



## Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene

„Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020  
Lotul 1: Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale”  
Contract nr. 36273 / 05.05.2020

# Raport de evaluare intermediară POCU, împreună cu seturile de date și metadate Domeniul Incluziunii Sociale

Februarie 2022



CIVITTA





„Acest raport a fost elaborat în baza unei evaluări independente efectuate de asocieria formată din CIVITTA Strategy & Consulting SA (lider), LIDEEA Development Actions SRL, ARCHIDATA SRL și GOLDBACH Primes SRL. Opiniile exprimate în raport sunt cele ale echipei de evaluare și nu reprezintă neapărat punctul de vedere al Ministerului Investițiilor și Proiectelor Europene. Autorii raportului de evaluare sunt Liliana Lucaciu, Team Leader, Monica Roman, Andreea Savin, Ana Bulai– experți cheie, Carmen Maris, Vlad Irimie, Alina Ionescu, Corina Roșu, Diana Manoleli, Eugen Perianu, Claudia Petrescu, Alexandra Sălcudean, Andra Jurj, Florina Todor, Cristina Ștefan, experți non cheie.

## Fișa documentului

VERSIUNEA DATA TRANSMITERII	
Versiune inițială	5 noiembrie 2021
<b>Versiuni revizuite</b>	
Versiune revizuită 1	30 noiembrie 2021
Versiune revizuită 2	22 februarie 2022



## Cuprins

<b>PREAMBUL</b> .....	<b>20</b>
<b>DATE SINTETICE ALE PROIECTULUI</b> .....	<b>20</b>
<b>SUMAR EXECUTIV</b> .....	<b>21</b>
<b>1. INTRODUCERE</b> .....	<b>26</b>
1.1. Cadrul general al evaluării .....	26
1.2. Obiectivul evaluării și întrebările de evaluare .....	28
1.3. Grupul țintă și utilizatorii evaluării.....	28
1.4. Structura Raportului de evaluare.....	29
<b>2. ABORDAREA METODOLOGICĂ</b> .....	<b>29</b>
2.1. Probleme întâmpinate și limitări în aplicarea metodologiei de evaluare, robustețea concluziilor.....	29
2.2. Probleme întâmpinate și limitări în aplicarea metodologiei de evaluare, robustețea concluziilor.....	32
<b>3. INTERVENȚIILE EVALUATE</b> .....	<b>33</b>
<b>4. TEMA DE EVALUARE 2 – REDUCEREA NUMĂRULUI DE PERSOANE CE SE CONFRUNTĂ CU RISCUL DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎN CADRUL COMUNITĂȚILOR MARGINALIZATE (OBIECTIVE SPECIFICE 4.1, 4.2, 5.1 ȘI 5.2)</b> .....	<b>35</b>
4.1 PREZENTAREA INTERVENȚIEI EVALUATE .....	36
4.1.1. Descrierea succintă a intervențiilor cuprinse în tema de evaluare 2.....	38
4.1.2. Aplicarea metodelor și instrumentelor de evaluare .....	45
4.2 LIMITĂRI METODOLOGICE .....	47
4.3 RĂSPUNSURI LA ÎNTREBĂRILE DE EVALUARE .....	49
4.3.1. ÎE 1. Care este progresul observat în comunitățile marginalizate în legătură cu reducerea numărului de persoane care se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială?.....	49
4.3.2. ÎE 2. În ce măsură progresul observat este atribuit POCU? .....	65
4.3.3. ÎE 3. Care au fost beneficiile economice sau costurile de oportunitate (prin compararea taxelor plătite și economiilor privind beneficiile sociale la costul intervenției) în cadrul sectorului la nivel teritorial și pe diverse subgrupuri țintă?.....	76
4.3.4. ÎE 4. În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative? .....	80
4.3.5. ÎE 5. În ce măsură efectul depășește granița comunităților sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție? .....	83
4.3.6. ÎE 6. În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp? .....	85
4.3.7. ÎE 7. Ce mecanisme (ex. tipuri de intervenții, aranjamente instituționale, selectarea operațiunilor, monitorizare și rambursări) au facilitat/împiedicat efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme? .....	89
4.3.8. ÎE 8. Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine? .....	95
4.3.9. ÎE 9. Există cazuri de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și teme secundare? (de exemplu, susțin trecerea la o economie cu emisii reduse de carbon, economia	



eficientă a resurselor, inovarea socială, îmbunătățirea accesibilității, a utilizării și a calității tehnologiilor informației și comunicațiilor, non-discriminarea)? .....	98
4.4. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI .....	100
<b>5. TEMA DE EVALUARE 3 - ÎMBUNĂȚIREA ALFABETIZĂRII DIGITALE A POPULAȚIEI DIN COMUNITĂȚILE DEZAVANTAJATE (OBIECTIV SPECIFIC 4.3) .....</b>	<b>106</b>
5.1. CADRUL GENERAL AL EVALUĂRII .....	107
5.1.1. Obiectivele evaluării .....	107
5.1.2. Metodologia de evaluare .....	108
5.1.3. Limitări metodologice și probleme întâmpinate în aplicarea metodologiei de evaluare .....	109
5.2. CONSTATĂRILE, CONCLUZIILE ȘI RECOMANDĂRILE EVALUĂRII .....	109
5.2.1. Aspecte generale privind intervențiile evaluate .....	109
5.2.2. IE1: Care este progresul observat al alfabetizării digitale în comunitățile dezavantajate? .....	112
5.3. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI .....	120
5.3.1. Concluzii .....	120
5.3.2. Recomandări .....	120
<b>6. TEMA DE EVALUARE 4 – DEPĂȘIREA SITUAȚIILOR DE VULNERABILITATE (ARIA DE CUPRINDERE – OBIECTIVUL SPECIFIC 4.4) .....</b>	<b>122</b>
6.1. Contextul evaluării .....	122
6.2. Prezentarea intervenției evaluate .....	123
6.2.1. Descrierea succintă a intervențiilor incluse în cadrul TE 4 .....	125
6.2.2. Aplicarea metodelor și instrumentelor de evaluare .....	127
6.2.3. Probleme întâmpinate și limitări în aplicarea metodologiei de evaluare, robustețea concluziilor .....	130
6.3. Răspunsuri la întrebările de evaluare .....	131
6.3.1. ÎE 1. Care este progresul observat cu privire la depășirea situațiilor de vulnerabilitate pentru grupurile vizate de program? .....	131
6.3.2. ÎE 2. În ce măsură progresul observat este atribuit POCU? .....	145
6.3.3. ÎE 3. În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative? .....	155
6.3.4. ÎE 4. În ce măsură efectul depășește granița zonei sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție? .....	157
6.3.5. ÎE 5. În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp? .....	158
6.3.6. ÎE 6. Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme? .....	161
6.3.7. ÎE 7. Există beneficii economice în urma intervențiilor prin POCU? .....	165
6.3.8. ÎE 8. Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine? .....	167
6.3.9. ÎE 9. Există cazuri de bune practici în ceea ce privește implementarea intervențiilor .....	170
6.4. Concluzii și recomandări .....	170



<b>7. TEMA DE EVALUARE 5 - CREȘTEREA CALITĂȚII ȘI ACCESULUI LA SERVICIILE SOCIALE (ARIA DE CUPRINDERE - OBIECTIVE SPECIFICE 4.5, 4.6, 4.7 ȘI 4.14) .....</b>	<b>173</b>
7.1. Contextul implementării intervențiilor corespunzătoare Temei de evaluare 5 .....	173
7.1.1. Prezentarea intervențiilor evaluate .....	173
7.1.2. Metodologia de evaluare .....	175
7.1.3. Probleme întâmpinate și limitări în aplicarea metodologiei de evaluare, robustețea concluziilor .....	179
7.2. Răspunsul la întrebările de evaluare.....	180
7.2.1. ÎE1. Progresul observat în zonele (regiunile de dezvoltare, zonele rurale / urbane) și grupurile vizate cu privire la: sporirea calității (OS 4.5) și accesului (OS 4.6) la serviciile sociale; sporirea gradului de utilizare a TIC (OS 4.7) în procesul de furnizare a serviciilor sociale; sporirea numărului de asistenți sociali și maternali la nivel comunitar (OS 4.14) .....	180
7.2.2. ÎE2. Măsura în care progresul observat este atribuit programului (efect net sau impactul intervenției).....	192
7.2.3. ÎE3. Alte efecte intenționate sau neintenționate, pozitive sau negative .....	216
7.2.4. ÎE4. Efectul de propagare .....	217
7.2.5. ÎE5. Durabilitatea efectelor .....	217
7.2.6. ÎE6. Mecanismele care au facilitat/împiedicat efectele și caracteristicile cheie contextuale ale acestora .....	222
7.2.7. ÎE7: Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine? .....	226
7.2.8. ÎE8. Există cazuri de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și temele secundare? (de exemplu, susțin trecerea la o economie cu emisii reduse de carbon, economia eficientă a resurselor, inovarea socială, îmbunătățirea accesibilității, a utilizării și a calității tehnologiilor informației și comunicațiilor, non-discriminarea)? .....	228
7.3. Principalele concluzii și recomandări.....	230
7.3.1. Concluzii .....	230
7.3.2. Recomandări .....	232
<b>8. TEMA DE EVALUARE 6 - CREȘTEREA CALITĂȚII ȘI ACCESULUI LA SERVICIILE MEDICALE (OBIECTIVE SPECIFICE 4.8, 4.9, 4.10, 4.11) .....</b>	<b>234</b>
8.1. Contextul evaluării.....	234
8.2. Prezentarea intervenției evaluate .....	235
8.2.1. Tema de Evaluare nr. 6 în contextul programului.....	235
8.2.2. Descrierea succintă a TE 6.....	237
8.2.3. Aplicarea metodelor și instrumentelor de evaluare .....	242
8.2.4. Probleme întâmpinate și limitări în aplicarea metodologiei de evaluare, robustețea concluziilor .....	245
8.3. Răspunsuri la întrebările de evaluare .....	246
8.3.1. ÎE 1. Care este progresul observat în ceea ce privește calitatea și accesul la serviciile medicale? .	246
8.3.2. ÎE 2. În ce măsură progresul observat este atribuit POCU? .....	262



8.3.3. ÎE 3. În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative? .....	270
8.3.4. ÎE 4. În ce măsură efectul depășește granița comunităților sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?.....	272
8.3.5. ÎE 5. În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?.....	273
8.3.6. ÎE 6. Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme? .....	275
8.3.7. ÎE 7. Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?.....	278
8.3.8. ÎE 8. Există cazuri de bune practici? .....	280
8.4. Concluzii și recomandări .....	281
<b>9. TEMA DE EVALUARE 7 – ASIGURAREA TRANZIȚIEI DE LA SISTEMUL INSTITUȚIONALIZAT LA SERVICII LA NIVELUL COMUNITĂȚII (OBIECTIVELE SPECIFICE 4.12, 4.13 ȘI 4.15) .....</b>	<b>283</b>
<b>EVALUAREA A VIZAT INTERVENȚIILE DIN CADRUL TEMEI 7- ASIGURAREA TRANZIȚIEI DE LA SISTEMUL INSTITUȚIONALIZAT LA SERVICII LA NIVELUL COMUNITĂȚII, RESPECTIV OBIECTIVELE SPECIFICE 4.12, 4.13 ȘI 4.15 DIN DOMENIUL INCLUZIUNII SOCIALE AFERENTE PRIORITĂȚII DE INVESTIȚII 9IV- "CREȘTEREA ACCESULUI LA SERVICII ACCESIBILE, SUSTENABILE ȘI DE ÎNALTĂ CALITATE, INCLUSIV ASISTENȚĂ MEDICALĂ ȘI SERVICII SOCIALE DE INTERES GENERAL".....</b>	<b>283</b>
9.1. Cadrul general al evaluării .....	287
9.1.1. Obiectivele evaluării .....	287
9.1.2. Metodologia de evaluare .....	287
9.1.3. Limitări metodologice și probleme întâmpinate în aplicarea metodologiei de evaluare .....	288
9.2. Constatările, concluziile și recomandările evaluării.....	289
9.2.1. Aspecte generale privind intervențiile evaluate .....	289
9.3. RĂSPUNSUL LA ÎNTREBĂRILE DE EVALUARE.....	293
9.3.1. IE1: Care este progresul observat în privința tranziției de la sistemul instituționalizat la servicii la nivelul comunității?.....	293
9.3.2. IE2: În ce măsură progresul observat este atribuit POCU? .....	308
9.3.3. IE3:Există beneficii economice în urma intervențiilor prin POCU? .....	313
9.3.4. IE4:În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?.....	317
9.3.5. IE5 În ce măsură efectul depășește granița zonei sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?.....	321
9.3.6. IE6. În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?.....	323
9.3.7. IE7.Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme? .....	325
9.3.8. IE8 Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine? .....	328
9.3.9. IE 9 Există cazuri de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și temele secundare?.....	332
9.4. Concluzii și recomandări .....	333
9.4.1. Concluzii .....	333
9.4.2. Recomandări .....	334



<b>10. TEMĂ DE EVALUARE 8 - CONSOLIDAREA CAPACITĂȚII ENTITĂȚILOR DIN CADRUL ECONOMIEI SOCIALE DE A FUNCȚIONA ÎN MOD AUTO-SUSTENABIL (OBIECTIVUL SPECIFIC 4.16)</b> .....	<b>335</b>
10.1. Contextul implementării intervențiilor corespunzătoare TE8 .....	335
10.1.1. Prezentarea intervențiilor evaluate .....	335
10.1.2. Metodologia de evaluare .....	337
10.1.3. Probleme întâmpinate și limitări în aplicarea metodologiei de evaluare, robustețea concluziilor .....	340
10.2. Răspunsul la întrebările de evaluare.....	341
10.2.1. ÎE 1. Progresul observat cu privire la dezvoltarea economiei sociale de la momentul adoptării POCU .....	341
10.2.2. ÎE 2. Măsura în care progresul observat este atribuit programului (efect net sau impactul intervenției).....	354
10.2.3. ÎE 3. Alte efecte intenționate sau neintenționate, pozitive sau negative .....	367
10.2.4. ÎE 4. Efectul de propagare .....	369
10.2.5. ÎE 5. Durabilitatea efectelor .....	371
10.2.6. ÎE 6. Mecanismele care au facilitat/împiedicat efectele și caracteristicile cheie contextuale ale acestora .....	374
10.2.7. ÎE 8. Măsura în care lucrurile ar fi putut fi realizate mai bine .....	376
10.3. Principalele concluzii și recomandări.....	377
10.3.1. Concluzii .....	377
10.3.2. Recomandări .....	379





# 1. LISTA ABREVIERILOR

Acronim	Denumire
AM	Autoritate de Management
ANES	Agencia Națională pentru Egalitate de Șanse
ANPDCA	Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții
AP	Axă prioritară
BI	Regiunea de dezvoltare București Ilfov
CdS	Caiet de Sarcini
CE	Comisia Europeană
COPAC RO	Asociația Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din Romania
CPSS	Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate
DAS	Direcția de Asistență Socială
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
ECI	Evaluarea contrafactuală de impact
EMC	Educație Medicală Continuă
FESI	Fonduri Structurale de Investiții Europene
IGPR	Inspectoratul General al Poliției Române
IGSU	Inspectoratul General pentru Situații de Urgență
INS	Institutul Național de Statistică
ÎE	Întrebare de Evaluare
MIPE	Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene
MIPE	Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
MS	Ministerul Sănătății
NE	Regiunea de dezvoltare Nord Est
NV	Regiunea de dezvoltare Nord Vest
OIR	Organism intermediar regional
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	Organizație Neguvernamentală
OS	Obiectiv Specific
PI	Prioritate de Investiții





<b>POCU</b>	Programul Operațional Capital Uman
<b>POSDRU</b>	Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane
<b>RAA</b>	Fundația Romanian Angel Appeal
<b>RAI</b>	Raport Anual de Implementare
<b>RI</b>	Raport Inițial
<b>SCI</b>	Servicii Comunitare Integrate
<b>SE</b>	Regiunea de dezvoltare Sud Est
<b>SM</b>	Regiunea de dezvoltare Sud Muntenia
<b>SMIS</b>	Single Management Information System
<b>SV Oltenia</b>	Regiunea de dezvoltare Sud Vest Oltenia
<b>TE</b>	Tema de evaluare
<b>TIC</b>	Tehnologia Informației și Comunicării
<b>TS</b>	Teoria Schimbării
<b>UAT</b>	Unitate Administrativ Teritorială
<b>UE</b>	Uniunea Europeană
<b>UMF Iași</b>	Universitatea de Medicină și Farmacie Iași

## Lista anexelor

- 0.1. Tabel de tratare a comentariilor
  - 0.2. Lista membrilor CCE
  - 0.3. Raportul Consiliului Științific cu privire la calitatea Raportului de Evaluare
  - 0.4 Lista anexelor specifice fiecărei teme
- **Anexe TE 2: Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excludere socială în cadrul comunităților marginalizate**
    - (TE 2 ).1. Metodologia și instrumentele de evaluare
    - (TE 2).2. Baze de date și metadate
    - (TE 2).4. Raport sondaj beneficiari de finanțare
    - (TE 2).5. Minute interviuri
    - (TE 2).6. Raport FG regionale
    - (TE 2).7. Studii de caz
    - (TE 2).9. Raport Focus Grup Național
    - (TE 2).10. Tabelul corelare constatări-concluzii-recomandări
    - (TE 2).12. Literatura de specialitate și bibliografie
  - **Anexe TE 3: Îmbunătățirea alfabetizării digitale a populației din comunitățile dezavantajate**
    - (TE 3).1. Metodologia și instrumentele de evaluare
    - (TE 3).2. Literatura de specialitate si bibliografie
    - (TE 3).3. Teoria schimbării
    - (TE 3).4. Tabel corelare constatări-concluzii-recomandări
    - (TE 3).5. Minute interviuri
    - (TE 3).6. Raport panel experți
    - (TE 3).7. Raport Focus Grup National
  - **Anexe TE 4: Depășirea situațiilor de vulnerabilitate**
    - TE 4).1. Metodologia și instrumentele de evaluare
    - (TE 4).2. Baze de date și metadate
    - (TE 4).3. Analiza sectorială
    - (TE 4).4. Raport sondaj beneficiari de finanțare
    - (TE 4).5. Minute interviuri
    - (TE 4).6. Raport Ateliere regionale
    - (TE 4).7. Studii de caz
    - (TE 4).8. Raport Panel de experți
    - (TE 4).9. Raport Focus Grup
    - (TE 4).10. Tabel de corelare constatări-concluzii-recomandări
    - (TE 4).11. Literatură de specialitate și bibliografie



- (TE 4).12. Reconstrucția teoriei schimbării
- (TE 4).13.ECI-Măsurile ocupare
- (TE4).14.Constatări privind nevoia de simplificare
- Anexe TE 5: Creșterea calității și accesului la serviciile sociale
  - (TE 5).1. Instrumentele de evaluare
  - (TE 5).2. Baze de date și metadate
  - (TE 5).3. Analiza sectorială
  - (TE 5).4. Sondaje
  - (TE 5).5. Minute interviuri
  - (TE 5).6. Raport Ateliere regionale
  - (TE 5).7. Studii de caz
  - (TE 5).8. Raport Panel de experți
  - (TE 5).9. Raport Focus Grup
  - (TE5).10. Tabelul corelare constatari-concluzii-recomandari
  - (TE 5).11. Literatură de specialitate și bibliografie
- Anexe TE 6: Creșterea calității și accesului la serviciile medicale
  - (TE 6).1. Metodologia și instrumentele de evaluare
  - (TE 6).2. Baze de date și metadate
  - (TE 6).3. Analiza sectorială
  - (TE 6).4. Raport sondaj beneficiari de finanțare
  - (TE 6).5. Raport sondaj adresat personalului unităților medicale sprijinite
  - (TE 6).6. Minute interviuri
  - (TE 6).7. Raport Ateliere regionale
  - (TE 6).8. Studii de caz
  - (TE 6).9. Raport Panel de experți
  - (TE 6).10. Raport Focus Grup
  - (TE 6).11. Tabel de corelare constatări-concluzii-recomandări
  - (TE 6).12. Literatură de specialitate și bibliografie
  - (TE 6).13. Reconstrucția teoriei schimbării
  - (TE 6).14. Constatări privind nevoia de simplificare
- Anexe TE 7: Asigurarea tranziției de la sistemului instituționalizat la servicii la nivelul comunității
  - (TE 7).1. Metodologia și instrumentele de cercetare
  - (TE 7).2. Baze de date și metadate
  - (TE 7).3. Literatura de specialitate și bibliografie
  - (TE 7).4.Teoria schimbării



- (TE 7).5. Minute interviuri
- (TE 7).6. Raport Ateliere regionale
- (TE 7).7. Studii de caz
- (TE 7).8. Raport Panel de experți
- (TE 7).9. Raport Focus Grup Național
- (TE 7).10. Tabel corelare constatări-concluzii-recomandări
- Anexe TE 8: Consolidarea capacității entităților din cadrul
  - (TE 8).1. Instrumentele de evaluare
  - (TE 8).2. Baza de date & Metadate
  - (TE 8).3. Analiza sectoriala
  - (TE 8).4. Sondaj & Ancheta
  - (TE 8).5. Minute interviuri
  - (TE 8).6. Raport Ateliere regionale
  - (TE 8).7. Studii de caz
  - (TE 8).8. Raport Panel de experți
  - (TE 8).9. Raport Focus Grup
  - (TE 8).10. Tabelul corelare constatări-concluzii-recomandări
  - (TE 8).11. Literatura de specialitate si bibliografie

## Lista tabelelor

Tabel 1. Metodele și instrumentele de evaluare planificate și aplicate efectiv în procesul de evaluare....	30
Tabel 2. Metodele de evaluare utilizate .....	30
Tabel 3. Rezultatele așteptate / os .....	36
Tabel 4. Alocări și cheltuieli certificate, , OS 4.1 & 4.2 .....	38
Tabel 5. Apeluri lansate și proiecte contractate, OS 4.1 & 4.2 .....	39
Tabel 6. Stadiul contractelor, OS 4.1 & OS 4.2.....	39
Tabel 7. Alocări și cheltuieli certificate, OS 5.1 & 5.2 (EUR) .....	41
Tabel 8. Apeluri lansate și proiecte contractate, OS 5.1 & 5.2 .....	42
Tabel 9. Stadiul contractelor, TE 2, OS 5.1 & OS 5.2.....	43
Tabel 10. INDICATORI DE SECTOR ANALIZAȚI.....	51
Tabel 11. CRITERII DE DEFINIRE A ZONELOR MARGINALIZATE ȘI INDICATORII CHEIE AFERENȚI.....	52
Tabel 12. Persoane în risc de sărăcie după transferurile sociale după statutul ocupațional în România, 2014-2020 (%).....	55
Tabel 13. Persoane în risc de sărăcie după transferurile sociale după tipul de gospodărie în România, 2014-2020 (%).....	56



Tabel 14. situația zonelor marginalizate în românia, 2011.....	66
Tabel 15. Reprezentare teritorială a zonelor marginalizate la nivel urban și rural din românia .....	66
Tabel 16. Indicatori de rezultat specifici programului .....	67
Tabel 17. Indicator de realizare specifici programului.....	68
Tabel 18. Indicatori de rezultat specifici programului .....	69
Tabel 19. Indicatori de realizare specifici programului.....	70
Tabel 20. REPREZENTARE TERITORIALĂ A ZONELOR MARGINALIZATE LA NIVEL URBAN ȘI RURAL și a intervențiilor OS 4.1 – 4.2 & OS 5.1 – 5.2 .....	72
Tabel 21. REPREZENTARE TERITORIALĂ A persoanelor de etnie romă sprijinite prin intervențiile OS 4.1 – 4.2 & OS 5.1 – 5.2.....	73
Tabel 22. impactul cantitativ asupra persoanelor marginalizate de etnie romă.....	73
Tabel 23. cheltuieli pentru activitățile în domeniul ocupării forței de muncă și încasări la bugetul de stat (MIL EUR) .....	77
Tabel 24. sume încasate la bugetul de stat din taxele pe muncă și economii realizate din vmg (MIL EUR) 78	
Tabel 25. Rata părăsirii timpurii a școlii .....	115
Tabel 26. Ponderea sărăciei în muncă .....	117
Tabel 27. Alocări și cheltuieli certificate, TE 4, OS 4.4 .....	125
Tabel 28 Tipologia proiectelor TE 4, OS 4.4 după grup țintă și tip de intervenție .....	126
Tabel 29 Beneficiari de finanțare .....	127
Tabel 30. Instrumente de evaluare și contribuția lor în procesul de evaluare.....	128
Tabel 31. Metodologia de evaluare pentru TE 4 (OS 4.4).....	128
Tabel 32. Evoluția numărului de cazuri de violență domestică care au beneficiat de servicii sociale la cerere în perioada 2016 - 2019.....	137
Tabel 33. Evoluția cazurilor de violență în familie în perioada 2017 - 2020.....	138
Tabel 34. Evoluția numărului victimelor traficului de persoane 2016 - 2020.....	138
Tabel 35. Furnizori de servicii sociale acreditați și servicii sociale licențiate – dinamica generală .....	139
Tabel 36. Servicii sociale licențiate pe tipuri de beneficiari la finalul anului .....	139
Tabel 37. Servicii sociale licențiate pe tipuri de beneficiari și regiuni în 2020 .....	140
Tabel 38. Servicii sociale pentru persoanele vârstnice .....	140
Tabel 39. Evoluția ponderii nevoilor medicale nesatisfăcute .....	141
Tabel 40. Persoane care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate.....	142
Tabel 41. Percepția stării de sănătate.....	142
Tabel 42. Gradul de îndeplinire a țăintelor indicatorilor de program (OS 4.4) conform RAI 2020.....	146
Tabel 43 Gradul de îndeplinire a țăintelor indicatorilor de program la nivelul OS 4.4.....	147
Tabel 44 Categoriile de grupuri țintă .....	148
Tabel 45. Matricea factorilor de influență pentru OS 4.4.....	162



Tabel 46. Instrumente de evaluare și contribuția lor în procesul de evaluare .....	176
Tabel 47. Metodologia de evaluare pentru Tema de evaluare 5.....	176
Tabel 48. Numărul serviciilor sociale licențiate, în funcție de regimul juridic, 2017-2020.....	184
Tabel 49. Numărul de servicii sociale licențiate, în funcție de categoria de beneficiari, 2017-2020 .....	185
Tabel 50. Numărul furnizorilor de servicii sociale acreditați care administrau servicii sociale licențiate, în funcție de regimul juridic.....	187
Tabel 51. Structura serviciilor sociale licențiate în funcție de regim, categorie de beneficiar.....	188
Tabel 52. Valoarea proiectelor finanțate în cadrul TEMEI 5 .....	193
Tabel 53. Distribuția pe regiuni de dezvoltare a proiectelor .....	193
Tabel 54. Gradul de atingere a țintelor indicatoilor de realizare la data de 30 iunie 2021 .....	196
Tabel 55. Gradul de atingere a țintelor indicatoilor de realizare la data de 30 iunie 2021 .....	197
Tabel 56 Alocări și cheltuieli certificate, TE 6 .....	238
Tabel 57 Tipologia proiectelor TE 6, OS 4.8 și 4.9 după grup țintă și tip de intervenție.....	240
Tabel 58 Beneficiari de finanțare OS 4.8 și 4.9 .....	241
Tabel 59 Instrumente de evaluare și contribuția lor în procesul de evaluare .....	242
Tabel 60 Metodologia de evaluare pentru TE 6.....	243
Tabel 61. Evoluție număr unități medicale în perioada 2010 – 2020 .....	253
Tabel 62. Evoluția numărului personalului medical.....	255
Tabel 63. Asistenți medicali comunitari și medieri sanitari pe județe .....	258
Tabel 64. Evoluția ponderii nevoilor medicale nesatisfăcute .....	260
Tabel 65. Persoane care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate .....	260
Tabel 66. Percepția stării de sănătate.....	260
Tabel 67. Gradul de îndeplinire a țintelor indicatorilor de program (OS 4.8 și 4.9) conform RAI .....	263
Tabel 68. Gradul de îndeplinire a țintelor indicatorilor de program la nivelul OS 4.8 și 4.9 .....	263
Tabel 69. Grup țintă 4.8 și 4.9 .....	265
Tabel 70. Matricea factorilor de influență pentru OS 4.8 și 4.9 .....	275
Tabel 71. Indicatori comuni de rezultat .....	290
Tabel 72. Indicatori comuni de realizare .....	290
Tabel 73. Indicatori de realizare specifici.....	291
Tabel 74. Numărul copiilor ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate .....	299
Tabel 75. Tema 7 - Obiective specifice.....	308
Tabel 76. Gradul de îndeplinire a indicatorilor de rezultat.....	309
Tabel 77. Gradul de îndeplinire a indicatorilor de realizare .....	310
Tabel 78. Metodologia de evaluare pentru TE8 .....	337
Tabel 79. Principalele domenii în care activează ÎES .....	347



Tabel 80. Situația privind numărul angajaților, timpul de lucru, procentul de angajați din grup vulnerabil în totalul angajaților și procentul referitor la timpul de lucru (media lunară), 2017-2020 .....	349
Tabel 81. Măsurile de acompaniament și beneficiarii ai acestor măsuri, 2017-2020 .....	350
Tabel 82. Indicatori financiari care privesc atât activitatea economică, cât și activitățile non profit, 2017-2020 .....	351
Tabel 83. Valoarea proiectelor contractate în cadrul Temei 8 .....	355
Tabel 84: Distribuția pe regiuni de dezvoltare a proiectelor .....	355
Tabel 85. Corelarea regională a ratei sărăciei cu procentul pe regiuni a întreprinderilor sociale.....	358

## Lista figurilor

Figura 1. Proiecte și sume contractate, realizări (31.12.2020).....	34
Figura 2. Distribuția geografică a proiectelor pe regiuni – tema 2, OS 4.1 ȘI 4.2.....	40
Figura 3. Tipuri de intervenții în comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie și excluziune socială	41
Figura 4. Distribuția geografică a proiectelor pe regiuni – tema 2, OS 5.1 ȘI 5.2.....	44
Figura 5. Persoane în risc de sărăcie și excluziune socială în UE, 2020 (% din populația totală).....	53
Figura 6. Evoluția numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială România / UE 27, 2015 - 2020 (% din populația totală) .....	54
Figura 7. Distribuția în funcție de gen a persoanelor în risc de sărăcie și excluziune socială în România, 2014 - 2020 (mii de persoane) .....	54
Figura 8. . PERSOANE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎN România, nuts 2, 2020 (% DIN POPULAȚIA TOTALĂ) .....	55
Figura 10. Persoane în risc de sărăcie și excluziune socială înainte și după transferurile sociale în România, 2014 - 2020 (%) .....	56
Figura 11. Rata riscului de sărăcie în UE, 2020 (%) .....	58
Figura 12. Evoluția numărului de persoane aflate în risc de sărăcie în România / UE 27, 2014 - 2020 (% din populația totală) .....	58
Figura 13. elementele de deprivare materială .....	59
Figura 14. Rata de deprivare materială severă în UE, 2020 (%) .....	60
Figura 15. evoluția ratei de deprivare materială severă în România/ UE 27, 2014-2020 (% DIN POPULAȚIA TOTALĂ) .....	60
Figura 16. persoane care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii în ue, 2020 (%) .....	61
Figura 17. evoluția numărului de persoane care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii în România/ ue, 2015-2020 (%) .....	62
Figura 18. contribuția globală a INTERVENȚIILOR POCU PRIN OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 la reducerea numărului de comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială .....	71
Figura 19. contribuția globală a INTERVENȚIILOR POCU PRIN OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 la reducerea numărului de persoane din comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială .....	71
Figura 20. APRECIEREA CONTRIBUȚIEI LA ÎMBUNĂTĂȚIREA SITUAȚIEI COMUNITĂȚII MARGINALIZATE ...	75
Figura 21. Măsura în care beneficiarii consideră costurile proiectelor ca fiind justificate în raport cu efectele produse/ pe care urmează să le producă .....	79





FigurA 22. Măsura în care beneficiarii proiectelor consideră că efectele obținute depășesc granița comunităților vizate și afectează și alte grupuri țintă, nevizate de proiect.....	83
FigurA 23. Măsura în care beneficiarii proiectelor finalizate au putut menține continuarea activităților din proiect, după finalizarea acestora .....	85
FigurA 24. Măsura în care beneficiarii consideră că sustenabilitatea activităților și rezultatelor proiectului este/ poate fi asigurată.....	86
FigurA 25. Măsura în care beneficiarii consideră că mecanismul DLRC este adecvat în raport cu nevoile comunităților defavorizate.....	90
FigurA 26. Strategii de dezvoltare locală - rezultate valorice .....	100
FigurA 27. integrarea socio-economică a comunităților marginalizate – rezultate valorice.....	101
FigurA 28. Evoluția indicelui DESI și valoare lui pe componente în anul 2020 .....	112
FigurA 29. Evoluția componentelor DESI în România .....	113
FigurA 30. Evoluția indicatorilor Eurostat.....	113
FigurA 31 - Evoluția sprijinului antreprenorial în îmbunătățirea competențelor TIC.....	114
FigurA 32. Evoluția ratei părăsirii timpurii a școlii .....	115
FigurA 33. Evoluția ratei NEETs la nivel național .....	116
FigurA 34- Evoluția ponderii persoanelor aflate în risc de sărăcie și excluziune socială .....	117
FigurA 35. Declararea primirii de tablete de către copii în cadrul acțiunilor de suport a educației online.....	118
FigurA 36. Distribuția proiectelor finanțate prin OS 4.4 (TE 4) la nivel regional .....	127
FigurA 37. Evoluția ratei riscului de sărăcie și excluziune socială pe categorii de vârstă în România .....	132
FigurA 38. Evoluția ratei riscului de sărăcie și excluziune socială în România și UE pe grupe de vârstă în perioada 2010 - 2020 .....	133
FigurA 39. Evoluția ratei riscului de sărăcie și excluziune socială în România și UE pe medii de rezidență în perioada 2015 - 2020 .....	134
FigurA 40. Evoluția ratei sărăciei și excluziunii sociale la populația vârstnică în perioada 2010 - 2020....	135
FigurA 41. Evoluția ratei deprivării materiale și sociale severe România UE în perioada 2015 - 2020 .....	136
FigurA 42. Evoluția ratei deprivării materiale și sociale severe pe grupe de vârstă în perioada 2015 - 2020 .....	136
FigurA 43. Evoluția ratei deprivării materiale și sociale severe pentru populația vârstnică în perioada 2015 - 2020 .....	137
FigurA 44. Percepția asupra limitărilor pe termen lung în desfășurarea activităților uzuale.....	143
FigurA 45. Distribuția pe județe a persoanelor vârstnice .....	149
FigurA 46. Distribuția pe medii de rezidență a persoanelor vârstnice .....	149
FigurA 47. Distribuția pe județe a victimelor violenței domestice și agresorii acestora .....	150
FigurA 48.: Dinamica numărului furnizorilor de servicii sociale acreditați în perioada 2016-2020.....	183
FigurA 49. Distribuția teritorială a furnizorilor de servicii acreditați .....	184
FigurA 50: Evoluția numărului de servicii sociale licențiate, în funcție de regimul juridic.....	185



Figura 51. Distribuția teritorială a numărului serviciilor sociale licențiate .....	185
Figura 52. Evoluția numărului de servicii sociale licențiate, în funcție de categoria de beneficiari .....	186
Figura 53. Evoluția numărului de furnizori de servicii sociale acreditați care administrau servicii sociale licențiate, în funcție de regimul juridic .....	187
Figura 54. Structura serviciilor sociale licențiate în funcție de regim, categorie de beneficiar .....	188
Figura 55. Percepția UAT-urilor cu privire la evoluția creșterii calității serviciilor sociale în ultimii ani ...	190
Figura 56. Personalul din domeniul asistenței sociale la nivelul SPAS .....	191
Figura 57. Tipuri de beneficiari din cadrul temei 5.....	195
Figura 58. Distribuția teritorială a celor 118 comunități .....	201
Figura 59. Evoluția calității serviciilor comunitare oferite în cele 118 comunități.....	201
Figura 60. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE & NR. PERSOANE BENEFICIARE.....	202
Figura 61. Percepția echipelor comunitare integrate cu privire la beneficiile obținute .....	203
Figura 62. Efecte așteptate ale intervențiilor susținute prin proiectul Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale .....	205
Figură 63 Distribuția proiectelor finanțate prin TE 6, OS 4.8 la nivel regional .....	242
Figură 64 Distribuția proiectelor finanțate prin TE 6, OS 4.9 la nivel regional .....	242
Figura 65. Speranța de viață la naștere .....	247
Figura 66. Durata medie a vieții pe medii de rezidență .....	247
Figura 67. Durata medie a vieții pe regiuni de dezvoltare .....	248
Figura 68. ANI DE VIAȚĂ SĂNĂTOȘI .....	249
Figura 69. Ani de viață sănătoși la naștere ÎN FUNCȚIE DE SEX.....	249
Figura 70. Ani de viață sănătoși la vârsta de 50 de ani.....	250
Figura 71. Ani de viață sănătoși la 65 de ani .....	250
Figura 72. Rata mortalității pe medii de rezidență.....	251
Figura 73. Rata mortalității pe județe, la nivelul anilor 2012 și 2020.....	251
Figura 74. Rata mortalității infantile pe medii de rezidență .....	252
Figura 75. Rata mortalității infantile pe județe, la nivelul anilor 2010 și 2020 .....	252
Figura 76. Evoluția cumulată a numărului de cazuri, persoane vindecate, decese în perioada martie 2020 – noiembrie 2021 .....	253
Figura 77. Evoluția numărului personalului medical .....	255
Figura 78. Distribuție teritorială personal medical.....	256
Figura 79. Personalul medico-sanitar la 100.000 de locuitori .....	257
<b>FIGURA 80. Distribuția echipelor comunitare integrate, proiect POCU/375/4/22/122607 .....</b>	<b>259</b>
Figura 81. Percepția asupra limitărilor pe termen lung în desfășurarea activităților uzuale .....	261
Figura 82. Distribuția persoanelor vulnerabile care beneficiază de programe de sprijin, pe medii de rezidență .....	265



Figura 83. Distribuția pe județe a specialiștilor în furnizarea de servicii medicale .....	265
Figura 84. Evoluția numărului de copii aflați în sistemul de protecție specială a copilului .....	293
Figura 85. distribuția în plan teritorial a numărului de copii aflați în sistemul de protecție specială.....	294
Figura 86. Distribuția în plan teritorial a numărului de copii aflați în centrele rezidențiale publice .....	294
Figura 87. Evoluția și distribuția în plan teritorial a ratei de instituționalizare .....	295
Figura 88. Evoluția numărului de centre de plasamente clasice și a numărului de beneficiari ai acestora .....	296
Figura 89. Dinamica intrării-ieșirii în sistemul de protecție a copilului.....	297
Figura 90. Distribuția numărului de servicii publice de asistență socială.....	298
Figura 91. Dinamica indicatorilor privind copiii părăsiți în unitățile sanitare.....	298
Figura 92. Distribuția numărului de copii cu părinți plecați la muncă în străinătate .....	299
Figura 93. Distribuția numărului de servicii de zi subordonate.....	300
Figura 94. Distribuția indicelui de densitate în centrele de zi .....	301
Figura 95. Evoluția numărului de asistenți maternali, copii ai străzii și copii cu dizabilități .....	302
Figura 96. Evoluția numărului de copii aflați în risc de abandon .....	303
Figura 97. Evoluția numărului de copii care au săvârșit fapte penale și nu răspund penal .....	303
Figura 98. Evoluția costurilor/ beneficiar în sistem rezidențial și nerezidențial în unitățile DGASPC pentru copii.....	304
Figura 99. Dinamica numărului de copii adoptabili instituționalizați și a numărului de adopții.....	305
Figura 100- Distribuția pe tipuri de handicap a adulților instituționalizați .....	306
Figura 101. Distribuția numărului și a ratei de instituționalizare a adulților cu handicap .....	307
Figura 102. Distribuția în plan teritorial a proiectelor finanțate în cadrul Temei 7 .....	309
Figura 103. Beneficii economice estimate ale proiectelor aflate în implementare .....	317
Figura 104. Efecte conexe ale implementării proiectelor .....	320
Figura 105. Efecte în afara zonei de intervenție.....	322
Figura 106. Matrice influență/ importanță a factorilor de influență identificați .....	325
Figura 107. Distribuția proiectelor vs. numărul de centre eligibile POR .....	329
Figura 108. Numărul de întreprinderi sociale atestate/certificate anual, în perioada octombrie 2016 - august 2021.....	346
Figura 109. Distribuția la nivel național a numărului de ÎES atestate/certificate (situația la nivelul lunii august 2021) .....	346
Figura 110. Categoria de întreprinderi sociale atestate în funcție de tipul de organizare.....	347
Figura 111. Întreprinderile sociale clasificate după domeniile principale de activitate conform Cod Caen (rev. 2).....	348
Figura 112. Numărul angajaților și timpul de lucru în cadrul ÎES (media lunară), 2017-2020.....	350
Figura 113. Număr angajați din grupuri vulnerabile care au beneficiat de măsuri de acompaniament...	351



Figura 114. Tipuri de beneficiari din cadrul Temei 8 .....	356
Figura 115. Distribuția întreprinderilor sociale create cu finanțare POCU .....	358
Figura 116. Distribuția întreprinderilor sociale din punct de vedere al mediului în care activează și al regiunii de dezvoltare .....	359
Figura 117. Finanțarea înființării întreprinderilor sociale .....	360
Figura 118. Vechimea pe piață a întreprinderilor sociale create .....	360
Figura 119. Domeniile de activitate ale întreprinderilor sociale din România .....	362
Figura 120. Evoluția numărului de angajați în întreprinderi sociale în perioada 2016-2020 .....	363
Figura 121. Evoluția cifrei de afaceri a ÎES în perioada 2016-2020.....	364
Figura 122. Piața pe care activează întreprinderile sociale .....	364
Figura 123. Efecte generate de întreprinderile sociale înființate prin POCU 4.16 .....	366
Figura 124. Sustenabilitatea activității întreprinderilor sociale.....	371



## PREAMBUL

- 1.** Acest Raport de evaluare s-a realizat în urma derulării primului exercițiu de evaluare al Programului Operațional Capital Uman (POCU), din cadrul proiectului „Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 - Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale”, în perioada aprilie 2021 și noiembrie 2021.
- 2.** Evaluarea trebuie să conducă conform caietului de sarcini la o serie de concluzii și lecții învățate, însoțite de recomandările aferente, care să poată fi transferate în termeni operaționali către Autoritatea de Management, astfel încât să servească scopurilor sale de luare a deciziilor și gestionare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020, cât și pentru perioada de programare viitoare.
- 3.** Evaluarea ce face obiectul prezentului raport se referă la intervențiile privind incluziunea socială finanțate prin Programul Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020, constând în două exerciții de evaluare, planificate în 2021 și la finalul perioadei de implementare (2023).
- 4.** Raportul de evaluare se compune din: un raport de sinteză focalizat pe procesul de evaluare, concluzii și recomandări, și șapte rapoarte tematice (câte unul pentru fiecare temă evaluată), cu anexe (tabelul de corelare între concluzii și recomandări, metodologia utilizată, inclusiv instrumentele de evaluare, lista documentelor și a literaturii de specialitate analizate, lista instituțiilor intervievate, lista membrilor CCE). Sumarul executiv în limba română, engleză, romani și maghiară, precum și în limbajul Braille este inclus în raportul de evaluare conform cerințelor caietului de sarcini (CdS).

## DATE SINTETICE ALE PROIECTULUI

<b>Titlul proiectului</b>	<b>„Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 Lotul 1: Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale”</b>
<b>Contract</b>	Contract nr. 36273/05.05.2020
<b>Surse de finanțare</b>	Fondurile ESI, Axa Prioritară 7 Asistență Tehnică din cadrul POCU 2014-2020
<b>Beneficiar</b>	Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene, Direcția Generală Programare și Coordonare Sistem, Serviciul Evaluare Programe și Politici de Coeziune Socială, Biroul Evaluare Programe
<b>Autoritate Contractantă</b>	Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene
<b>Contractor</b>	Asocierea formată din CIVITTA Strategy & Consulting SA (lider), LIDEEA Development Actions SRL, ARCHIDATA SRL și GOLDBACH Primes SRL
<b>Obiectiv general</b>	Realizarea evaluărilor în domeniul incluziunii prevăzute în Planul de Evaluare POCU 2014-2020, potrivit art. 19 al Regulamentului UE 1303/2013 Evaluarea Retrospectivă Programul Operațional Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, <b>realizată</b> în perioada Mai 2020 – Ianuarie 2021
<b>Exerciții de evaluare componente</b>	Primul exercițiu de evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 – planificat în perioada Aprilie 2021 – Noiembrie 2021 – <b>obiect al prezentului raport</b> Al doilea exercițiu de evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020, planificat în perioada Septembrie 2021 – Octombrie 2023
<b>Data de începere</b>	06.05.2020
<b>Durata proiectului</b>	43 luni (nu mai târziu de 15.10.2023)

## SUMAR EXECUTIV

**5.** Evaluarea face parte din Planul de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020 și are ca obiectiv analiza eficienței, eficacității și impactului utilizării intervențiilor în domeniul incluziunii sociale. De asemenea, ele trebuie să evidențieze factorii care contribuie la succesul sau eșecul implementării, precum și la sustenabilitatea acțiunilor finanțate. Acest raport se concentrează asupra extragerii lecțiilor învățate din implementarea POCU 2014-2020, data limită a datelor extrase și utilizate în acest exercițiu de evaluare fiind 31 decembrie 2020.

**6.** Intervențiile evaluate aparțin mai multor obiective specifice ale programului și sunt structurate în șapte teme (numerotate conform caietului de sarcini de la 2 la 8), după cum urmează:

- **Tema 2** - Evaluarea contribuției POCU la reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate (Aria de acoperire – obiectivele specifice 4.1, 4.2, 5.1, 5.2);
- **Tema 3** - Evaluarea contribuției POCU la îmbunătățirea alfabetizării digitale a populației din comunitățile dezavantajate (Aria de acoperire – obiectivul specific 4.3);
- **Tema 4** - Evaluarea contribuției POCU la depășirea situațiilor de vulnerabilitate (Aria de acoperire: obiectivul specific 4.4);
- **Tema 5** - Evaluarea contribuției POCU la creșterea calității și accesului la servicii sociale (Aria de acoperire: obiectivele specifice 4.5, 4.6, 4.7 și 4.14);
- **Tema 6** - Evaluarea contribuției POCU la creșterea calității și accesului la serviciile medicale (Aria de acoperire: obiectivele specifice 4.8, 4.9, 4.10 și 4.11);
- **Tema 7** - Evaluarea contribuției POCU la asigurarea tranziției de la sistemul instituționalizat la servicii la nivelul comunității (Aria de acoperire: obiectivele specifice 4.12, 4.13 și 4.15);
- **Tema 8** - Evaluarea contribuției POCU la consolidarea capacității entităților din cadrul economiei sociale de a funcționa în mod auto-sustenabil (Aria de acoperire: obiectivul specific 4.16).

**7.** Metodologia de evaluare a fost construită pe cele nouă întrebări de evaluare ale caietului de sarcini și vizează: progresul în sector și cel observabil datorat intervențiilor, beneficiile economice rezultate, efectele indirecte, neintenționate sau de propagare, sustenabilitatea, mecanismele care facilitează efectele, bunele practici și modalitățile prin care lucrurile se pot face mai bine.

**8.** Combinația de metode și instrumente de evaluare aplicate a inclus o paletă largă cum ar fi: interviuri, sondaje, focus grupuri și ateliere de lucru, panel de experți, metode cantitative de analiza inclusiv metode contrafactice.

**9.** Pe parcursul evaluării s-au manifestat constrângeri semnificative privind disponibilitatea, accesibilitatea și calitatea datelor. Acest lucru a impus adaptarea metodologiei de colectare a datelor și analiză, identificând noi surse, adăugând verificări a calității datelor, iar interpretarea constatrilor a fost adaptată limitărilor metodologice. Limitările metodologice au fost anticipate încă din faza inițială, astfel încât au putut fi aplicate măsuri de minimizare a impactului lor asupra robusteții evaluării, așa cum se arată în continuare. Evaluarea s-a desfășurat în perioada aprilie – noiembrie 2021, o perioadă afectată de restricțiile impuse de pandemia COVID-19 limitând interacțiunea fizică, dar și disponibilitatea părților interesate de a participa, îndeosebi personalul din sistemul de sănătate, implicați în intervențiile temei 6.

### Constatări și concluzii ale evaluării

**10.** Progresul în implementarea intervențiilor în domeniul incluziunii este în ansamblu scăzut, motiv pentru care efectele observabile sunt limitate și verosimilitatea producerii lor este condiționată de măsura în care mecanismele de implementare vor fi funcționale până la finalul perioadei de implementare pentru a recupera întârzierile.





- 11.** După ce două treimi din durata programului s-au scurs, cea mai mare parte a proiectelor sunt în curs de implementare. Totuși, se remarcă unele intervenții cu un progres mai avansat cum ar fi cele privind reducerea excluziunii sociale și a sărăciei, dar alte intervenții sunt încă la începutul furnizării serviciilor, cum ar fi cele cu faze pregătitoare și noi mecanisme create, de exemplu mecanismul Dezvoltării Locale Plasate în Responsabilitatea Comunității (DLRC).
- 12.** Progresul modest privind realizările și rezultatele se datorează în cea mai mare parte lansării târzii a apelurilor, duratei mari a proceselor de evaluare, selecție și contractare, dificultăți creării unor noi mecanisme de implementare.
- 13.** Pentru intervențiile privind alfabetizarea digitală, aplicații ale Tehnologiei Informației și Comunicațiilor (TIC) în servicii sociale și sănătate, nu au fost lansate apeluri de propuneri de proiecte și nici nu există o viziune privind reconfigurarea ansamblului de intervenții.
- 14.** Intervenția POCU în domeniul incluziunii sociale se produce într-un context de îmbunătățire în ansamblu a situației grupurilor vulnerabile, a persoanelor și comunităților cu risc de sărăcie și excluziune socială, dar se află în continuare departe de media europeană a majorității indicatorilor. Progrese se înregistrează și în furnizarea serviciilor sociale, la nivelul cadrului de reglementare și al accesului, dar persistă lacune privind finanțarea, asigurarea personalului de specialitate, atractivitatea profesiei de asistent social, abordarea incluzivă și integrată, centrată pe persoană la nivelul comunității.
- 15.** La nivel de program se constată că distribuția finanțării nu este corelată cu nevoile prioritare, fiind influențată de capacitatea de atragere de fonduri în cazul apelurilor competitive sau de calendarul lansării apelurilor. Un exemplu este alfabetizarea digitală, pentru care nu au fost lansate apeluri de proiecte, deși România este deficitară în implementarea Agendei digitale Europene din cauza nivelului scăzut de competențe digitale elementare în rândul populației și a utilizării serviciilor digitale în spațiul public și la locul de muncă. Nevoia de intervenție este semnificativă deoarece vizează majoritatea populației, fiind necesare acțiuni naționale, etapizate, cu susțineri instituționale multiple. Intervențiile adresate depășirii situațiilor de vulnerabilitate s-au limitat doar la două grupuri, persoane vârstnice și victime ale violenței în familie, ulterior în contextul pandemiei COVID și persoanelor afectate de efectele acesteia, cu toate că prin program au fost definite și alte grupuri.
- 16.** Evaluarea aduce dovezi privind îmbunătățirea situației participanților sau a capacității părților interesate în cazul proiectelor finalizate sau avansate în implementare. Contribuția finanțării POCU este esențială, în absența căreia acestea nu ar fi putut fi implementate, datorită disponibilității limitate a altor surse de finanțare alternative.
- 17.** Au fost implementate proiecte de succes sau proiecte cu rezultate notabile. „Prima cameră” este una dintre cele mai de succes intervenții în domeniul incluziunii sociale a copiilor instituționalizați, având caracter inovativ și evidențiind mecanisme care pot fi valorificate în proiectarea intervențiilor din următoarea perioadă de finanțare. Proiectul sistemic „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale” a asigurat introducerea unor echipe integrate în 139 de comunități marginalizate și crearea unui parteneriat și colaborări practice în domeniul serviciilor comunitare integrate la nivelul Ministerului Muncii, Ministerului Sănătății și Ministerul Educației. Au fost elaborate și implementate instrumente și metodologii pentru servicii integrate inclusiv online, cum ar fi platforma digitală pentru asistenți maternali, prin proiectul „Team up” și aplicația „Servicii Comunitare Integrate” (SCI) pentru administrarea digitală a cazurilor. Intervenția „Bunicii comunității” se evidențiază datorită extensiei sale cu 77 de proiecte finanțate din cele 84 destinate depășirii situației de vulnerabilitate.
- 18.** Ocuparea persoanelor vulnerabile apare în mecanismul intervenției logice ca un element ce potențează impactul intervențiilor chiar și atunci când intervențiile nu sunt adresate specific măsurilor de ocupare. Analiza contrafactuală a impactului măsurilor de sprijin pentru ocupare arată că aceste măsuri oferă grupurilor vulnerabile o oportunitate de a intra pe piața forței de muncă, însă calitatea ocupării





este scăzută, atât sub aspectul veniturilor, cât și al continuității și duratei muncii. Ocuparea este și principala sursă a beneficiilor economice ce pot fi generate de intervențiile în domeniul incluziunii, prin încasările la bugetul de stat aferente veniturilor salariale, însă pentru a compensa investiția este necesară sustenabilitatea ocupării.

**19.** Procesul de implementare dovedește că asigurarea complementarității intervențiilor în infrastructura socială cu cele de dezvoltare și furnizare a serviciilor pentru grupurile vulnerabile este o provocare atât pentru sistemul de implementare Fondurilor Europene Structurale și de Investiții, care nu reușește să asigure un proces fluent coordonat între cele două programe POCU și POR, cât și pentru actorii locali, autorități publice locale și structuri dedicate cum ar fi Grupurile de Acțiune Locală create în acest scop, pentru care dezvoltarea capacității rămâne în continuare o nevoie de sprijin.

**20.** Impactul așteptat este condiționat de complementaritatea rezultatelor cu alte proiecte cum ar fi proiecte finanțate prin POR sau cu alte programe și investiții naționale. De exemplu, complementar implementării programelor de screening trebuie asigurată capacitatea sporită de diagnostic și tratament pentru persoanele testate, integrate într-o strategie care să asigure o alocare predictibilă a resurselor și fluența în implementare.

**21.** Sustenabilitatea intervențiilor este un aspect critic deoarece depinde de finanțarea activităților după finalizarea proiectelor, dar și de disponibilitatea resurselor umane în zone deja afectate de un deficit accentuat, funcționarea mecanismelor necesare funcționării integrate a serviciilor adresate persoanelor vulnerabile. Întreprinderile sociale au un risc ridicat privind sustenabilitatea datorită fragilității lor în mediul concurențial și lipsa de măsuri de sprijin justificată de nevoia susținerii angajării unor persoane din grupurile vulnerabile.

**22.** Intervențiile au produs și alte efecte decât cele intenționate declarate prin program, și anume efecte indirecte și de propagare dintre care evidențiem: creșterea solidarității membrilor familiilor și comunității, îmbunătățirea cooperării actorilor, creșterea încrederii în serviciile publice (diminuată în unele situații de încetarea furnizării serviciilor la terminarea proiectelor), o mai bună înțelegere a incluziunii sociale și a persoanelor vulnerabile în comunități, crearea de rețele de colaborare a participanților la formare, furnizarea de servicii/ produse de către întreprinderile sociale în beneficiul comunității, dezvoltarea competențelor de antreprenoriat social.

**23.** Implementarea proiectelor este afectată de un volum de muncă ridicat, dedicat raportărilor și comunicărilor cu autoritățile programului. Problemele semnalate și detaliate în rapoartele tematice includ cerințele excesive de justificare și raportare, eficacitatea și adecvarea scăzută a instrumentelor de raportare. Evaluarea relevă o diferență de percepții între autoritățile programului și beneficiarii privind nivelul birocrăției, pe de o parte perceput ca excesiv de beneficiari, pe de altă parte necesar pentru nivelul de control dorit de către autorități. Cu toate că există dovezi privind simplificări în implementarea POCU față de POSDRU, beneficiarii și-au manifestat dezamăgirea privind progresul insuficient pentru a diminua un consum de resurse inutil, cumulat la nivelul unui număr foarte mare de proiecte și de-a lungul unei lungi perioade de timp.

**24.** Pandemia Covid-19 și restricțiile aferente au influențat contextul de implementare al proiectelor și calendarul inițial al acestora, fiind necesare numeroase adaptări ale activităților proiectelor la situația concretă, în special în ceea ce privește partea de impredictibilitate, incertitudine și instabilitate legislativă pentru luarea unor decizii legate de modalități de implementare la distanță.

**25.** Evaluarea oferă numeroase lecții învățate, experiențe ce trebuie multiplicare sau probleme ce trebuie evitate. Experiența implementării până la data evaluării intervențiilor POCU în domeniul incluziunii sociale evidențiază numeroase lecții învățate și bune practici descrise în fiecare raport tematic dintre care evidențiem următoarele: (1) mecanismul trans-sectorial de implementare a intervențiilor reprezintă un instrument cheie pentru combaterea eficientă a marginalizării; (2) guvernanta locală aduce beneficii certe privind mobilizarea actorilor locali și relevanța față de nevoile specifice fiecărei comunități;

(3) procesul de dezinstituționalizare poate fi îmbunătățit prin creșterea duratei intervențiilor pentru copii la cel puțin un ciclu educațional, integrarea intervențiilor care vizează dezinstituționalizarea cu măsuri de ocupare, o mai bună prioritarizare a nevoilor; (4) îmbunătățirea sistemelor de colectare a datelor privind grupurile vulnerabile și situația lor pentru a permite atât evaluarea intervențiilor, cât și dezvoltarea politicilor bazate pe dovezi, (5) atât implementarea cât și eficacitatea intervențiilor în domeniul economiei sociale au fost favorizate de: mecanismul de implementare prin administratori de scheme de ajutor de minimis, un concept bazat pe măsuri integrate de intervenție (informare, formare, consiliere, monitorizare), comunicarea bună cu administratorii schemei de minimis, flexibilitatea privind derularea unor programe de formare în sistem online după declanșarea pandemiei.

**26.** Factorii care condiționează succesul intervențiilor în domeniul incluziunii sociale, cel puțin sub aspectul eficacității impactului și sustenabilității sunt: (1) implicarea UAT ca actor cheie pentru dezvoltarea serviciilor sociale și integrarea lor în comunitate; (2) atragerea de resurse umane competente, atragerea furnizorilor cu capacitate adecvată, atragerea resurselor financiare și coordonarea tuturor resurselor; (3) o alocare a resurselor programului predictibilă pentru a acoperi nevoile de furnizare de servicii, a permite furnizorilor planificarea activităților și minimizarea riscurilor de blocaje financiare.

### Recomandări

**27.** Recomandările detaliate în rapoartele tematice și sintetizate în continuare, au fost formulate pe baza concluziilor evaluării vizând măsuri privind cadrul legal și strategic, măsuri privind perioada de implementare rămasă pentru intervențiile POCU și măsuri privind intervențiile în domeniul incluziunii sociale în perioada de programare 2021-2027.

### Recomandări la nivel legislativ sau strategic

**28.** Pentru sprijinirea comunităților marginalizate se recomandă îmbunătățirea cadrului legal pentru ca unitățile administrativ teritoriale să poată asigura finanțarea resurselor umane angajate prin proiect, acordarea de subvenții și pregătirea timpurie a strategiilor; de asemenea, se recomandă asigurarea continuității sprijinului pe termen lung pe mai multe cicluri de finanțare și a unei mai bune complementarități cu alte programe pentru a atinge intensitatea și extensia necesară producerii impactului așteptat și a beneficiilor economice semnificative.

**29.** Se recomandă implementarea de politici publice care să stimuleze implicarea socială a instituțiilor (publice și private) care pot constitui actori ai alfabetizării digitale. Ministerului Cercetării, Inovării și Digitalizării ar putea implementa prin stimulente acordate companiilor, măsuri pentru dezvoltarea competențelor și utilizarea instrumentelor digitale de interacțiune cu administrația publică.

**30.** Recomandăm preluarea și monitorizarea pentru perioada 2021-2027 a obiectivelor nerealizate în cadrul Strategiei Naționale "Agenda digitală a României 2020" în obiectivele Strategiei de Digitalizare a Educației în România 2021 – 2027, implementate de către Ministerul Educației, și în programele FESI 2021-2027.

**31.** Se recomandă îmbunătățirea cadrului legal și instituțional pentru dezvoltarea serviciilor sociale vizând cu prioritate: actualizarea standardelor de cost, stimularea UAT pentru dezvoltarea serviciilor sociale în comunități îndeosebi în mediul rural, creșterea atractivității posturilor din domeniul serviciilor sociale inclusiv prin creșterea nivelului salariilor, creșterea nivelului de contractare socială pentru serviciile sociale adresate acestor categorii de persoane vulnerabile și oferite de ONG-uri sau alți furnizori privați. Sensibilizarea reprezentanților UAT-urilor care nu au dezvoltat servicii sociale, prin implicarea lor în evenimente în rețea de diseminare a bunelor practici, împreună cu toate categoriile de părți interesate.

**32.** Se recomandă continuarea finanțării programelor de screening iar Ministerul Sănătății trebuie să își întărească rolul strategic vizând asigurarea capacității pentru lansarea programelor fără întârzieri, asigurarea complementarităților cu alte programe, integrarea programelor pilotate în programele naționale, inclusiv în campaniile naționale de informare.



**33.** Se recomandă continuarea dezvoltării cadrului legislativ și de reglementare al economiei sociale prin crearea unui mecanism de sprijin financiar și facilități fiscale pentru toate formele de organizare a structurilor de economie socială existente, nu doar pentru cele de inserție, inclusiv regimuri preferențiale de achiziții publice pentru bunuri și servicii furnizate de întreprinderile sociale (contracte rezervate).

#### **Recomandări privind implementarea programului POCU 2014-2020**

**34.** Pentru perioada rămasă de implementare acțiunile AM și OIR-urilor trebuie îndreptate spre accelerarea implementării proiectelor contractate, vizând reducerea termenelor de răspuns, avizare, aprobare a documentelor beneficiarilor și efectuarea plăților, clarificarea intervențiilor (obiectivelor specifice ale programului) pentru care nu s-au lansat apeluri și un calendar clar diseminat pentru a oferi o imagine clară și de încredere privind disponibilitatea finanțărilor pentru serviciile sociale ce vor fi sprijinite.

**35.** Se recomandă optimizarea mecanismelor de implementare cum ar fi: mecanismul DLRC pentru îmbunătățirea coordonării între cele două programe finanțatoare în toate fazele de implementare.

**36.** Se recomandă autorităților programului să îmbunătățească sistemul de monitorizare vizând colectarea datelor, indisponibile pentru unii indicatori, cum ar fi cei privind intervențiile în comunitățile marginalizate și asigurarea calității datelor, prevenirea incoerenței datelor extrase din diferite surse ale programului.

#### **Recomandări privind implementarea programului POCU 2021-2027**

**37.** Pentru viitoarea perioadă de programare se recomandă finanțarea intervențiilor complementare prin același program de finanțare multi-fond, extinderea utilizării costurilor simplificate, reajustarea celor existente sau asigurarea celei mai bune aproximări a costurilor reale.

**38.** Se recomandă continuarea implementării proiectelor eficiente, a intervențiilor de succes, asigurarea finanțării necesare sustenabilității, continuarea utilizării mecanismului DLRC și continuarea sprijinului pentru dezvoltarea capacității actorilor locali implicați în acest mecanism, extinderea intervenției asupra comunităților marginalizate ce nu au fost eligibile în actualul program.

**39.** Demararea unui amplu proces de simplificare a implementării programului actual și viitor se recomandă cu prioritate. Metodologia de analiză și rezolvare a problemelor legate de birocrăția excesivă și ineficiența proceselor trebuie să aibă în vedere implicarea părților interesate, sensibilizarea lor pentru a pregăti implementarea soluțiilor, înțelegerea intereselor și atitudinilor pentru găsirea soluțiilor adecvate.

**40.** Viitoarele programe 2021-2027 ar trebui să adopte o **abordare sistemică în domeniul asistenței sociale** prin **intervenții care sprijină aplicarea strategiilor naționale și locale în domeniul incluziunii sociale**, pe două niveluri, sistem și beneficiari de asistență socială, utilizarea proiectelor pilot care testează anumite abordări, în vederea dezvoltării unor politici pe baza rezultatelor acestora.

**41.** Pentru sprijinirea întreprinderilor sociale se recomandă la nivel de program creșterea perioadei de acordare a sprijinului pentru cele nou-înființate, continuarea sprijinului în perioada 2021-2027 care să permită dezvoltarea întreprinderilor sociale deja înființate, includerea măsurilor de dezvoltare a competențelor antreprenoriale complementare finanțării întreprinderii.



# 1. INTRODUCERE

## 1.1. CADRUL GENERAL AL EVALUĂRII

**42.** Proiectul „Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 Lotul 1: Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale” face parte din Planul de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020 și răspunde cerințelor regulamentelor Fondurilor Europene Structurale și de Investiții (FESI). Acestea prevăd prin art. 54 al Regulamentului UE 1303/2013 și art. 19 al Regulamentului UE 1304/2013 realizarea de evaluări care să analizeze efectele programelor finanțate din FESI.

**43.** Conform Caietului de Sarcini (CdS) **obiectivul evaluărilor** este de a analiza eficiența, eficacitatea și impactul utilizării resurselor FSE prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 și Programul Operațional Capital Uman 2014-2020 în domeniul de intervenție incluziune socială. De asemenea, ele trebuie să evedențieze factorii care contribuie la succesul sau eșecul implementării, precum și la sustenabilitatea acțiunilor finanțate.

**44.** Evaluarea trebuie să conducă la o serie de concluzii și lecții învățate, însoțite de recomandările aferente, care să poată fi transferate în termeni operaționali către Autoritatea de Management (AM) astfel încât să servească scopurilor sale de luare a deciziilor și gestionare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020. Rapoartele de evaluare trebuie să enunțe recomandări atât pentru perioada de programare 2014-2020 cât și pentru perioada de programare viitoare, acolo unde este cazul.

**45.** Rezultatele evaluărilor vor fi incluse în rapoartele anuale de implementare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020. De asemenea, evaluările vor fi utilizate în procesul de evaluare macro, la nivelul Acordului de Parteneriat, precum și pentru pregătirea perioadei de programare post 2020.

**46.** Conform Planului de Evaluare POCU, prezenta evaluare este o evaluare de tip ”MESO” la nivel de program . Evaluarea include și analize la nivelul proiectelor, integrând astfel nivelul micro de analiză, prin intermediul studiilor de caz cu toate metodele și tehnicile specifice acestora.

**47.** Acest raport se concentrează asupra extragerii lecțiilor învățate din implementarea POCU 2014-2020, data limită a datelor extrase și utilizate în acest exercițiu de evaluare este 31 decembrie 2020.

**48.** Această evaluare poate contribui direct la:

- îmbunătățirea proceselor de colectare și schimb de date și informații la nivelul utilizatorilor prezentei evaluări și anume: Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene (MIPE), ministerele de resort responsabile de politicile publice susținute din FSE, AM POCU, OI POCU și membrii Comitetului de Monitorizare POCU, inclusiv partenerii economici și sociali;
- dezvoltarea culturii de evaluare în România și de promovare a evaluării ca parte integrantă a ciclului de politică publică, constituind un element de bună practică replicabil la nivelul administrației.

**49.** Exercițiile de evaluare a intervențiilor POCU 2014 -2020 acoperă 7 teme de evaluare. Pentru a respecta terminologia și etichetele folosite în planul de evaluare cele șapte teme sunt numerotate de la 2 la 8 prima temă de evaluare în plan fiind tema evaluării retrospective POSDRU 2007-2013:



- **Tema 2** - Evaluarea contribuției POCU la reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate (Aria de acoperire – obiectivele specifice 4.1, 4.2, 5.1, 5.2);



- **Tema 3** - Evaluarea contribuției POCU la îmbunătățirea alfabetizării digitale a populației din comunitățile dezavantajate (Aria de acoperire – obiectivul specific 4.3);



- **Tema 4** - Evaluarea contribuției POCU la depășirea situațiilor de vulnerabilitate (Aria de acoperire: obiectivul specific 4.4);



- **Tema 5** - Evaluarea contribuției POCU la creșterea calității și accesului la servicii sociale (Aria de acoperire: obiectivele specifice 4.5, 4.6, 4.7 și 4.14);



- **Tema 6** - Evaluarea contribuției POCU la creșterea calității și accesului la serviciile medicale (Aria de acoperire: obiectivele specifice 4.8, 4.9, 4.10 și 4.11);



- **Tema 7** - Evaluarea contribuției POCU la asigurarea tranziției de la sistemul instituționalizat la servicii la nivelul comunității (Aria de acoperire: obiectivele specifice 4.12, 4.13 și 4.15);



- **Tema 8** - Evaluarea contribuției POCU la consolidarea capacității entităților din cadrul economiei sociale de a funcționa în mod auto-sustenabil (Aria de acoperire: obiectivul specific 4.16).

#### COERENȚA CELOR TREI EXERCIȚII DE EVALUARE

**50.** Cele trei exerciții de evaluare incluse în planul de evaluare POCU 2014-2020 sunt coerente atât din perspectiva temelor de evaluare cât și din perspectiva întrebărilor de evaluare.

**51.** Primul exercițiu de evaluare POCU – ce face obiectul prezentului raport, se concentrează pe analiza celor șapte teme de mai sus, prin intermediul întrebărilor de evaluare (ÎE 1- ÎE 9), la nivel teritorial, corelate cu obiectivele specifice ale programului. Cu toate că prezentul exercițiu de evaluare este o evaluare intermediară, include și întrebări privind impactul intervențiilor finanțate până acum. Întrebările de evaluare urmăresc, totodată, identificarea altor efecte negative și/sau pozitive care au rezultat din implementarea acestor intervenții susținute prin POCU, fără ca acestea să fi fost vizate în mod direct prin acțiunile implementate. Alte două subiecte cheie sunt legate de sustenabilitate, măsura în care rezultatele acțiunilor întreprinse sunt sustenabile pe termen lung și identificarea mecanismelor ce conduc la producerea unor efectelor imediate și pe termen lung și de măsura în care lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine.

**52.** Coerența cu evaluarea retrospectivă POSDRU permite evaluatorilor o abordare a intervențiilor din perspectivă strategică a schimbărilor pe termen lung, dar și o analiză comparativă a implementării în cicluri de finanțare succesive, îmbogățind experiența și valoarea concluziilor. Un exemplu este continuarea analizei impactului măsurilor de sprijin a grupurilor vulnerabile obiect al temei 6.2 din evaluarea retrospectivă extinsă în exercițiul actual. Ultimul exercițiu de evaluare din cadrul proiectului se va desfășura în ultimul an de implementare, 2023, când cea mai mare parte a intervențiilor vor fi finalizate, reușind să surprindă în analize mai bine decât în prezent realizările, rezultatele și impactul.

**53.** Cele 9 întrebări de evaluare sunt comune temelor cu excepția întrebării de evaluare referitoare la beneficiile economice și costurile de oportunitate care se regăsește doar la Temele 2, 4 și 7. O altă

excepție este și întrebarea 9, referitoare la bunele practici, care se regăsește la toate temele de evaluare POCU mai puțin la Tema 3.

**54.** Astfel, Caietul de Sarcini prevede următoarele întrebări de evaluare pentru acest exercițiu:

- **ÎE 1:** Care este progresul observat în sector? (pentru fiecare temă de evaluare este particularizat sectorul)
- **ÎE 2:** În ce măsură progresul observat este atribuit POCU?
- **IE 3<sup>1</sup>:** Există beneficii economice în urma intervențiilor prin POCU?
- **ÎE 4:** În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?
- **ÎE 5:** În ce măsură efectul depășește granița comunităților sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?
- **ÎE 6:** În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?
- **ÎE 7:** Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme?
- **ÎE 8:** Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?
- **ÎE 9:** Există cazuri de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și temele secundare?

## 1.2. OBIECTIVUL EVALUĂRII ȘI ÎNTREBĂRILE DE EVALUARE

**55.** Scopul evaluării este de a analiza eficiența, eficacitatea și impactul utilizării resurselor FSE prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020 în domeniul de intervenție incluziune socială. De asemenea, ele trebuie să evidențieze factorii care contribuie la succesul sau eșecul implementării, precum și la sustenabilitatea acțiunilor finanțate.

**56.** Exercițiul de evaluare care face obiectul acestui raport se referă la intervențiile finanțate în cadrul celor șapte teme menționate în secțiunea anterioară.

**57.** Datele colectate au fost analizate urmărind verificarea legăturilor cauzale care au stat la baza teoriei programului, identificarea efectelor neintenționate, pozitive sau negative, a efectelor de propagare și a mecanismelor de producere a realizărilor, rezultatelor și a altor efecte, în condițiile influenței factorilor externi. Metodele de colectare și analiză au permis formularea unor constatări și concluzii de încredere privind măsura și modul în care acțiunile programului au contribuit la efectele observate.

**58.** Evaluarea s-a desfășurat în **perioada aprilie 2021 –noiembrie 2021**. Data limită a datelor administrative de program analizate este 31.12.2020, dacă nu se specifică o altă dată.

## 1.3. GRUPUL ȚINTĂ ȘI UTILIZATORII EVALUĂRII

**59.** Utilizatorii rezultatelor evaluării identificați includ: Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene (MIPE), ministerele de resort responsabile de politicile publice susținute din Fondul Social European (FSE), Guvernul României, Autoritatea de Management (AM) POCU, organisme intermediare (OI) POCU și membrii Comitetului de Monitorizare (CM) POCU, inclusiv partenerii economici și sociali.

---

<sup>1</sup> În cazul temei de evaluare 4 întrebarea privind beneficiile economice ale intervențiilor POCU este numerotată ca ÎE 7.



**60.** Procesele de consultare, integrate în metodele de evaluare, au asigurat corelarea între nevoile și așteptările utilizatorilor, pe de o parte, și procesul și rezultatele evaluării, pe de altă parte, facilitând creșterea utilității evaluării, o mai bună preluare a recomandărilor în practică. Implicarea utilizatorilor pe parcursul evaluării este și un proces de învățare și pregătește terenul pentru implementarea recomandărilor.

## 1.4. STRUCTURA RAPORTULUI DE EVALUARE

**61.** Structura raportului de evaluare are în vedere faptul că evaluarea acoperă 7 Teme. Pentru facilitarea parcurgerii, Raportul de Evaluare include:

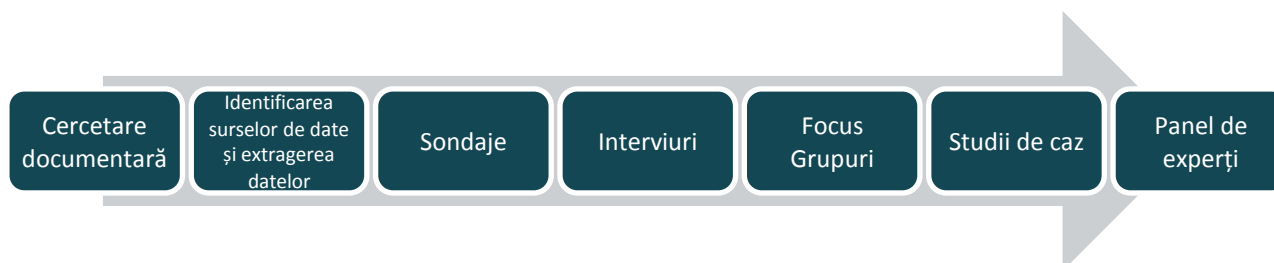
- Introducerea cu aspecte generale comune celor 7 Teme de evaluare adresate de prezentul exercițiu și anume: aspecte generale cu privire la cadrul de realizare a evaluării, metodologia de evaluare a intervențiilor POCU în domeniul incluziunii, dificultățile/limitările întâmpinate în aplicarea metodologiei de evaluare.
- Cele 7 rapoarte de evaluare tematice, câte un raport pentru fiecare temă, prezentate în capitole distincte.
- Sumarul executiv prezintă o sinteză a concluziilor și recomandărilor celor șapte rapoarte de evaluare.

## 2. ABORDAREA METODOLOGICĂ

### 2.1. PROBLEME ÎNTÂMPINATE ȘI LIMITĂRI ÎN APLICAREA METODOLOGIEI DE EVALUARE, ROBUSTEȚEA CONCLUZIILOR

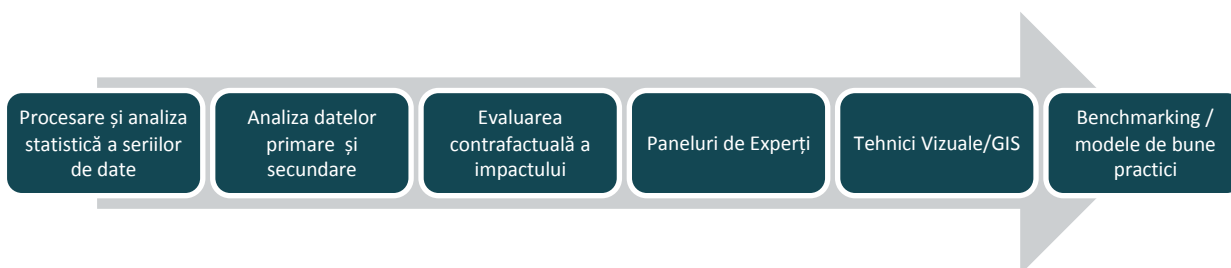
**62.** Metodologia de evaluare a fost concepută ținând cont de perioada de desfășurare a exercițiilor de evaluare, raportată la ciclul de implementare a programului. Primul exercițiu de evaluare se desfășoară în cursul anului 2021, după mijlocul perioadei de implementare, iar ultimul exercițiu de evaluare din cadrul proiectului în ultimul an de implementare, 2023. Așa cum se anticipa în faza de dezvoltare a metodologiei, progresul în implementare este scăzut, motiv pentru care în mică măsură pot fi observate și măsurate efecte, iar primul exercițiu va include și o componentă specifică unei evaluări intermediare analizând și informând utilizatorii privind progresul în implementare și probabilitatea/posibilitatea atingerii obiectivelor, respectiv a țințelor indicatorilor de program.

**63.** Principalele metode pentru colectarea datelor sunt următoarele:



**64.** Principalele metode utilizate pentru analiza **datelor** sunt următoarele:





65. Metodele și instrumentele de evaluare planificate și efectiv aplicate în procesul de evaluare sunt redate sintetic în tabelul 1 de mai jos.

**TABEL 1. METODELE ȘI INSTRUMENTELE DE EVALUARE PLANIFICATE ȘI APLICATE EFECTIV ÎN PROCESUL DE EVALUARE**

Metode de evaluare	TE 2	TE 3	TE 4	TE 5	TE 6	TE 7	TE 8
Cercetarea documentară	x	x	x	x	x	x	x
Identificarea surselor de date consultarea și extragerea datelor din baze de date statistice administrative	x	x	x	x	x	x	x
Interviuri	x	x	x	x	x	x	x
Ateliere de lucru regionale/Focus grupuri regionale	x	x	x	x	x	x	x
Focus-grup național online	x	x	x	x	x	x	x
Tehnici vizuale - hărți GIS	x		x			x	
Evaluarea contrafactuală de impact/ alte metode cantitative de evaluare a impactului	x	x	x	x	x	x	x
Sondaje de opinie	x	x	x	x	x	x	x
Studii de caz	x	x	x	x	x	x	x
Matricea factorilor de influență	x	x	x		x	x	
Procesarea și analiza statistică a datelor	x	x	x	x	x	x	x
Panel de experți	x	x	x	x	x	x	x

66. Modul în care au fost aplicate metodele și instrumentele este prezentat sintetic în tabelul de mai jos, detalii se pot regăsi în partea a doua a raportului de evaluare, în rapoartele de evaluarea tematică.

**TABEL 2. METODELE DE EVALUARE UTILIZATE**

Metode de evaluare	Domeniul de aplicare și scurtă descriere
<b>Cercetarea documentară</b>	<p>Analiza documentelor privind cadrul strategic, legislativ și instituțional, la nivel european și național, privind specificul intervențiilor vizate;</p> <p>Analiza documentelor cheie de politică sectorială și a celor cu caracter strategic, documente de programare (document de program POCU, Document Cadru de Implementare (DCI), Rapoartele Anuale de Implementare (RAI), etc.;</p>

	<p>Analize, studii de specialitate și alte documente ce au vizat incluziunea socială identificate ca necesare pe parcursul evaluării, așa cum sunt prezentate în secțiunea referitoare la sursele de date.</p>
<p><b>Identificarea surselor de date și extragerea datelor</b></p>	<p>Colectarea datelor pentru fiecare temă, în funcție de indicatorii specifici de la deținătorii de date identificați:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Date administrative privind proiectele finanțate (SMIS, date AM, OI, etc.);</li> <li>• Date privind contextul intervențiilor, preluate din baze de date statistice și rapoarte de monitorizare și evaluare, planuri, strategii aferente domeniului, studii și analize etc.</li> <li>• Alte baze de date și surse de date statistice relevante (INS, Eurostat), studii/ rapoarte ale autorităților cu responsabilități în domeniile vizate de intervenții, precum și surse de date la nivel local/regional (detalii în rapoartele tematice).</li> </ul>
<p><b>Interviuri</b></p>	<p>Au fost realizate 110 interviuri cu reprezentanți ai structurilor de gestionare și implementare a POCU, respectiv din instituțiile relevante din domeniul incluziunii sociale, precum și alte categorii, de beneficiari de finanțare.</p> <p>O parte dintre acestea au fost comune celor șapte teme, mai exact cele ce au urmărit aspecte referitoare la program și au fost desfășurate cu reprezentanți ai instituțiilor responsabile cu implementarea POCU și în general cu FESI, precum Autoritatea de Management (AM) POCU, Organisme Intermediare (OI) POCU, MIPE – DGPCS, sau autorități responsabile pentru mai multe teme cum ar fi MMPS.</p> <p>Data fiind situația generată de pandemia Covid-19, interviurile s-au desfășurat online, prin intermediul unei platforme comun agreeate cu participanții (Zoom) sau telefonic.</p>
<p><b>Ateliere de lucru regionale/Focus grupuri regionale</b></p>	<p>Au fost organizate 26 de ateliere regionale cu obiectivul de a dezbată constatările preliminare cheie formulate pe baza datelor colectate prin alte metode. Atelierele au fost adus la masa discuțiilor beneficiari, părți interesate din regiuni, grupați astfel încât să se optimizeze interacțiunea și analiza unor experiențe diverse, în grupuri suficient de restrânse pentru a permite intervenția tuturor participanților.</p>
<p><b>Focus-grup național online</b></p>	<p><b>Focus-grupul</b> național online a fost conceput cu rol strategic, de validare și completare a datelor și constatările preliminare. Acesta a fost comun pentru cele șapte teme de evaluare. La discuție au participat reprezentanții factorilor decizionali (AM POCU, OI POCU, etc), dar și ai altor structuri de la nivel național responsabile în domeniul incluziunii (MS, ANES, DGASPC-uri) pentru a discuta rezultatele analizelor realizate, precum și principalele constatări privind cadrul legislativ, strategic și procedural.</p>
<p><b>Tehnici vizuale - hărți GIS</b></p>	<p><b>Hărțile GIS</b> au fost utilizate ca instrument vizual de prezentare și suport al informației, acestea prezentând nivelul de acoperire teritorială a proiectelor implementate (au fost folosite hărți GIS pe toate cele 7 teme) la nivel regional/județean/local.</p> <p>Alte tehnici vizuale folosite au fost diferitele grafice și tabele, ce apar în corpul principal al raportului și în anexe.</p>
<p><b>Evaluarea contrafactuală de impact</b></p>	<p><b>Analiza de tip contrafactual</b> a fost realizată pe baza datelor colectate privind intervențiile finanțate prin POSDRU 2007-2013 și completate cu date privind categoria grupului vulnerabil necesare formării grupului de comparație.</p>
<p><b>Sondaj de opinie</b></p>	<p>Au fost desfășurate <b>șapte sondaje, în rândul beneficiarilor de finanțare și beneficiarilor finali ai rezultatelor intervenției</b>. Sondajele au fost exhaustive și au avut rate de răspuns între 26% și 65% și au folosit platforma online Survey Monkey. Un caz special a fost sondajul personalului medical participant la formare care datorită presiunii sub care s-a aflat întreg sistemul medical în valul 5 al pandemiei COVID s-a limitat la un grup de conveniență accesibil, de 400 de participanți. Având o rată de răspuns de 15%.</p>
<p><b>Studii de caz</b></p>	<p><b>Studiile de caz</b> au fost incluse în metodologie pentru analiza aprofundată a modului în care intervențiile au produs efecte, acestea completând analize ale datelor colectate prin alte metodele descrise mai sus. Prin studiile de caz au fost evidențiate și exemplificate rezultatele obținute, au fost analizate aspectele cheie privind modul de obținere a rezultatelor și producerea altor efecte.</p>

	<p>Selecția și numărul studiilor de caz s-a bazat pe analiza portofoliilor de proiecte urmărind să acopere diversitatea acestora, astfel au fost realizate 37 de studii de caz :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TE 2</th> <th>TE 3</th> <th>TE 4</th> <th>TE 5</th> <th>TE 6</th> <th>TE 7</th> <th>TE 8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>0</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>8</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Studiile de caz pentru fiecare temă au fost selectate pe baza unei metodologii și abordări sistematice valorificând potențialul instrumentului de a contribui la rezultatele evaluării. Conform metodologiei stabilite în perioada de inițiere a proiectului selecția s-a făcut pentru fiecare temă pe o combinație de criterii dintre cele indicate mai jos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipologia operațiunilor</li> <li>• Dimensiunea proiectelor</li> <li>• Distribuția regională</li> <li>• Diversitatea grupurilor țintă</li> <li>• Diversitatea (tipologia) beneficiarilor</li> </ul>	TE 2	TE 3	TE 4	TE 5	TE 6	TE 7	TE 8	5	0	8	6	8	4	6
TE 2	TE 3	TE 4	TE 5	TE 6	TE 7	TE 8									
5	0	8	6	8	4	6									
<b>Matricea factorilor de influență</b>	Instrumentul a avut ca scop sintetizarea factorilor care au influențat producerea rezultatelor, a impactului și a altor efecte și a corelat factorii de influență (pozitivi sau negativi, interni sau externi intervenției) cu efectele constatate, indicându-se și gradul de influență pe trei niveluri (major, mediu sau minor).														
<b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b>	Procesarea și analiză statistică a datelor a fost folosită pentru datele statistice relevante grupurilor țintă și evoluției situației acestora, datele administrative de program alte date administrative relevante.														
<b>Panelul de experți</b>	Au fost organizate <b>patru paneluri de experți</b> , constând în panel comun pentru temele ce presupun expertiză comună în domeniul serviciilor sociale și singulare pentru temele 2, 3 și 7 cu aspecte particulare neadevate pentru o abordare comună.														

**67.** Aplicarea metodologiei de evaluare, analizele și răspunsurile la întrebările de evaluare efectuate pentru fiecare temă de evaluare, concluziile și recomandările sunt prezentate în detaliu în rapoartele tematice dedicate fiecărei teme în parte.

## 2.2. PROBLEME ÎNTÂMPINATE ȘI LIMITĂRI ÎN APLICAREA METODOLOGIEI DE EVALUARE, ROBUSTEȚEA CONCLUZIILOR

**68.** Pe parcursul evaluării s-au manifestat constrângeri semnificative privind disponibilitatea, accesibilitatea și calitatea datelor. Acest lucru a impus adaptarea metodologiei de colectare a datelor și analiză, identificând noi surse, adăugând verificări a calității datelor, iar interpretarea constatrilor a fost adaptată limitărilor metodologice. Limitările metodologice au fost anticipate încă din faza inițială, astfel încât au putut fi aplicate măsuri de minimizare a impactului lor asupra robusteții evaluării, așa cum se arată în continuare.

**69.** În fiecare raport tematic sunt descrise problemele întâmpinate, limitările metodologice și modul în care a fost asigurată robustețea concluziilor, în cele ce urmează prezentăm o sinteză cu aspectele transversale relevante celor 7 teme de evaluare.

**70.** Condițiile generate de pandemia COVID 19 au impus restricții privind interacțiunea directă cu respondenții în cazul interviurilor și întâlnirilor de grup. În toate aceste situații, pentru depășirea barierelor comunicării online, în vederea acoperirii cât mai ample a tematicilor supuse discuțiilor a fost dată posibilitatea respondenților de a completa în scris opiniile exprimate în cadrul interviurilor realizate.

**71.** Cel mai puternic a fost afectată culegerea datelor aferente Temei de evaluare 6 unde cea mai mare parte a beneficiarilor de finanțare, dar și beneficiari finali ai măsurilor de formare activează în sistemul medical sau de urgență aflat sub presiunea pandemiei. Au fost constatate numeroase modificări în structura de personal, persoanele responsabile părăsind instituția implicată în proiect, persoane care

au declarat ca nu sunt disponibile sau altele care au intenționat să răspundă solicitării, dar în final nu au reușit. Au fost numeroase retransmisiuni ale invitațiilor și apeluri telefonice, dar participarea nu s-a îmbunătățit semnificativ. Numărul de răspunsuri la sondajul în rândul participanților la formare a rămas la un nivel de 60, reprezentând 15% din persoanele invitate și a impus interpretarea informațiilor ca exemple fără a putea face generalizări la nivelul întregului grup țintă.

**72.** Față de evaluarea retrospectivă POSDRU, obținerea documentelor la nivel de proiect nu a mai reprezentat o problemă. Totuși, se menține problema acurateței scăzute a datelor la nivel de program, constatându-se diferențe nejustificate între datele din surse diferite, de exemplu cele din Rapoartele Anuale de Implementare și cele agregate de la nivelul proiectelor extrase din SMIS. De asemenea, datele privind grupul țintă prezintă lacune și erori care diminuează dimensiunea populației considerate pentru aplicarea metodelor de colectare a datelor, generând riscul de a afecta rigoarea prelucrărilor statistice.

**73.** Evidențiem faptul că protocoalele de cooperare încheiate de MIPE cu deținători de date administrative (cum ar fi ANDPDCA și Inspekția Muncii) dau rezultate, fiind posibilă colectarea de date chiar și în condițiile unui proces lent. Totuși, datorită faptului că politicile de sprijin a grupurilor vulnerabile vizează anumite aspecte și trăsături ale persoanelor aparținând acestor grupuri, explorarea posibilității de îmbogățire a datelor în aceste registre este de interes. O limitare importantă o reprezintă și absența unor date la nivel național pentru mai multe categorii de grupuri vulnerabile cum ar fi persoane fără adăpost, persoane dependente de alcool și substanțe, persoane private de libertate. Absența acestor date practic limitează analizele la nivel sectorial și raportarea programului la nevoile sau schimbările sectorului sau domeniului.

**74.** Datorită măsurilor luate pentru asigurarea datelor necesare și a calității acestora, conștientizarea limitărilor și interpretarea lor adecvată, efortul suplimentar pentru triangulare și validare, apreciem că robustețea concluziilor este suficientă pentru acceptarea lor și a recomandărilor formulate. Argumentele pentru această opinie se regăsesc în metodologia descrisă în Tabel 2. Metodele de evaluare utilizate și în rapoartele de evaluare care explică modul de interpretare a datelor.

### 3. INTERVENȚIILE EVALUATE

**75.** Intervențiile finanțate obiect al evaluării reprezintă proiectele finanțate prin obiectivele specifice aferente fiecărei teme. Acestea au fost raportate la intervenția planificată prin program, alocările financiare prevăzute, realizările și rezultatele estimate.

**76.** O imagine de ansamblu este oferită în figura 1 unde sunt redate grafic, pentru cele 7 teme, comparativ:

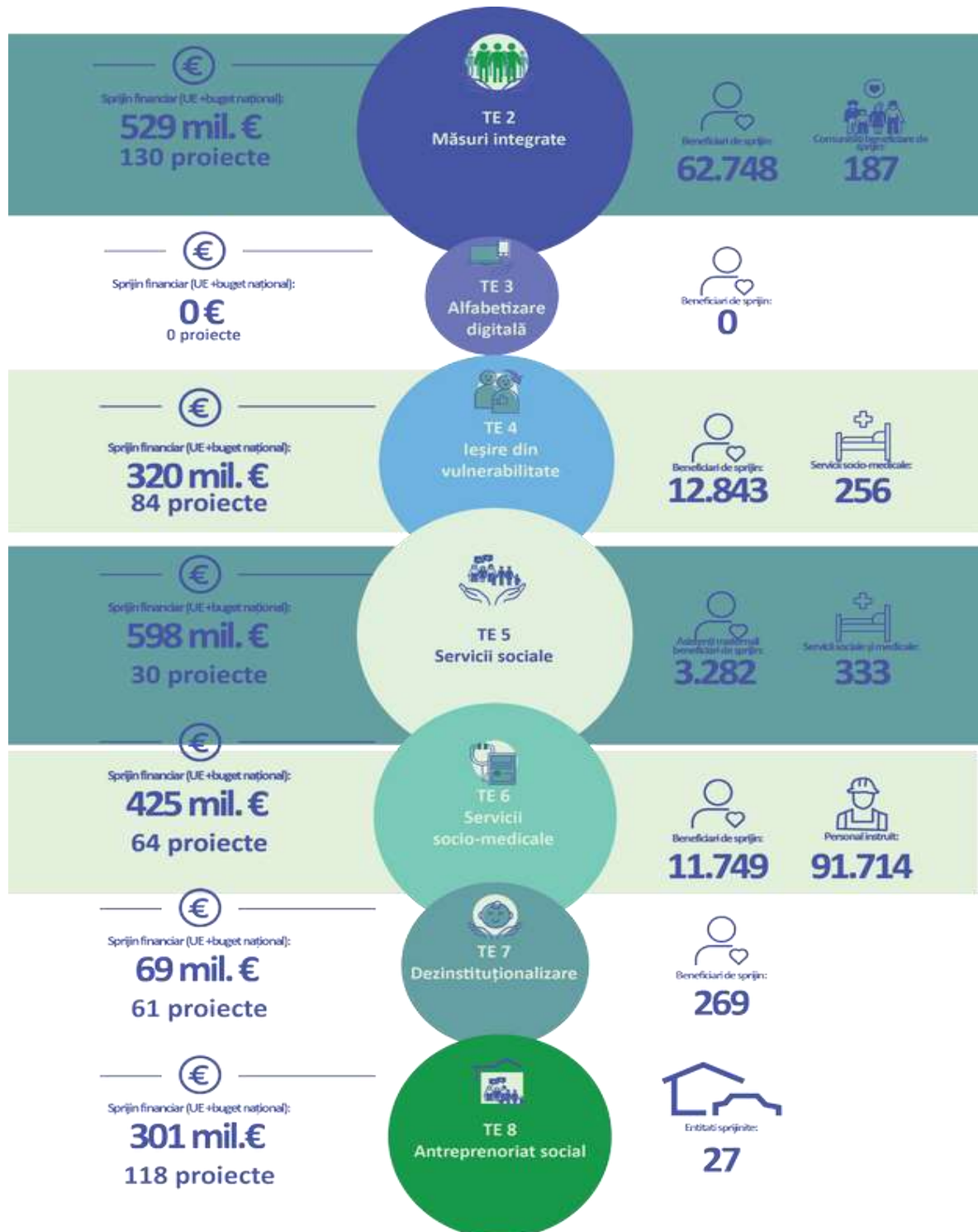
- dimensiunea intervenției: valoarea finanțării contractate și numărul de proiecte
- dimensiunea eficacității: prin ținta realizărilor propuse la nivel de proiecte contractate incluzând beneficiari de sprijin (conform grupurilor țintă raportate), comunități marginalizate sprijinite, servicii sociale dezvoltate, entități de economie socială sprijinite, personal instruit.

**77.** Se remarcă tema 2 ca fiind cea mai extinsă ca număr de proiecte și valoare a finanțării, dar și complexă datorită măsurilor integrate și mecanismului DLRC. Este urmată de tema 5 dedicată serviciilor sociale cu aproape 60 mil de Euro, dar concentrată în doar 30 de proiecte.

**78.** Proiecte cu valori medii între 320 și 425 milioane Euro se regăsesc în cadrul temei 6 dedicată serviciilor socio-medice și temele 4 și 8 care sprijină ieșirea din vulnerabilitate și antreprenoriatul social.

**79.** Intervenția temei 7 este cea mai mică ca finanțare cu 69 milioane de Euro, iar intervențiile din cadrul temei 3 alfabetizarea digitală practic nu au fost demarate.

FIGURA 1. PROIECTE ȘI SUME CONTRACTATE, REALIZĂRI (31.12.2020)<sup>2</sup>



Sursă: RAI 2020, SMIS și prelucrări autori, la data de 31.12.2021

<sup>2</sup> Sumele contractate reprezintă contribuția publică UE și buget național și sursa datelor (RAI 31.12.2021)

## 4. TEMA DE EVALUARE 2 – REDUCEREA NUMĂRULUI DE PERSOANE CE SE CONFRUNTĂ CU RISCUL DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎN CADRUL COMUNITĂȚILOR MARGINALIZATE (OBIECTIVE SPECIFICE 4.1, 4.2, 5.1 ȘI 5.2)

### 4.1 Contextul evaluării

**80.** Acest raport este unul dintre cele șapte rapoarte tematice aferente primului exercițiu de evaluare a Programului Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020 din cadrul proiectului „Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 Lotul 1: Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale”.

**81.** Raportul tematic se referă la tema de evaluare 2 POCU (TE 2):

- **TE 2:** Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate.

**82.** Celelalte șase rapoarte tematice acoperă alte șase teme ale evaluării și anume:

- **TE 3:** Îmbunătățirea alfabetizării digitale a populației din comunitățile dezavantajate (Aria de cuprindere – obiectivul specific 4.3)
- **TE 4:** Depășirea situațiilor de vulnerabilitate (Aria de cuprindere – obiectivul specific 4.4)
- **TE 5:** Creșterea calității și accesului la serviciile sociale (Aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.5, 4.6, 4.7 și 4.14)
- **TE 6:** Creșterea calității și accesului la serviciile medicale (Aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.8, 4.9, 4.10 și 4.11)
- **TE 7:** Asigurarea tranziției de la sistemului instituționalizat la servicii la nivelul comunității (Aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.12, 4.13, 4.15)
- **TE 8:** Consolidarea capacității entităților din cadrul economiei sociale de a funcționa în mod auto-sustenabil (Aria de cuprindere: obiectivul specific 4.16)

**83.** Informații privind contextul întregului ciclu de evaluare se regăsesc în Raportul de sinteză, din care prezentăm selectiv aspectele relevante evaluării temei 2, obiect al prezentului raport tematic.

**84.** Conform Caietului de Sarcini (CdS) nouă (9) întrebări de evaluare (ÎE) au stat la baza acestui exercițiu:

- ÎE1.** Care este progresul observat în comunitățile marginalizate în legătură cu reducerea numărului de persoane care se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială?
- ÎE2.** În ce măsură progresul observat este atribuit POCU?
- ÎE3.** Care au fost beneficiile economice sau costurile de oportunitate (prin compararea taxelor plătite și economiilor privind beneficiile sociale la costul intervenției) în cadrul sectorului la nivel teritorial și pe diverse subgrupuri țintă?
- ÎE4.** În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?
- ÎE5.** În ce măsură efectul depășește granița comunităților sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?
- ÎE6.** În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?
- ÎE7.** Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme?



**ÎE8.** Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?

**ÎE9.** Există cazuri de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și temele secundare?

**85.** Evaluarea s-a desfășurat în perioada aprilie 2021 – noiembrie 2021. Data limită a datelor administrative de program analizate este 31.12.2020.

## 4.1 PREZENTAREA INTERVENȚIEI EVALUATE

### TEMA DE EVALUARE 2 ÎN CONTEXTUL PROGRAMULUI

**86.** Tema de evaluare referitoare la intervențiile pentru reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate, este organizată în jurul a două Axe Prioritare (AP), respectiv AP 4 - Incluziune socială și combaterea sărăciei și AP 5 – Dezvoltare locală plasată sub responsabilitatea comunității.

**87.** În cadrul AP 4, tema acoperă obiectivele specifice (OS) 4.1 - Reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate în care există populație aparținând minorității rome, prin implementarea de măsuri integrate și OS 4.2 - Reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate (non roma), prin implementarea de măsuri integrate.

**88.** În cadrul AP 5, tema acoperă OS 5.1 - Reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate (roma și non-roma) din orașe/municipii cu peste 20.000 locuitori, cu accent pe cele cu populație aparținând minorității roma, prin implementarea de măsuri/ operațiuni integrate în contextul mecanismului de DLRC și OS 5.2 - Reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială din comunitățile marginalizate din zona rurală și orașe cu o populație de până la 20.000 locuitori prin implementarea de măsuri/ operațiuni integrate în contextul mecanismului de DLRC.

**89.** Teoria schimbării reflectă opinia potrivit căreia cea mai bună cale de a combate sărăcia și de a întrerupe cercul vicios al excluziunii sociale, este de a focaliza intervențiile pe comunități marginalizate, integrând acțiuni privind accesul la educație, ocupare, accesul la servicii sociale (inclusiv medicale), locuire, asistență juridică și nediscriminare.

**90.** Aferent acestei teme de evaluare, prin POCU 2014 – 2020 au fost stabilite următoarele rezultate așteptate:

**TABEL 3. REZULTATELE AȘTEPTATE / OS**

<b>OS 4.1</b>	<b>Număr redus de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate în care există populație aparținând minorității rome</b>
<b>OS 4.2</b>	Număr redus de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate (non - roma)
<b>OS 5.1</b>	Număr redus de persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială din comunitățile marginalizate (roma și non-roma) din orașe/municipii cu peste 20.000 locuitori, cu accent pe cele cu populație aparținând minorității roma, prin implementarea de măsuri/ operațiuni integrate în contextul mecanismului DLRC.
<b>OS 5.2</b>	Reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială din comunitățile marginalizate din zona rurală și orașe cu o populație de până la 20.000 locuitori prin implementarea de măsuri/ operațiuni integrate în contextul mecanismului de DLRC.

Sursa: Programul Operațional Capital Uman 2014 - 2020



**91.** Mecanismul de intervenție s-a bazat pe asumția conform căreia implementarea acțiunilor este mai eficace dacă grupul țintă aferent comunităților de etnie romă este specific adresat, prin acțiuni dedicate, iar acțiunile pentru localități mici (sub 20.000 de locuitori) sau din mediu rural sunt separat tratate de localitățile mari (peste 20.000 de locuitori). Astfel, în cadrul TE 2 sunt vizate ca beneficiari finali exclusiv persoanele aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate, în cadrul acestui grup țintă existând prin cele patru OS o defalcare a intervențiilor în funcție de grupul etnic de apartenență (roma și non-roma) și zona de intervenție (rural – orașe/ municipii de până la 20.000 locuitori – orașe/ municipii cu peste 20.000 locuitori).

**92.** Tipurile de activități eligibile în cazul OS 4.1 și OS 4.2 sunt similare, întrucât includ în ambele cazuri acțiuni în:

- domeniul educației (ca răspuns la nivelul scăzut de absolvire), precum:
  - sprijin pentru creșterea accesului și participării la educația timpurie – învățământ ante-preșcolar și preșcolar;
  - sprijin pentru reducerea părăsirii timpurii a școlii -exemplu: de tip școala după școală;
  - programe de tip a doua șansă – destinate tinerilor care au abandonat școala și adulților care nu și-au finalizat educația obligatorie;
- domeniul ocupării forței de muncă (drept răspuns la nivelul scăzut înregistrat în acest sens), precum:
  - sprijin pentru accesul și/sau menținerea pe piața muncii – prin participarea la programe de ucenicie la locul de muncă, participarea la programe de stagii pentru absolvenții de învățământ superior, măsuri de sprijin pentru găsirea unui loc de muncă
  - activități de susținere a antreprenoriatului în cadrul comunității, inclusiv a ocupării pe cont-proprriu: sprijin pt. înființarea de afaceri – prin servicii personalizate de sprijin sau prin acordarea de subvenții/ micro-granturi;
- domeniul dezvoltării și furnizării de servicii (sociale/ medicale/ medico-sociale);
- domeniul îmbunătățirii condițiilor de locuit;
- domeniul acordării de asistență juridică pentru reglementări acte – acolo unde se consideră a fi cazul;
- domeniul combaterii discriminării și promovării multiculturalismului – în cazul comunităților marginalizate în care există populație aparținând minorității rome.

**93.** Suplimentar, Ghidurile Solicitantului au inclus și o activitate preliminară obligatorie la nivelul comunității marginalizate pentru fundamentarea cererii de finanțare, ce a urmărit justificarea îndeplinirii cerințelor minime pentru validarea comunității vizate ca fiind marginalizată și ca având populație aparținând minorității roma (în cazul OS 4.1).

**94.** În cazul OS 5.1 și OS 5.2, având în vedere că intervențiile din cadrul AP 5 au fost implementate prin intermediul mecanismului DLRC, tipurile de activități eligibile au fost defalcate în funcție de următoarele trei etape:

#### **Etapa I – Elaborarea Strategiei de Dezvoltare Locală (SDL) și pentru constituire GAL.**

În urma acestuia au fost selectate zonele marginalizate, cu condiția demonstrării existenței unui acord partenerial DLRC între actorii relevanți: autorități publice locale, un ONG (grup de ONG-uri) cu activitate specifică măsurilor ce vizează comunitățile defavorizate și un operator economic.

Pentru această etapă, POCU a pus la dispoziție sumele necesare constituirii GAL-urilor și activităților premergătoare realizării SDL, inclusiv elaborarea acesteia (animarea partenerilor locali, studii ale zonei vizate, costuri legate de elaborarea SDL, inclusiv costurile de consultanță și cele pentru acțiuni legate de consultările cu părțile interesate, costurile administrative ale autorității publice locale care solicită sprijin pentru pregătire).

## Etapa II – Depunerea și selectarea Strategiilor de Dezvoltare Locală (SDL)

În cadrul acestei etape a fost stabilit un comitet de selecție comun și s-a urmărit asigurarea coerenței dintre obiectivele strategiei, măsurile și planul de acțiune sau lista de proiect, a relevanței actorilor parteneriatului local pentru implementarea strategiei. Fiecare strategie a trebuit să fie însoțită de o listă a proiectelor prin care GAL a considerat că vor fi atinse obiectivele strategiei.

## Etapa III – Selectarea pachetului de operațiuni integrate aferent strategiilor aprobate

În cadrul ultimei etape, GAL a trebuit să aprobe în termen de șase luni pachetul de operațiuni integrate și să îl înainteze comitetului comun de selecție format din reprezentanți ai autorităților de management (AM) POCU și POR. La fel ca și în cazul OS 4.1 și OS 4.2, intervențiile din cadrul strategiilor au trebuit să adopte o abordare integrată a intervențiilor.

**95.** În cadrul Ghidurilor Solicitantului aferente OS 4.1 și OS 4.2, au fost vizate trei teme secundare FSE, necesar a fi urmărite de către beneficiari, la momentul conceperii proiectelor. În dezvoltarea cererii de finanțare, a fost necesar ca beneficiarii să adreseze printr-o parte a activităților din proiect, cel puțin una dintre următoarele teme: sprijinirea tranziției către o economie cu emisii scăzute de dioxid de carbon și eficiență din punctul de vedere al utilizării resurselor; inovare socială; nediscriminare. De asemenea, beneficiarii au trebuit să evidențieze contribuția proiectelor la trei teme orizontale: dezvoltare durabilă, egalitatea de șanse și non-discriminarea și promovarea egalității între femei și bărbați.

**96.** În cazul OS 5.1 și 5.2, temele secundare sunt aceleași, cu unele diferențe în ceea ce privește ponderea pentru alocarea din bugetul proiectului. În ceea ce privește temele orizontale, la cele menționate în cazul OS 4.1 și 4.2 se mai adaugă următoarele: accesibilitatea pentru persoanele cu dizabilități; schimbările demografice – îmbătrânirea populației, rate scăzute ale natalității, structuri familiale modificate, migrație.

### 4.1.1. DESCRIEREA SUCCINTĂ A INTERVENȚIILOR CUPRINSE ÎN TEMA DE EVALUARE 2

**97.** Logica intervenției aferente Temei 2 este organizată în jurul a patru obiective specifice care fac parte din AP 4, respectiv AP 5, ce urmăresc reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunități marginalizate. În continuare, vom prezenta o descriere succintă ale obiectivelor specifice aferente celor două axe prioritare.

#### AXA PRIORITARĂ 4 – OS 4.1 ȘI OS 4.2

**98.** AP 4 a avut o alocare de 36,76% din bugetul programului, respectiv peste 1,87 mld EUR. În cadrul AP 4, OS 4.1 și OS 4.2 au la data de referință o valoare eligibilă contractată de peste 495 mil EUR. În ceea ce privește sumele rambursate, acestea se ridicau la sfârșitul anului 2020 la peste 230 mil EUR, ceea ce reprezintă 47% din valoarea eligibilă contractată și 12% din totalul alocării financiare pentru AP 4.

**TABEL 4. ALOCĂRI ȘI CHELTUIELI CERTIFICATE, OS 4.1 & 4.2**

	CONTRIBUȚIE PUBLICĂ	VALOARE ELIGIBILĂ CONTRACTATĂ (CONTRIBUȚIE PUBLICĂ ȘI CONTRIBUȚIE PROPRIE)	VALOARE RAMBURSATĂ
AP 4	1.873.603.870,00	1.587.462.508,00	1.110.000.000,00
OS 4.1	297,749,750.47	302,317,360.97	136,477,702.70
OS 4.2	189,844,292.95	192,720,083.73	93,839,602.99
Pondere OS 4.1 din AP 4	16%	19%	12%
Pondere OS 4.2 din AP 4	10%	12%	8%

Surse: Calcule autori pe baza datelor furnizate de MIPE, la 31.12.2020 (MySMIS)

**99.** Implementarea intervențiilor din cadrul OS 4.1 și OS 4.2 se bazează pe următoarele tipuri de beneficiari/ parteneri:

- Autoritățile publice locale cu responsabilități în domeniu, în parteneriat cu actori cu expertiză relevant pentru acțiunile selectate<sup>3</sup>;
- ONG-uri în parteneriat cu actori cu expertiză relevantă pentru acțiunile selectate.

**100.** Până la data de referință, în cadrul acestei axe, pentru OS 4.1 și 4.2 au fost lansate șase apeluri, câte trei pentru fiecare obiectiv specific, fiind contractate în total 130 de proiecte, în cadrul Priorității de Investiții (PI) (ii) integrarea socio-economică a comunităților marginalizate, cum ar fi romii, după cum urmează:

**TABEL 5. APELURI LANSATE ȘI PROIECTE CONTRACTATE, OS 4.1 & 4.2**

OS 4.1	REDUCEREA NUMĂRULUI DE COMUNITĂȚI MARGINALIZATE ÎN CARE EXISTĂ POPULAȚIE APARTINÂND MINORITĂȚII ROMA (ACELE COMUNITĂȚI ÎN CARE POPULAȚIA APARTINE MINORITĂȚII ROMA REPREZINTĂ MINIM 10% DIN TOTALUL POPULAȚIEI LA NIVELUL COMUNITĂȚII AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ, PRIN IMPLEMENTAREA DE MASURI INTEGRATE			TOTAL
	POCU/138/4/1	POCU/18/4/1/	POCU/483/4/1/	
PROIECTE CONTRACTATE	42	34	2	<b>78</b>
OS 4.2	Reducerea numărului de comunități marginalizate (non-roma) aflate în risc de sărăcie și excluziune socială, prin implementarea de măsuri integrate			TOTAL
	POCU/140/4/2	POCU/20/4/2	POCU/400/4/2	
PROIECTE CONTRACTATE	22	26	4	<b>52</b>

Sursa: Calcule autori pe baza datelor furnizate de MIPE, la 31.12.2020, (MySMIS)

**101.** Progresul în implementarea AP 4, arată că aproximativ o treime dintre proiectele contractate (32% pentru OS 4.1, respectiv 34% pentru OS 4.2) spre finanțare sunt finalizate, restul fiind încă în proces de implementare.

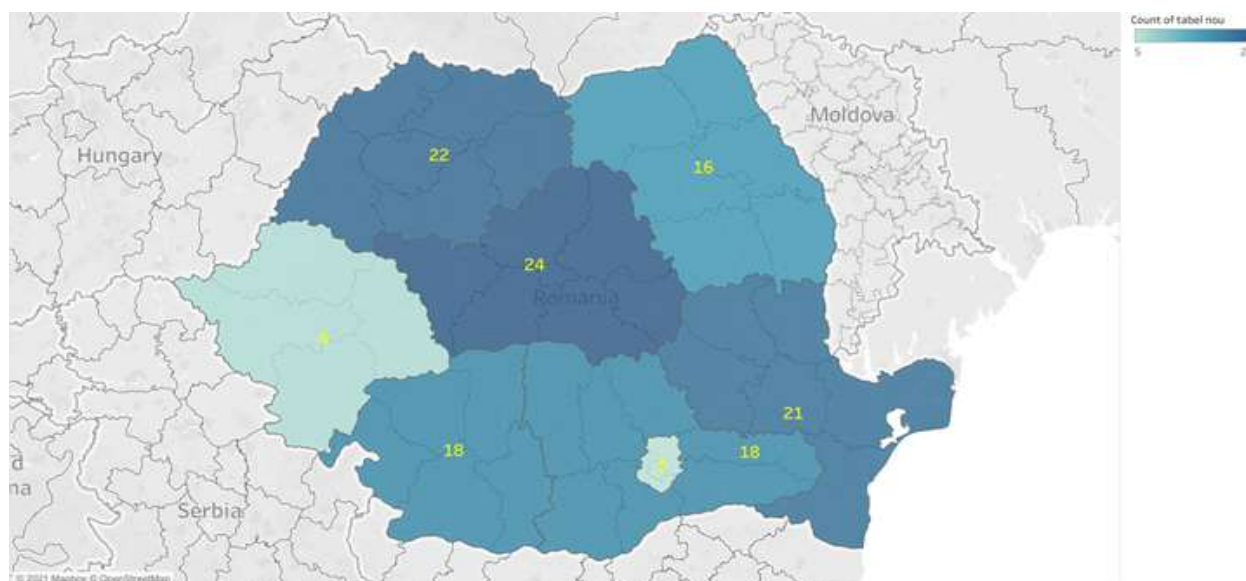
**TABEL 6. STADIUL CONTRACTELOR, OS 4.1 & OS 4.2**

OS	FINALIZATE	ÎN IMPLEMENTARE	REZILIATE	TOTAL
4.1	25	51	2	<b>78</b>
4.2	18	32	2	<b>52</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>83</b>	<b>4</b>	<b>130</b>

Sursa: date furnizate de MIPE și prelucrările autorilor

<sup>3</sup> Conform Ghidului Solicitantului – „Prin actori cu expertiză relevantă se înțelege acele persoane juridice care au experiență de minimum 6 luni în domeniul uneia dintre activitățile proiectului în care vor fi implicate, contribuind în mod direct la atingerea indicatorilor de realizare/ de rezultat”.

**FIGURA 2. DISTRIBUȚIA GEOGRAFICĂ A PROIECTELOR PE REGIUNI – TEMA 2, OS 4.1 ȘI 4.2**



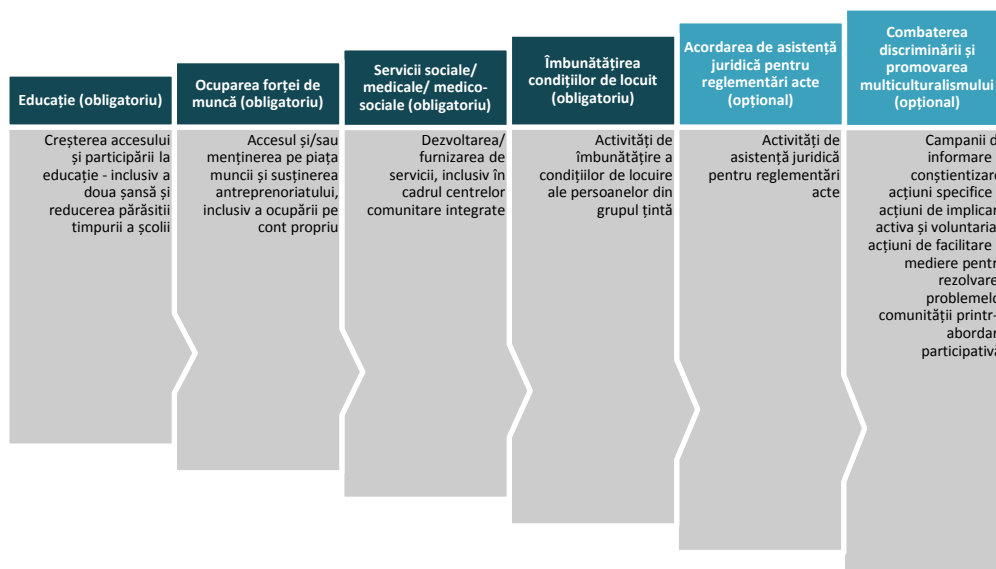
Sursa: Prelucrările autorilor

**102.** Distribuția geografică a proiectelor nu este uniformă. În cazul OS 4.1 și 4.2 se poate observa o concentrare mai mare a numărului de proiecte în special în regiunea Centru, cât și în Nord-Vest și Sud-Est, în timp ce regiunile București-Ilfov și Vest au cel mai mic număr de astfel de proiecte. Comparând această hartă cu datele Eurostat și INS referitoare la rata persoanelor aflate în risc de sărăcie pe regiuni de dezvoltare, se constată că regiunile cu cele mai ridicate rate înregistrate în cazul celor doi indicatori de sărăcie nu sunt întotdeauna aceleași cu cele care au cele mai multe proiecte contractate. Acest aspect indică existența unui nivel insuficient de expertiză și a unei capacități limitate de dezvoltare și implementare a intervențiilor, tocmai în acele regiuni în care nevoile sunt mai accentuate.

**103.** Proiectele contractate prin toate cele șase apeluri au avut obligativitatea ca, înainte de elaborarea și depunerea cererii de finanțare, să realizeze o analiză la nivelul comunității marginalizate pentru fundamentarea cererii de finanțare. Aceasta a trebuit să conțină cel puțin următoarele aspecte: (a) colectarea datelor de referință prin care se dovedește îndeplinirea cerințelor minime pentru identificarea comunității marginalizate; (b) completarea unei fișei sintetice minimală a comunității, care includea o centralizare a elementelor minime cuantificabile pe baza cărora urma a fi dezvoltată analiza la nivel de comunitate; (c) includerea cel puțin a unor informații descriptive a comunității marginalizate vizate de proiect, cât și identificarea și analiza grupurilor aflate în risc de sărăcie și excluziune socială și a nevoilor persoanelor care urmau să constituie grupul țintă. În ultimului punct a fost necesară și includerea hărții UAT, cu evidențierea clară a zonei de intervenție, precum și a unor imagini relevante pentru comunitatea vizată.

**104.** Proiectele contractate și-au propus acțiuni integrate ce au vizat reducerea numărului de comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie și excluziune socială, înglobând intervenții în:

**FIGURA 3. TIPURI DE INTERVENȚII ÎN COMUNITĂȚILE MARGINALIZATE AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ**



Sursa: Ghidurile Solicitantului OS 4.1 & OS 4.2, 2018

**105.** Proiectele s-au adresat persoanelor aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate (roma și non-roma), care să beneficieze de servicii integrate. Persoanele în risc de sărăcie și excluziune socială sunt reprezentate prin indicatorul denumit pe scurt AROPE<sup>4</sup>, care corespunde întregii categorii de persoane care fie sunt în risc de sărăcie, fie se confruntă cu deprivarea materială severă, fie trăiesc în gospodării cu o intensitate foarte redusă a muncii. Beneficiarii au avut obligația de a justifica încadrarea persoanelor din grupul țintă în cel puțin una dintre cele trei situații enumerate anterior.<sup>5</sup>

#### AXA PRIORITARĂ 5 – OS 5.1 ȘI OS 5.2

**106.** AP 5 a avut o alocare de 3,26% din total program, respectiv peste 166 mil EUR. În cadrul AP 5, obiectivele specifice 5.1 și 5.2 au la data de referință o valoare eligibilă contractată de peste 42 mil EUR. În ceea ce privește sumele rambursate, acestea au fost înregistrate până la sfârșitul anului 2020 doar în cazul 5.1 și însumează 4,87 mil EUR, ceea ce reprezintă 12% din valoarea eligibilă contractată și doar 3% din totalul alocării financiare pentru AP 5.

**TABEL 7. ALOCĂRI ȘI CHELTUIELI CERTIFICATE, OS 5.1 & 5.2 (EUR)**

	CONTRIBUȚIE PUBLICĂ	VALOARE ELIGIBILĂ CONTRACTATĂ (CONTRIBUȚIE PUBLICĂ ȘI CONTRIBUȚIE PROPRIE)	VALOARE RAMBURSATĂ
AP 5	41,632,320.95	41,265,668.52	7,990,000.00
TE 2, OS 5.1	13,622,449.04	13,659,287.21	4,873,018.35
TE 2, OS 5.2	28,009,871.91	28,370,390.30	0,00

<sup>4</sup> At risk of poverty or social exclusion.

<sup>5</sup> Mai multe detalii despre indicatorul AROPE și cele trei criterii care i se subscriu, pot fi parcurse în secțiunea aferentă întrebării de evaluare nr. 1.

	CONTRIBUȚIE PUBLICĂ	VALOARE ELIGIBILĂ CONTRACTATĂ (CONTRIBUȚIE PUBLICĂ ȘI CONTRIBUȚIE PROPRIE)	VALOARE RAMBURSATĂ
Pondere TE 2, OS 5.1	33%	33%	61%
Pondere TE 2, OS 5.2	67%	69%	0,00

Surse: Calcule autori pe baza datelor furnizate de MIPE (MySMIS)

**107.** În funcție de zona în care sunt implementate intervențiile, acestea se bazează pe următoarele tipuri de beneficiari/ parteneri:

Zona urbană - orașe cu peste 20.000 locuitori

- Autoritățile locale cu responsabilități în domeniu, în parteneriat cu actorii sociali relevanți/ GAL
- Entități relevante pentru implementarea proiectelor aferente SDL selectate (Etapa III - Selectarea și implementarea proiectelor aferente Strategiilor de Dezvoltare Locală selectate)
- Administratorul/ administratorii schemei/ schemelor de tip grant global în situația în care se optează pentru acest mecanism de implementare.

Zona rurală și orașe cu o populație de până la 20.000 locuitori

- Autoritățile locale cu responsabilități în domeniu, în parteneriat cu actorii sociali relevanți/Furnizori de servicii sociale în condițiile legii
- ONG/actori sociali relevanți în parteneriat cu autorități locale cu responsabilități în domeniu
- Entități relevante pentru implementarea proiectelor aferente SDL selectate

**108.** Până la data de referință, în cadrul acestei axe, pentru OS 5.1 și 5.2 au fost lansate nouă apeluri aferente celor trei etape DLRC, opt în cadrul OS 5.1 și unul în cadrul OS 5.2. Astfel, în cadrul PI (vi) strategii de dezvoltare locală elaborate la nivelul comunității, au fost contractate în total 108 proiecte.

**TABEL 8. APELURI LANSATE ȘI PROIECTE CONTRACTATE, OS 5.1 & 5.2**

OS 5.1	REDUCEREA NUMĂRULUI DE COMUNITĂȚI MARGINALIZATE (ROMA ȘI NON-ROMA) AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ DIN ORAȘE CU PESTE 20.000 LOCUITORI, CU ACCENT PE CELE CU POPULAȚIE APARTINÂND MINORITĂȚII ROMA, PRIN IMPLEMENTAREA DE MĂSURI/ OPERAȚIUNI INTEGRATE ÎN CONTEXTUL MECANISMULUI DE DLRC.	PROIECTE CONTRACTATE
POCU/85/5/1	Spriin pregătitor pentru elaborarea Strategiilor de Dezvoltare Locală - orașe/ municipii cu populație de peste 20.000 locuitori - REGIUNI MAI PUȚIN DEZVOLTE	21
POCU/86/5/1	Spriin pregătitor pentru elaborarea Strategiilor de Dezvoltare Locală - orașe/ municipii cu populație de peste 20.000 locuitori - REGIUNEA BUCUREȘTI - ILFOV	2
POCU/134/5/1	Spriin pregătitor pentru elaborarea Strategiilor de Dezvoltare Locală - orașe/ municipii cu populație de peste 20.000 locuitori - REGIUNI MAI DEZVOLTATE	1
POCU/137/5/1	Spriin pregătitor pentru elaborarea Strategiilor de Dezvoltare Locală - orașe/ municipii cu populație de peste 20.000 locuitori - REGIUNI MAI PUȚIN DEZVOLTE	16
POCU/390/5/1	Spriin pentru funcționarea Grupurilor de Acțiune Locală, pentru implementarea Strategiile de Dezvoltare Locală, la nivelul orașelor cu peste 20.000 locuitori - REGIUNI MAI PUTIN DEZVOLTATE	32
POCU/393/5/1	Spriin pentru funcționarea Grupurilor de Acțiune Locală, pentru implementarea Strategiile de Dezvoltare Locală, la nivelul orașelor cu peste 20.000 locuitori - REGIUNI MAI DEZVOLTATE	1



OS 5.1	REDUCEREA NUMĂRULUI DE COMUNITĂȚI MARGINALIZATE (ROMA ȘI NON-ROMA) AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ DIN ORAȘE CU PESTE 20.000 LOCUITORI, CU ACCENT PE CELE CU POPULAȚIE APARTINÂND MINORITĂȚII ROMA, PRIN IMPLEMENTAREA DE MĂSURI/ OPERAȚIUNI INTEGRATE ÎN CONTEXTUL MECANISMULUI DE DLRC.	PROIECTE CONTRACTATE
POCU/481/5/1	Srijin pentru funcționarea Grupurilor de Acțiune Locală, pentru implementarea Strategiile de Dezvoltare Locală, la nivelul orașelor cu peste 20.000 locuitori - REGIUNI MAI DEZVOLTATE	1
POCU/482/5/1	Srijin pentru funcționarea Grupurilor de Acțiune Locală, pentru implementarea Strategiile de Dezvoltare Locală, la nivelul orașelor cu peste 20.000 locuitori - REGIUNI MAI PUTIN DEZVOLTATE	3
OS 5.2	REDUCEREA NUMĂRULUI DE COMUNITĂȚI MARGINALIZATE (ROMA ȘI NON-ROMA) AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ DIN ZONA RURALĂ SAU ORAȘE CU O POPULAȚIE DE PÂNĂ LA 20.000 LOCUITORI, PRIN IMPLEMENTAREA DE MĂSURI/ OPERAȚIUNI INTEGRATE ÎN CONTEXTUL MECANISMULUI DE DLRC.	PROIECTE CONTRACTATE
POCU/303/5/2	Implementarea strategiilor de dezvoltare locală în comunitățile marginalizate din zona rurală și/sau în orașe cu o populație de până la 20.000 locuitori - Regiuni mai puțin dezvoltate	31

Sursa: Calcule autori pe baza datelor furnizate de MIPE (MySMIS)

**109.** Progresul în implementarea AP 5 arată că peste o treime dintre proiectele contractate spre finanțare sunt finalizate, restul fiind încă în proces de implementare. Toate proiectele finalizate până la data de referință erau contractate în cadrul OS 5.1, marea majoritate fiind contractate în cadrul apelurilor dedicate sprijinului pregătitor pentru elaborarea SDL.

**TABEL 9. STADIUL CONTRACTELOR, TE 2, OS 5.1 & OS 5.2**

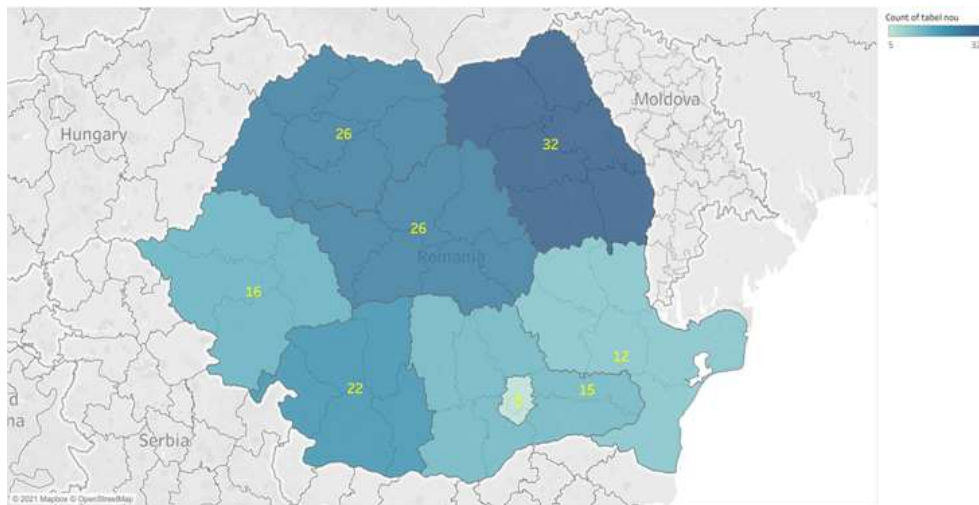
OS	FINALIZATE	ÎN IMPLEMENTARE	REZILIATE	TOTAL
5.1	36	37	5	<b>78</b>
5.2		76		<b>76</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>107</b>	<b>5</b>	<b>154</b>

Sursa: MIPE și prelucrările autorilor

**110.** La fel ca și în cazul OS 4.1 și OS 4.2, distribuția geografică a proiectelor nu este uniformă nici în cadrul OS 5.1 și OS 5.2. În cadrul acestor obiective specifice, se observă o concentrare a numărului de proiecte în special în regiunile Nord-Est, Centru și Nord Vest. Și în acest caz, comparând această hartă cu datele Eurostat și INS referitoare la rata persoanelor aflate în risc de sărăcie pe regiuni de dezvoltare, se constată că regiunile cu cele mai ridicate rate înregistrate în cazul celor doi indicatori nu sunt întotdeauna aceleași cu cele care au cele mai multe proiecte contractate. La fel ca și în cazul celorlalte două OS, acest aspect indică existența unui nivel insuficient de expertiză și a unei capacități limitate de dezvoltare și implementare a intervențiilor, tocmai în acele regiuni în care nevoile sunt mai accentuate.



**FIGURA 4. DISTRIBUȚIA GEOGRAFICĂ A PROIECTELOR PE REGIUNI – TEMA 2, OS 5.1 ȘI 5.2**



Sursa: Prelucrările autorilor

**111.** Proiectele contractate prin intermediul apelurilor care au acordat sprijin pregător pentru elaborarea SDL și pentru constituirea GAL, au presupus inclusiv animarea partenerilor locali și realizarea de studii în zonele vizate de intervenții. Astfel, apelurile din prima etapă nu au finanțat proiecte menite să asigure măsuri de intervenție la nivelul grupurilor țintă, ci activități de mobilizare, informare și implicare a persoanelor din comunitatea marginalizată în vederea dezvoltării strategiilor de dezvoltare locală și a planurilor de acțiune aferente. În consecință, aceste proiecte au presupus trei categorii de activități cadru – animarea partenerilor sociali și înființarea de noi GAL-uri, demarcarea zonei urbane marginalizate adresate și elaborarea SDL.

**112.** Așadar, asemănător analizei la nivelul comunității marginalizate, obligatorie în contextul OS 4.1 și OS 4.2, beneficiarii proiectelor din cadrul AP 5 au avut de asemenea obligativitatea unei activități similare. De asemenea, instrumentul DLRC a oferit cadrul unei abordări integrate a nevoilor specifice ale comunităților marginalizate, în contextul planificării strategice a direcțiilor de acțiune, prin intermediul SDL. Proiectele integrate au inclus activități combinate din domenii precum: furnizarea de servicii (sociale/ medicale/ medico-sociale), educație (educația timpurie de nivel antepreșcolar și preșcolar, învățământ primar și secundar, inclusiv a doua șansă și reducerea părăsirii timpurii a școlii), ocupare, măsuri în domeniul asistenței juridice pentru reglementarea actelor de identitate, de proprietate, de stare civilă (acolo unde este cazul), de obținere a drepturilor de asistență socială, măsuri în domeniul combaterii discriminării sau a segregării și/sau locuire.

**113.** În cadrul proiectelor finanțate prin OS 5.1 și OS 5.2 a fost necesar să se asigure complementaritatea cu alte programe operaționale. Astfel, problemele comunităților marginalizate de la nivel rural și pentru orașele cu până la 20.000 locuitori (OS 5.1) au fost abordate în mod complementar prin intermediul măsurii LEADER, finanțate prin Programul Național de Dezvoltare Rurală (PNDR) 2014-2020 (Măsura 19), în timp ce problemele comunităților sărace de la nivelul orașelor/municipiilor mai mari de 20.000 locuitori (OS 5.2) au fost abordate complementar din Programul Operațional Regional (POR).

**114.** Proiectele care au vizat sprijinul pentru funcționarea GAL și dezvoltarea/ implementarea SDL au avut ca grup țintă personalul GAL și beneficiarii sau potențialii beneficiari POR/ POCU, cât și membri ai comunității vizate de proiect. Intervențiile SDL ulterioare s-au adresat persoanelor aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate (roma și non-roma) definite prin indicatorul AROPE, care urmau să beneficieze de servicii integrate, asemănător AP 4.

#### 4.1.2. APLICAREA METODELOR SI INSTRUMENTELOR DE EVALUARE

**115.** Pentru a răspunde întrebărilor de evaluare (ÎE) s-a elaborat o metodologie de evaluare bazată pe o combinație de metode și instrumente adaptate specificului fiecărei teme. Conform Raportului de actualizare a metodologiei, aferent primului exercițiu de evaluare a POCU 2014-2020, instrumentele de evaluare au fost proiectate astfel încât să sprijine formularea răspunsurilor la mai multe întrebări de evaluare. Contribuția metodelor și instrumentelor de evaluare la formularea răspunsurilor poate fi vizualizată în tabelul 8.

**TABEL 1. INSTRUMENTE DE EVALUARE ȘI CONTRIBUȚIA LOR ÎN PROCESUL DE EVALUARE**

ÎE	ANALIZA DOCUMENTARĂ	INTERVIURI	FOCUS GRUPURI	SONDAJ	PANEL DE EXPERTI	STUDII DE CAZ	ANALIZA ȘI PROCESAREA DATELOR	GIS / REPREZENTARE VIZUALĂ	SWOT/ PEST	BENCHMARKING/ ANALIZĂ BUNE PRACTICI
IE 1	x	x	x	x	x		x	x		
IE 2	x	x	x	x	x	x	x	x		
IE 3	x	x	x	x	x	x	x			
IE 4	x	x	x	x	x	x	x			
IE 5	x	x	x	x	x	x	x			
IE 6	x	x	x	x	x	x	x			
IE 7	x	x	x	x	x	x	x		x	
IE 8	x	x	x	x	x	x	x		x	x
IE 9	x	x	x	x	x	x	x			x

Sursa: Raportul de actualizare a metodologiei pentru primul exercițiu de evaluare a POCU 2014 -2020.

**116.** Metodologia și instrumentele de evaluare, cât și modul în care acestea au fost aplicate în cadrul TE 2, sunt descrise în tabelul următor:

**TABEL 2. METODOLOGIA DE EVALUARE PENTRU TE 2**

METODA DE EVALUARE	APLICARE ȘI CONTRIBUȚIE LA EVALUARE
Cercetare documentară	<p>Analiza documentelor privind cadrul strategic, legislativ și instituțional, la nivel european și național, privind specificul intervențiilor vizate.</p> <p>Analiza documentelor - cheie de politică sectorială și a celor cu caracter strategic, documente de programare (POCU – cu toate modificările de program, Rapoartele Anuale de Implementare (RAI), Rapoartele de Evaluare; Ghidul general; Ghiduri specifice, etc.);</p> <p>Analize și studii de specialitate, precum și alte documente identificate pe parcursul evaluării, așa cum sunt prezentate în secțiunea referitoare la sursele de date.</p>
Colectarea de date din baze de date publice, date de program, date administrative	<p>Date administrative privind proiectele finanțate (MySMIS, date AM, OI, etc.);</p> <p>Date privind contextul intervențiilor, preluate din baze de date statistice și rapoarte de monitorizare și evaluare, planuri, strategii aferente domeniului, studii și analize etc.</p> <p>Alte baze de date și surse de date statistice relevante (INS, Eurostat), studii/ rapoarte ale autorităților cu responsabilități în domeniile vizate de intervenții (MMPS), precum și surse de date la nivel local/regional;</p> <p>Literatura de specialitate (studii, analize etc.) și alte documente identificate pe parcursul evaluării așa cum sunt prezentate în secțiunea referitoare la sursele de date.</p>
Interviuri	<p>Triangularea și completarea informațiilor obținute din analiza documentelor și datelor administrative, pentru a oferi răspunsuri la întrebările de evaluare.</p> <p>Au fost realizate în total 8 interviuri, prin video-conferință, prin care s-a urmărit atât surprinderea efectelor</p>

METODA DE EVALUARE	APLICARE ȘI CONTRIBUȚIE LA EVALUARE
	<p>la nivel de sistem, cât și surprinderea impactului intervențiilor la nivel de proiecte. De asemenea, interviurile s-au concentrat și pe alte aspecte, precum existența unor efecte secundare, altele decât cele așteptate (pozitive sau negative), măsura în care efectele depășesc granița comunităților marginalizate, sustenabilitatea rezultatelor, mecanismele care au facilitat efectele și implementarea intervențiilor, cât și lecțiile învățate pe parcursul implementării programului.</p> <p>Interviurile au implicat reprezentanți ai celor mai importante instituții din domeniile vizate de intervenții de la nivel central, regional și local (MIPE, AM POR, AM PNDR etc).</p>
Sondaj cu reprezentanți ai organizațiilor beneficiare	<p>Sondajul a avut ca scop colectarea de date pentru o mai bună înțelegere a mecanismelor de producere a rezultatelor și a priorităților strategice, identificarea eventualelor factori ce îngreunează implementarea și propunerea de măsuri corective.</p> <p>Tipul sondajului: chestionar online prin intermediul platformei Survey Monkey;</p> <p>Perioada derulării sondajului: sondajul a fost derulat în perioada septembrie-octombrie 2021;</p> <p>Tip de eșantionare: eșantionare neprobabilistică, cuprinzând toți indivizii din universul investigat;</p> <p>Număr de invitații de participare: 216 beneficiari unici de finanțare identificați;</p> <p>Număr de răspunsuri validate: 141</p> <p>Metode de asigurare a calității: reveniri periodice pe e-mail, contactare telefonică.</p>
Studii de caz	<p>Studiile de caz au permis aprofundarea mecanismelor de producere a rezultatelor și a priorităților strategice, identificarea eventualelor factori ce îngreunează implementarea și propunerea de măsuri corective.</p> <p>Au fost realizate cinci studii de caz – câte unul pe fiecare tip de comunitate, ca nr. de locuitori și populație romă, respectiv unul pentru procesele de management.</p>
Focus Grup (FG) regionale	<p>Obiectivul principal: colectarea de informații cu privire la impactul intervențiilor și contextul de implementare.</p> <p>La Focus Grupurile regionale au participat beneficiarii de finanțare din fiecare regiune.</p> <p>Din cauza contextului pandemic, echipa de evaluare a fost forțată să organizeze aceste întâlniri în mediul online. Au fost organizate 9 evenimente de acest tip. Din păcate, pentru 3 dintre evenimente rata de participare a fost foarte mică în ciuda confirmărilor primite, astfel echipa de evaluare a luat decizia reprogramării acestora sub forma unui singur eveniment organizat la o dată ulterioară, păstrând caracterul regional al acestora.</p>
Panel de experți	<p>Panelul de experți a urmărit colectarea de informații cu privire la impactul intervențiilor și contextul de implementare, precum și discutarea principalelor constatări, concluzii și recomandări preliminare. La panel au participat experți cu expertiză în domeniul incluziunii sociale (inclusiv serviciilor sociale). Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p> <p>Raportul Panelului de experți se regăsește în Anexa (TE2).8 la raport.</p>
Focus Grup (FG) național	<p>FG național a fost organizat la nivelul celor 7 teme de evaluare care fac obiectul evaluării (TE2 – TE8) și a avut 23 de participanți, între care reprezentanți ai factorilor decizionali (AM POCU, MMPS, etc), dar și ai altor structuri de la nivel național responsabile în domeniul incluziunii pe piața muncii și ocupării (de ex. Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM)) și echipa de evaluare.</p> <p>Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar. Raportul Focus-Grupului se regăsește în Anexa (TE2).9 la raport.</p>
Procesarea și analiza statistică a datelor	<p>Analiza seriilor de date statistice și administrative.</p> <p>Analiza datelor primare și secundare (analiza datelor privind progresul fizic și financiar, analiza gradului de atingere a indicatorilor).</p> <p>Analizele au urmărit cuantificarea rezultatului și au fost utilizate în scopul cuantificării impactului intervențiilor.</p> <p>Rezultatele au fost triangulate cu informațiile obținute prin metodele calitative.</p>

METODA DE EVALUARE	APLICARE ȘI CONTRIBUȚIE LA EVALUARE
Tehnici vizuale	Au fost realizate hărți în sistem GIS pentru a prezenta nivelul de acoperire teritorială a proiectelor implementate în cadrul TE 2, cât și reprezentări grafice atât în corpul principal al raportului, cât și în anexe.

**117.** Evaluarea și toate aspectele legate de analiza logicii intervenției TE 2, a urmărit reconstrucția teoriei schimbării care a stat la baza explicarea producerii realizărilor, rezultatelor, impactului și a altor efecte. În Anexa 1 – Metodologie și instrumente de evaluare la raportul tematic este prezentată Teoria Schimbării reconstruită pe baza datelor din program și a datelor colectate și analizate în procesul de evaluare.

**118.** Au fost realizate interviuri cu beneficiari și/sau parteneri ai proiectelor TE 2, pentru a obține date calitative cu privire la modul în care a decurs implementarea proiectelor, efectele acestora, intenționate și neintenționate, factorii care au afectat implementarea, pozitiv sau negativ, implicarea factorilor interesați, modul în care s-a adresat și s-a urmărit realizarea sustenabilității rezultatelor. Interviurile au avut o acoperire adecvată a beneficiarilor și stakeholderilor relevanți pentru implementarea programului, proiectelor și a beneficiarilor finali ai efectelor intervenției. Lista interviurilor se găsește în *Anexa 5 – Minute interviuri*.

**119.** S-au realizat focus-grupuri regionale cu participarea beneficiarilor TE 2, unde s-au aprofundat aspecte legate de efectele produse la nivel de proiect, factori care au influențat implementarea, sustenabilitatea și producerea altor efecte pe termen lung sau în afara ariei intervenției (Anexa 6 – Raport focus grupuri regionale).

**120.** Metodologia a fost completată cu cinci studii de caz, selectate pe baza unei metodologii prezentate în Anexa 1 – Metodologie și instrumente de evaluare. Au fost selectate 5 studii de caz la nivel de proiect și un studiu de caz la nivelul proceselor de management specifice OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 care se regăsesc în Anexa 7 – Studii de caz a prezentului raport.

**121.** Pentru validarea constatărilor și concluziilor inițiale s-a organizat un Panel de experți și un Focus Grup național cu reprezentanți ai autorităților și instituțiilor implicate în implementarea POCU, experți în domeniul ocupării și incluziunii grupurilor vulnerabile și experți în domeniul evaluării. Lista instituțiilor reprezentate în cadrul acestor întâlniri este prezentată în Anexele 8, respectiv 9.

**122.** Pentru standardizarea aprecierii cu privire la validarea prin metode cantitative și calitative a ipotezelor formulate s-a folosit următoarea clasificare:

- **Ipoteză invalidată**, dacă cercetarea nu oferă argumente pentru validarea ipotezei sau oferă argumente care conduc la contrazicerea enunțului din ipoteză.
- **Ipoteză validată parțial**, dacă cercetarea oferă argumente doar pentru anumite variabile, dacă există limitări semnificative ale grupului țintă pentru care se dovedește impactul sau dacă efectele s-au produs doar în anumite condiții și situații.
- **Ipoteză validată**, dacă cercetarea oferă argumente pentru toate variabilele de impact sau oferă argumente multiple pentru validarea ipotezei respective.

## 4.2 LIMITĂRI METODOLOGICE

**123.** Prezentul exercițiu de evaluare a întâmpinat mai multe limitări metodologice, după cum urmează:

- O primă constrângere în aplicarea instrumentelor de cercetare a reprezentat-o nivelul scăzut de accesibilitate și interes al părților interesate reflectat în participarea scăzută, în special la interviurile și focus-grupurile organizate. Dat fiind numărul mare de exerciții de evaluare derulate

În paralel, coroborat cu contextul generat de pandemia COVID, a existat un interes limitat, al unor beneficiari, dar și al unor autorități centrale/instituții publice, pentru exercițiul de evaluare și rezultatele acestuia. Participarea părților interesate a fost limitată, cu toate că echipa de evaluare a depus eforturi considerabile și a derulat o corespondență intensă (telefon, e-mail) pentru a obține sprijinul acestora în realizarea activităților.

- În ceea ce privește prima întrebare de evaluare, limitarea principală a fost indisponibilitatea datelor aferente indicatorilor de sector și a indicatorilor cheie<sup>6</sup>, la nivelul comunităților marginalizate. Colectarea acestor date, inclusiv la nivelul comunităților marginalizate, se realizează prin intermediul Recensământului Populației și Locuințelor, ultimul fiind implementat în România în 2011. Următorul recensământ este programat a avea loc în anul 2022, urmând să aibă ca moment de referință 1 decembrie 2021 și să furnizeze date cheie referitoare la progresul înregistrat la nivelul sectoarelor de recensământ în ceea ce privește riscul de sărăcie și excluziune socială. Referitor la indicatorii cheie de definire a zonelor marginalizate (tabelul nr. 11), conform ghidurilor solicitantului AM POCU este responsabilă de colectarea datelor privind indicatorul de rezultat pe termen lung 4S41 - *Comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie și excluziune socială (din care: din zona rurală) care depășesc situația de vulnerabilitate la 6 luni de la finalizarea implementării proiectului (conform definiției AROPE)*. Conform fișei acestui indicator, monitorizarea sa se realizează de către AM POCU prin aplicarea unui chestionar la nivelul comunităților vizate de intervenții, pentru a observa dacă aceasta a depășit sau nu situația de vulnerabilitate, ulterior implementării unei intervenții. În acest sens, prin intermediul chestionarului aplicat, AM POCU colectează date referitoare la indicatorii din tabelul nr. 11. Datele colectate până în acest moment nu au putut fi însă obținute de echipa de evaluare.

Astfel, această limitare a fost adresată în trei moduri distincte:

- În ceea ce privește indicatorii din Tabelul 10, aceștia au fost colectați și analizați la nivel global (național) prin intermediul platformelor Eurostat și Tempo-Online (INS);
- În ceea ce privește indicatorii cheie din Tabelul 11, prin intermediul cărora comunitățile au fost identificate ca marginalizate, aceștia vor putea fi analizați la nivelul comunităților marginalizate doar în următorul exercițiu de evaluare, după realizarea recensământului populației și locuințelor din 2022. Pentru a compensa această limitare, în cadrul acestui exercițiu de evaluare s-a realizat o analiză a celor trei criterii/ dimensiuni (capitalul uman, ocuparea forței de muncă și condițiile de locuire) care s-a concentrat pe problematica incluziunii sociale și care este prezentată în răspunsul la IE 1.
- Analiza referitoare la progresul observat în comunitățile marginalizate a fost completată de constatările referitoare la progresul observat în comunitățile marginalizate în legătură cu reducerea numărului de persoane care se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială obținute prin intermediul celorlalte instrumente de cercetare (interviuri, sondaj, studii de caz și focus-grupurile regionale)
- În ceea ce privește a doua întrebare de evaluare, echipa de evaluare nu a putut intra în posesia datelor colectate de AM POCU referitoare la progresul indicatorului de rezultat pe termen lung 4S41 - *Comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie și excluziune socială (din care: din zona rurală) care depășesc situația de vulnerabilitate la 6 luni de la finalizarea implementării proiectului (conform definiției AROPE)*.
- Această limitare nu a putut fi adresată, neexistând alte surse referitoare la progresul comunităților marginalizate în urma implementării intervențiilor, în raport cu indicatorii cheie

---

<sup>6</sup> Listați în tabelul nr. 10 și 11.

definiți în Ghidurile Solicitantului pentru criteriile – capital uman, ocuparea forței de muncă și condițiile de locuire. Datele colectate în urma aplicării chestionarului pentru monitorizarea indicatorului 4S41, ar fi avut o importanță esențială pentru cuantificare cât mai precisă a impactului intervențiilor.

- Procesul de evaluare a întâmpinat anumite limitări metodologice și în ceea ce privește răspunsul la cea de-a treia întrebare de evaluare. Referitor la aceasta, activitățile în domeniul ocupării forței de muncă au fost singurele pentru care a putut fi realizată o analiză a beneficiilor economice dintre toate tipurile de activități cuprinse în ghidul solicitantului. În general, beneficiile economice ale intervențiilor în domeniul incluziunii sociale nu pot fi cuantificate pecuniar, iar multe dintre aceste beneficii nu vor putea fi observate decât în timp, după ce rezultatele vor fi devenit sustenabile și se vor fi extins suficient de mult.
- Mai specific, principala limitare a analizei aferente IE 3 a constat în faptul că aceasta s-a bazat exclusiv pe veniturile încasate la bugetul de stat prin taxele pe muncă plătite de fiecare angajat ca urmare a obținerii unui loc de muncă.

## 4.3 RĂSPUNSURI LA ÎNTREBĂRILE DE EVALUARE

### 4.3.1. ÎE 1. CARE ESTE PROGRESUL OBSERVAT ÎN COMUNITĂȚILE MARGINALIZATE ÎN LEGĂTURĂ CU REDUCEREA NUMĂRULUI DE PERSOANE CARE SE CONFRUNTĂ CU RISCUL DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ?

#### Ipoteze de cercetare:

- **Ipoteza 1.1:** Situația comunităților marginalizate vizate de program s-a îmbunătățit – **validată parțial**
- **Ipoteza 1.2:** Numărul de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din cadrul comunităților marginalizate vizate a înregistrat o scădere – **validată parțial**

**124.** Răspunsul la această întrebare urmărește analizarea și cuantificarea progresului înregistrat la nivelul comunităților marginalizate, în ceea ce privește reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială. Astfel, s-a urmărit în primă fază prezentarea unei imagini de ansamblu a cadrului strategic, legislativ și instituțional, cât și, ulterior, realizarea unei analize a datelor statistice relevante pentru a observa progresul înregistrat în perioada 2014 - 2020 în cadrul acestui sector<sup>7</sup>. În cele din urmă, analiza a fost completată prin realizarea unor analize sectoriale, cât și prin analizarea informațiilor referitoare la progresul observat la nivelul comunităților marginalizate, culese cu ajutorul celorlalte instrumente de cercetare - altele decât procesarea și analiza statistică a datelor.

#### CADRUL STRATEGIC, LEGISLATIV ȘI INSTITUȚIONAL

**125.** Considerând caracterul extrem de complex al problematicii sărăciei și excluziunii sociale, cât și spectrul larg al domeniilor/ ariilor care pot interfera cu aceste fenomene, prezenta secțiune cuprinde o adresare sintetică a cadrului strategic, legislativ și instituțional relevant. Astfel, obiectivul acestui sub-capitol este de a oferi o imagine de ansamblu asupra celor trei aspecte menționate anterior și de a rezuma contextul în care au fost implementate intervențiile finanțate în cadrul acestei teme de evaluare.

**126.** Reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială a reprezentat unul dintre obiectivele principale ale Strategiei Europa 2020, aflându-se totodată și printre țintele aferente Pilonului european al drepturilor sociale pentru 2030, până când se dorește reducerea numărului de

<sup>7</sup> Perioada analizată începe din 2014, acesta fiind primul an de implementare al POCU 2014 – 2020.





persoane în risc de sărăcie sau excluziune socială cu cel puțin 15 mil. la nivelul UE, dintre care cel puțin 5 mil. ar urma să fie copii.

**127.** La nivel național, în contextul Strategiei Europa 2020, unul dintre principalele obiective ale României a fost promovarea incluziunii sociale, în special prin reducerea sărăciei, în vederea căruia România și-a setat ținta de a reduce numărul de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială cu 580.000, raportat la anul 2008. Din păcate însă, progresele în acest sector nu au fost suficient de profunde, astfel încât România nu a reușit să atingă ținta propusă la nivelul anului 2020 – înregistrând o scădere a numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială cu aproximativ 324.000 de persoane<sup>8</sup>. Cu toate acestea, măsurile și acțiunile întreprinse la nivel național în domeniul incluziunii sociale, sunt expuse pe larg în Programele Naționale de Reformă (PNR).<sup>9</sup>

**128.** În perioada analizată, la nivel național, domeniul incluziunii sociale a fost guvernat de Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2015 – 2020. Strategia sublinia, printre alte dimensiunea teritorială accentuată a sărăciei, aceasta fiind mai pronunțată în zona de Nord-Est, în zonele rurale și în localitățile urbane de dimensiuni mici. Având în vedere acest aspect, în cadrul documentului strategic se statua că cel mai bun mod de a reduce sărăcia concentrată din punct de vedere teritorial este prin implementarea unor măsuri integrate, care să realizeze un echilibru între incluziunea socială și competitivitatea economică.

**129.** De asemenea, în ceea ce privește incluziunea cetățenilor români aparținând minorității rome, în perioada implementării POCU 2014 – 2020, a fost în vigoare Strategia Guvernului României de Incluziune a Cetățenilor Români aparținând Minorității Romilor 2012 – 2020. Aceasta a prevăzut inițierea și implementarea unor politici și programe publice pentru incluziunea socio-economică a cetățenilor de etnie romă și asigurarea de șanse egale în raport cu restul populației.

**130.** Cadrul strategic a fost completat și de alte documente relevante în contextul incluziunii sociale, precum – Strategia Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă 2014 – 2020, Strategia Națională pentru Sănătate 2014 – 2020, Strategia Națională pentru Promovarea Îmbătrânirii Active și Protecția Persoanelor Vârstnice pentru perioada 2015 – 2020 sau Strategia Națională privind Reducerea Părăsirii Timpurii a Școlii.

**131.** În ceea ce privește cadrul legislativ în domeniul incluziunii, principalele două acte normative, cu implicații directe asupra temei evaluate, sunt H.G. nr. 488/ 2005 privind aprobarea sistemului național de indicatori de incluziune socială și H.G. nr. 1217/ 2006 privind constituirea mecanismului național pentru promovarea incluziunii sociale. Prima Hotărâre a stabilit un set de indicatori cheie în ceea ce privește incluziunea socială, care au fost ulterior revizuiți în 2020, astfel încât aceștia să fie readaptați modificărilor survenite în acest domeniu, cât și pentru a fi corelați cu Strategia privind incluziunea socială și reducerea sărăciei.<sup>10</sup> Cea de-a doua Hotărâre a pus bazele mecanismului național de promovare a incluziunii sociale, stabilind o Comisie Națională de Incluziune Socială (CNIS) și Unități de incluziune socială (UIS) în cadrul autorităților publice centrale și Comisii județene de incluziune socială (CJIS). Astfel, mecanismul are trei funcții principale – de planificare strategică, de coordonare și monitorizare a implementării măsurilor de incluziune socială și de raportare a progresului în domeniul incluziunii sociale, sub coordonarea MMPS.

<sup>8</sup> Progresul României în contextul țintelor aferente Strategiei Europa 2020 pot fi accesate la [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester-your-country/romania/europe-2020-targets-statistics-and-indicators-romania\\_en#poverty-and-social-exclusion](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester-your-country/romania/europe-2020-targets-statistics-and-indicators-romania_en#poverty-and-social-exclusion).

<sup>9</sup> Acestea pot fi accesate la [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/european-semester-timeline/national-reform-programmes-and-stability-or-convergence-programmes/2020-european\\_en](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/european-semester-timeline/national-reform-programmes-and-stability-or-convergence-programmes/2020-european_en).

<sup>10</sup> Prin proiectul „Creșterea eficienței intervențiilor atât la nivelul Ministerului Muncii și Justiției Sociale, cât și a structurilor aflate în coordonarea sa”, realizat printru parteneriat între Ministerul Muncii și Justiției Sociale și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare.



**132.** Însă, conform unei analize a Băncii Mondiale asupra reglementarilor care afectează sistemele indicatorilor privind incluziune socială, CNIS nu este funcțională în prezent, o explicație a lipsei activității sale putând fi existența Programului Național de Reformă (PNR), având printre obiective incluziunea socială și făcând astfel activitatea consultativă a CNIS redundantă, cât și dificultatea convocării unor reprezentanți instituționali cu funcții decizionale pentru rezolvarea unor probleme operaționale pe problematica incluziunii sociale sau interesul general scăzut la nivelul administrației publice centrale.<sup>11</sup>

**133.** De asemenea, același studiu arată că, doar în cadrul a trei instituții funcționează o UIS, din 19 care ar fi putut avea în componență o astfel de unitate, așa cum este stabilit prin H.G. nr. 1217/ 2006. Acolo unde aceste unități nu sunt funcționale, atribuțiile lor au fost preluate de alte departamente/direcții, astfel că acestea nu se mai regăsesc sub titulatura definită în mecanismul național de promovare a incluziunii sociale. Totodată, în cadrul MMPS funcționează începând din 2014, Direcția Politici Servicii Sociale care coordonează sistemul de servicii sociale și care a preluat atribuțiile de incluziune socială prin Serviciul incluziune socială, inovare socială și programe cu organisme internaționale.<sup>12</sup>

**134.** În ceea ce privește CJIS, conducerea acestora este asigurată de Instituția Prefectului, în timp ce Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Județeană (AJPI) asigura secretariatului tehnice. Majoritatea CJIS au fost active la nivelul anului 2019, organizând activități legate de planurile județene anuale privind incluziunea socială, precum și de planul de acțiuni privind serviciile sociale administrate și finanțate din bugetul Consiliului Județean.<sup>13</sup>

## ANALIZA PROGRESULUI ÎNREGISTRAT LA NIVELUL COMUNITĂȚILOR MARGINALIZATE

**135.** Analiza progreselor în domeniul sărăciei și excluziunii sociale, a fost realizată prin analizarea indicatorului AROPE, cât și a celorlalți indicatori din cadrul acestei familii, astfel cum sunt aceștia prezentați în tabelul următor.<sup>14</sup>

**TABEL 10. INDICATORI DE SECTOR ANALIZAȚI**

NR.	DENUMIRE INDICATOR
1.	Evoluția ratei riscului de sărăcie sau excluziune socială – AROPE
2.	Evoluția ratei riscului de sărăcie
3.	Evoluția ratei de deprivare materială severă
4.	Evoluția ratei persoanelor care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii

Sursa: Raportul de actualizare a metodologiei pentru primul exercițiu de evaluare a POCU 2014 -2020.

**136.** Deși legislația românească nu prevede nicio definiție juridică a conceptului de „comunitate marginalizată”, în analiza progresului înregistrat la nivelul acestora, prezentul studiu a adoptat definiția utilizată în „Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România” și

<sup>11</sup> Banca Mondială. Analiza reglementărilor care afectează sistemele indicatorilor privind incluziunea socială cu scopul de a propune opțiuni de depășire a blocajelor și a asigura că sistemul poate fi implementat corespunzător. 2020. pp. 20-21. [https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2020-P166070\\_Output\\_Nr3\\_Analiza\\_legislativa\\_RO.pdf](https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2020-P166070_Output_Nr3_Analiza_legislativa_RO.pdf)

<sup>12</sup> Ibidem. p. 23.

<sup>13</sup> Ibidem. pp. 24-27.

<sup>14</sup> AROPE – At risk of poverty or social exclusion (n risc de sărăcie sau excluziune socială). Conform Eurostat, indicatorul corespunde sumei numărului de persoane care sunt fie în risc de sărăcie, fie sever deprivați material, ori trăiesc într-o gospodărie cu o intensitate scăzută a muncii. Mai multe detalii pot fi consultate la următorul link: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At\\_risk\\_of\\_poverty\\_or\\_social\\_exclusion\\_\(AROPE\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_(AROPE)).

în „Atlasul Zonelor Urbane Marginalizate din România”<sup>15</sup>. Rapoartele publicate de Banca Mondială în 2015 amintite anterior au avut rolul de a sprijini instituțiile publice centrale și locale și alte părți interesate în identificarea zonelor dezavantajate și marginalizate. În cadrul acestor rapoarte comunitățile marginalizate au fost definite ca „zone compacte intravilane (sector de recensământ) în care locuiesc persoane cu un capital uman disproporționat de scăzut, cu puține locuri de muncă declarate și cu condiții improprii de locuit.”

**137.** Astfel, zonele marginalizate au fost definite ca zone care nu satisfac un standard corespunzător pe niciunul dintre următoarele criterii, neîndeplinind pragurile minimale prezentate în Tabelul nr. 11:

- Capitalul uman (de regulă educația, sănătatea și numărul de membri sau de copii ai familiei);
- Ocuparea forței de muncă (de regulă raportat la numărul de șomeri, munca la negru, munca în agricultura de subsistență);
- Condițiile de locuire (mai ales referitor la nesiguranță locativă, calitatea locuințelor și racordarea la rețelele de utilități publice).

**TABEL 11. CRITERII DE DEFINIRE A ZONELOR MARGINALIZATE ȘI INDICATORII CHEIE AFERENȚI**

CRITERII/ DIMENSIUNE	INDICATORI CHEIE	PRAGURI MINIMALE
<b>Capitalul uman</b>	Proporția persoanelor de 15-64 de ani care a absolvit maxim 8 clase (gimnaziu)	22%
	Proporția persoanelor cu dizabilități, boli cronice sau alte afecțiuni medicale care le limitează activitățile zilnice, în totalul populației din comunitatea vizată prin proiect	8%
	Proporția copiilor și tinerilor (0-17 ani) din populația totală din comunitatea vizată prin proiect	20,5%
<b>Ocuparea forței de muncă</b>	Proporția persoanelor de 16-64 ani care nu sunt încadrate pe piața formală a muncii (salariați cu contract de muncă sau lucrează oficial pe cont propriu, cu sau fără angajați - patron sau administrator de firmă, PFA, AF, întreprindere individuală, liber profesionist) și nici nu urmează o formă de învățământ, în totalul populației din comunitatea vizată prin proiect	22,5%
<b>Condițiile de locuire</b>	Proporția locuințelor supra-aglomerate (< 15,33 m <sup>2</sup> pe persoană), în totalul locuințelor din comunitatea vizată prin proiect	54%
	Nesiguranță locativă: proporția gospodăriilor ce nu dețin locuința în proprietate personală, în totalul gospodăriilor din comunitatea vizată prin proiect	12%

Sursa: Ghidurile Solicitantului OS 4.1, 4.2 & 5.1, 5.2, POCU 2014 - 2020

**138.** Date fiind limitările metodologice aferente acestei întrebări, prezentate în secțiunea anterioară, o analiză exhaustivă la nivelul comunităților va fi posibilă doar în cadrul celui de-al doilea exercițiu de evaluare. În acest context, analiza de progres a urmărit în principal evoluțiile globale ale indicatorilor, cât și progresul național în domeniile capital uman, ocuparea forței de muncă și condițiile de locuire, precum și aportul calitativ al participanților la evaluare, raportat la progresul la nivelul comunităților marginalizate.

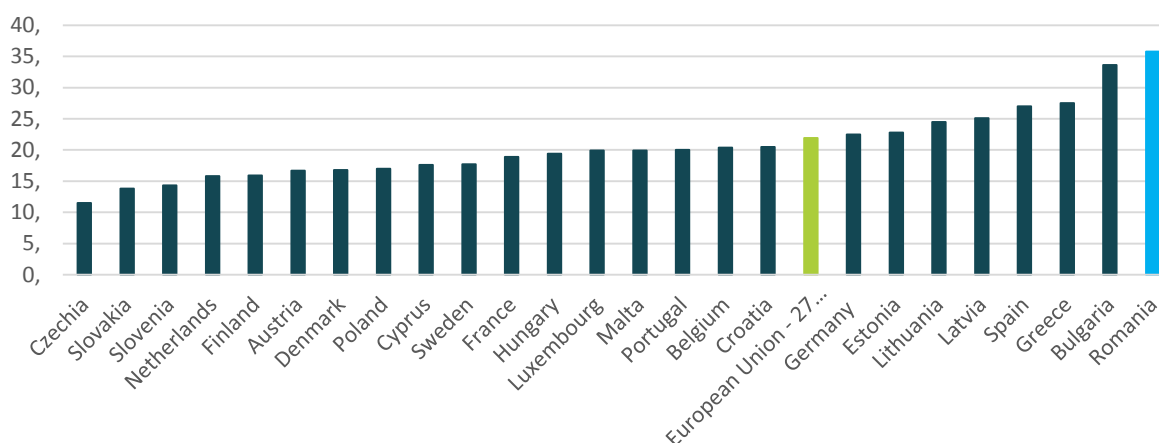
<sup>15</sup> Cele două documente pot fi consultate la <https://documents1.worldbank.org/curated/en/237481467118655863/pdf/106653-ROMANIAN-PUBLIC-PI-6-Atlas-Iunie2016.pdf>, respectiv <https://documents1.worldbank.org/curated/en/857001468293738087/pdf/882420WPOP1430085232B000U00900Atlas.pdf>.

## EVOLUȚIA RATEI RISCULUI DE SĂRĂCIE SAU EXCLUZIUNE SOCIALĂ (ARPE) ÎN UE ȘI ROMÂNIA<sup>16</sup>

**139.** Conform datelor Eurostat, în anul 2020, 21.9% din populația UE (96.5 milioane de persoane) se aflau în risc de sărăcie sau excluziune socială. De asemenea, 75.3 milioane de persoane se aflau în risc de sărăcie, 37.6 milioane de persoane erau grav defavorizate din punct de vedere material și social, iar 27.1 milioane de persoane trăiau într-o gospodărie cu o intensitate scăzută a muncii. Mai grav, dintre cei 96.5 milioane de locuitori care s-au confruntat cu riscul de sărăcie sau excluziune socială, aproximativ 5.9 milioane (1,3% din populația totală) trăiau în gospodării care se confruntau simultan cu toate cele trei riscuri de sărăcie și excluziune socială amintite anterior.

**140.** Populația din patru state membre ale UE este expusă riscului de sărăcie și excluziune socială într-un procent mai mare de 25%, respectiv România (35,8%), Bulgaria (33,6%), Grecia (27,5%) și Spania (27,0%). În ceea ce privește România, așa cum o arată și figura de mai jos, există câteva constatări principale: în primul rând, din anul 2016 există o scădere constantă semnificativă a acestui indicator – de la 45.2% la 35.8% în 2020. Progresul României este considerabil mai pronunțat decât cel al mediei UE, însă între cele două există încă un decalaj major, de aproximativ 10% în favoarea mediei UE.

**FIGURA 5. PERSOANE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎN UE, 2020 (% DIN POPULAȚIA TOTALĂ)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_PEPS01N: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_peps01n/default/bar?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps01n/default/bar?lang=en)

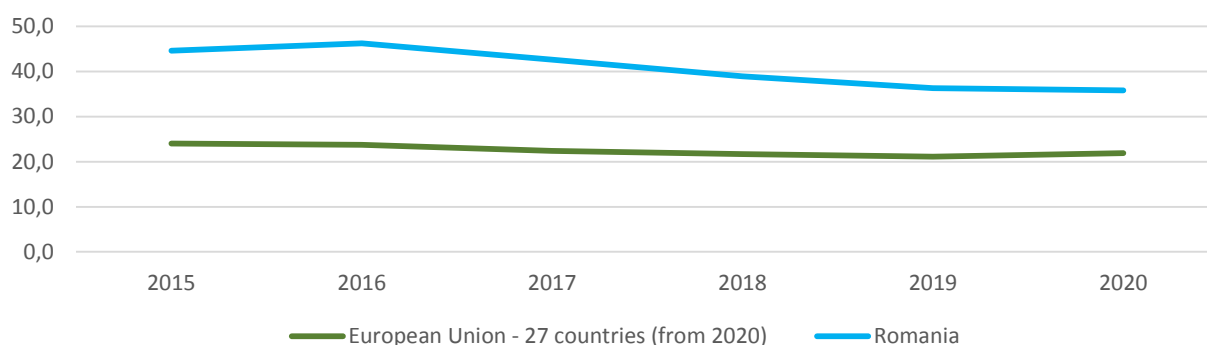
**141.** România se află încă pe primul loc în UE în ceea ce privește numărul de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială, având nevoie în continuare de intervenții suplimentare în acest sector, pentru a recupera din decalajul față de celelalte state membre.

**142.** La nivel teritorial, în România, regiunea de Nord-Est și Sud-Est cuprind cele mai multe persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială, urmate îndeaproape de regiunea Sud-Vest Oltenia. În primele două regiuni amintite anterior, peste 40% din totalul populației se încadra în 2020 în categoria AROPE, în timp ce în regiunea Sud-Vest Oltenia, procentul populației AROPE era de 38.7%. În acest context, o problemă particulară se identifică în special în cazul regiunii Sud-Vest Oltenia, dar și în cazul regiunii de Nord-Est – comparativ cu anul 2014, în timp ce procentul populației AROPE din restul regiunilor a scăzut cu o medie de peste 11%, în regiunea Nord-Est procentul populației AROPE a scăzut

<sup>16</sup> Datele utilizate sunt extrase din microdatele existente în statisticile UE referitoare la venit și la condițiile de viață (EU-SILC) [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:EU\\_statistics\\_on\\_income\\_and\\_living\\_conditions\\_\(EU-SILC\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC))

doar cu 8%, în timp ce în regiunea Sud-Vest Oltenia acesta s-a diminuat cu doar puțin peste 2%. Altfel spus, regiunile care înregistrează cel mai mare procent de persoane în categoria AROPE, sunt și cele care reușesc și cele mai mici progrese în scoaterea din sărăcie și excluziune socială a acestora.

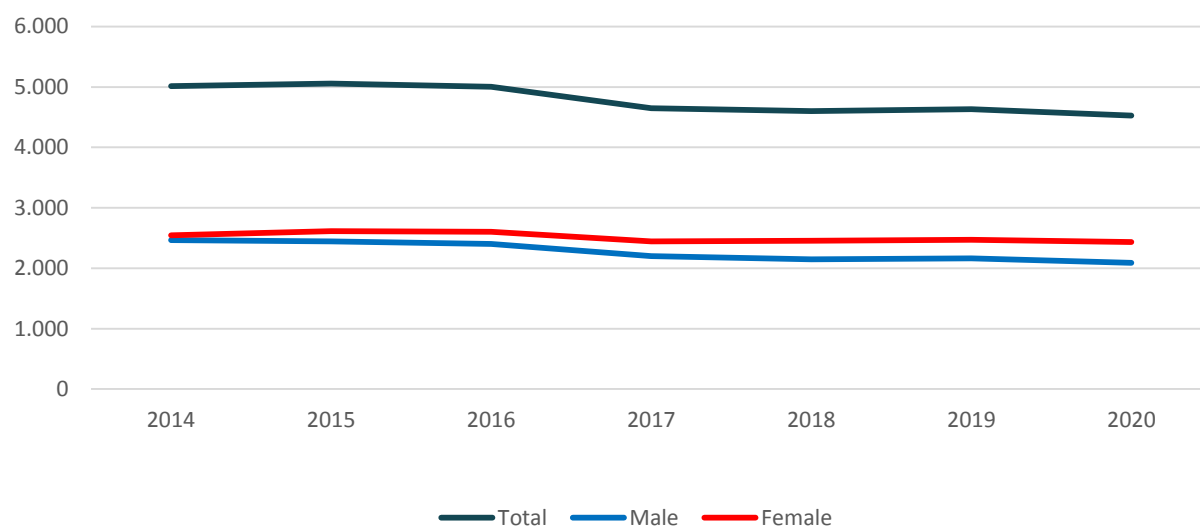
**FIGURA 6. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE PERSOANE AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ROMÂNIA / UE 27, 2015 - 2020 (% DIN POPULAȚIA TOTALĂ)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_PEPS11: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tqs00107/settings\\_1/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tqs00107/settings_1/table?lang=en)

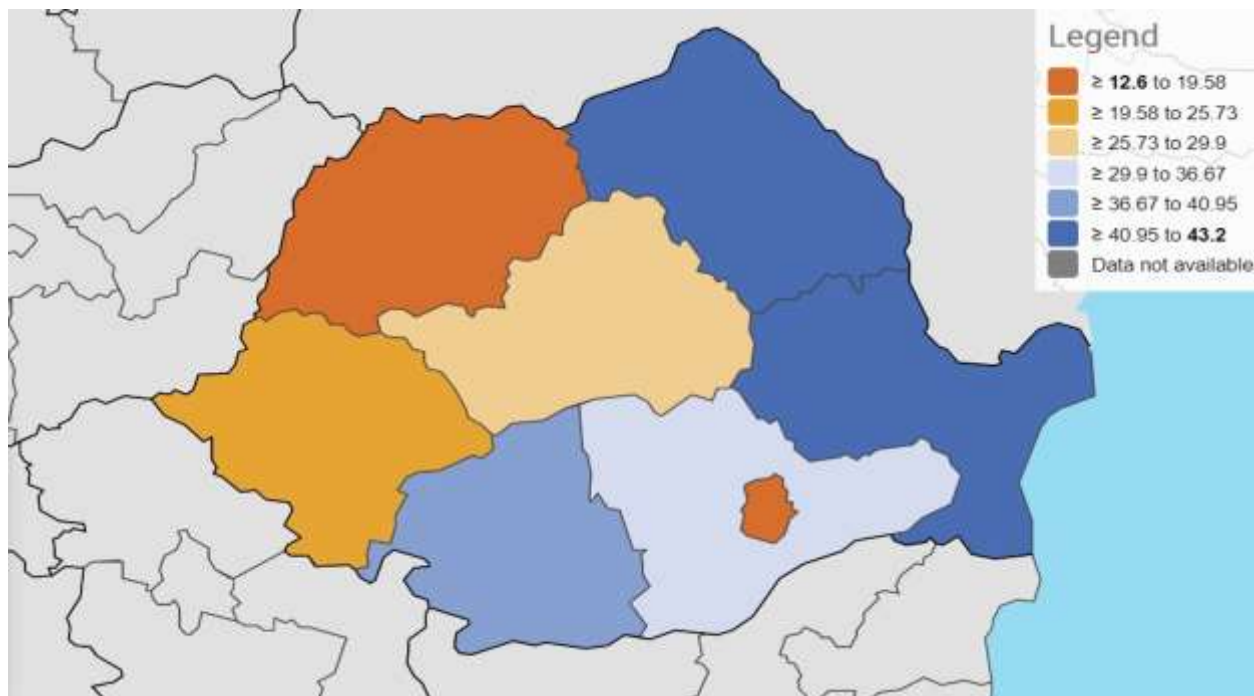
**143.** De-a lungul ultimilor ani, în România a existat o diferență mică între sexe în privința numărului de persoane aflate în risc de sărăcie (după transferurile sociale). La fel ca și celelalte state membre, România a înregistrat un număr mai mare de femei decât bărbați în rândul populației de peste 16 ani aflate în această categorie.

**FIGURA 7. DISTRIBUȚIA ÎN FUNCȚIE DE GEN A PERSOANELOR ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA, 2014 - 2020 (MII DE PERSOANE)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_LI02: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC\\_LI02\\_custom\\_1496614/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_LI02_custom_1496614/default/table?lang=en)

**FIGURA 8. . PERSOANE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA, NUTS 2, 2020 (% DIN POPULAȚIA TOTALĂ)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_LI02: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC\\_LI02\\_custom\\_1496614/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_LI02_custom_1496614/default/table?lang=en)

**144.** Aceste diferențe devin mai accentuate dacă clasificăm populația în funcție de statutul ocupațional și tipul de gospodărie (vezi Tabelul nr. 12 și Tabelul nr. 13). Astfel, șomerii reprezintă o categorie în mod deosebit vulnerabilă. Procentul de persoane aflate în risc de sărăcie din numărul total de șomeri din România a înregistrat o creștere majoră în 2020, de aproximativ 15%, ajungând la aproape 65%, după ce în ultimii ani a oscilat în jurul valorii de 50%. De asemenea, la nivelul anului 2020, aproape doi pensionari din 10 au fost expuși riscului de sărăcie.

**TABEL 12. PERSOANE ÎN RISC DE SĂRĂCIE DUPĂ TRANSFERURILE SOCIALE DUPĂ STATUTUL OCUPAȚIONAL ÎN ROMÂNIA, 2014-2020 (%)**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Populația totală</b>	24.0	23.9	23.8	22.5	21.6	21.8	21.2
<b>Persoane angajate</b>	19.8	18.8	18.8	17.1	15.0	15.5	14.7
<b>Persoane inactice</b>	31.1	32.9	32.5	31.8	33.5	33.8	34.3
• <b>Din care neangajate</b>	<b>49.1</b>	<b>56.1</b>	<b>51.4</b>	<b>52.9</b>	<b>48.5</b>	<b>49.6</b>	<b>64.8</b>
• <b>La pensie</b>	9.2	10.4	11.6	11.6	15.0	16.3	19.4
• <b>Alte persoane inactice</b>	41.1	42.0	40.6	39.4	40.4	40.7	39.2

Sursa: EUROSTAT, ILC\_LI04: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC\\_LI04\\_custom\\_1496766/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_LI04_custom_1496766/default/table?lang=en)

**145.** Gospodăriile cu o singură persoană au avut în perioada analizată (2014-2020) în mod constant un risc de sărăcie de peste două ori mai mare decât gospodăriile în care trăiesc doi sau mai mulți adulți. Riscul de sărăcie la nivelul gospodăriilor crește proporțional cu numărul de copii în întreținere din respectiva gospodărie, existând în continuare diferențe majore între riscul de sărăcie al unei gospodării cu un copil în întreținere și riscul de sărăcie al unei gospodării cu trei sau mai mulți copii.

**TABEL 13. PERSOANE ÎN RISC DE SĂRĂCIE DUPĂ TRANSFERURILE SOCIALE DUPĂ TIPUL DE GOSPODĂRIE ÎN ROMÂNIA, 2014-2020 (%)**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Persoană singură	25.6	29.8	30.2	28.7	31.6	34.6	34.6
Doi adulți, dintre care cel puțin unul de minim 65 de ani	8.3	10.6	11.0	12.1	16.9	17.3	16.2
Doi adulți cu un copil în întreținere	13.6	15.3	16.4	13.2	15.4	15.6	11.0
Doi adulți cu doi copii în întreținere	30.9	26.1	28.1	26.3	26.6	22.0	24.1
Doi adulți cu trei sau mai mulți copii în întreținere	70.5	69.5	61.9	61.9	53.4	61.3	55.3
Doi sau mai mulți adulți fără copii în întreținere	13.1	13.3	14.4	14.1	15.1	15.4	15.8
Un adult cu copii aflați în întreținere	31.3	39.7	41.4	31.2	41.6	39.0	29.9

Sursa: EUROSTAT, ILC\_LI03: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC\\_LI03\\_custom\\_1496968/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_LI03_custom_1496968/default/table?lang=en)

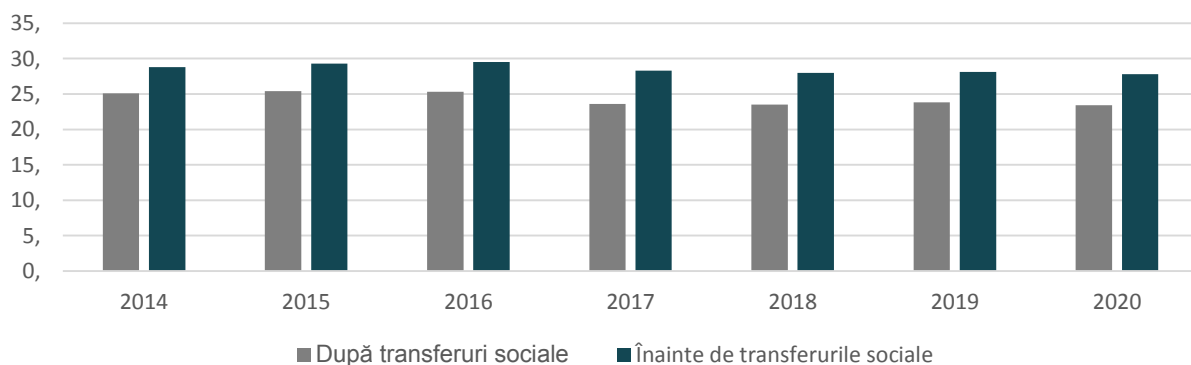
**146.** Comparând cele două tabele se poate observa o creștere constantă și semnificativă a riscului de sărăcie în rândul persoanelor de peste 65 de ani (aflate la pensie). Procentul de persoane în risc de sărăcie din gospodăriile cu doi adulți, dintre care cel puțin unul de minim 65 de ani s-a dublat în perioada 2014 – 2020, la fel ca și procentul persoanelor aflate în risc de sărăcie din totalul celor ieșite la pensie.

**147.** În ceea ce privește transferurile sociale, în ultimii ani acestea au redus rata riscului de sărăcie în rândul populației din UE-27 cu procente de aproximativ 10%, aducând deasupra pragului de sărăcie un procent semnificativ din populație (aproximativ 8%).

**148.** Măsurile de protecție socială au avut însă un impact considerabil mai scăzut în România în ultimii ani, reducând rata riscului de sărăcie cu aproximativ 5% (în medie).

**149.** Riscul de sărăcie și excluziune socială nu este dependent strict de nivelul veniturilor unei gospodării, reflectând inclusiv șomajul, intensitatea scăzută a muncii, statutul pe piața muncii sau o serie de alte caracteristici socio-economice.

**FIGURA 9. PERSOANE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎNAINTE ȘI DUPĂ TRANSFERURILE SOCIALE ÎN ROMÂNIA, 2014 - 2020 (%)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_LI02: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_li02/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_li02/default/table?lang=en), ILC\_LI10: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_li10/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_li10/default/table?lang=en)

**150.** Așa cum am menționat și anterior, pentru a calcula numărul sau ponderea persoanelor expuse riscului de sărăcie și excluziune socială, sunt considerați trei indicatori distincți care adresează acele persoane care sunt în cel puțin una dintre aceste trei situații:



- Sunt expuse riscului de sărăcie, cu alte cuvinte, au un venit disponibil echivalent (după transferuri sociale) sub pragul riscului de sărăcie;<sup>17</sup>
- Suferă de deprivare materială și socială severă, cu alte cuvinte, nu își permit cel puțin șapte din treisprezece articole de deprivare (șase legate de individ și șapte legate de gospodărie) care sunt considerate de majoritatea oamenilor a fi dezirabile sau chiar necesare pentru o viață decentă;<sup>18</sup>
- Trăiesc într-o gospodărie cu intensitate foarte scăzută a muncii (persoane cu vârsta mai mică de 65 de ani), cu alte cuvinte, trăiesc în gospodării în care adulții au lucrat în ultimele douăsprezece luni mai puțin de 20% din potențialul lor total de timp de muncă.<sup>19</sup>

**151.** În ceea ce privește populația de etnie romă aflată în risc de sărăcie și excluziune socială, datele existente la nivel național sunt limitate și insuficient de coerente, acest lucru fiind menționat și în Strategia Națională pentru Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei pentru perioada 2021 – 2027.<sup>20</sup> Puținele date existente arată că în 2013 rata sărăciei absolute pentru populația romă era de aproximativ 33,1%, comparativ cu 3,4% pentru restul populației.<sup>21</sup> De asemenea, al doilea sondaj al UE privind minoritățile și discriminarea (EU-MIDIS II) arăta că statele membre nu realizaseră progrese suficiente în ceea ce privește integrarea populației de etnie romă – 80% dintre persoanele de etnie romă participante în acest studiu fiind expuse riscului de sărăcie, în comparație cu media UE de 17%.<sup>22</sup> Mai mult, evidențele colectate în cadrul unui studiu realizat de Agenția Uniunii Europene pentru Drepturi Fundamentale în 2018, arătau că diferitele forme de discriminare continuă să afecteze major incluziunea populației de etnie romă în statele membre UE – una din trei persoane de etnie romă care au făcut parte din studiu experimentând cel puțin o formă de hărțuire.<sup>23</sup>

**152.** În continuare, răspunsul la întrebarea de evaluare va analiza progresul individual la nivel global al acestor trei indicatori care stau la baza riscului de sărăcie și excluziune socială.

## EVOLUȚIA RATEI RISCULUI DE SĂRĂCIE ÎN UE ȘI ROMÂNIA

**153.** Rata riscului de sărăcie reprezintă procentul persoanelor cu un venit disponibil echivalent, după transferurile sociale, sub pragul riscului de sărăcie, care este stabilit la 60% din mediana venitului disponibil echivalent la nivel național, după transferurile sociale. Acest indicator nu măsoară în mod direct bunăstarea sau sărăcia, ci măsoară exclusiv venitul scăzut în comparație cu alți rezidenți dintr-o anumită țară.

**154.** Rata riscului de sărăcie în 2020 în UE a fost de 17.1%, cu 0.6% mai mare decât în 2019 și cu doar 0.2% mai mică decât în 2014. Întrucât rata riscului de sărăcie este un indicator relativ, pragurile de sărăcie diferind semnificativ de la un stat la altul în funcție de puterea de cumpărare pe care o presupun,

<sup>17</sup> Mai multe date despre definirea și măsurarea indicatorului referitor la rata riscului de sărăcie, pot fi accesate la [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At-risk-of-poverty\\_rate](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At-risk-of-poverty_rate).

<sup>18</sup> Mai multe date despre definirea și măsurarea indicatorului referitor la deprivarea materială severă, pot fi accesate la [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Severe\\_material\\_and\\_social\\_deprivation\\_rate\\_\(SMSD\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Severe_material_and_social_deprivation_rate_(SMSD)).

<sup>19</sup> Mai multe date despre definirea și măsurarea indicatorului referitor la persoanele care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii, pot fi accesate la [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Persons\\_living\\_in\\_households\\_with\\_low\\_work\\_intensity](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Persons_living_in_households_with_low_work_intensity).

<sup>20</sup> Acest aspect este explicat prin faptul că „autoritățile române cu atribuții în domeniul social nu colectează date după criteriul etnic, având în vedere că toate politicile sociale au la bază criteriul nediscriminării, măsurile de asistență socială adresându-se tuturor persoanelor aflate în sărăcie și excluziune socială sau în risc de sărăcie și excluziune socială, indiferent de apartenența etnică.” Strategia Națională pentru Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei pentru perioada 2021 – 2027, p. 39. [https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/Transparenta\\_decizionala/310321HG\\_strategie\\_2021-2027ANEXA\\_NR1.pdf](https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/Transparenta_decizionala/310321HG_strategie_2021-2027ANEXA_NR1.pdf)

<sup>21</sup> Teșliuc, E., Grigoraș, V., Stănculescu, M. (coord.), Studiu de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020, București, 2015, Volum realizat de către angajații Băncii Internaționale pentru Reconstrucție și Dezvoltare/Băncii Mondiale, pp.167-168

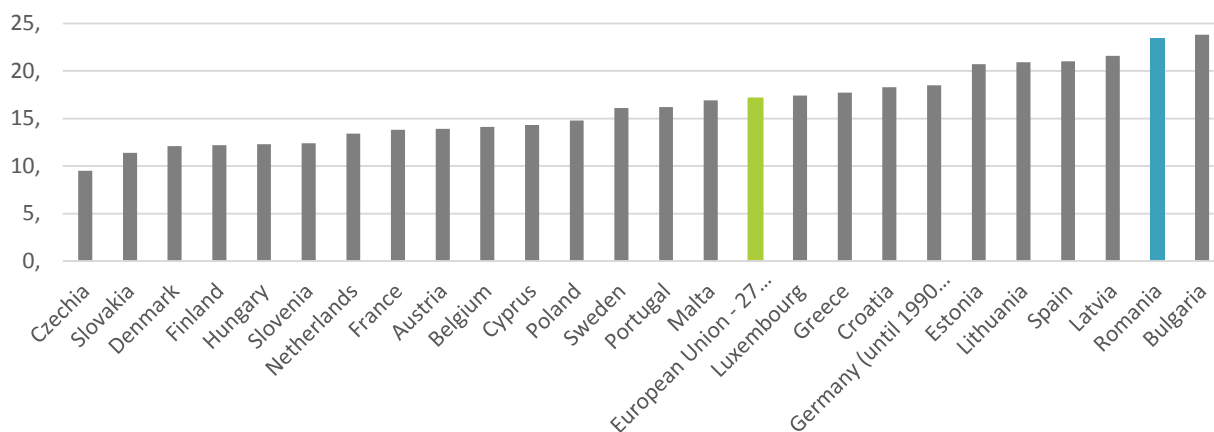
<sup>22</sup> Agenția Uniunii Europene pentru Drepturi Fundamentale. Second European Union Minorities and Discrimination Survey – Roma, 2016. <https://fra.europa.eu/en/publication/2016/second-european-union-minorities-and-discrimination-survey-roma-selected-findings>

<sup>23</sup> Agenția Uniunii Europene pentru Drepturi Fundamentale. A persisting concern: anti-Gypsyism as a barrier to Roma inclusion, 2018. <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/persisting-concern-anti-gypsyism-barrier-roma-inclusion>.



În fiecare an această rată are variații semnificative între statele membre UE. Cele mai mari valori sunt înregistrate în 2020 în Bulgaria (32.1%), România (30.4%) și Grecia (28.9%), în timp ce cele mai mici procente au fost înregistrate în Republica Cehă (11.9%), Slovacia (14.8%) și Slovenia (15%).

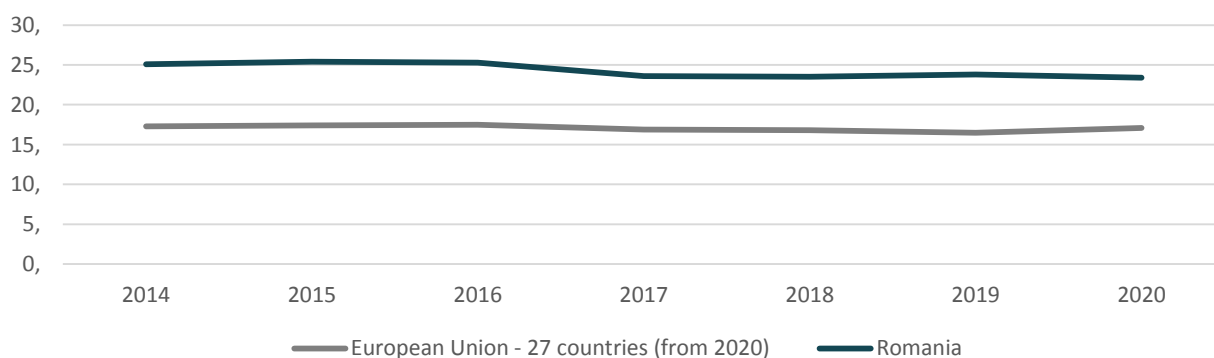
**FIGURA 10. RATA RISCULUI DE SĂRĂCIE ÎN UE, 2020 (%)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_LI02: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_li02/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_li02/default/table?lang=en)

**155.** Rata riscului de sărăcie a rămas relativ constantă în ultimii ani la nivelul UE, oscilând ușor în jurul valorii de 17%. Asemănător, nici în cazul României acest indicator nu a înregistrat progrese semnificative, scăzând cu doar 1.7% din 2014. Ca și în cazul indicatorului AROPE, anumite grupuri din societate sunt mai vulnerabile în ceea ce privește riscul de sărăcie. Șomerii reprezintă un grup deosebit de vulnerabil. Aproximativ jumătate (49.2%) din totalul șomerilor din UE-27 erau expuși riscului de sărăcie în 2019, cu cea mai mare rată în Germania (73,7 %). Alte 11 state membre ale UE (Belgia, Bulgaria, Cehia, Estonia, Spania, Letonia, Lituania, Ungaria, Malta, Olanda și Slovacia) au raportat că cel puțin jumătate dintre șomeri erau expuși riscului de sărăcie în 2019.

**FIGURA 11. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE PERSOANE AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ÎN ROMÂNIA / UE 27, 2014 - 2020 (% DIN POPULAȚIA TOTALĂ)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_LI02: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_li02/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_li02/default/table?lang=en)

**156.** În România, datele statistice aferente anului 2020 arată că există discrepanțe majore în ceea ce privește riscul de sărăcie, la nivel regional.<sup>24</sup> La fel ca și în cazul indicatorului AROPE, regiunile cu cele mai multe persoane aflate în risc de sărăcie din totalul populației sunt – Nord-Est (35.6%), Sud-Vest Oltenia

<sup>24</sup> Eurostat, ilc\_li41: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

(32.7%) și Sud-Est (32.6%). La polul opus se află regiunea de Nord-Vest și regiunea București – Ilfov, cu 15.5%, respectiv 2.4% din totalul populației în risc de sărăcie. Comparând aceste date cu cele din 2014, observăm că există progrese minore înregistrate în procentul populației aflate în risc de sărăcie, în regiunea Nord-Est (-0.5%) și în regiunea de Sud-Est (-1.4%) și un regres semnificativ în regiunea Sud-Vest Oltenia (+4%).

**157.** Riscul de sărăcie nu este uniform distribuit nici în rândul gospodăriilor, cele în care există copii în întreținere fiind mult mai probabil să fie în risc de sărăcie. În ceea ce privește gospodăriile fără copii în întreținere, în majoritatea statelor membre, inclusiv în România, gospodăriile în care trăiește o singură persoană au cea mai mare rată a riscului de sărăcie.

**158.** Conceptul de „adâncime a sărăciei” (depth of poverty) permite cuantificarea gradului de sărăcie a persoanelor aflate în risc de sărăcie. Venitul mediu al persoanelor expuse riscului de sărăcie în UE-27 a fost, în medie, cu 24.5% sub pragul sărăciei în 2020. Acest prag este stabilit la nivelul UE la 60% din venitul disponibil echivalent la nivel național, după transferurile sociale. Dintre statele membre UE, venitul median al persoanelor expuse riscului de sărăcie a înregistrat în 2019 cele mai mici valori în cazul României (33%).

## EVOLUȚIA RATEI DE DEPRIVARE MATERIALĂ SEVERĂ ÎN UE ȘI ROMÂNIA

**159.** Indicatorul privind deprivarea materială severă este definit prin existența unor constrângeri asupra condițiilor de viață, cauzate de lipsa de resurse, cu prezența a cel puțin patru din următoarele elemente de deprivare:

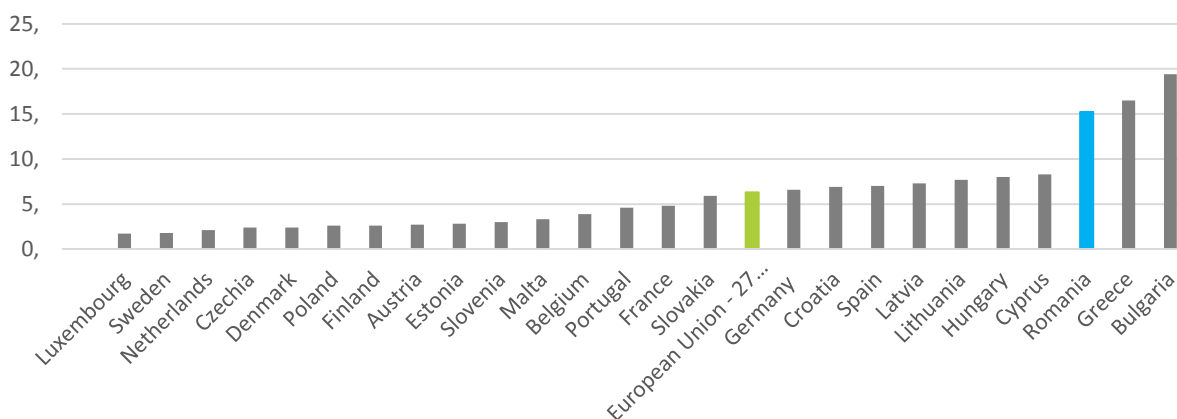
**FIGURA 12. ELEMENTELE DE DEPRIVARE MATERIALĂ**



Sursa: Eurostat Glossary: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Material\\_deprivation](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Material_deprivation)

**160.** Rata de deprivare materială severă în 2020 în UE a fost de 6.3%, cu 0.8% mai mare decât în 2019 și cu 2.8% mai mică decât în 201. Această rată variază substanțial între statele membre UE, cele mai mari valori fiind înregistrate în Bulgaria (19.4%), Grecia (16.5%) și România (15.2%), iar cele mai mici procente fiind înregistrate în Luxemburg (1.7%), Suedia (1.8%) și Olanda (2.1%). Cu toate acestea, în marea majoritate a cazurilor proporția numărului de persoane sever deprivat material a fost mai mică în 2020, decât în 2014.

**FIGURA 13. RATA DE DEPRIVARE MATERIALĂ SEVERĂ ÎN UE, 2020 (%)**

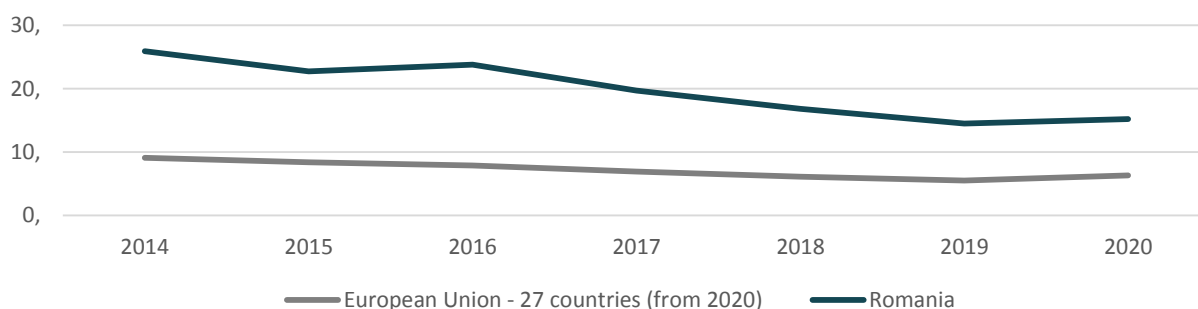


Sursa: EUROSTAT, ILC\_MDDD11: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_mddd11/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_mddd11/default/table?lang=en)

**161.** Acest lucru este valabil și pentru România, care a cunoscut o scădere de peste 10% din 2014, rămânând însă între primele trei state din UE în ceea ce privește proporția de oameni care trăiesc în deprivare materială severă. Totuși, progresele majore înregistrate de România în ultimii ani în ceea ce privește diminuarea numărului de persoane sever deprivat material reflectă schimbări pozitive în condițiile de trai.

**162.** Aceste progrese se pot observa la nivelul tuturor regiunilor, comparativ cu anul 2014. Cu toate acestea, toate regiunile din România se află încă peste media UE în ceea ce privește procentul din populație sever deprivat material. Zonele cele mai afectate sunt regiunea de Sud-Est (22.7), Sud-Muntenia (20.6%) și Nord-Est (19.4%), în timp ce regiunea de Nord-Vest și regiunea de Vest sunt cele care cuprind cel mai mic procent de persoane în această categorie – 9.1%, respectiv 8.6%.<sup>25</sup>

**FIGURA 14. EVOLUȚIA RATEI DE DEPRIVARE MATERIALĂ SEVERĂ ÎN ROMÂNIA/ UE 27, 2014-2020 (% DIN POPULAȚIA TOTALĂ)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_MDDD11: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_mddd11/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_mddd11/default/table?lang=en)

**163.** Ultimele date referitoare la deprivarea materială severă confirmă un trend deja existent în ultimii ani în România: incidența acesteia este mai mare în rândul persoanelor care trăiesc în gospodării compuse din două persoane cu trei sau mai mulți copii în întreținere (43.9%) și în rândul gospodăriilor formate dintr-o singură persoană cu un copil în întreținere (25.5%). De asemenea, în ceea ce privește

<sup>25</sup> Eurostat, ilc\_mddd21: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

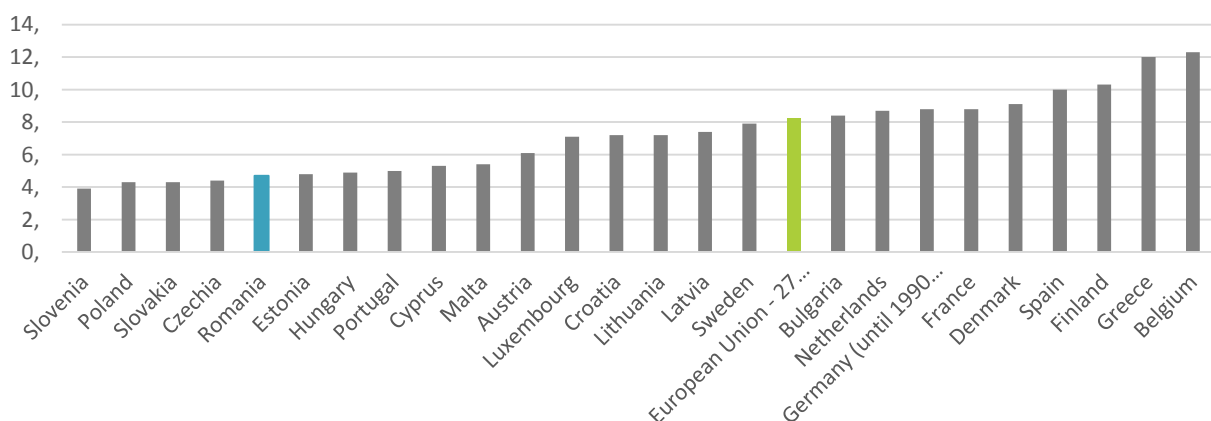
vârsta, cele mai multe dintre persoanele deprivat material sever au sub 18 ani, chiar dacă procentul acestora a scăzut constant în ultimii ani, acesta fiind un alt trend care s-a confirmat în 2020. Mai mult, datele arată o scădere semnificativă în ultimii ani a ratei de deprivare materială în populația cu vârstă de muncă (18-64 ani), cu peste 4%. Deprivarea materială severă este cauzată în primul rând de schimbări în capacitatea indivizilor de a-și permite anumite cheltuieli financiare neprevăzute, o săptămână de vacanță sau o masă cu carne, pui, pește sau un echivalent vegetarian la fiecare două zile, conform datelor publicate de Eurostat<sup>26</sup>.

## EVOLUȚIA GLOBALĂ A PERSOANELOR CARE TRĂIESC ÎN GOSPODĂRII CU O INTENSITATE SCĂZUTĂ A MUNCII

**164.** Indicatorul este definit prin numărul de persoane care trăiesc într-o gospodărie ai cărei membri în vârstă de muncă au lucrat în ultimul an cu 20% sau mai puțin timp decât potențialul lor de muncă total. Intensitatea în muncă a unei gospodării este calculată ca rată a numărului total de luni pe care toți membrii în vârstă de muncă l-au lucrat în timpul anului fiscal de referință și numărul total de luni pe care aceiași membri ai gospodăriei l-ar fi putut lucra în total în aceeași perioadă.

**165.** Valoarea acestui indicator la nivelul UE în 2020 a fost de 8.2%, rămânând la aproape același nivel cu situația de la nivelul anului 2019 (8.1%). De asemenea, procentul înregistrat în 2020 este cu 2.1% mai mic decât în 2015.<sup>27</sup> Comparativ cu ceilalți doi indicatori analizați anterior, rata persoanelor care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii variază mai puțin între statele membre UE, cele mai mari valori fiind înregistrate în 2020 în Belgia (12.3%), Grecia (12.0%) și Finlanda (10.3%), iar cele mai scăzute în Slovenia (3.9%) și Polonia și Slovacia (4.3%). Se observă astfel faptul că acesta este singurul indicator din familia AROPE în care România nu se află printre statele rămase în urmă, ci, dimpotrivă, doar 4.7% dintre români trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii, un procent apropiat celor mai mici valori de la nivelul UE.

**FIGURA 15. PERSOANE CARE TRĂIESC ÎN GOSPODĂRII CU O INTENSITATE SCĂZUTĂ A MUNCII ÎN UE, 2020 (%)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_LVHL11N: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_lvhl11n/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_lvhl11n/default/table?lang=en)

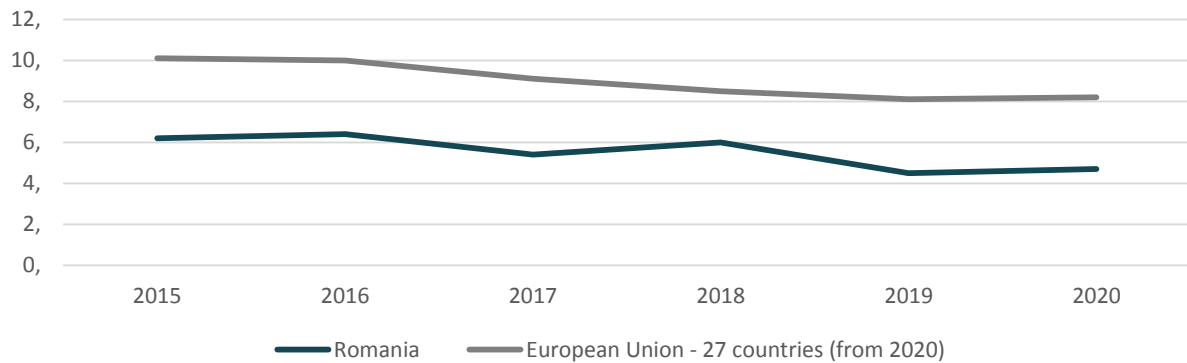
**166.** Din 2015, România este în mod constant sub media UE în ceea ce privește numărul persoanelor care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii, în această perioadă diferențele menținându-

<sup>26</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Material\\_deprivation\\_statistics\\_-\\_early\\_results](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Material_deprivation_statistics_-_early_results)

<sup>27</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_lvhl11n/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_lvhl11n/default/table?lang=en)

se relativ constante. Putem astfel constata că, în ceea ce privește România, lipsa unui loc de muncă nu este printre cauzele principale care conduc la riscul de sărăcie și excluziune socială.

**FIGURA 16. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE PERSOANE CARE TRĂIESC ÎN GOSPODĂRII CU O INTENSITATE SCĂZUTĂ A MUNCII ÎN ROMÂNIA/ UE, 2015-2020 (%)**



Sursa: EUROSTAT, ILC\_LVHL11N: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc\\_lvhl11n/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_lvhl11n/default/table?lang=en)

**167.** România are un procent relativ scăzut de persoane care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii, doar 8.2% dintre persoanele sub 65 de ani încadrându-se în această categorie în 2020. Conform „Strategiei naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei, 2015 – 2020”, doi dintre factorii cei mai importanți care contribuie la acest fenomen sunt sectorul agricol supra-dimensionat și emigrația masivă a românilor în căutarea unui loc de muncă în străinătate.

**168.** La nivel regional, cel mai mare procent de persoane care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii se găseau în 2020 în regiunea de Vest (10.2%), urmată de regiunea de Sud-Est (9.3%) și Sud-Vest Oltenia (8.4%). De altfel, acestea sunt și singurele regiuni din România care se situează peste media UE în ceea ce privește acest indicator. Toate celelalte regiuni înregistrează valori de sub 8%, în vârful listei aflându-se regiunea București – Ilfov, cu doar 1.7% dintre persoane trăind în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii.

**169.** Astfel, în timp ce în cazul regiunilor de Sud-Est și Sud-Vest Oltenia, intensitatea mai scăzută a muncii poate fi printre factorii care contribuie la un risc mai mare de sărăcie sau excluziune socială, același lucru nu se poate spune și de regiunea de Nord-Est, care, deși este printre cele cu cele mai multe persoane AROPE la nivel național, aceasta înregistrează un procent foarte redus de persoane care trăiesc în gospodării cu o intensitate scăzută a muncii (3.2%).

## ANALIZE SECTORIALE

### A. Capitalul uman

**170.** În ceea ce privește capitalul uman, la nivel național există două fenomene principale, respectiv cel al îmbătrânirii populației și al migrației. Primul este prezent la nivelul întregii UE și are un potențial impact negativ pe termen lung asupra tuturor domeniilor de activitate socio-economică – ocupare, protecție socială, sănătate, educație, etc. Cel de-al doilea fenomen, cel al migrației, face parte, alături de scăderea natalității, din factorii care contribuie la îmbătrânirea populației. Acest fenomen s-a intensificat major după aderarea României la UE în 2007.<sup>28</sup> Inițial populația care emigra era reprezentată de persoane șomere și/sau cu studii medii. În timp, a existat o creștere majoră a segmentului de persoane angajate, cu studii și calificări superioare, care au optat să migreze în general către occident, către locuri

<sup>28</sup> <https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.NETM?end=2017&locations=RO&start=2004>



de muncă mai bine remunerate. Aceste două fenomene, împreună cu o natalitate scăzută, contribuie la o diminuare substanțială a populației stabile din România.

**171.** În domeniul educației, România nu a atins țintele pe care și le-a asumat în cadrul strategiei Europa 2020 în ceea ce privește reducerea părăsirii timpurii a școlii (15,3% realizat în 2019 / 11,3% valoarea țintă) și accesul la învățământul terțiar (25,8% realizat în 2019, pentru tinerii de 30-34 de ani / 26.7% valoarea țintă)<sup>29</sup>. Așa cum este precizat și în raportul România Educată, aceste performanțe scăzute au avut la bază inclusiv o rată ridicată de sărăcie, mai ales în rândul copiilor.<sup>30</sup> În 2019, 35,6% dintre copiii din România se aflau în risc de sărăcie sau de excludere socială, cea mai mare rată din UE.<sup>31</sup> În ceea ce privește părăsirea timpurie a școlii, conform Eurostat, România și Cehia erau în 2020 singurele state membre UE, în rândul cărora rata celor care abandonau timpuriu sistemul educațional era mai mare în rândul fetelor, pe fondul unui număr ridicat de nașteri în rândul mamelor minore. Conform „Strategiei privind reducerea părăsirii timpurii a școlii în România”, printre principalele grupuri aflate în situație de risc de părăsire timpurie a școlii în România se află minoritățile și alte grupuri marginalizate, precum și copiii din comunitățile rurale. În ceea ce privește numărul persoanelor tinere (15-29 ani) care nu sunt încadrate pe piața formală a muncii și nici nu urmează o formă de învățământ, procentul acestora a scăzut cu 3.3% în România, în intervalul 2014 – 2020, conform datelor Eurostat. Cu toate acestea, România înregistrează încă valori mai mari decât media UE și în cazul acestui indicator, cu peste 4%.<sup>32</sup>

**172.** Pe fondul unui stil de viață nesănătos, dar mai ales al unor inegalități socioeconomice majore și a unor deficiențe în furnizarea serviciilor de sănătate, România deține încă una dintre cele mai scăzute speranțe de viață din UE. Conform profilului de țară realizat în 2019 în cadrul raportului „State of Health in EU – Romania”,<sup>33</sup> deși speranța de viață a crescut cu mai mult de patru ani în România, din 2000 și până în anul 2017, există discrepanțe mari a speranței de viață în funcție de gen și nivelul de studii. Cheltuielile pentru sănătate în România sunt încă cele mai scăzute din UE pe cap de locuitor (1,029 EUR, comparativ cu media UE de 2,884 EUR). De asemenea, în timp ce România înregistrează rate duble ale mortalității evitabile față de media UE, o proporție substanțială a populației raportează nevoi nesatisfăcute de asistență medicală, accesul la aceasta fiind marcat de discrepanțe regionale, etnice și de venit semnificative, cele mai afectate fiind persoanele din zonele rurale, cele care provin din comunități marginalizate și grupurile cu nivel socio-economic mai scăzut. Conform raportului „Starea de sănătate a populației din România” publicat în 2021 de INS, una din patru persoane de 2 ani și peste suferă de cel puțin o boală cronică sau o problemă de sănătate de lungă durată.<sup>34</sup> Referitor la proporția persoanelor cu dizabilități, boli cronice sau alte afecțiuni medicale care le limitează activitățile zilnice, din totalul populației rezidente de 15 ani și peste, 31,1% au dificultăți în realizarea cel puțin a uneia dintre următoarele activități casnice - să pregătească mâncarea, să utilizeze telefonul, să-și facă cumpărăturile, să-și administreze medicamentele, să realizeze activități casnice ușoare sau mai grele, să-și administreze banii și cheltuielile zilnice etc.

## **B. Ocuparea forței de muncă**

**173.** Deși România are un procent relativ scăzut de persoane care trăiesc în gospodării cu o intensitate foarte scăzută a muncii, rata ocupării forței de muncă este prea mică pentru a limita efectele îmbătrânirii populației și a emigrării. Cu 18.6% din populația în vârstă de muncă (20-64 de ani) părăsind țara pentru

<sup>29</sup> [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/european-semester-your-country/romania/europe-2020-targets-statistics-and-indicators-romania\\_en](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/european-semester-your-country/romania/europe-2020-targets-statistics-and-indicators-romania_en)

<sup>30</sup> Raport România Educată, 2021. <http://www.romaniaeducata.eu/wp-content/uploads/2021/07/Raport-Romania-Educata-14-iulie-2021.pdf>

<sup>31</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Children\\_at\\_risk\\_of\\_poverty\\_or\\_social\\_exclusion#Key\\_findings](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Children_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion#Key_findings)

<sup>32</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/edat\\_ifse\\_18/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/edat_ifse_18/default/table?lang=en)

<sup>33</sup> State of Health in the EU. Romania. Country Health Profile, 2019. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/romania-country-health-profile-2019\\_f345b1db-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/romania-country-health-profile-2019_f345b1db-en#page1)

<sup>34</sup> Institutul Național de Statistică. Starea de Sănătate a Populației din România. Date statistice, 2021. [https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/starea\\_de\\_sanatate\\_a\\_populatiei\\_din\\_romania\\_2019.pdf](https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/starea_de_sanatate_a_populatiei_din_romania_2019.pdf)





ocuparea unui loc de muncă în UE, România este statul membru cu cei mai mulți cetățeni care aleg să-și părăsească țara natală pentru a munci în străinătate. În perioada 2010 – 2020, numărul acestora a crescut cu 7.1%, conform datelor Eurostat.<sup>35</sup> Diminuarea forței de muncă nu este compensată de un nivel de angajare mai ridicat – rata persoanelor angajate fiind în 2020 de 65.6%, una dintre cele mai mici din Europa, aceasta crescând din 2014 cu doar 6%. De asemenea, aptitudinile forței de muncă sunt inadecvate pentru nevoile în continuă schimbare și dezvoltare ale economiei naționale<sup>36</sup>. Mai mult, efectele pandemiei de Covid-19 produc deja un impact negativ major pe piața forței de muncă din România, INS estimând în mai 2021 o rată a șomajului de 5.5%, cu peste 2% mai mare decât cea din ianuarie 2019 (3.3%).

### C. Condițiile de locuire

**174.** Deși România are cei mai mulți proprietari de locuințe din Europa, peste 90% dintre Români având locuințe în proprietate, rata de supraaglomerare este, de asemenea, una dintre cele mai mari din UE, ajungând la 45,8% în 2019, comparativ cu media UE de 17.1%<sup>37</sup>. Deși rata de supraaglomerare a cunoscut un trend descendent din 2015 și până în 2020 (-3.9%), cea mai mare rată se menține în cazul familiilor cu copii. Conform Eurostat, diferența între persoanele în risc de sărăcie și persoanele care nu se află în risc de sărăcie, în ceea ce privește rata de supraaglomerare a gospodăriilor în care trăiesc, este mai mică în România comparativ cu media UE. În 2020, 54.1% dintre românii care se află în risc de sărăcie trăiesc într-o gospodărie supraaglomerată, în timp ce 42.4% dintre persoanele care nu se află în risc de sărăcie, trăiesc în aceleași condiții<sup>38</sup>. În ceea ce privește rata deprivării severe de locuință în România, aceasta a atins nivelul de 14.2% în 2019, fiind de aproape 4 ori mai mare decât media UE. Tinerii (16-29 ani) reprezintă grupul cu cel mai mare risc de a se afla în situația de deprivare severă de locuință<sup>39</sup>. Și în acest caz, persoanele în risc de sărăcie au o probabilitate mai mare să fie de privați sever de locuință, 35.7% din aceste persoane aflându-se în această situație în 2020, comparativ cu 7.7% dintre persoanele care nu se află în risc de sărăcie.

## CONCLUZII

**175.** În urma prezentului exercițiu de evaluare cele două ipoteze aferente primei întrebări de evaluare pot fi validate doar parțial. Datele la nivel macro ale indicatorilor din familia AROPE, cât și datele obținute ca urmare a analizelor sectoriale asupra capitalului uman, ocupării și condițiilor de locuire, indică progrese pozitive pe majoritatea palierele în ultimii ani. Acestea sunt însă limitate, România aflându-se încă, în cele mai multe dintre cazuri, pe ultimele locuri la nivelul UE, în ceea ce privește progresul diversilor indicatori care măsoară riscul de sărăcie și excluziune socială.

**176.** La nivel teritorial, regiunile cu cel mai mare procent al populației AROPE rămân Nord-Est și Sud-Est, urmate îndeaproape de regiunea Sud-Vest Oltenia, acestea fiind și cele care au înregistrat cele mai mici progrese în perioada 2014 – 2020, în ceea ce privește numărul de persoane care au ieșit din starea de sărăcie și excluziune socială.

<sup>35</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=EU\\_citizens\\_living\\_in\\_another\\_Member\\_State\\_-\\_statistical\\_overview#Key\\_messages](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=EU_citizens_living_in_another_Member_State_-_statistical_overview#Key_messages)

<sup>36</sup> World Bank. 2018. *From Uneven Growth to Inclusive Development: Romania's Path to Shared Prosperity. Systematic Country Diagnostics*. Washington, DC: World Bank. doi: 10.1596/978-1-4648-1317-7 License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

<sup>37</sup> Acest indicator este definit ca procentul populației care trăiește într-o gospodărie supraaglomerată. O gospodărie se consideră aglomerată dacă nu dispune de: o cameră pentru familie, o cameră pentru fiecare cuplu din gospodărie, o cameră pentru fiecare persoană în vârstă de 18 ani sau mai mult, o cameră pentru fiecare pereche de persoane de același sex cu vârsta cuprinsă între 12 și 17 de ani, o cameră pentru fiecare persoană cu vârsta cuprinsă între 12 și 17 ani care nu este inclusă în categoria anterioară sau o cameră pentru fiecare pereche de copii cu vârsta sub 12 ani. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi175/default/table?lang=en>

<sup>38</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi175/default/table?lang=en>

<sup>39</sup> [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_mdho06a&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_mdho06a&lang=en)



**177.** Cu toate acestea, lipsa unor date statistice similare și actuale la nivelul comunităților marginalizate din România, inclusiv în ceea ce privește populația de etnie romă, a făcut imposibilă extrapolarea acestor constatări și la nivelul micro, cu toate că datele calitative colectate prin intermediul celorlalte instrumente de cercetare confirmă o îmbunătățire a situației comunităților marginalizate în raport cu numărul de persoane care se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială. În acest context, datele disponibile permit doar o validare parțială a celor două ipoteze.

#### 4.3.2. ÎE 2. ÎN CE MĂSURĂ PROGRESUL OBSERVAT ESTE ATRIBUIT POCU?

**Ipoteza 2.1:** Intervențiile finanțate au avut o contribuție la îmbunătățirea situației comunităților marginalizate vizate - **validată**

**Ipoteza 2.2:** Intervențiile finanțate au avut o contribuție importantă la reducerea numărului persoanelor aflate în risc de sărăcie și excluziune socială – **validată parțial**

**178.** Această întrebare de evaluare se referă la efectul net, respectiv la impactul intervențiilor finanțate prin cele patru obiective specifice, aferente celei de-a doua teme de evaluare, asupra situației comunităților marginalizate și a numărului de persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială. În acest scop a fost analizat gradul de realizare al indicatorilor de program, pe tipuri de comunități și tipuri de regiuni – mai puțin dezvoltate și mai dezvoltate și au fost realizate proiecții ale capacității de atingere a valorilor țintă.

#### SITUAȚIA RISCULUI DE SĂRĂCIE ȘI A EXCLUZIUNII SOCIALE ÎN COMUNITĂȚILE MARGINALIZATE DIN ROMÂNIA

**179.** În anul 2020, în România peste 5,8 milioane de oameni trăiau în risc de sărăcie sau excluziune socială. Procentual, aceștia reprezentau aproximativ 35% din populația țării.<sup>40</sup> Întrucât până la următorul recensământ nu există date actualizate referitoare la numărul de persoane în risc de sărăcie sau excluziune socială care trăiesc în comunitățile marginalizate din România, analiza acestei întrebări de evaluare s-a bazat pe datele existente la nivelul anului 2011 (an în care a avut loc ultimul recensământ al populației și locuințelor din România), care au fost preluate și utilizate inclusiv în „Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România” și în „Atlasul Zonelor Urbane Marginalizate din România”, documente care au stat la baza definirii și identificării comunităților marginalizate și a intervențiilor ulterioare.

**180.** Astfel, la nivelul anului 2011, situația zonelor marginalizate și a persoanelor aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din cadrul acestora, era următoarea:

---

<sup>40</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_01\\_10/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_01_10/default/table?lang=en)

**TABEL 14. SITUAȚIA ZONELOR MARGINALIZATE ÎN ROMÂNIA, 2011**

ZONA	SECTOARE DE MARGINALIZATE	RECENSĂMÂNT	TOTAL PERSOANE	DIN CARE ROMA <sup>41</sup>
Urban	1,139		342,933	70,987
Rural	2,244		564,000 <sup>42</sup>	152,280
<b>TOTAL</b>	<b>3, 383</b>		<b>906,933</b>	<b>223,267</b>

Sursa: Prelucrări ale autorilor în baza „Atlasului Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România” și al „Atlasului zonelor urbane marginalizate din România”.

**181.** Situația zonelor marginalizate din România prezentată în tabelul anterior este realizată în baza sectoarelor de recensământ marginalizate, conform recensământului din 2011. Astfel cum este redat și în „Atlasul zonelor urbane marginalizate”, principala limitare în ceea ce privește definirea zonelor urbane marginalizate este că suprapunerea dintre comunitățile marginalizate reale și sectoarele de recensământ (cea mai mică zonă geografică delimitată în cadrul unui recensământ) este doar parțială, comunitățile marginalizate nefiind întotdeauna concentrate în întregime într-un sector de recensământ. Astfel, întrucât în România nu există o evidență oficială a comunităților marginalizate, și nici o definiție legală a acestora, trebuie reținut faptul că numărul real al comunităților marginalizate este de fapt mai mare decât numărul sectoarelor de recensământ marginalizate, prezentat în tabelul anterior.

**182.** Conform celor două atlase a zonelor marginalizate din România, la nivel teritorial, situația zonelor marginalizate din România era următoarea:

**TABEL 15. REPREZENTARE TERITORIALĂ A ZONELOR MARGINALIZATE LA NIVEL URBAN ȘI RURAL DIN ROMÂNIA**

REGIUNEA	COMUNITĂȚI RURALE MARGINALIZATE	COMUNITĂȚI URBANE MARGINALIZATE	TOTAL COMUNITĂȚI MARGINALIZATE (RURAL + URBAN)
Bucuresti-Ilfov	3	13	16
Centru	212	47	259
Nord-Est	557	43	600
Nord-Vest	167	32	199
Sud-Est	234	33	267
Sud-Muntenia	162	35	197
Sud-Vest	160	28	188
Vest	41	37	78
<b>TOTAL</b>	<b>1495</b>	<b>268</b>	<b>1726</b>

Sursa: Prelucrări ale autorilor în baza „Atlasului Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România” și al „Atlasului zonelor urbane marginalizate din România”.

<sup>41</sup> Cifre aproximative, numărul reprezintă populația autoidentificată de etnie romă. Trebuie avut în vedere că o parte semnificativă a cetățenilor de etnie romă este reticentă în a-și declara etnia, așa că ponderea acestora în numărul total de persoane care trăiesc în sectoarele de recensământ marginalizate poate fi mai mare.

<sup>42</sup> „Atlasul zonelor rurale marginalizate” nu oferă un număr exact al persoanelor care trăiesc în sectoarele de recensământ marginalizate din mediul rural, precizând doar existența a „peste 564,000 de persoane”.

**183.** Cel mai mare număr de comunități marginalizate din România se găseau în 2011, în regiunea de Nord-Est. Aceasta, împreună cu regiunea de Sud-Est, următoarea ca număr al comunităților marginalizate, însumau peste jumătate din numărul total de comunități marginalizate la nivel național. Regiunea de Nord-Est se evidenția prin numărul foarte mare de comunități marginalizate aflate în mediul rural, respectiv 557, ceea ce reprezenta peste o treime din totalul acestora la nivel rural, în România. Aceeași regiune se afla și printre primele două la nivel național în ceea ce privește comunitățile urbane marginalizate, alături de regiunea Centru.

## ANALIZA INDICATORILOR DE PROGRAM

### AP 4 – Incluziunea socială și combaterea sărăciei

#### Prioritatea de investiții: 9ii – Integrarea socio-economică a comunităților marginalizate, cum ar fi romii

**184.** În ceea ce privește indicatorii specifici aferenți OS 4.1 și OS 4.2, până la data de referință cele mai mari progrese fuseseră înregistrate la nivelul indicatorilor de rezultat 4S155 și 4S156 și a indicatorilor de realizare 4S160 și 4S47. Deși la 31 martie 2021 aproximativ o treime dintre proiectele contractate în cadrul AP 4 (32% pentru OS 4.1, respectiv 34% pentru OS 4.2) erau finalizate, restul fiind încă în proces de implementare, mulți dintre indicatorii de realizare și de rezultat au încă valori foarte scăzute sau au valoarea cumulată egală cu 0.

**185.** Referitor la numărul de comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care depășesc situația de vulnerabilitate la 6 luni de la încetarea sprijinului, OS 4.1 și OS 4.2 din cadrul POCU au până la acest moment un impact minor raportat la totalitatea sectoarelor de recensământ marginalizate din zona rurală și urbană – doar șase comunități aflându-se, conform RAI, în această situație la finalul anului 2020. Conform valorilor asumate de proiectele contractate până la finalul anului 2020, proiecția de realizare a acestui indicator este de 95 de comunități marginalizate care depășesc situația de vulnerabilitate, ceea ce reprezintă însă în continuare un potențial impact limitat (3%) raportat la numărul total al sectoarelor de recensământ marginalizate.

**186.** De asemenea, și în ceea ce privește persoanele în risc de sărăcie sau excluziune socială care dobândesc o calificare la încetarea calității de participant sau care obțin un loc de muncă (inclusiv cele care desfășoară o activitate independentă), impactul cantitativ potențial și realizat este unul limitat. Prin cele două OS, POCU și-a propus să ofere o calificare unui număr total de 18,298 de persoane, ceea ce reprezintă aproximativ 2% din totalul persoanelor AROPE din comunitățile marginalizate. În ceea ce privește obținerea unui loc de muncă, POCU și-a propus adresarea unui număr total de 9,488 persoane, ceea ce reprezintă aproximativ 1% din totalul persoanelor AROPE din comunitățile marginalizate.

**TABEL 16. INDICATORI DE REZULTAT SPECIFICI PROGRAMULUI**

COD	DENUMIRE INDICATOR	CATEGORIA DE REGIUNE	VALOAREA ȚINTĂ (2023)	VALOAREA CUMULATĂ (2020)	PROIECȚIE REALIZARE <sup>43</sup>
4S155	Persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) din comunitățile marginalizate care dobândesc o calificare la încetarea calității de participant, din care: roma	Mai puțin dezvoltate	17.855	9.105	37,997
		Mai dezvoltate	443	0	
4S156	Persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală)	Mai puțin dezvoltate	9.258	3.604	14,613

<sup>43</sup> Proiecția de realizare a indicatorilor reprezintă valoarea care ar putea fi atinsă la finalul programului, prin atingerea tuturor valorilor țintă de la nivelul proiectelor contractate până la 31 decembrie 2020.

COD	DENUMIRE INDICATOR	CATEGORIA DE REGIUNE	VALOAREA ȚINTĂ (2023)	VALOAREA CUMULATĂ (2020)	PROIECȚIE REALIZARE <sup>43</sup>
	din comunitățile marginalizate are au un loc de muncă, inclusiv cele care desfășoară o activitate independentă, la încetarea calității de participant, din care: roma	Mai dezvoltate	230	0	
4S157	Servicii funcționale (din care: din zona rurală) oferite la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială, din care: Servicii medicale /Servicii sociale/Servicii socio-medicale	Mai puțin dezvoltate		274	997
		Mai dezvoltate		0	
4S159	Comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) care depășesc situația de vulnerabilitate la 6 luni de la încetarea sprijinului (conform definiției AROPE)	Mai puțin dezvoltate		6	95
		Mai dezvoltate		0	

Sursa: Analize realizate de autori în baza Raportului Anual de Implementare POCU, 2020 și a bazelor de date furnizate de MIPE

**187.** În ceea ce privește prioritatea de investiții 9ii din cadrul AP 4, în cadrul căreia au fost implementate OS 4.1 și 4.2, raportat la datele din tabelul 14 și la valorile țintă stabilite la nivelul indicatorilor de realizare (tabel 17), POCU și-a propus să intervină asupra a aproximativ 9% dintre persoanele aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din comunitățile marginalizate prin furnizarea de servicii integrate, proiecția de realizare fiind tot la nivelul acestui procent. Până în acest moment însă, doar 6% dintre aceștia au beneficiat de serviciile integrate, prin prisma intervențiilor contractate.

**TABEL 17. INDICATOR DE REALIZARE SPECIFICI PROGRAMULUI**

COD	DENUMIRE INDICATOR	CATEGORIA DE REGIUNE	VALOAREA ȚINTĂ (2023)	VALOAREA CUMULATĂ (2020)	PROIECȚIE REALIZARE
4S160	Persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) din comunitățile marginalizate care beneficiază de servicii integrate, din care: roma	Mai puțin dezvoltate	77.284	57.860	77,577
		Mai dezvoltate	1.921	0	
4S161	Servicii (din care: din zona rurală) la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin, din care: Servicii medicale / Servicii sociale / Servicii socio-medicale	Mai puțin dezvoltate	3.800	546	1,117
		Mai dezvoltate	39	0	
4S162	Comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) care beneficiază de sprijin, din care: cele cu populație aparținând minorității Roma	Mai puțin dezvoltate	494	187	208
		Mai dezvoltate	1	0	

Sursa: Analize realizate de autori în baza Raportului Anual de Implementare POCU, 2020 și a bazelor de date furnizate de MIPE

**188.** POCU și-a propus să ofere sprijin unui număr de 495 de comunități marginalizate, prin OS 4.1 și OS 4.2, ceea ce raportat la numărul total de sectoare de recensământ marginalizate reprezintă un procent de 15%. Prin prisma proiectelor contractate până la data de referință, vor fi adresate însă doar 208 comunități, ceea ce reprezintă numai 6% din numărul total de sectoare de recensământ marginalizate.

## AP 5 – Incluziunea socială și combaterea sărăciei

**Prioritatea de investiții: 9vi – Strategii de dezvoltare locală plasate sub responsabilitatea comunității (în conformitate cu Regulamentul (UE) nr. 1304/2013, art. 3, alin 1, lit b)**

**189.** În cadrul AP 5, progresul lent al implementării priorității de investiții 9vi este cauzat în principal de caracterul nou și inovator al intervențiilor, dar și de abordarea multifond realizată în cadrul mecanismului DLRC. Cu toate acestea, în ultimul an au fost semnate 31 de contracte de finanțare aferente implementării Strategiilor de Dezvoltare Locală (conform RAI 2020), existând un progres semnificativ față de 2019 când toate contractele semnate acopereau exclusiv sprijinul pregătit pentru implementarea SDL.

**TABEL 18. INDICATORI DE REZULTAT SPECIFICI PROGRAMULUI**

COD	DENUMIRE INDICATOR	CATEGORIA DE REGIUNE	VALOAREA ȚINTĂ (2023)	VALOAREA CUMULATĂ (2020)	PROIECȚIE REALIZARE
4S66	Strategii aprobate spre finanțare din totalul strategiilor/analizelor/planurilor de acțiune de dezvoltare a comunității	Mai puțin dezvoltate		25	28
		Mai dezvoltate		0	
4S164	Persoane din comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care dobândesc o calificare la încetarea calității de participant, din care: din orașe cu peste 20.000 loc, din care roma / zona rurală și orașe cu până la 20.000 loc	Mai puțin dezvoltate	25.758	0	3,173
		Mai dezvoltate	773	0	
4S165	Persoane din comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care au loc de muncă, inclusiv cele care desfășoară o activitate independentă, la încetarea calității de participant: orașe peste/zona rurala si orașe sub 20000 loc	Mai puțin dezvoltate	13.415		1,106
		Mai dezvoltate	402		
4S166	Comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care depășesc situația de vulnerabilitate la 6 luni de la încetarea sprijinului (conform definiției AROPE), din care orașe cu peste /zona rurală și orașe sub 20.000 loc	Mai puțin dezvoltate		0	-
		Mai dezvoltate		0	
4S167	Servicii la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială funcționale, din care: Servicii medicale /Servicii sociale /Servicii socio-medicale	Mai puțin dezvoltate		0	55
		Mai dezvoltate		0	

Sursa: Analize realizate de autori în baza Raportului Anual de Implementare POCU, 2020 și a bazelor de date furnizate de MIPE

**190.** În ceea ce privește indicatorii specifici aferenți OS 5.1 și OS 5.2, până la data de referință progrese fuseseră înregistrate doar în cazul indicatorului de rezultat 4S66 și a indicatorului de realizare 4S68 care adresează numărul strategiilor de dezvoltare locală aprobate sau vizate. Comparativ cu numărul total de sectoare de recensământ marginalizate, numărul strategiilor/ analizelor/ planurilor aprobate sau elaborate până la finalul anului 2020 este minor, valoarea acestui indicator rămânând limitată și dacă luăm în considerare proiecția sa de realizare, în baza proiectelor contractate.

**191.** În ceea ce privește persoanele din comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care dobândesc o calificare la încetarea calității de participant sau care obțin un loc de muncă, POCU și-a propus prin OS 5.1 și OS 5.2 adresarea unui număr total de 26,531 de persoane, respectiv 13,817. Aceste valori reprezintă, 3% din totalul de persoane din sectoarele de recensământ

marginalizate care dobândesc o calificare și 2% care obțin un loc de muncă. Pe fondul progresului limitat în implementare a celor două OS, proiecția de realizare a acestor doi indicatori este mai mică, în baza proiectelor contractate momentan urmând a fi calificate 3,173 de persoane și angajate 1,106 persoane.

**192.** Procentul este ceva mai ridicat în ceea ce privește ponderea persoanelor din comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care ar urma să beneficieze de servicii integrate (conform valorii țintă la nivel de program), în numărul total de persoane din sectoarele de recensământ marginalizate. Astfel, prin cele două OS, POCU ar urma să adreseze aproximativ 13% din populația țintă. Totuși, și în acest caz proiecția de realizare este momentan limitată, de doar 6,938 persoane, ceea ce reprezintă doar 1% din populația țintă.

**TABEL 19. INDICATORI DE REALIZARE SPECIFICI PROGRAMULUI**

COD	DENUMIRE INDICATOR	CATEGORIA DE REGIUNE	VALOAREA ȚINTĂ (2023)	VALOAREA CUMULATĂ (2020)	PROIECȚIE REALIZARE
4S168	Persoane din comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de servicii integrate, din care: orașe cu peste /zona rurală și orașe sub 20.000 loc	Mai puțin dezvoltate	111.571	0	6,938
		Mai dezvoltate	3.347	0	
4S169	Comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin, din care: orașe cu peste /zona rurală și orașe sub 20.000 loc	Mai puțin dezvoltate	166	0	296
		Mai dezvoltate	5	0	
4S170	Servicii la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin, din care: Servicii medicale /Servicii sociale /Servicii socio-medicale	Mai puțin dezvoltate	2.236	0	56
		Mai dezvoltate	67	0	
4S68	Strategii/analize/ planuri de acțiune/de dezvoltare a comunității vizate prin CLLD	Mai puțin dezvoltate	70	42	45
		Mai dezvoltate	2	3	

Sursa: Analize realizate de autori în baza Raportului Anual de Implementare POCU, 2020 și a bazelor de date furnizate de MIPE

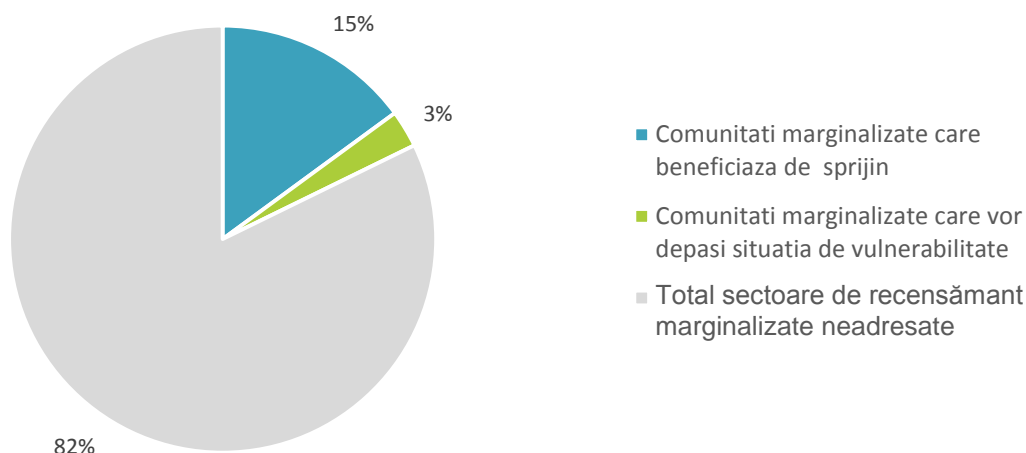
**193.** La nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin, OS 5.1 și 5.2 au o valoare țintă totală de 171 de comunități, ceea ce reprezintă 5% din numărul total al sectoarelor de recensământ marginalizate. Totuși, impactul potențial al celor două OS ar urma să fie întrucâtva mai extins, dat fiind că proiecția de realizare este deja mai mare decât valoarea țintă (296 de comunități, ceea ce reprezintă 9% din totalul sectoarelor de recensământ marginalizate).

#### **CONSTATĂRI PRIVIND CONTRIBUȚIA GLOBALĂ A INTERVENȚIILOR POCU PRIN OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 (LA REDUCEREA NUMĂRULUI DE PERSOANE CARE SE CONFRUNTĂ CU RISCUL DE SĂRĂCIE SAU EXCLUZIUNE SOCIALĂ DIN COMUNITĂȚILE MARGINALIZATE**

**194.** Contribuția globală a POCU, prin intervențiile cuprinse în cadrul TE 2 la reducerea numărului de comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială este momentan limitată (vezi Figura 17). Acest lucru este valabil și în ceea ce privește numărul persoanelor care trăiesc în aceste comunități (vezi Figura 18). Așa cum s-a precizat și anterior, trebuie subliniat că aportul POCU la aceste obiective poate fi chiar și mai restrâns în realitate, dat fiind faptul că suprapunerea efectivă dintre comunitățile marginalizate și sectoarele de recensământ este doar parțială, comunitățile marginalizate nefiind întotdeauna concentrate în întregime într-un sector de recensământ.



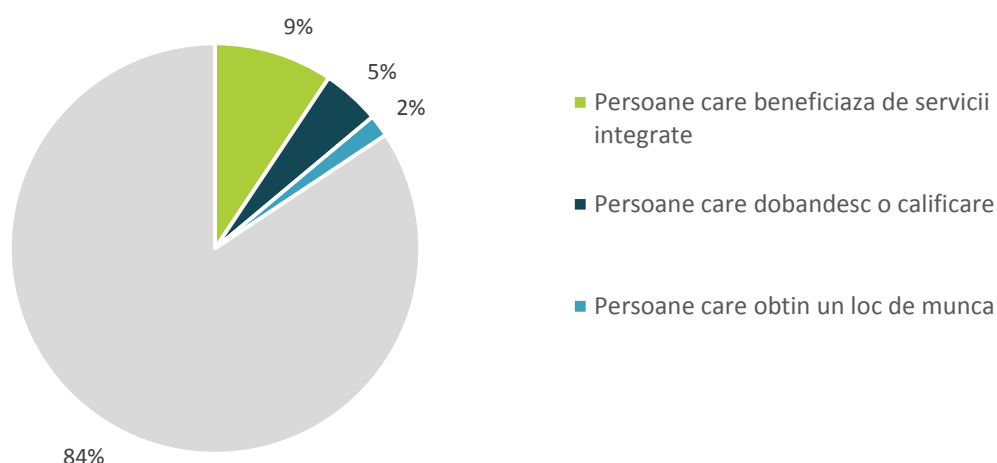
**FIGURA 17. CONTRIBUȚIA GLOBALĂ A INTERVENȚIILOR POCU PRIN OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 LA REDUCEREA NUMĂRULUI DE COMUNITĂȚI MARGINALIZATE AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE SAU EXCLUZIUNE SOCIALĂ<sup>44</sup>**



Sursa: Analize realizate de autori în baza Raportului Anual de Implementare POCU, 2020 și a bazelor de date furnizate de MIPE

**195.** Dimensiunea cantitativă a impactului POCU la acest moment, cât și anvergura țintelor propuse la nivelul acestei teme de evaluare, confirmă nevoia unor intervenții suplimentare asupra comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie și excluziune socială. Această nevoie a fost validată și de beneficiarii intervențiilor, în cadrul focus grup-urilor organizate, și este confirmată și în cadrul celor două documente strategice care au adresat incluziune socială și reducerea sărăciei, pentru perioada 2015 – 2020 și 2021 - 2027.

**FIGURA 18. CONTRIBUȚIA GLOBALĂ A INTERVENȚIILOR POCU PRIN OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 LA REDUCEREA NUMĂRULUI DE PERSOANE DIN COMUNITĂȚILE MARGINALIZATE AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE SAU EXCLUZIUNE SOCIALĂ**



Sursa: Analize realizate de autori în baza Raportului Anual de Implementare POCU, 2020 și a bazelor de date furnizate de MIPE

<sup>44</sup> Analizele aferente Figurii 18 și Figurii 19 sunt efectuate în baza proiecțiilor de realizare, respectiv a valorilor țintă asumate de proiectele contractate la nivelul indicatorilor de rezultat imediat și de realizare.

**196.** Nevoia unor intervenții integrate suplimentare este cu atât mai evidentă cu cât distribuția geografică a intervențiilor contractate până la data de referință nu este una echitabilă în raport cu zonele care ar fi avut cel mai mult nevoie de sprijin (zonele rurale și regiunile de Nord-Est, Sud-Est și Sud-Vest). În special din cauza unei capacități administrative limitate a potențialilor beneficiari, intervențiile POCU nu s-au concentrat suficient de mult în zonele în care existau nevoile cele mai mari, ci au fost mai degrabă realizate acolo unde a existat o capacitate mai mare de atragere a finanțărilor.

**197.** Existența unor intervenții pe termen lung în cadrul comunităților marginalizate, care să continue și să completeze rezultatele obținute, sau care urmează să fie obținute, prin cele patru OS, în vederea scoaterii acestora din riscul de sărăcie sau excluziune socială, este esențială pentru obținerea unor rezultate durabile la scară largă. Dat fiind specificul comunităților marginalizate și al provocărilor cu care se confruntă persoanele care trăiesc în cadrul acestora, literatura de specialitate susține implementarea unor intervenții pe o perioadă de peste 20 de ani. Această necesitate este susținută și de efectele calitative pe termen scurt al intervențiilor, care s-au materializat deja la nivelul comunităților în care s-a intervenit și care au putut fi observate mai ales prin intermediul studiilor de caz.

**198.** Contribuția cantitativă limitată a intervențiilor aferente celor patru obiective specifice este evidentă și prin raportarea proiectelor la numărul comunităților marginalizate din cele opt regiuni de dezvoltare.

**TABEL 20. REPREZENTARE TERITORIALĂ A ZONELOR MARGINALIZATE LA NIVEL URBAN ȘI RURAL ȘI A INTERVENȚIILOR OS 4.1 – 4.2 & OS 5.1 – 5.2**

REGIUNEA	COMUNITĂȚI RURALE MARGINALIZATE	COMUNITĂȚI URBANE MARGINALIZATE	TOTAL COMUNITĂȚI RURAL + URBAN	INTERVENȚII TE 2 - RURAL	INTERVENȚII TE 2 - URBAN	TOTAL INTERVENȚII – RURAL + URBAN
București-Ilfov	3	13	16	1	9	10
Centru	212	47	259	20	26	46
Nord-Est	557	43	600	33	19	52
Nord-Vest	167	32	199	32	26	58
Sud-Est	234	33	267	12	17	29
Sud-Muntenia	162	35	197	32	18	50
Sud-Vest	160	28	188	23	6	29
Vest	41	37	78	8	18	26
<b>TOTAL</b>	<b>1495</b>	<b>268</b>	<b>1726</b>	<b>161</b>	<b>139</b>	<b>300</b>

*Sursa: Prelucrări ale autorilor în baza „Atlasului Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România”, al “Atlasului zonelor urbane marginalizate din România” și a datelor de program.*

**199.** În ansamblu, din peste 1.700 de comunități marginalizate la nivel rural și urban în România, doar 300 primeau sprijin prin proiectele aferente celor patru obiective specifice, la finalul anului 2020. Deși peste 85% dintre comunitățile marginalizate la nivelul anului 2011 se aflau în zona rurală (1495), proiectele implementate prin OS 4.1 – 4.2 & OS 5.1 – 5.2 sunt implementate doar în proporție de 54% în zona rurală.

**200.** Deși regiunea de Nord-Est era de departe cea cu cele mai multe comunități marginalizate, acestea aflându-se preponderent în zona rurală, intervențiile aferente TE 2, nu au fost implementate suficient de mult în această regiune. Doar 52 de proiecte au adresat comunități marginalizate din regiunea Nord-Est cu șase mai puțin decât numărul de proiecte din regiunea Nord-Vest, care în 2011

cuprindea de trei ori mai puține comunități marginalizate decât regiunea Nord-Est. Același lucru este valabil și pentru regiunea de Sud-Est, a doua în ceea ce privește numărul total de comunități marginalizate (267), în aceasta fiind implementate până la finalul anului 2020 însă doar 29 de intervenții.

**201.** Nivelul de adresabilitate este deocamdată redus și în ceea ce privește populația de etnie romă, intervențiile finanțate urmând să aibă un aport cantitativ limitat și asupra acestora.

**TABEL 21. REPREZENTARE TERITORIALĂ A PERSOANELOR DE ETNIE ROMĂ SPRIJINITE PRIN INTERVENȚIILE OS 4.1 – 4.2 & OS 5.1 – 5.2**

REGIUNE	NUMĂR PERSOANE DE ETNIE ROMĂ SPRIJINITE PRIN PROIECTE	DIN CARE, ÎN MEDIUL RURAL	DIN CARE, ÎN MEDIUL URBAN
Bucuresti-Ilfov	183	152	31
Centru	9,100	5,547	3,653
Nord-Est	1,933	1,416	517
Nord-Vest	6,658	5,443	1,215
Sud-Est	2,703	1,905	798
Sud-Muntenia	4,674	2,560	2,114
Sud-Vest	5,138	4,396	742
Vest	1,011	45	966
<b>TOTAL</b>	<b>31,400</b>	<b>21,364</b>	<b>10,036</b>

Sursa: Prelucrări ale autorilor în baza datelor de program referitoare la grupul țintă

**202.** Până la finalul anului 2020, 31,400 de persoane marginalizate de etnie romă fuseseră sprijinite prin măsuri integrate, dintre care cele mai multe proveneau din regiunea Centru (9,100). Din numărul total al persoanelor marginalizate de etnie romă sprijinite, aproape 70% locuiau în mediul rural – respectiv 21,364.

**TABEL 22. IMPACTUL CANTITATIV ASUPRA PERSOANELOR MARGINALIZATE DE ETNIE ROMĂ**

	TOTAL	DIN CARE, ÎN MEDIUL RURAL	DIN CARE, ÎN MEDIUL URBAN
Număr persoane de etnie romă sprijinite	<b>31,400</b>	21,364	10,036
Număr de persoane marginalizate de etnie romă la nivel național	<b>223,267</b>	152,280	70,987
Raport	<b>14%</b>	14%	14%

Sursa: Prelucrări ale autorilor în baza „Atlasului Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România”, al „Atlasului zonelor urbane marginalizate din România” și a datelor de program referitoare la grupul țintă.

**203.** Raportând datele de program referitoare la grupul țintă de etnie romă la numărul de persoane marginalizate la nivel național (din cadrul aceleiași etnii), putem constata că programul are un aport cantitativ limitat la sprijinirea acestora, prin cele patru obiective specifice. Astfel doar cca. 14% din persoanele marginalizate de etnie romă, astfel cum au fost acestea identificate în 2011, au beneficiat direct de sprijin în cadrul acestei teme de evaluare. Trebuie reamintit însă faptul că acest procent poate fi chiar și mai mic, dat fiind că numărul de persoane marginalizate de etnie romă la nivel național este doar unul aproximativ, însumând doar acele persoane care s-au autoidentificat de etnie romă în cadrul recensământului anterior.

## CONSTATĂRI PROVENITE DIN INSTRUMENTELE DE CERCETARE

**204.** În ciuda progresului limitat de până în acest moment al indicatorilor de program și al impactului potențial limitat din punct de vedere cantitativ al celor patru OS, toate părțile implicate în procesul de evaluare au confirmat că POCU are o contribuție calitativă reală și extrem de importantă în îmbunătățirea comunităților marginalizate vizate de intervenții. Pe fondul unor nevoi de intervenții majore, toți beneficiarii implicați în evaluare au confirmat că rezultatele nu ar fi putut fi atinse fără contribuția POCU. Deși în unele cazuri aceștia au mai accesat sau intenționează să mai acceseze și alte surse de finanțare pentru adresarea unor nevoi complementare, acestea nu au sau nu vor avea capacitatea de a produce un impact similar cu cel al intervențiilor POCU prin OS 4.1 – 4.2 și OS 5.1 – 5.2. Acest aspect se datorează atât alocărilor financiare specific destinate comunităților marginalizate, disponibile prin cele patru obiective specifice, dar, mai ales, datorită abordării integrate a intervențiilor, care permite o adresare holistică a nevoilor existente la nivelul comunităților.

**205.** Referitor la eventualele surse de finanțare complementare adresate (inclusiv) comunităților marginalizate/ vulnerabile, amintim că în cadrul perioadei de programare 2014 – 2020 au mai fost disponibile surse de finanțare pentru (listă neexhaustivă):

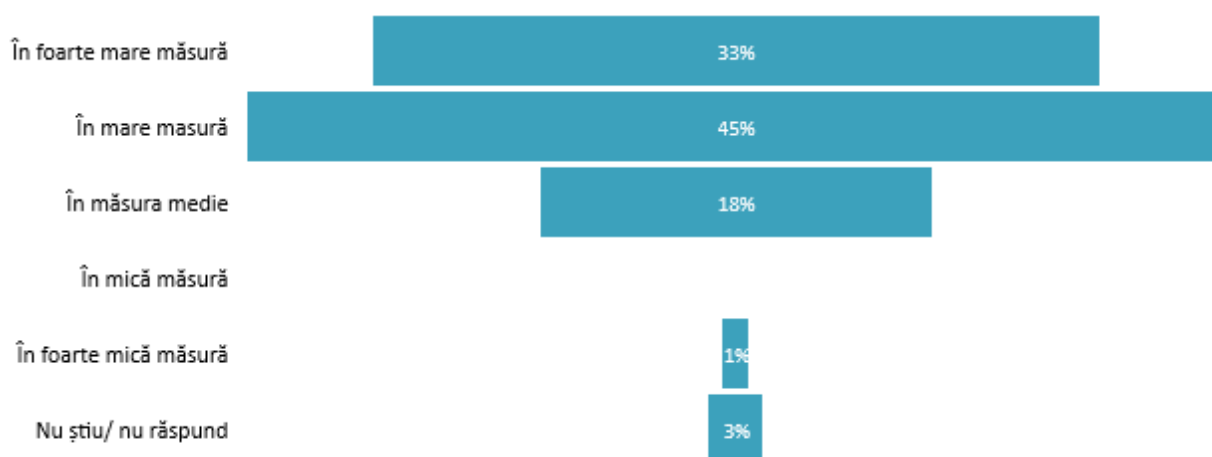
- Dezvoltarea infrastructurii sanitare și sociale, prin construirea/ reabilitarea/ modernizarea/ dotarea centrelor comunitare de intervenție integrată și a infrastructurilor de servicii sociale – în cadrul AP 8, POR 2014 – 2020.
- Sprijinirea regenerării economice și sociale a comunităților defavorizate din mediul urban, prin acțiuni integrate precum construirea/ reabilitarea/ modernizarea locuințelor sociale, investiții în infrastructura de sănătate, educație și servicii sociale sau activități de economie socială – în cadrul AP 9, POR 2014 – 2020.
- Sprijinirea participării la învățământ și dezvoltarea de competente, cu accent pe copiii aparținând minorității roma și a celor din mediul rural, elevi aparținând grupurilor vulnerabile, cât și a tinerilor și adulților care nu și-au finalizat educația obligatorie, prin AP 6, POCU 2014 – 2020.
- Sprijinirea prin creșterea ocupării și îmbunătățirea nivelului de competențe a tinerilor din categoria NEETs, prin AP 1 și AP 2, POCU 2014 – 2020.
- Distribuția de ajutoare alimentare, materiale școlare, trusouri pentru nou-născuți, articole de îmbrăcăminte și încălțăminte și produse de igienă, prin POAD 2014 – 2020.
- Dezvoltarea locală, reducerea sărăciei și creșterea incluziunii romilor, prin activități precum intensificarea utilizării serviciilor sociale de către grupurile defavorizate sau reducerea abandonului școlar timpuriu, prin Granturile SEE și Norvegiene.

**206.** Toate datele și informațiile colectate prin intermediul instrumentelor de cercetare, altele decât cercetarea documentară și analiza de date statistice, indică o îmbunătățire considerabilă pe termen scurt a situației comunităților marginalizate în care s-a intervenit. Marea majoritate a părților implicate în gestionarea sau implementarea intervențiilor, cât și reprezentanții grupurilor țintă au confirmat o îmbunătățire a percepției nivelului de trai și faptul că există o scădere reală a numărului de persoane care se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială din cadrul comunităților marginalizate vizate. Cu toate acestea, proiectele nu au avut până în acest moment capacitatea de a produce schimbări majore în ceea ce privește nivelul de trai, la nivelul comunităților. Pentru producerea unui impact major în ceea ce privește evitarea riscului de sărăcie și excluziune socială și îmbunătățirea condițiilor de viață din interiorul comunităților marginalizate, precum și integrarea acestora în comunitățile mai largi din care fac parte, este nevoie de intervenții integrate continue, pe o perioadă mai lungă de timp. Această constatare este validată în integralitate de beneficiarii proiectelor aferente acestei teme de evaluare.

**207.** Deși au putut fi identificate progrese importante atât în ceea ce privește capitalul uman, cât și în ocuparea forței de muncă și în îmbunătățirea condițiilor de locuire, cele mai notabile efecte par a se materializa în creșterea numărului de persoane (de 16-64 ani) care sunt încadrate pe piața formală a muncii sau urmează o formă de învățământ. În ceea ce privește accesul pe piața muncii, s-a putut remarca în principal o evoluție pozitivă a numărului de afaceri nou înființate în comunitățile marginalizate – peste 1,600 de firme până la finalul anului 2020<sup>45</sup>. De asemenea, conform beneficiarilor de proiecte, în sectorul educațional principalele progrese s-au materializat în reducerea părăsirii timpurii a școlii.

**208.** Mai mult decât atât, în cadrul studiilor de caz al intervențiilor din cadrul AP 4, au fost efectuate analize referitoare la numărul de beneficiari de ajutor social care provin din comunitățile marginalizate. Datele prelucrate indică o îmbunătățire a situației la nivelul comunităților analizate în ultimii ani, cu scăderi ale numărului de persoane beneficiare de asistență socială pentru prevenirea combaterii riscului de sărăcie și excluziune socială. În ceea ce privește rata de promovare a învățământului gimnazial, în comunitățile marginalizate analizate ca studiu de caz, observăm că aceasta a înregistrat un progres limitat, rămânând încă scăzută în comparație cu rata de promovare la nivel național.

**FIGURA 19. APRECIEREA CONTRIBUȚIEI LA ÎMBUNĂȚĂȚIREA SITUAȚIEI COMUNITĂȚII MARGINALIZATE**



*Sursa: Sondaj adresat beneficiarilor POCU în domeniul incluziunii sociale (OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 - Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate)*

**209.** Proiectele implementate au o apreciere pozitivă (nota 4,12 din 5) și din punct de vedere al impactului privind îmbunătățirea situației comunității marginalizate vizate. Figura de mai sus ilustrează aprecierea exclusiv peste medie a măsurii în care intervențiile au contribuit sau vor contribui, în general, la îmbunătățirea situației comunităților marginalizate în care au fost implementate.

## CONCLUZII

**210.** Exercițiul de evaluare actual poate valida doar una dintre cele două ipoteze aferente celei de-a doua întrebări de evaluare, respectiv faptul că intervențiile finanțate au avut o contribuție la îmbunătățirea situației comunităților marginalizate vizate. Așa cum am arătat, deși impactul cantitativ este unul limitat în comparație cu numărul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială existente la nivel național, cât și în comparație cu numărul persoanelor care trăiesc în cadrul acestora, intervențiile produc rezultate și efecte importante în comunitățile în care sunt implementate, producând un impact calitativ imediat semnificativ. Acesta este cu atât mai important cu

<sup>45</sup> În plus față de acestea, 125 de alte afaceri existente la momentul implementării intervențiilor au fost sprijinite în cadrul acestei teme de evaluare.

cât rezultatele obținute prin intermediul proiectelor POCU nu ar putea fi atinse prin alte mijloace, neexistând alte fonduri, programe sau măsuri prin care problema comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială să poată fi adresată într-un mod similar și/ sau cu o amplitudine asemănătoare.

**211.** În ceea ce privește cea de-a doua ipoteză, aceasta poate fi validată doar parțial, în baza aceluiași argumente prezentate anterior. Astfel, reaccentuăm importanța crucială a implementării unor intervenții suplimentare și complementare pe termen lung în cadrul comunităților marginalizate, pentru obținerea unor rezultate durabile și a unui impact extins. Această necesitate este cu atât mai importantă cu cât distribuția geografică a intervențiilor contractate până la data de referință nu este una echitabilă în raport cu zonele care ar fi avut cel mai mult nevoie de sprijin.

#### 4.3.3. ÎE 3. CARE AU FOST BENEFICIILE ECONOMICE SAU COSTURILE DE OPORTUNITATE (PRIN COMPARAREA TAXELOR PLĂTITE ȘI ECONOMIILOR PRIVIND BENEFICIILE SOCIALE LA COSTUL INTERVENȚIEI) ÎN CADRUL SECTORULUI LA NIVEL TERITORIAL ȘI PE DIVERSE SUBGRUPURI TINTĂ?

**Ipoteza 3:** Costurile intervențiilor sunt justificate la nivel de proiecte și justificate față de efectele produse – **validată parțial**

**212.** Răspunsul la această întrebare de evaluare este defalcat în două secțiuni. Prima dintre acestea va cuprinde o analiză a beneficiilor economice care va lua în calcul exclusiv sumele cheltuite la nivelul proiectelor din cadrul OS 4.1 și OS 4.2 aferente activităților în domeniul ocupării forței de muncă. Cea de-a doua prezintă constatările de ordin calitativ obținute prin instrumentele de cercetare aplicate, referitoare la costurile intervențiilor.

**213.** În ceea ce privește prima secțiune, activitățile în domeniul ocupării forței de muncă sunt singurele pentru care poate fi realizată o analiză a beneficiilor economice dintre toate tipurile de activități cuprinse în ghidul solicitantului, având în vedere specificul acestor intervenții. În general, beneficiile economice ale intervențiilor în domeniul incluziunii sociale nu pot fi cuantificate pecuniar. Mai mult, multe dintre aceste beneficii nu vor putea fi observate decât în timp, după ce rezultatele vor fi devenit sustenabile și se vor fi extins suficient de mult. Spre exemplu, momentan nu poate fi efectuată o analiză a beneficiilor economice realizate în urma măsurilor implementate în domeniul educației, precum creșterea accesului la educație timpurie sau reducerea părăsirii timpurii a școlii, cu toate că inserția, menținerea și replasarea unui anumit număr de persoane în sistemul de învățământ va putea produce într-un anumit orizont de timp beneficii economice reale.

#### ANALIZA BENEFICIILOR ECONOMICE

**214.** Intervențiile celor patru OS ale POCU în domeniul ocupării forței de muncă au fost monitorizate prin indicatorii de rezultat 4S156, în cazul AP 4 și 4S165, în cazul AP 5. În ambele cazuri, indicatorul măsoară „persoanele din comunitățile marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care au loc de muncă, inclusiv cele care desfășoară o activitate independentă, la încetarea calității de participant”, reflectând schimbarea survenită în raport cu statutul pe piața muncii al participanților la operațiunile finanțate, în termen de patru săptămâni de la ieșirea din operațiune. Astfel, în baza proiectelor contractate până la finalul anului 2020, prin cele patru OS, POCU va asigura obținerea unui loc de muncă, inclusiv prin desfășurarea unei activități independente, pentru 15,719 persoane. Conform Ghidurilor solicitantului, beneficiarii au trebuit să-și asume asigurarea sustenabilității activităților de ocupare pentru o perioadă de minim șase luni, atât în cazul celor care obțin un loc de muncă, cât și în cazul afacerilor înființate, perioadă care a presupus continuarea funcționării acesteia.

**215.** Analiza beneficiilor economice a intervențiilor din cadrul TE 2, pleacă de la o serie de ipoteze și limitări metodologice. Principala limitare a acestei analize constă în faptul că se bazează exclusiv pe veniturile încasate la bugetul de stat prin taxele pe muncă plătite de fiecare angajat ca urmare a obținerii unui loc de muncă. În al doilea rând, analiza a plecat de la ipoteza conform căreia toți cei angajați în urma



proiectelor, inclusiv prin desfășurarea unei activități independente, vor primi ulterior echivalentul unui salariu minim/ persoană. În realizarea acestui calcul a fost luat în considerare salariul minim brut din România la finalul anului 2020, respectiv 2,230 lei. La acordarea acestuia, statul a încasat din taxe 934 lei. Din cauza lipsei unor date defalcate în funcție de modul de angajare, nu a putut fi realizată o defalcare între numărul de persoane care obțin un loc de muncă și numărul de persoane angajate pe cont propriu, după finalizarea operațiunii. În acest context, analiza nu a putut lua în considerare nici numărul de angajați din afacerile create/ susținute prin intermediul proiectelor<sup>46</sup>. Nu în ultimul rând, pentru că datele primite nu au conținut sumele rambursate/ cheltuielile efectuate la nivelul proiectelor pe fiecare activitate și sub-activitate din proiect, acestea au fost calculate ca procent din sumele prevăzute pentru activitățile de inserție pe piața muncii pentru fiecare proiect.<sup>47</sup>

**216.** În medie, sumele alocate activităților de inserție pe piața muncii în cadrul proiectelor din cadrul OS 4.1 și OS 4.2 (singurele care au cuprins până la data de referință astfel de intervenții) reprezintă 53% din bugetul total al proiectelor. Raportat la valorile autorizate pentru rambursare de la nivelul celor două OS, cheltuielile pentru activitățile de inserție pe piața muncii au o valoare aproximativă de 122,06 milioane EUR<sup>48</sup>.

**TABEL 23. CHELTUIELI PENTRU ACTIVITĂȚILE ÎN DOMENIUL OCUPĂRII FORȚEI DE MUNCĂ ȘI ÎNCASĂRI LA BUGETUL DE STAT (MIL EUR)**

ACTIVITĂȚI ÎN DOMENIUL OCUPĂRII FORȚEI DE MUNCĂ (OS 4.1 + OS 4.2) - CHELTUIELI APROXIMATIVE	ÎNCASĂRI LA BUGETUL DE STAT DIN TAXE MUNCĂ / LUNĂ <sup>49</sup>	ÎNCASĂRI LA BUGETUL DE STAT DIN TAXE MUNCĂ / 6 LUNI	ÎNCASĂRI LA BUGETUL DE STAT DIN TAXE MUNCĂ / 18 LUNI
122,06	7,08	42,49	127,49

*Sursa: Analiză realizată de autori în baza datelor furnizate de MIPE referitoare la bugetele și sumele rambursate în cadrul proiectelor*

**217.** Conform datelor de program, prin această sumă va fi asigurată obținerea unui loc de muncă pentru 15,719 persoane. În situația în care fiecare dintre aceste persoane ar câștiga salariul minim pe economie de 450.90 EUR (2,230 lei), statul ar încasa lunar din taxele pe muncă aproximativ 7,08 milioane EUR.<sup>50</sup> Având în vedere perioada de sustenabilitate de minim șase luni a activităților privind obținerea unui loc de muncă, statul ar încasa la finalul acesteia 42,49 mil EUR<sup>51</sup>.

**218.** Conform tabelului 23, raportat la activitățile din domeniul ocupării forței de muncă, în situația teoretică în care toate persoanele ar fi angajate cu salariul minim pe economie de la nivelul anului 2020, ar fi nevoie ca acestea să rămână angajate aproximativ 18 luni de la ieșirea din operațiune, pentru ca beneficiile economice să depășească cheltuielile realizate la nivelul proiectelor pentru acest tip de activitate.

<sup>46</sup> Conform Ghidurilor solicitantului, în situațiile în care proiectele au prevăzut măsuri de antreprenoriat, pentru subvenția acordată beneficiarii finali avea obligativitatea de a angaja cu normă întreagă minim o persoană în cadrul afacerii sprijinite și de a menține locul de muncă cel puțin pe perioada de sustenabilitate de 6 luni.

<sup>47</sup> În calcul au fost considerate inclusiv bugetele pentru organizarea și derularea campaniilor de identificare a grupului țintă, programele de formare, activitățile de consiliere, informare și mediere pentru obținerea unui loc de muncă, etc.

<sup>48</sup> Sau aproximativ 590,4 milioane LEI.

<sup>49</sup> În baza salariului minim pe economie de la nivelul anului 2020, raportat la cele 15,719 persoane.

<sup>50</sup> Mai precis 7,082,824 EUR sau 34,259,621 LEI.

<sup>51</sup> Sau aproximativ 205,5 milioane LEI.

**TABEL 24. SUME ÎNCASATE LA BUGETUL DE STAT DIN TAXELE PE MUNCĂ ȘI ECONOMII REALIZATE DIN VMG (MIL EUR)**

ÎNCASĂRI LA BUGETUL DE STAT DIN TAXE MUNCĂ / LUNĂ	ÎNCASĂRI LA BUGETUL DE STAT DIN TAXE MUNCĂ / 6 LUNI	ÎNCASĂRI LA BUGETUL DE STAT DIN TAXE MUNCĂ / 16 LUNI
7,08	42,49	113,32
ECONOMII LA BUGETUL DE STAT DIN VMG / LUNĂ <sup>52</sup>	ECONOMII LA BUGETUL DE STAT DIN VMG / 6 LUNI <sup>53</sup>	ECONOMII LA BUGETUL DE STAT DIN VMG / 16 LUNI
0,86	5,17	13,80
TOTAL		
7,94	47,66	127,12

*Sursa: Analiză realizată de autori în baza datelor furnizate de MIPE referitoare la bugetele și sumele rambursate în cadrul proiectelor*

**219.** Beneficiile economice ale inserției pe piața muncii a acestor persoane nu se rezumă însă numai la taxele colectate de pe urma muncii prestate de aceștia, ci și la economiile realizate prin plata unui număr mai mic de ajutoare sociale. La nivelul lunii decembrie 2020, conform raportului lunar privind ajutorul social (venitul minim garantat – VMG) al Agenției pentru Plăți și Inspecție Socială, statul român a plătit în medie suma de 265,71 lei/ beneficiar de VMG. Astfel, plecând de la ipoteza conform căreia toate persoanele care la ieșirea din operațiuni au beneficiat sau vor beneficia de un loc de muncă, erau anterior beneficiare de VMG, statul va economisi după angajarea lor 0,86 mil EUR / lună. Coroborând aceste sume cu încasările la bugetul de stat din taxele pe muncă, beneficiile economice ar depăși cheltuielile realizate la nivelul proiectelor în a 16-a lună.

#### CONSTATĂRI DE ORDIN CALITATIV

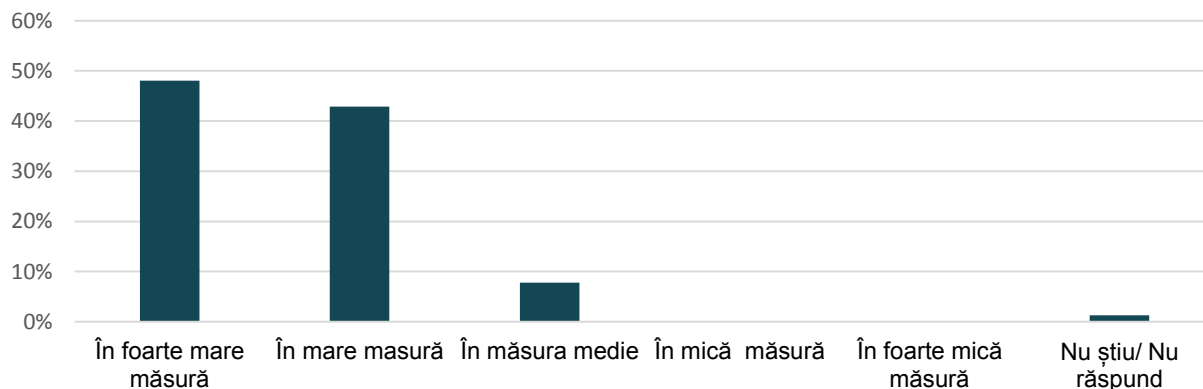
**220.** Conform beneficiarilor, costurile proiectelor au fost justificate, acestea producând sau urmând să producă rezultatele așteptate. Prin toate instrumentele de cercetare aplicate, atât persoanele din grupul țintă, cât și beneficiarii au subliniat necesitatea și importanța finanțării POCU. Cu toate acestea, unii dintre beneficiari au considerat nivelul de finanțare ca fiind insuficient în raport cu nevoile din comunitățile marginalizate, cât și cu costurile ridicate presupuse de serviciile specializate realizate în cadrul operațiunilor.

**221.** În ceea ce privește obiectivele specifice 4.1 și 4.2, majoritatea beneficiarilor au considerat că alocările financiare sunt adecvate, cu excepția alocărilor dedicate intervențiilor pentru componenta de locuire, pentru care costurile FEDR au fost limitate la 10% din costurile directe. Această alocare a fost insuficientă și în contextul în care costurile materialelor de construcție au crescut foarte mult în ultimii ani, iar astfel proiectele au putut realiza doar minimul de investiții necesare, adresând un număr minim de beneficiari finali. Spre exemplu, din cauza resurselor limitate, intervențiile s-au concentrat adesea pe construirea sau consolidarea acoperișurilor locuințelor, ulterior rămânând fonduri insuficiente și pentru alte reparații.

<sup>52</sup> În baza salariului minim pe economie de la nivelul anului 2020.

<sup>53</sup> În baza salariului minim pe economie de la nivelul anului 2020.

**FIGURA 20. MĂSURA ÎN CARE BENEFICIARIII CONSIDERĂ COSTURILE PROIECTELOR CA FIIND JUSTIFICATE ÎN RAPORT CU EFECTELE PRODUSE/ PE CARE URMEAZĂ SĂ LE PRODUCĂ**



Sursa: Sondaj adresat beneficiarilor POCU în domeniul incluziunii sociale (OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 - Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate)

**222.** Referitor la costurile simplificate, acestea sunt considerate de beneficiari ca fiind în general utile. În cazul costurilor cu formarea, acestea ar trebui însă actualizate nemaifiind în conformitate cu prețurile pieței. Atât costul pentru cursul de 360 de ore, cât și costul aferent cursului de 720 de ore sunt neancorate în costurile reale actuale. Astfel, beneficiarii au întâmpinat dificultăți în a găsi furnizori de formare care să asigure practica, teoria și gestiunea grupului țintă în limitele bugetului.

**223.** În cazul intervențiilor OS 5.1 și OS 5.2, din cauza întârzierilor în calendarul de implementare a etapelor mecanismului DLRC și a decalajului dintre intervențiile POCU-POR, beneficiile economice ale proiectelor finanțate nu pot fi încă cuantificate. Și în acest caz, conform beneficiarilor intervievați pentru realizarea studiilor de caz, costurile au fost pe deplin justificate și au furnizat rezultate urmărite. Atât persoanele din grupul țintă, cât și stakeholderii au subliniat necesitatea și importanța finanțării POCU.

**224.** Pe de altă parte, există dificultăți și întârzieri generate și de procesul de depunere a fișelor de proiecte de către beneficiari. Potrivit RAI POCU 2020, se constată faptul că un număr mare de apeluri lansate de Grupurile de Acțiune Locală necesită prelungiri de termene de depunere sau chiar relansări ca urmare a numărului mic de proiecte, în unele cazuri fiind apeluri fără nicio fișă de proiect depusă. Așadar, cuantificarea beneficiilor economice este afectată de ritmul lent de implementare a SDL, cauzat la rândul său de caracterul inovator al intervențiilor și de abordarea multifond specifică DLRC.

## CONCLUZII

**225.** Ipoteza conform căreia costurile intervențiilor sunt justificate la nivel de proiecte și justificate față de efectele produse poate fi validată doar parțial. Această concluzie se bazează în primul rând pe nevoile majore de intervenții la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie și excluziune socială. Considerând rezultatele obținute până la acest moment, efectele imediate produse de intervenții, dar mai ales potențialul pe termen lung al acestora, putem afirma că operațiunile au costuri justificate. Acest lucru a fost validat de toate părțile implicate în procesul de evaluare.

**226.** Pe de altă parte însă, analiza realizată la nivelul activităților pentru ocuparea forței de muncă arată că rezultatele trebuie să fie menținute pentru o perioadă mai lungă de șase luni (perioada de sustenabilitate), pentru a genera beneficii economice mai mari decât costurile intervențiilor. Din acest motiv, cât și din cauza faptului că analiza aferentă acestei întrebări de evaluare a fost restrânsă de datele disponibile limitate, ipoteza nu poate fi validată decât parțial.

#### 4.3.4. ÎE 4. ÎN CE MĂSURĂ EXISTĂ ȘI ALTE EFECTE, POZITIVE SAU NEGATIVE?

**Ipoteza 4:** Proiectele au produs și alte efecte neintenționate, pozitive sau negative - **validată**

**227.** Răspunsul la această întrebare a urmărit să identifice existența oricăror alte efecte de natură pozitivă sau negativă, care nu au fost urmărite sau intenționate la momentul programării, dar care s-au produs pe parcursul implementării intervențiilor POCU, având impact asupra grupului țintă sau chiar în afara acestuia. Aceste efecte neintenționate au fost identificate cu ajutorul factorilor interesați, prin intermediul sondajului, interviurilor și a studiilor de caz, dar mai ales prin intermediul focus-grupurilor regionale, care au produs constatări foarte relevante în acest sens.

##### **EFACTE NEINTENȚIONATE POZITIVE**

**228.** Cu siguranță efectul neintențonat cel mai des întâlnit a fost acela de schimbare a perspectivei persoanelor din comunitățile marginalizate asupra acestor tipuri de intervenții și creșterea dorinței lor de implicare în îmbunătățirea propriilor condiții de trai. În marea majoritate a cazurilor, beneficiarii proiectelor s-au confruntat la începutul proiectelor cu reticența și scepticismul persoanelor din grupurile țintă. În general, comunitățile marginalizate sunt colectivități închise, în care predomină lipsa de încredere și în cadrul cărora este dificil de intervenit. Din acest motiv, în multe dintre cazuri beneficiarii au avut inițial probleme în a stabili legături cu membrii acestor comunități, mai multe dintre proiecte confruntându-se într-o primă fază cu o participare slabă a grupului țintă. Uneori, cei care au fost din start dispuși să participe la activitățile proiectelor erau persoane care mai participaseră și în trecut la activități implementate de beneficiari, dobândind astfel un plus de încredere în aceștia.

**229.** Cu toate acestea, aceste bariere au putut fi depășite odată cu progresul în implementare al proiectelor, după ce schimbările și efectele produse de acestea au început să fie observabile. Mai mult decât atât, odată ce beneficiile proiectelor au devenit tot mai clare și mai cunoscute în cadrul comunității, beneficiarii au primit treptat numeroase solicitări din partea membrilor acestora de a participa ca grup țintă. Astfel, în marea majoritate a cazurilor, după reticența inițială s-a manifestat o dorință mare a tuturor persoanelor (indiferent de gen, grupă de vârstă, etnie, etc.) de a se implica activ pentru remedierea și îmbunătățirea propriilor condiții de trai. Mai mult, în unele cazuri beneficiarilor le-a fost solicitat, după finalizarea proiectelor, să reproducă intervenția și în cadrul altor comunități. Aceste solicitări au venit atât din partea unor persoane cu statut potențial de grup țintă, cât și, mai ales, din partea liderilor locali.

**230.** În aceeași notă, un alt efect pozitiv a putut fi identificat în privința dezvoltării și îmbunătățirii relațiilor în cadrul gospodăriilor/ familiilor. În special în cazul adulților tineri cu copii în întreținere, s-a putut observa un grad de interes crescut și o atenție sporită acordată copiilor aflați în întreținere, concretizată printr-o mai bună conștientizare a nevoii de trimitere a acestora către școală și printr-o mai mare grijă față de îngrijirea lor. La obținerea acestor efecte, au contribuit în special măsurile de sprijin pentru creșterea accesului și participării la educația preșcolară și școlară și, în mod particular, campaniile de promovare și conștientizare destinate atât prevenirii, reducerii și corectării fenomenului de abandon școlar, cât și creșterii accesului și participării la educație. Sesiunile de informare și consiliere privind prevenirea abandonului școlar, derulate în comun, atât pentru copii, cât și pentru părinți, au avut de asemenea un rol cheie în acest sens. Toate acestea au schimbat treptat comportamentele inter-umane la nivelul comunităților și împreună au avut un efect extins pozitiv.

**231.** Un alt efect neintențonat pozitiv s-a manifestat la nivelul angajatorilor din zonele vizate de intervenții care în urma acestora pot beneficia de o resursă umană mai numeroasă și mai bine calificată, în unele dintre cazuri dezvoltându-se potențialul pentru atragerea unor noi investitori în zonă. De exemplu, în comunitatea Fideiușul Mic, anumite companii au beneficiat de resursă umană care a reușit să se integreze la locul de muncă prin intermediul proiectelor POCU, iar în comunitatea Cheud a fost înființat chiar și un centru de producție ce utilizează aproape în exclusivitate membrii din comunitatea marginalizată Cheud. În urma proiectului, investitorul și-a menținut prezența în zonă și își continuă

activitatea în comunitate. Astfel, în privința OS 4.1 și 4.2, inclusiv studiile de caz au arătat că promovarea și încurajarea antreprenoriatului a reprezentat un demers util din mai multe puncte de vedere - s-au generat locuri de muncă pentru persoanele din cadrul comunității marginalizate și s-a creat un efect de propagare al măsurilor întreprinse, dovedit prin creșterea interesului membrilor comunității în ceea ce privește înființarea unei afaceri pe cont propriu, chiar și fără accesare de finanțare nerambursabilă.

**232.** În cazul mai multor proiecte s-a constatat că a existat și o implicare neremunerată a unor actori care au contribuit la implementarea activităților. Spre exemplu, la nivelul măsurilor în domeniul educației au existat cadre didactice care s-au implicat în derularea acestora, fără a fi plătiți prin proiect. De asemenea, unele proiecte au organizat activități și evenimente suplimentare, în afara celor asumate prin cererea de finanțare, la care, de asemenea, au contribuit persoane neremunerate. Toate aceste aspecte, precum și implicarea consistentă a membrilor comunităților, în multe dintre cazuri, au avut un aport pozitiv important la consolidarea relațiilor din interiorul comunităților, îmbunătățind coeziunea și nivelul de colaborare între membrii acestora. Mai mult, acestea au creat noi legături colaborative între beneficiari, parteneri și diverși actori publici sau privați din cadrul comunităților, facilitând schimbul de experiență și posibilitatea unor parteneriate ulterioare.

**233.** Chiar și în cazul AP 5, unde implementarea strategiilor este la început, se poate observa un efect pozitiv la nivelul parteneriatelor locale formalizate prin GAL-uri. Asociațiile ce formează GAL-ul și care colaborează în cadrul acestor proiecte au un grad îmbunătățit de comunicare și colaborare directă fără intermedierea UAT-ului. Acest lucru este benefic proiectelor în implementare, dar și viitoarelor proiecte din regiune. Interacțiunea dintre membrii GAL, dar și dintre GAL și comunitățile locale este un efect benefic net al aplicării mecanismului DLRC. Prin activitățile de animare a comunității, GAL-ul își asumă un rol de catalizator al nevoilor și particularităților zonelor/comunităților marginalizate, actor important cu rol în crearea legăturii între comunitățile defavorizate, autoritățile locale și finanțare. În privința capacității GAL-urilor de a gestiona întreaga strategie, sunt importante instruirile și asistența (instrucțiuni, răspunsuri la întrebări frecvente, instrumente de lucru, participare la întâlniri și evenimente organizate de FNGAL) de care acestea beneficiază din partea AM-urilor și altor organisme (OIR, ADR, AFIR). Potrivit RAI PNDR 2019, GAL-urile, spre deosebire de perioada anterioară, sunt responsabile acum cu monitorizarea și evaluarea rezultatelor obținute. Acest lucru, combinat cu activitățile de animare teritorială, este de așteptat să ducă la o capacitate sporită a GAL-urilor de a promova și de a gestiona inițiative de dezvoltare locală mai adaptate, bazate pe nevoile efective exprimate pe teritoriile lor.

**234.** În opinia beneficiarilor, aceste efecte neintenționate puternice se datorează aproape în totalitate abordării integrate a intervențiilor. Deși astfel de proiecte, sunt din perspectiva beneficiarilor mai greu de dezvoltat și de implementat, impactul lor este mult mai extins față de cel al unor proiecte care vizează un singur tip de măsuri/ activități. De exemplu, în mai multe dintre cazuri participanții au implementat proiecte cu măsuri punctuale de tip formare profesională, dar acestea nu au avut continuitate cu măsuri de ocupare sau nu au ținut cont de situația familială a grupurilor țintă. Astfel, aceste tipuri de intervenții au avut efecte considerabil mai reduse, fiind mai puțin eficiente în reducerea riscului de sărăcie și excluziune socială.

## **EFFECTE NEINTENȚIONATE NEGATIVE**

**235.** În ceea ce privește efectele neintenționate negative, acestea au avut un caracter mai degrabă sistemic, provenind din modul în care au fost concepute intervențiile. Un prim efect negativ a fost cauzat de contractarea operațiunilor prin apeluri de proiecte deschise. Astfel, deși toți beneficiarii au trebuit să asigure validarea comunităților marginalizate adresate prin proiecte, selecția intervențiilor s-a realiat pe principii concurențiale, ceea ce a condus la o distribuție inechitabilă a fondurilor din punct de vedere teritorial. Acestea au fost atrase preponderent de zonele în care au existat beneficiari potențiali cu o capacitate administrativă suficientă, zonele în care aceștia au lipsit fiind până în acest moment mai puțin adresate de intervenții. Acest efect neintențonat negativ a fost cu atât mai pronunțat cu cât, având un caracter integrat, operațiunile au fost dificil de elaborat și implementat, presupunând existența unei

capacității de management de proiect și a unor resurse semnificative din partea beneficiarilor și a partenerilor.

**236.** De asemenea, au existat și alte mecanisme care au produs ca efect negativ o lipsă de încredere la nivelul beneficiarilor în ceea ce privește potențialele efecte pozitive ale programului, respectiv – finanțarea proiectelor cuprinse în strategiile de dezvoltare locală din două programe operaționale (POCU și POR) și localizarea intervențiilor în cadrul unor zone strict delimitate, astfel cum au fost acestea identificate prin cele două atlase ale Băncii Mondiale și/sau prin analizele la nivelul comunităților realizate de beneficiari pentru fundamentarea cererii de finanțare.

**237.** Pe lângă lipsa de încredere asupra efectelor pozitive ale programului, generată în special de slaba sincronizare a apelurilor/ finanțărilor POCU și POR, care a condus la întâzieri semnificative a intervențiilor, localizarea foarte specifică a intervențiilor a produs la rândul ei un anumit grad de dezamăgire în rândul membrilor comunităților învecinate zonelor în care au fost implementate proiectele. Spre exemplu, au existat mai multe cereri de a participa în proiect din partea unor potențiali antreprenori, școli sau vecini ai membrilor din grupul țintă, uneori chiar din imediata vecinătate (străzi alăturate), care au fost dezamăgiți de faptul că nu au putut participa în proiecte. Această situație s-a produs pentru că aceștia trăiau în condiții doar întrucâtva mai bune decât membrii comunităților vizate de proiecte, neîncadrându-se în pragurile care au definit persoanele care trăiesc în risc de sărăcie sau excluziune socială, deși și aceștia aveau la rândul lor un nivel de trai precar și o nevoie consistentă de astfel de intervenții. Acest mecanism al programului a dus în unele cazuri și la relocarea unor persoane din ZUF în ZUM. Acest fenomen s-a produs în special în cazul persoanelor aflate în situații de marginalizare, dar care nu locuiau în zona marginalizată, aceștia căutând astfel soluții pentru a deveni grup țintă eligibil. Și aceste relocări au condus însă la efecte neintenționate negative legate de respingerea persoanelor relocate de către locuitorii din ZUF.

**238.** Alte efecte neintenționate negative, care au putut fi însă mai puțin documentate, se referă la tendința beneficiarilor schemelor de minimis de a abandona finanțarea, din cauza birocrăției mari pe care acestea o presupun și existența unor tendințe de discriminare a membrilor grupurilor țintă (în special de etnie romă) ca urmare a implicării acestora în anumite activități ale proiectelor. Acest lucru s-a produs mai ales în rândul copiilor și tinerilor.

## CONCLUZII

**239.** În concluzie, ipoteza conform căreia proiectele au produs și alte efecte neintenționate, pozitive și negative, poate fi validată. La nivelul TE 2, există diverse efecte neintenționate, care s-au produs atât asupra grupurilor țintă, cât și asupra beneficiarilor și partenerilor din proiecte.

**240.** Ca aspect pozitiv, evidențele colectate arată că efectele neintenționate produse de intervenții au fost preponderent pozitive. Acestea s-au manifestat în special la nivelul atitudinilor colective de la nivelul comunităților, remarcându-se deopotrivă o mai mare deschidere/ disponibilitate a membrilor acestora în a lua parte la astfel de operațiuni, cât și o creștere a coeziunii și colaborării dintre diverși membri ai comunității pe mai multe nivele – atât în cadrul familiilor, cât și la nivelul actorilor publici și/sau privați din zonele vizate (UAT-uri, ONG-uri, mediul privat, etc.).

**241.** În ceea ce privește efectele negative, acestea au avut un caracter aproape exclusiv sistemic, provenind din modul în care au fost concepute intervențiile. Apelurile deschise din cadrul OS 4.1 și 4.2 au condus la o distribuire inechitabilă din punct de vedere teritorial a efectelor, acestea concentrându-se în zonele în care au existat beneficiari cu o bună capacitate de dezvoltare și implementare a operațiunilor, iar necorelarea finanțărilor POCU și POR, în cazul AP 5, a generat o lipsă de încredere în potențialul impact pozitiv al programului în rândul beneficiarilor. Această lipsă de încredere a fost potențată și în rândul potențialilor beneficiari finali (în cazul AP 5), pe fondul localizării stricte a intervențiilor, în baza unor praguri clare prin care au fost validate comunitățile marginalizate.



#### 4.3.5. ÎE 5. ÎN CE MĂSURĂ EFECTUL DEPĂȘEȘTE GRANIȚA COMUNITĂȚILOR SAU A SECTORULUI SAU AFECTEAZĂ ALTE GRUPURI, NEVIZATE DE INTERVENȚIE?

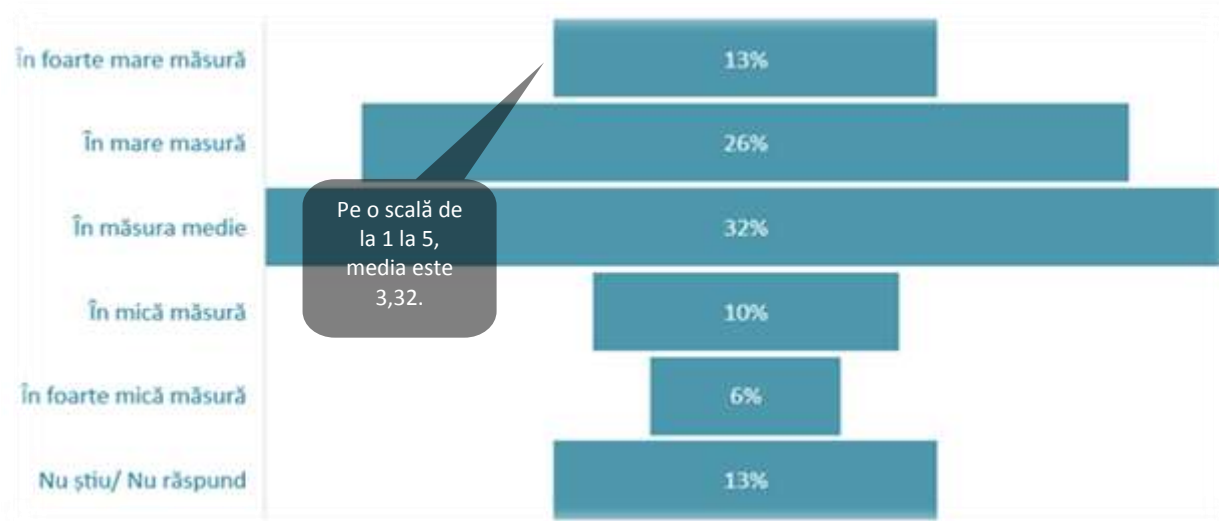
**Ipoteza 5:** Efectele proiectelor se propagă în afara ariei de acțiune a intervențiilor - **validată**

**242.** Prin această întrebare de evaluare s-a analizat propagarea efectelor asupra altor grupuri țintă decât cele vizate de proiecte sau în afara ariei vizate în momentul dezvoltării acestora. Instrumentele de cercetare utilizate în acest caz au fost interviurile, focus-grup-urile regionale, studiile de caz și sondajul la nivelul organizațiilor beneficiare.

**243.** În marea majoritate a cazurilor studiate s-a putut observa faptul că efectele proiectelor se propagă și se multiplică în afara ariei de acțiune a acestora. Așa cum a fost precizat și anterior, un prim factor important care a înlesