **wsparcie w dokumentowaniu rezultatów**. Uczestnicy mieli trudności z dostarczaniem dokumentów potwierdzających status na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie. Wprowadzenie prostszych mechanizmów weryfikacji rezultatów – np. integracji z bazami ZUS czy PUP – odciążałoby beneficjentów i uczestników, a jednocześnie zwiększyło wiarygodność danych.

OBSZAR ROZWOJU KOMPETENCJI I KONKURENCYJNOŚCI MŚP (KONTYNUACJA DZIAŁANIA X.2)

Mechanizm PSF i BUR Podmiotowy System Finansowania, oparty na Bazie Usług Rozwojowych, okazał się najbardziej efektywnym narzędziem w OPX – zarówno pod względem finansowym, jak i rzeczowym. Jego elastyczność i popytowość były wysoko oceniane przez przedsiębiorców, którzy cenili możliwość samodzielnego wyboru usług rozwojowych. W nowej perspektywie finansowej korzystne będzie utrzymanie i rozwój tego mechanizmu, przy jednoczesnym uproszczeniu formalności rozliczeniowych oraz poprawie stabilności i funkcjonalności systemu BUR, który dotychczas generował błędy techniczne i niejasności.

Grupy priorytetowe – osoby 50+ i o niskich kwalifikacjach Udział osób 50+ oraz osób o niskich kwalifikacjach w Działaniu X.2 był niższy niż zakładano, mimo że to właśnie te grupy wymagają szczególnego wsparcia. W nowej perspektywie finansowej korzystne będzie zintensyfikowanie działań promocyjnych i rekrutacyjnych, w tym poprzez współpracę z lokalnymi instytucjami rynku pracy, organizacjami pozarządowymi i pracodawcami. Dodatkowe zachęty finansowe lub preferencje w dostępie do usług mogłyby zwiększyć motywację tych grup do udziału we wsparciu.

W zakresie wsparcia outplacementowego pozytywnie oceniono stosowanie **Indywidualnego Planu Działania (IPD)**, który umożliwiał elastyczne dopasowanie ścieżki aktywizacyjnej do potrzeb uczestnika. W nowej perspektywie finansowej korzystne będzie kontynuowanie tej praktyki oraz rozwijanie narzędzi wspierających personalizację wsparcia.

Brak terminowości w rozliczeniach, manipulowanie statusami usług w BUR czy niepełne dokumentowanie działań obniżały efektywność projektów. Korzystne będzie wprowadzenie bardziej przejrzystych zasad rozliczeń oraz mechanizmów egzekwowania obowiązków formalnych wobec **PŚUR**, co zwiększy wiarygodność i jakość usług rozwojowych.

W Działaniu X.2 ocena jakości usług rozwojowych była niejednoznaczna i zależna od terminowości ankiet w BUR. Korzystne będzie wprowadzenie bardziej **systematycznych narzędzi oceny jakości** –

np. standaryzowanych ankiet, niezależnych audytów czy mechanizmów porównawczych – aby zapewnić spójność i wysoki standard wsparcia w całym systemie.

OBSZAR ZDROWIA I AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ (KONTYNUACJA DZIAŁANIA X.3)

Utrwalenie innowacyjnych rozwiązań wdrożonych w czasie pandemii COVID-19, takich jak teleporady, konsultacje edukacyjne czy realizacja badań w środowisku pracy, będzie korzystnym kierunkiem rozwoju w przyszłej perspektywie finansowej. Ich skuteczność została potwierdzona w Działaniu X.3, a elastyczność odpowiada na potrzeby osób starszych i z ograniczoną mobilnością, zwiększając dostępność usług zdrowotnych.

Jednocześnie należy zauważyć, że **uproszczenie procedur administracyjnych związanych z realizacją programów zdrowotnych**, w tym dokumentacji RPZ, mogłoby znacząco podnieść efektywność działań. Nadmierna biurokracja była jedną z głównych barier w Działaniu X.3, prowadzącą do rezygnacji uczestników z udziału we wsparciu i opóźnień w realizacji projektów, dlatego redukcja obciążeń formalnych sprzyjałaby większej dostępności i płynności wsparcia.

Ważnym kierunkiem rozwoju jest także to, że **lepsze powiązanie działań zdrowotnych z aktywizacją zawodową** pozwoliłoby pełniej wykorzystać potencjał zdrowotny w kontekście zatrudnienia. Integracja programów zdrowotnych z instrumentami rynku pracy oraz systemem ubezpieczeń społecznych (np. ZUS) zwiększyłaby trwałość efektów i ułatwiła monitorowanie wpływu interwencji na aktywność zawodową.

Dodatkowo warto wskazać, że **wzmocnienie komponentu edukacyjnego i profilaktycznego** mogłoby zwiększyć motywację uczestników do korzystania z badań przesiewowych i usług rehabilitacyjnych. W Działaniu X.3 niska frekwencja wynikała często z czynników organizacyjnych i osobistych, dlatego intensyfikacja działań informacyjnych oraz kampanii edukacyjnych sprzyjałaby większej świadomości zdrowotnej i wcześniejszemu wykrywaniu schorzeń.

Korzystnym rozwiązaniem byłoby również to, że **zapewnienie stabilności kadry medycznej i specjalistycznej** podniosłoby jakość i ciągłość wsparcia. Rotacja personelu oraz opóźnienia w przekazywaniu dokumentacji były problemem w Działaniu X.3, dlatego mechanizmy stabilizacji zatrudnienia i lepsza organizacja pracy placówek sprzyjałaby sprawniejszej realizacji programów.

Wreszcie należy podkreślić, że **rozwój narzędzi monitorowania efektów zdrowotnych w perspektywie długoterminowej** pozwoliłby uchwycić rzeczywisty wpływ interwencji na aktywność zawodową. Standaryzowane wskaźniki jakościowe, takie jak poprawa stanu zdrowia czy zmniejszenie absencji chorobowej, lepiej oddają wartość działań zdrowotnych niż same wskaźniki ilościowe i powinny stać się integralnym elementem ewaluacji.

Warto rozważyć także **włączenie do systemu monitorowania wskaźników jakościowych**. Tradycyjne miary ilościowe – choć niezbędne w kontekście rozliczeń projektów EFS – nie oddają pełnego wpływu działań na sytuację uczestników projektów. Wskaźniki zatrudnieniowe w Działaniu X.3 zostały zrealizowane na innym poziomie niż zakładano, co wynika z faktu, że efekty zdrowotne mają charakter pośredni i ujawniają się w dłuższej perspektywie. Poprawa stanu zdrowia, zmniejszenie absencji chorobowej czy wzrost motywacji do aktywności zawodowej nie zawsze przekładają się natychmiast na zatrudnienie, ale stanowią fundament trwałej aktywizacji.

WNIOSKI I POWIĄZANE Z NIMI REKOMENDACJE

Lp.	Treść wniosku (nr strony w raporcie)	Obszar tematyczny	Treść rekomendacji	Uzasadnienie rekomendacji	Adresaci rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia
1	Dodatkowo warto zwrócić uwagę na integrację komponentów opiekuńczego, kompetencyjnego i zdrowotnego – doświadczenia OPX pokazują, że największą wartość tworzy równoległe adresowanie barier w różnych sferach życia uczestników. Dopiero połączenie wsparcia opiekuńczego z rozwojem kompetencji i poprawą zdrowia daje trwały efekt aktywizacyjny. W nowej perspektywie finansowej UE warto traktować te komponenty nie jako odrębne moduły, lecz jako wzajemnie uzupełniające się elementy jednego systemu. (s. 242)	Rynek pracy	Utrzymać model trójfilarowy (społeczny–kompetencyjny–zdrowotny) jako podstawę przyszłych interwencji aktywizacyjnych.	OPX skutecznie eliminowała trzy główne bariery aktywności zawodowej: brak opieki nad dziećmi (X.1), niedobór kompetencji (X.2) i problemy zdrowotne (X.3). Wysoka - przewyższająca docelową - wartość wskaźników rezultatu i produktu w każdym z tych obszarów potwierdza, że ich równoległe adresowanie jest kluczowe dla trwałej aktywizacji.	IZ FEŁ2027 (Departament Wdrażania EFS)	Włączenie modelu trójfilarowego do przyszłych perspektyw poprzez trzy powiązane elementy: premiowanie projektów wielofilarowych w kryteriach konkursowych, monitorowanie efektów w podziale na trzy filary, oraz ewaluację synergii między nimi. Korzystne byłoby, gdyby kryteria konkursowe były tak konstruowane, aby – w uzasadnionych przypadkach* – premiowały projekty, które łączą elementy co najmniej dwóch filarów modelu trójfilarowego. Należy przy tym podkreślić, że realizacja tych komponentów nie musi następować wyłącznie w ramach pojedynczego projektu – mogą one być premiowane również poprzez komplementarność z innymi interwencjami, o ile wspólnie przyczyniają się do wzmocnienia efektu końcowego i zwiększenia wartości dodanej wsparcia. Oznacza to, że dodatkowe punkty w ocenie powinny otrzymywać przedsięwzięcia integrujące np. wsparcie opieki nad dziećmi z komponentem aktywizacji zawodowej albo działania rehabilitacyjne z doradztwem zawodowym. Takie podejście sprzyja tworzeniu projektów bardziej kompleksowych, które odpowiadają na wielowymiarowe bariery aktywności zawodowej i zwiększają szanse na trwałe rezultaty. Korzystne będzie, jeśli system monitorowania będzie umożliwiać raportowanie efektów w podziale na trzy filary – społeczny, kompetencyjny i zdrowotny. Dzięki temu możliwe będzie śledzenie równoległego wpływu każdego filaru na rynek pracy oraz identyfikacja, które kombinacje działań przynoszą najlepsze efekty. Przyszła ewaluacja powinna koncentrować się także na badaniu synergii między filarami. Oznacza to analizę, czy	31.12.2029

					równoległe stosowanie działań społecznych, kompetencyjnych i zdrowotnych rzeczywiście zwiększa trwałość rezultatów aktywizacyjnych. * W przypadku interwencji dotyczącej zdrowia rekomendacja ma zastosowanie tylko do działań, które mogą mieć bezpośrednie przełożenie na utrzymanie lub przywrócenie aktywności zawodowej w okresie realizacji projektu.		
2	Jednocześnie przy bardzo korzystnej efektywności finansowej, dane empiryczne pokazują, że wskaźniki produktu były wielokrotnie przekraczane – przykładowo w Poddziałaniu X.2.2 osiągnięto 318,57% wartości docelowej, a w Działaniu X.3 wskaźniki przekroczyły cele o ponad 270%, przy czym w grupie osób 50+ realizacja wyniosła aż 321,29%. Tak znaczące przewyższenie założeń wskazuje na niedoszacowanie skali potrzeb beneficjentów i zbyt ostrożne prognozowanie w fazie planowania. Ponadto analiza finansowa dodatkowo potwierdza wysoką konkurencję i ograniczoną zdolność Programu do zaspokojenia pełnego zapotrzebowania – faktyczne wydatkowanie środków pokryło jedynie 30–59% zgłaszanych potrzeb, mimo wysokiej absorpcji funduszy (92–103%). Przekroczenie wartości docelowych wskaźników produktu i rezultatu w ramach oraz niewielkie pokrycie zgłaszanych potrzeb wskazują, że skala potrzeb została niedoszacowana na etapie planowania. Dane te nie tyle świadczą o błędach, ile skłaniają do dokładniejszej weryfikacji założeń i prognoz w przyszłych programach. Zbyt ostrożne szacunki mogą prowadzić do nieoptymalnej alokacji środków i ograniczenia potencjału interwencji. (s. 233-234)	Rynek pracy	W przyszłych programach stosować prognozy wskaźników oparte na danych historycznych i analizach popytu, uwzględniające wariantowe scenariusze.	Wskaźniki produktu były wielokrotnie przekraczane (np. X.2.2 – 318%, X.3 – ponad 270%), co wskazuje na niedoszacowanie skali potrzeb. Zbyt ostrożne prognozy mogą prowadzić do nieoptymalnej alokacji środków i ograniczenia potencjału interwencji. Realistyczne prognozowanie pozwala lepiej planować budżet, kadry i działania promocyjne.	IZ FEŁ2027 (Departament Wdrażania EFS)	Rekomendacja obejmuje: (1) prognozowanie wskaźników w oparciu o dane historyczne i ewaluacje, (2) stosowanie wariantowych scenariuszy prognoz, które zwiększają elastyczność planowania. 1. Prognozowanie w oparciu o dane: Prognozy wskaźników powinny być budowane na podstawie danych historycznych z systemu teleinformatycznego, wyników ewaluacji ex post i mid-term oraz analiz sektorowych i demograficznych. Pozwoli to na zapewnienie, że wartości wskaźników odzwierciedlają rzeczywiste potrzeby i potencjał absorpcji środków. Mechanizm: - wykorzystanie danych o faktycznej liczbie uczestników i stopniu realizacji celów w poprzednich okresach, - analiza trendów (np. starzenie się populacji, zmiany struktury zatrudnienia), - cykliczna aktualizacja prognoz (np. co rok) w oparciu o bieżące dane monitoringowe. 2. Prognozowanie elastyczne / wariantowe: Zamiast jednej sztywnej wartości docelowej należy stosować wariantowe scenariusze prognoz (niski – realistyczny – wysoki). Pozwoli to na lepsze zarządzanie ryzykiem i reagowanie na zmienność popytu, szczególnie w obszarach trudnych do przewidzenia (np. zdrowie, opieka, innowacje społeczne). Mechanizm: - przygotowanie np. trzech wariantów wartości wskaźnika na podstawie danych historycznych i prognoz demograficznych,	31. 12.2029

					• monitorowanie, który wariant jest bliższy rzeczywistości w trakcie wdrażania, • możliwość dostosowania interwencji do różnych warunków gospodarczych i społecznych.		
3	Jednocześnie analiza doświadczeń beneficjentów i odbiorców wsparcia jednoznacznie pokazała, że indywidualizacja ścieżek wsparcia poprzez łączenie różnych komponentów w spójny model aktywizacyjny była kluczowym czynnikiem sukcesu projektów realizowanych w ramach OPX. Praktyka kumulacji wizyt, polegająca na zestawianiu kilku elementów wsparcia w ramach jednej wizyty, pozwoliła ograniczyć rezygnacje i opóźnienia oraz zwiększyć kompletność ścieżki wsparcia. Podobnie konstrukcja projektów jako pakietów usług – obejmujących doradztwo zawodowe, wsparcie psychologiczne, szkolenia, staże czy wsparcie finansowe – umożliwiała dopasowanie działań do indywidualnych potrzeb uczestników. Respondenci podkreślili, że takie podejście zwiększało skuteczność i dostępność interwencji, a także sprzyjało trwałości efektów, ponieważ uczestnicy otrzymywali kompleksowe wsparcie odpowiadające na różne bariery jednocześnie. Wnioski z badań wskazują, że projekty w ramach OPX łączące komponenty społeczne, zdrowotne i zawodowe – jak opieka nad dziećmi powiązana z aktywizacją zawodową czy rehabilitacja uzupełniona poradnictwem psychologicznym – powinny być promowane jako modelowe rozwiązania w przyszłych programach operacyjnych. (s. 241)	Rynek pracy	Promować projekty, które indywidualizują ścieżki wsparcia uczestników poprzez łączenie różnych komponentów w spójny model aktywizacyjny.	Uczestnicy i eksperci wskazywali, że największą wartość miały projekty łączące różne formy wsparcia – np. opiekę nad dziećmi z aktywizacją zawodową (X.1) czy rehabilitację z poradnictwem psychologicznym (X.3.1). Takie podejście zwiększało skuteczność, dostępność i trwałość efektów.	IZ FEŁ2027 (Departament Wdrażania EFS)	Należy promować Indywidualny Plan Działania (IPD) jako istotny element realizacji projektów, który pozwala na dostosowanie form wsparcia do potrzeb konkretnej osoby. IPD powinien obejmować diagnozę sytuacji uczestnika, dobór odpowiednich narzędzi oraz monitorowanie postępów. Wprowadzenie – w uzasadnionych przypadkach* - preferencji punktowych w konkursach dla projektów łączących komponenty wsparcia. W regulaminach konkursowych należy wprowadzić kryteria premiujące projekty, które łączą co najmniej dwa komponenty wsparcia. Dzięki temu instytucje projektujące działania będą zachęcane do tworzenia kompleksowych ścieżek aktywizacyjnych, odpowiadających na wielowymiarowe potrzeby uczestników. Szkolenia dla projektodawców z projektowania kompleksowych ścieżek, np. jako organizacja cyklicznych szkoleń i warsztatów dla potencjalnych beneficjentów, poświęconych projektowaniu zintegrowanych modeli wsparcia. Szkolenia powinny obejmować: • przykłady dobrych praktyk z poprzednich okresów programowania, • metody indywidualizacji ścieżek wsparcia (np. Indywidualny Plan Działania), • narzędzia do łączenia komponentów społecznych, kompetencyjnych i zdrowotnych w jednym projekcie. W monitorowaniu i ewaluacji należy uwzględnić ocenę potencjalnej synergii oraz większej użyteczności i skuteczności projektów wielokomponentowych. Tylko takie podejście pozwoli na pełne uchwycenie wartości dodanej wynikającej z integracji różnych form wsparcia.	31.12.2029

					* W przypadku interwencji dotyczącej zdrowia rekomendacja ma zastosowanie tylko do działań, które mogą mieć bezpośrednie przełożenie na utrzymanie lub przywrócenie aktywności zawodowej w okresie realizacji projektu.	
4	Na wagę czynników psychologicznych i społecznych w korzystaniu ze wsparcia wskazuje również analiza udziału osób starszych w projektach oraz trudności zgłaszanych przez ich realizatorów, które – razem z deficytami kompetencji cyfrowych – ograniczały skuteczność interwencji dla osób 50+. Potwierdzają to także ustalenia innych analiz: udział tej grupy w usługach rozwojowych wyniósł jedynie 16%, co trzecia osoba w wieku od 50 do 64 lat nigdy nie podnosiła swoich kompetencji zawodowych, a konieczność posiadania adresu e-mail czy korzystania z narzędzi online stanowiła dla wielu barierę nie do pokonania. Pandemia dodatkowo pogłębiła te trudności – ograniczenie tradycyjnych form szkoleń i przeniesienie usług do trybu zdalnego spotęgowało wykluczenie cyfrowe i zniechęciło osoby starsze do udziału w projektach. Trudności takie przejawiały się w sposób szczególny w sytuacji, w której udział we wsparciu wymagał wykorzystania zewnętrznych narzędzi cyfrowych, co było widoczne w projektach realizowanych przy wykorzystaniu BUR. Brak intuicyjności systemu BUR, trudności z logowaniem, wyborem usług czy komunikacją z operatorami skutecznie ograniczały dostępność wsparcia. (s. 246-247)	Rynek pracy	Uprościć interfejsy cyfrowe i zapewnić systemowe wsparcie techniczne dla osób o niższych kompetencjach cyfrowych.	System BUR był oceniany jako PARP mało intuicyjny przez osoby 50+, co ograniczało ich udział w działaniach rozwojowych (X.2). Brak wsparcia technicznego i trudności z logowaniem, wyborem usług czy komunikacją z operatorami zniechęcały uczestników.	Ponieważ brak jednoznacznych informacji o przyczynach trudności technicznych w obsłudze systemu BUR (czy wynikają one ze zbyt niskich kompetencji technicznych i technologicznych niektórych przedstawicieli grup docelowych, czy realnego niedostosowania do potrzeb po stronie BUR), rekomenduje się dwutorowe podejście do minimalizowania ich wpływu: z jednej strony poprzez techniczne usprawnienia systemu, a z drugiej poprzez wsparcie użytkowników w postaci infolinii, instrukcji i szkoleń. Takie rozwiązanie zwiększy dostępność systemu i ograniczy ryzyko wykluczenia cyfrowego. Przeprojektowanie interfejsu BUR z uwzględnieniem potrzeb osób starszych: • Przeprojektowanie interfejsu BUR z uwzględnieniem potrzeb osób o niższych kompetencjach cyfrowych, w tym osób starszych. • Uproszczenie procesów obsługi – ograniczenie liczby kroków, zastosowanie czytelnych ikon, większych czcionek i intuicyjnych komunikatów. • Testy użyteczności z udziałem grup docelowych, aby zweryfikować, czy wprowadzone zmiany faktycznie eliminują bariery. Wprowadzenie wsparcia technicznego i instrukcji krok po kroku: • Wsparcie techniczne – uruchomienie infolinii telefonicznej oraz czatu online, które krok po kroku prowadzą użytkowników przez proces obsługi systemu. • Instrukcje krok po kroku – przygotowanie prostych przewodników w formie broszur, infografik i materiałów wideo, dostępnych zarówno online, jak i w instytucjach publicznych. • Szkolenia i warsztaty dla osób 50+ oraz innych grup zagrożonych wykluczeniem cyfrowym, aby	31.12.2029

5 Czynniki zewnętrzne miały istotny wpływ na realizację interwencji, a pandemia COVID-19 okazała się najpoważniejszym zakłóceniem. Wymusiła ona czasowe zawieszenie działań zdrowotnych, ograniczając dostęp do rehabilitacji i profilaktyki, a także spowodowała konieczność przeniesienia wielu usług na tryb zdalny. Pandemia ujawniła przy tym ograniczenia tradycyjnych modeli świadczeń zdrowotnych i jednocześnie pokazała potencjał rozwiązań cyfrowych. Teleporady pozwoliły utrzymać ciągłość wsparcia w sytuacji, gdy placówki medyczne były częściowo zamknięte, a uczestnicy – zwłaszcza osoby starsze i przewlekle chore – rezygnowali z wizyt stacjonarnych z obawy o zdrowie. Dzięki formie zdalnej możliwe było dotarcie do osób o ograniczonej mobilności, mieszkających poza dużymi ośrodkami czy objętych kwarantanną, co zwiększyło dostępność i zasięg interwencji. (s. 244-245)	Rynek pracy	Wprowadzić zdalne formy wsparcia (teleporady, telerehabilitacja) jako standardowy komponent usług zdrowotnych w przyszłych działaniach.	Teleporady w X.3.1 okazały się skuteczne i trwałe – zapewniły ciągłość wsparcia w czasie pandemii, zwiększyła dostępność dla osób z ograniczoną mobilnością i została uznana za dobrą praktykę. Ich wdrożenie jako standardu zwiększy elastyczność i efektywność interwencji zdrowotnych.	IZ FEŁ2027 (Departament Wdrażania EFS)	zwiększyć ich kompetencje i pewność w korzystaniu z systemu. Przyszłe mechanizmy monitorowania i ewaluacji powinny oceniać, czy zmiany zwiększyły dostępność systemu dla osób o niższych kompetencjach cyfrowych i przełożyły się na wyższy udział w działaniach rozwojowych. Wprowadzenie zdalnych form wsparcia jako kwalifikowalnych kosztów: • Teleporady i inne formy zdalnego wsparcia (np. telekonsultacje, telerehabilitacja) jako usługi wspierające powinny zostać formalnie wpisane do katalogu kosztów kwalifikowalnych, aby instytucje realizujące projekty mogły je finansować ze środków programu. • Oznacza to, że zarówno infrastruktura techniczna (platformy, oprogramowanie, sprzęt), jak i usługi świadczone w formule zdalnej będą traktowane jako pełnoprawne elementy projektów zdrowotnych. • Dzięki temu teleformy staną się standardem, a nie dodatkiem stosowanym jedynie w sytuacjach kryzysowych. Aktualizacja katalogu usług zdrowotnych w dokumentach programowych powinien zostać rozszerzony o zdalne formy wsparcia, np.: • teleporady lekarskie i psychologiczne, • telerehabilitację, • zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów, • edukację zdrowotną online. • Usługi te powinny być opisane w sposób jednoznaczny, z określeniem minimalnych standardów jakości i bezpieczeństwa (np. ochrona danych, dostępność dla osób starszych i z niepełnosprawnościami). Szkolenia dla beneficjentów i realizatorów w zakresie wdrażania teleform: np.: • obsługi narzędzi cyfrowych i platform telemedycznych,	31.12.2029
---	--------------------	--	--	---	--	-------------------

6	Jednocześnie analiza zgłaszanych trudności pokazuje, że problemy z rozliczeniami finansowymi i interpretacją przepisów miały również charakter systemowy. Beneficjenci wskazali na rozbieżności w kwalifikowaniu składek ZUS przy stażach i zatrudnieniu subsydiowanym, niejednoznaczne interpretacje dotyczące VAT przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz nadmiernie skomplikowane procedury dokumentowania wydatków. Z perspektywy efektywności operacyjnej kluczowe jest zatem wprowadzenie uproszczonych ścieżek rozliczeń dedykowanych projektom aktywizacyjnym oraz jednolitych interpretacji, które zmniejszą obciążenia administracyjne, skrócą czas realizacji i zwiększą dostępność wsparcia dla uczestników. (s. 243)	Rynek pracy	Wprowadzić uproszczone ścieżki rozliczeń (ryczałty, koszty jednostkowe) oraz jednolite interpretacje ZUS i VAT dla projektów aktywizacyjnych.	Beneficjenci Działów X.1, X.2 wskazywali na trudności związane z rozliczaniem składek ZUS przy stażach i zatrudnieniu subsydiowanym oraz z kwalifikowaniem VAT przy zakładaniu działalności. Złożoność dokumentacji i niejednolite interpretacje obniżały efektywność operacyjną i wydłużały czas realizacji projektów. Uproszczone metody rozliczeń (ryczałty, stawki jednostkowe) były narzędziem ogólnym w EFS, wynikającym z rozporządzeń UE i krajowych wytycznych. Stosowano je zatem w projektach, ale nie jako element dedykowany Osi priorytetowej X. Jednocześnie problemy zgłaszane przez beneficjentów wskazują, że	IZ FEŁ2027 (Departament Wdrażania EFS)	• zapewnienia bezpieczeństwa danych i zgodności z RODO, • dostosowania usług do potrzeb osób o niższych kompetencjach cyfrowych, • prowadzenia zdalnej komunikacji w sposób efektywny i przyjazny dla pacjenta. • Szkolenia powinny być obowiązkowe dla podmiotów realizujących projekty, aby zapewnić jednolity standard świadczenia usług zdalnych w całym regionie. Monitoring i ewaluacja powinny oceniać skuteczność i trwałość efektów teleform, aby zapewnić ich pełne wdrożenie jako standardowego komponentu usług zdrowotnych. Aktualizacja wytycznych IZ i dokumentacji konkursowej: 31.12.2029 • Wprowadzenie jasnych zapisów dotyczących kwalifikowalności kosztów związanych ze składkami ZUS i VAT. • Opracowanie jednolitego katalogu kosztów uproszczonych (np. ryczałty, stawki jednostkowe) dla typowych wydatków w projektach aktywizacyjnych, takich jak: wynagrodzenia stażystów, koszty opiekunów, szkolenia czy doradztwo. • Zmniejszenie liczby wymaganych dokumentów rozliczeniowych poprzez stosowanie prostych form potwierdzania wydatków. Wprowadzenie katalogu kosztów uproszczonych dla typowych wydatków: • Określenie standardowych stawek jednostkowych dla najczęściej występujących kosztów (np. miesięczny koszt stażu, koszt szkolenia na uczestnika). • Zastosowanie ryczałtów w miejsce szczegółowych rozliczeń, co ograniczy obciążenia administracyjne i przyspieszy proces rozliczeń.
---	---	-------------	--	---	---	--

brakowało jednolitych interpretacji i uproszczonych ścieżek opracowanych z myślą o tej osi.

- Zapewnienie przejrzystości i przewidywalności dla beneficjentów, którzy będą mogli łatwiej planować budżet projektów.

Uzgodnienie **jednolitych interpretacji** z ZUS i KAS w formie wspólnego komunikatu:

- Wypracowanie wspólnego stanowiska dotyczącego zasad rozliczania składek i kwalifikowania VAT.
- Publikacja komunikatu w formie oficjalnych wytycznych, dostępnych dla wszystkich beneficjentów.
- Zapewnienie jednolitego stosowania przepisów w całym regionie, co wyeliminuje rozbieżności interpretacyjne i zmniejszy ryzyko sporów.

7	Realizacja OPX była ograniczana przez równoległe działania innych instytucji publicznych. W obszarze zdrowotnym projekty z NFZ oferujące świadczenia rehabilitacyjne stanowiły konkurencję dla programów finansowanych z RPO Wł 2014-2020 – zdarzało się, że uczestnicy wybierali usługi NFZ jako bardziej dostępne lub bezpłatne, co zmniejszało zainteresowanie projektami OPX. Podobnie na rynku pracy Powiatowe Urzędy Pracy i Wojewódzki Urząd Pracy prowadziły własne nabory skierowane do tych samych grup docelowych, co powodowało rozproszenie uczestników i utrudniało kompletowanie grup szkoleniowych. Na innym poziomie działała natomiast konkurencja wsparcia z niektórymi świadczeniami socjalnymi. Wprowadzenie programu 500+ miało niezamierzony efekt uboczny w kontekście aktywizacji zawodowej. Część rodziców, zwłaszcza matek, decydowała się na pozostanie na urloпах wychowawczych, rezygnując z udziału w projektach wspierających powrót na rynek pracy. Świadczenie zapewniało podstawowe bezpieczeństwo finansowe, co zmniejszało	Rynek pracy	Uwzględnić wpływ polityk krajowych (np. świadczeń socjalnych) na skuteczność interwencji aktywizacyjnych.	Programy socjalne, takie jak 500+, miały niezamierzony wpływ na motywację do pracy, szczególnie wśród kobiet biernych zawodowo (X.1). Zjawisko to ograniczało skuteczność rekrutacji i osiąganie wskaźników rezultatu. Uwzględnienie tych czynników w analizie potrzeb i konstrukcji interwencji pozwoli lepiej dopasować działania aktywizacyjne.	IZ FEŁ2027 (Departament Wdrażania EFS)	Włączenie analizy wpływu polityk krajowych do diagnozy potrzeb w dokumentach programowych. • Każda diagnoza poprzedzająca projekt aktywizacyjny powinna zawierać ocenę wpływu aktualnych programów socjalnych (np. świadczenia rodzinne, dodatki mieszkaniowe, ulgi podatkowe) na motywację do podjęcia pracy. • Analiza powinna wskazywać zarówno pozytywne efekty (np. stabilizacja sytuacji rodzinnej), jak i efekty uboczne (np. zmniejszona motywacja do zatrudnienia), biorąc pod uwagę ich miejsce w motywacji do podjęcia aktywności zawodowej. Konsultacje z instytucjami odpowiedzialnymi za politykę społeczną powinny stanowić stały element procesu przygotowywania i wdrażania interwencji w ramach perspektywy finansowej UE na lata 2028-2034. Celem tych konsultacji jest zrozumienie potencjalnego wpływu krajowych programów socjalnych na rynek pracy, w tym na motywację do podejmowania zatrudnienia, skuteczność rekrutacji oraz trwałość rezultatów projektów aktywizacyjnych. Dzięki temu możliwe będzie lepsze dopasowanie działań do realnych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i uniknięcie sytuacji, w których interwencje są osłabiane przez równoległe mechanizmy wsparcia.	31.12.2029
---	--	-------------	--	---	---	--	------------

motywację do podejmowania zatrudnienia lub uczestnictwa w szkoleniach. (s. 246)

Tradycyjne miary ilościowe – choć niezbędne w kontekście rozliczeń projektów EFS – nie oddają pełnego wpływu działań na sytuację uczestników projektów. Wskaźniki zatrudnieniowe w Działaniu X.3 zostały zrealizowane na innym poziomie niż zakładano, co wynika z faktu, że efekty zdrowotne mają charakter pośredni i ujawniają się w dłuższej perspektywie. Poprawa stanu zdrowia, zmniejszenie absencji chorobowej czy wzrost motywacji do aktywności zawodowej nie zawsze przekładają się natychmiast na zatrudnienie, ale stanowią fundament trwałej aktywizacji. (s. 251)

Rynek pracy

W interwencjach zdrowotnych stosować wskaźniki jakościowe i długoterminowe, które lepiej oddają rzeczywisty wpływ na aktywność zawodową.

Wskaźniki zatrudnieniowe w Działaniu X.3 zostały zrealizowane na innym niż zakładano poziomie. Wynika to z faktu, że interwencje zdrowotne mają pośredni i długofalowy wpływ na aktywność zawodową. Wskaźniki jakościowe (np. poprawa stanu zdrowia, zmniejszenie absencji) lepiej oddają rzeczywisty efekt.

Dlatego rekomenduje się wprowadzenie alternatywnych wskaźników jakościowych w SZOP FEŁ2027, takich jak:

- **poprawa stanu zdrowia** (mierzona standaryzowanymi narzędziami funkcjonalnymi i jakości życia, w okresie 3–6 miesięcy po zakończeniu wsparcia),

IZ FEŁ2027 (Departament Wdrażania EFS)

Uwzględnienie **bodźców finansowych** w projektowaniu ścieżek aktywizacyjnych:

- Ścieżki aktywizacyjne powinny być projektowane tak, aby **równoważyć wpływ świadczeń socjalnych** – np. poprzez oferowanie dodatkowych zachęt finansowych, elastycznych form zatrudnienia czy wsparcia w opiece nad dziećmi.
- Należy rozważyć mechanizmy, które **nie konkurują z programami socjalnymi**, lecz je uzupełniają, np. premie za podjęcie pracy, dopłaty do kosztów opieki czy wsparcie w dojazdach.

Zmiana logiki interwencji w działaniach zdrowotnych poprzez uwzględnienie dodatkowych aspektów oceny. Wprowadzenie alternatywnych wskaźników rezultatu.

31.12.2029

Przykładowe **wskaźniki dodatkowe** działań zdrowotnych (Działanie X.3)

Poprawa stanu zdrowia

Definicja wskaźnika: Liczba osób, które po zakończeniu udziału w programie zdrowotnym (rehabilitacja, profilaktyka, wsparcie psychospołeczne) wykazują poprawę funkcjonalną w zakresie zdolności do pracy lub codziennej aktywności, potwierdzoną standaryzowanym narzędziem oceny (np. skala Barthel, SF-36, WHOQOL).

Kryteria oceny:

- poprawa wyników w testach funkcjonalnych lub jakości o określony próg (np. $\geq 10\%$ względem wartości początkowej),
- zmniejszenie liczby zgłaszanych ograniczeń zdrowotnych w ankietach uczestników.

Okres pomiaru: 3–6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie (krótkoterminowy efekt) oraz opcjonalnie 12 miesięcy (utrzymanie efektu).

- **zmniejszenie absencji chorobowej w pracy** (mierzona liczbą dni zwolnienia lekarskiego w okresie 6–12 miesięcy po zakończeniu wsparcia).

Jednostka pomiaru: liczba osób z poprawą / liczba osób objętych wsparciem (odsetek).

Zmniejszenie absencji chorobowej

Definicja wskaźnika: Liczba osób, które po zakończeniu udziału w programie zdrowotnym odnotowały spadek absencji chorobowej w pracy (np. liczba dni zwolnienia lekarskiego w okresie 6 miesięcy po zakończeniu wsparcia w porównaniu do 6 miesięcy przed rozpoczęciem).

Kryteria oceny:

- redukcja absencji o co najmniej 20% względem okresu bazowego,
- potwierdzenie danych na podstawie deklaracji uczestników lub dokumentacji pracodawcy (jeśli dostępna).

Okres pomiaru: 6–12 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.

Jednostka pomiaru: liczba osób ze zmniejszoną absencją / liczba osób objętych wsparciem (odsetek).

Wskaźniki te powinny być definiowane jako **odsetek osób objętych wsparciem, które wykazały poprawę**, co pozwoli na bardziej realistyczne uchwycenie efektów zdrowotnych i ich wpływu na rynek pracy.

Rekomenduje się konsultacje z ekspertami zdrowia publicznego i ewaluatorami w celu doprecyzowania narzędzi pomiaru.

9	Występowały rezygnacje w trakcie realizacji wsparcia – z powodów osobistych, zdrowotnych lub w wyniku podjęcia zatrudnienia w trakcie projektu. W konsekwencji beneficjenci musieli powtarzać nabory, co wydłużało realizację i obniżało efektywność wskaźników. Rezygnacje uczestników były w dużej	Rynek pracy	Wprowadzić możliwość rekrutacji buforowej w działaniach zatrudnieniowych, aby zwiększyć elastyczność projektów i odporność na	W outplacemencie (X.2.2) skuteczną praktyką była rekrutacja nadwyżkowa, która pozwalała osiągnąć wskaźniki rezultatu mimo rezygnacji części uczestników. Formalne dopuszczenie buforu rekrutacyjnego zwiększy elastyczność i odporność projektów na czynniki losowe.	IZ FEŁ2027 (Departament Wdrażania EFS)	Wprowadzenie – w uzasadnionych przypadkach – zapisów o rekrutacji buforowej w dokumentacji konkursowej. Dokumentacja konkursowa powinna jasno określać możliwość rekrutacji większej liczby uczestników niż zakładana w projekcie. Określenie dopuszczalnego marginesu (np. +20%) i zasad zarządzania wskaźnikami. Margines powinien być elastyczny, dostosowany do specyfiki działań – większy w	31.12.2029
---	--	-------------	---	--	--	---	------------

mierze zjawiskiem nieuniknionym. Doświadczenia dotyczące wsparcia outplacementowego (X.2.2) pokazują, że formalne dopuszczenie buforu rekrutacyjnego jako rozwiązania systemowego zwiększyłoby elastyczność projektów i ich odporność na czynniki losowe. Umożliwiłoby to bardziej realistyczne planowanie, ograniczenie ryzyka spadku wskaźników produktu oraz zapewnienie stabilności realizacji działań aktywizacyjnych w sytuacjach, gdy część uczestników rezygnuje z dalszego udziału we wsparciu. (s. 243)

rezygnacje uczestników.

projektach o wysokim ryzyku rezygnacji (np. osoby z problemami zdrowotnymi).

W przypadku wprowadzenia rekrutacji buforowej, konieczne jest także określenie **zasad zarządzania wskaźnikami**, w tym:

- Wskaźniki rezultatu i produktu powinny być raportowane w odniesieniu do grupy podstawowej, z uwzględnieniem buforu jako mechanizmu zabezpieczającego.
- IZ powinna opracować wytyczne, jak rozliczać wskaźniki w przypadku wykorzystania rekrutacji buforowej, aby uniknąć niejednoznaczności interpretacyjnych.

Takie zmiany wymuszają przygotowanie materiałów edukacyjnych i organizację szkoleń dla beneficjentów.

Materiały edukacyjne i szkolenia dla beneficjentów powinny w prosty i przejrzysty sposób wyjaśniać nowe zasady – np. katalog kosztów uproszczonych, dopuszczalny margines rekrutacji buforowej czy jednolite interpretacje ZUS/VAT. Należy je opracować w formie przewodników krok po kroku, infografik oraz przykładów praktycznych, aby ograniczyć ryzyko błędów i niejednoznacznych interpretacji.

SPIS WYKRESÓW I TABEL

Tabela 1. Zestawienie warunków finansowych dla komponentów OPX	58
Tabela 2. Alokacja i relokacje w OPX RPO Wł 2014-2020.....	60
Tabela 3. Czas trwania naborów (dni kalendarzowe)	67
Tabela 4. Liczba obiorców wsparcia w powiatach województwa łódzkiego.....	68
Tabela 5. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego (PI 8iv).....	71
Tabela 6. Wskaźniki produktu (PI 8iv).....	71
Tabela 7. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego (PI 8v).....	73
Tabela 8. Wskaźniki produktu (PI 8v).....	73
Tabela 9. Wskaźniki rezultatu bezpośredniego (PI 8vi).....	75
Tabela 10. Wskaźniki produktu (PI 8vi).....	75
Tabela 11. Zestawienie finansowe projektów w ramach OP X.....	78
Tabela 12. Zestawienie efektywności kosztowej – Działanie X.1 (PLN).....	84
Tabela 13. Zestawienie efektywności kosztowej – Działanie X.2 (PLN).....	85
Tabela 14. Zestawienie efektywności kosztowej – Działanie X.3 (PLN).....	86
Tabela 15. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile odpowiadało na Pana(i) potrzeby w tamtym czasie? (% wskazań)	110
Tabela 16. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. trwałość zatrudnienia / możliwość podjęcia pracy)? (% wskazań)	110
Tabela 17. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. trwałość zatrudnienia / możliwość podjęcia pracy)? (% wskazań)	112
Tabela 18. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile odpowiadało na potrzeby Państwa firmy / na Pana(i) potrzeby w tamtym czasie? (% wskazań)	128
Tabela 19. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na sytuację w Państwa firmie/ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)	128
Tabela 20. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na sytuację w Państwa firmie / był jego wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)	131
Tabela 21. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile odpowiadało na Pana(i) potrzeby w tamtym czasie? – osoby pracujące (% wskazań)	148
Tabela 22. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)	150

Tabela 23. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)	152
Tabela 24. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile odpowiadało na Pana(i) potrzeby w tamtym czasie? (% wskazań)	175
Tabela 25. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)	176
Tabela 26. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na Pana(i) sytuację zawodową (np. wydłużenie aktywności zawodowej)? (% wskazań)	177
Tabela 27. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile miało ono realny wpływ na Pana(i) sytuację zdrowotną? (% wskazań)	180
Tabela 28. Jak ocenia Pan(i) otrzymane wsparcie pod kątem tego na ile trwały (czyli odczuwany także w czasie po zakończeniu wsparcia) był jego wpływ na Pana(i) sytuację zdrowotną? (% wskazań)	181
Tabela 29. Powiązania OPX z dokumentami strategicznymi	188
Tabela 30. Komplementarność OPX z programami krajowymi i UE	192
Tabela 31. Kryteria premiujące komplementarność w X.1	200
Tabela 32. Kryteria premiujące komplementarność w X.2	201
Tabela 33. Kryteria premiujące komplementarność w X.3	202
Tabela 34. Kryteria premiujące komplementarność do OP X w innych osiach RPO Wł 2014–2020	204
 Wykres 1. Liczba naborów w Działaniach X.1, X.2 i X.3 w kolejnych latach	65
Wykres 2. Zgłaszalność w Działaniach X.1, X.2 i X.3	66
Wykres 3. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości otrzymania wsparcia? Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze źródła informacji. (% wskazań)	107
Wykres 4. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań)	108
Wykres 5. Z jakiego wsparcia Pan(i) korzystał(a)? (% wskazań)	109
Wykres 6. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Pana(i) przypadku do: ... (% wskazań)	112
Wykres 7. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) w jakiś sposób wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2? (% wskazań)	114
Wykres 8. W jaki sposób? Proszę wskazać każdy przejaw wpływu pandemii na korzystanie ze wsparcia, który Pan(i) odczuł(a). (% wskazań)	115
Wykres 9. Czy realizatorzy projektu zareagowali jakoś na te trudności? (% wskazań)	116
Wykres 10. Czy w trakcie udziału w projekcie napotkał(a) Pan(i) jakieś inne problemy / trudności związane z korzystaniem ze wsparcia? (% wskazań)	116

Wykres 11. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja życiowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.1 Powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów: ... (% wskazań) ...	118
Wykres 12. Płeć badanych odbiorców wsparcia (% wskazań)	122
Wykres 13. Liczba pracowników objętych wsparciem (% wskazań)	122
Wykres 14. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości otrzymania wsparcia? Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze źródła informacji. (% wskazań)	123
Wykres 15. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań)	124
Wykres 16. Z jakiego rodzaju wsparcia procesów adaptacyjnych w przedsiębiorstwach sektora MŚP za pomocą usług rozwojowych dostępnych w Bazie Usług Rozwojowych skorzystała Państwa firma / korzystał(a) Pan(i) w projekcie? (% wskazań)	125
Wykres 17. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Państwa firmie do: ... (% wskazań)	131
Wykres 18. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) w jakiś sposób wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2? (% wskazań)	132
Wykres 19. W jaki sposób? Proszę wskazać każdy przejaw wpływu pandemii na korzystanie ze wsparcia, który Pan(i) odczuł(a). (% wskazań)	133
Wykres 20. Czy w trakcie udziału w projekcie napotkał(a) Pan(i) jakieś inne problemy / trudności związane z korzystaniem ze wsparcia? (% wskazań)	134
Wykres 21. W jaki sposób? Proszę wskazać każdy przejaw wpływu pandemii na korzystanie ze wsparcia, który Pan(i) odczuł(a). (% wskazań)	135
Wykres 22. Czy realizatorzy projektu zareagowali jakoś na te trudności? (% wskazań)	136
Wykres 23. Jak zmieniła się sytuacja w Państwa firmie w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.2 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów... - pracownicy (% wskazań)	137
Wykres 24. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja zawodowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.2 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów... - pracownicy (% wskazań)	138
Wykres 25. Płeć badanych odbiorców wsparcia. (% wskazań)	143
Wykres 26. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości otrzymania wsparcia? Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze źródła informacji. (% wskazań)	143
Wykres 27. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań)	144
Wykres 28. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymał(a) Pan(i) w projekcie? Proszę zaznaczyć każdą formę wsparcia, z której Pan(i) korzystał(a). (% wskazań)	146
Wykres 29. Rodzaj instrumentów wsparcia bezzwrotnego dla osób zamierzających podjąć działalność gospodarczą. (% wskazań)	147

Wykres 30. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Pana(i) przypadku do: ... – osoby, które utraciły pracę (% wskazań).....	154
Wykres 31. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Pana(i) przypadku do: ... – osoby przewidziane do zwolnienia (% wskazań)	154
Wykres 32. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) w jakiś sposób wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2? (% wskazań)	155
Wykres 33. W jaki sposób? Proszę wskazać każdy przejaw wpływu pandemii na korzystanie ze wsparcia, który Pan(i) odczuł(a). (% wskazań)	156
Wykres 34. Czy realizatorzy wsparcia zareagowali na te trudności? (% wskazań).....	157
Wykres 35. Czy w trakcie udziału w projekcie napotkał(a) Pan(i) jakieś inne problemy / trudności związane z korzystaniem ze wsparcia? (% wskazań)	158
Wykres 36. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja życiowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.2 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów – osoby, które utraciły pracę (% wskazań)	159
Wykres 37. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja życiowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.2 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw? Proszę dokonać oceny osobno dla każdego z wymienionych niżej obszarów – osoby przewidziane do zwolnienia (% wskazań).....	159
Wykres 38. Respondenci badania wg Poddziałania. (% wskazań).....	169
Wykres 39. Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o możliwości otrzymania wsparcia? Proszę wskazać maksymalnie 3 najważniejsze źródła informacji. (% wskazań).....	170
Wykres 40. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań).....	171
Wykres 41. Jakiego rodzaju wsparcie otrzymał(a) Pan(i) w projekcie? Proszę zaznaczyć każdą formę wsparcia, z której Pan(i) korzystał(a). (% wskazań)	173
Wykres 42. Jak ocenia Pan(i) proces aplikowania do projektu? Na ile łatwo było – z Pana(i) perspektywy – otrzymać w nim wsparcie? (% wskazań).....	174
Wykres 43. Na ile – ogólnie rzecz biorąc - udział w projekcie przyczynił się w Pana(i) przypadku do: ... (% wskazań).....	183
Wykres 44. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) w jakiś sposób wpływ pandemii COVID-19 wywołanej przez koronawirus SARS-CoV-2? (% wskazań)	184
Wykres 45. Czy w trakcie udziału w projekcie odczuł(a) Pan(i) inne problemy/trudności związane z korzystaniem ze wsparcia? (% wskazań)	185
Wykres 46. Jak zmieniła się Pana(i) sytuacja życiowa w efekcie udziału w projekcie realizowanym w ramach Działania X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia? Proszę dokonać oceny dla obszaru: ... (% wskazań).....	186

BIBLIOGRAFIA

Dokumenty strategiczne, programowe i wytyczne

Skrót	Pełny przypis
UP 2014–2020	Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju (2014), <i>Umowa Partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2014–2020 w Polsce</i> , Warszawa.
UP 2021–2027	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (2021), <i>Umowa Partnerstwa na lata 2021–2027</i> , Warszawa.
SOR 2020	Ministerstwo Rozwoju (2017), <i>Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)</i> , Warszawa.
SRWŁ 2020	Sejmik Województwa Łódzkiego (2013), <i>Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020</i> , Łódź.
SRWŁ 2030	Sejmik Województwa Łódzkiego (2021), <i>Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030</i> , Łódź.
LORIS 2030	Deloitte Business Consulting S.A., ŁARR S.A. (2020), <i>Regionalna Strategia Innowacji dla Województwa Łódzkiego – LORIS 2030</i> , Łódź.
SZOOP RPO WŁ 2014-2020	Zarząd Województwa Łódzkiego (2024), <i>Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WŁ 2014-2020 na lata 2014–2020</i> , aktualizacja z 23.04.2024.
FEŁ2027	Zarząd Województwa Łódzkiego (2022), <i>Program regionalny Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027</i> , Łódź.
SZOP FEŁ2027	Zarząd Województwa Łódzkiego (2023), <i>Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027</i> , Łódź.
Wytyczne edukacja	MFIPR (2019), <i>Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze edukacji na lata 2014–2020</i> , Warszawa.
Wytyczne adaptacyjność	MFIPR (2021), <i>Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze adaptacyjności przedsiębiorstw i pracowników</i> , Warszawa.
Wytyczne zdrowie	MFIPR (2020), <i>Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia</i> , Warszawa.
Policy paper zdrowie	Ministerstwo Zdrowia (2014), <i>Krajowe ramy strategiczne – Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020</i> , Warszawa.
Regulamin PSF	Zarząd Województwa Łódzkiego (2022), <i>Regulamin dla Operatora (Beneficjenta) dotyczący udzielania wsparcia w ramach Podmiotowego Systemu Finansowania Województwa Łódzkiego (wersja 4)</i> , Łódź.
MZ, Zdrowa Przyszłość	Ministerstwo Zdrowia (2021), <i>Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.</i> , Warszawa.

Raporty ewaluacyjne i analizy PARP

Skrót	Pełny przypis
BUR, Ewaluacja 2017	Danae Sp. z o.o., Realizacja Sp. z o.o. (2017), <i>Wpływ BUR na jakość i dostępność usług rozwojowych z uwzględnieniem PSF</i> , raport końcowy na zlecenie PARP, Warszawa.
BUR, Ewaluacja 2020	Danae Sp. z o.o. (2020), <i>Wpływ BUR na jakość i dostępność usług rozwojowych oraz ocena PSF – etap II</i> , raport końcowy na zlecenie PARP, Warszawa.
Smart Skills	IBC Group, CBM Indicator (2022), <i>SMART SKILLS – Ewaluacja zapotrzebowania na usługi rozwojowe dla GI</i> , raport końcowy na zlecenie PARP, Warszawa.
BUR/PSF, Raport 2022	IBC Advisory (2022), <i>Raport z badania ewaluacyjnego BUR i PSF</i> , Warszawa.

PARP, ROSS 2025	PARP (2025), <i>Raport o stanie sektora MŚP w Polsce</i> , Centrum Rozwoju MŚP, Warszawa.
------------------------	---

Dokumenty operacyjne i monitoring

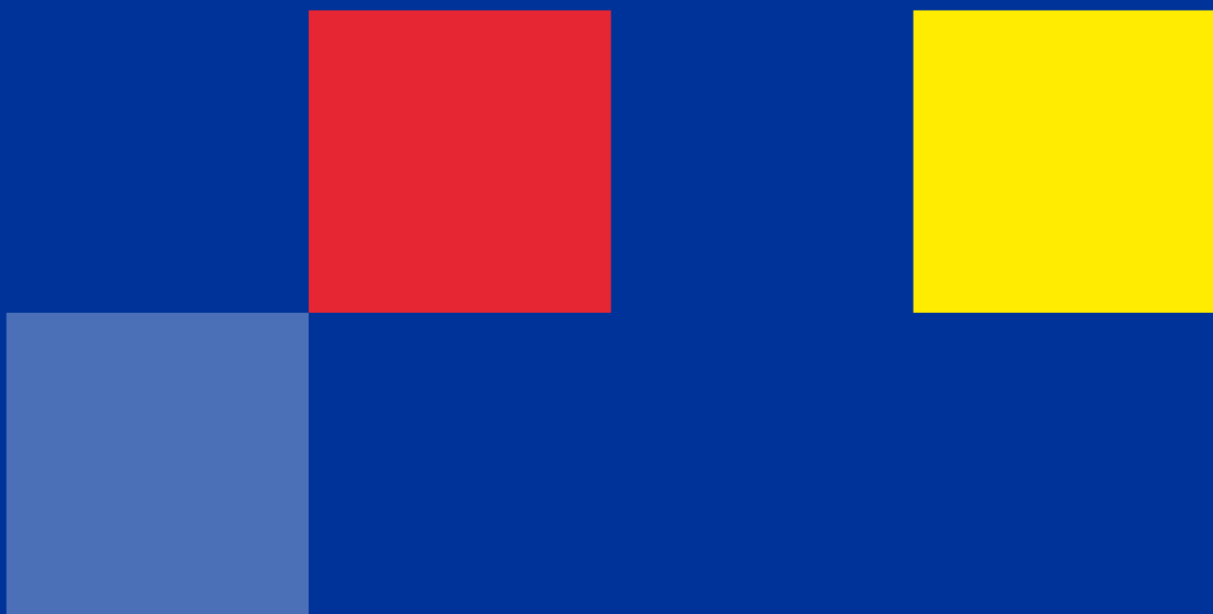
Skrót	Pełny przypis
Lista wskaźników RPO WŁ 2014-2020	Instytucja Zarządzająca RPO WŁ 2014-2020 (2024), <i>Lista definicji wskaźników w SZOOP RPO WŁ 2014–2020</i> , Łódź.
Sprawozdania RPO WŁ 2014-2020	Instytucja Zarządzająca RPO WŁ 2014-2020 (2014–2023), <i>Sprawozdania roczne i kwartalne z realizacji RPO WŁ 2014–2020</i> , Łódź.
SL2014	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, <i>Dane z systemu SL2014</i> , dostęp wewnętrzny.

Raporty instytucjonalne i badania jakościowe

Skrót	Pełny przypis
PIE, Mama wraca	Baszczak Ł., Kiełczewska A., Wincewicz A., Zyzik R. (2022), <i>Mama wraca do pracy – bariery behawioralne i kierunki wsparcia</i> , Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa.
PIE, Rotacja	Kiełczewska A., Rozbicka I. (2023), <i>Rotacja pracowników w Polsce</i> , Working Paper nr 6, PIE, Warszawa.
PIE, Ageizm	Baszczak Ł., Mokrzycki R., Trojanowska M., Wincewicz-Price A., Zyzik R. (2021), <i>Ageizm w Polsce – badanie terenowe</i> , Working Paper nr 4, PIE, Warszawa.
WUP, Rozwój przedsiębiorstw	WUP w Łodzi (2018), <i>Rozwój przedsiębiorstw i jego wpływ na wynagrodzenia</i> , Łódź.
WUP, COVID-19	WUP w Łodzi (2021), <i>Rynek pracy w warunkach pandemii COVID-19. Studium jakościowe</i> , Łódź.
WUP, Jakość pracy	WUP w Łodzi (2020), <i>Warunki pracy i jakość miejsc pracy w województwie łódzkim</i> , Łódź.
WUP, Cudzoziemcy	WUP w Łodzi (2020), <i>Zatrudnianie cudzoziemców ze Wschodu a niedobory pracy</i> , Łódź.
NIZP PZH – PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (2025), <i>Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania</i> , Warszawa.

Komunikaty i artykuły PIE / Pracodawcy RP

Skrót	Pełny przypis
PIE, Elastyczność	Polski Instytut Ekonomiczny (2022), <i>Elastyczne formy zatrudnienia a produktywność</i> , Warszawa.
PIE, Luka płacowa	Polski Instytut Ekonomiczny (2022), <i>Kobiety w zarządzaniu a luka płacowa</i> , Warszawa.
PIE, JDG 50+	Polski Instytut Ekonomiczny (2023), <i>12 proc. JDG zakładanych przez osoby 50+</i> , Warszawa.
PIE, Matki 1–3	Polski Instytut Ekonomiczny (2022), <i>Bierność zawodowa matek dzieci 1–3 lata</i> , Warszawa.
PIE, Kompetencje	Polski Instytut Ekonomiczny (2023), <i>Braki kompetencyjne na rynku pracy</i> , Warszawa.
PIE, Niepewność	Polski Instytut Ekonomiczny (2022), <i>Wojna i pandemia – wpływ na firmy</i> , Warszawa.
PIE, Mikrofirmy 2020	Polski Instytut Ekonomiczny (2021), <i>ELASTYCZNOŚĆ I TARCZE ANTYKRYZYSOWE POMOGŁY MIKROFIRMOM FUNKCJONOWAĆ W 2020 R.</i> , Warszawa.



REALIZATOR PROJEKTU:

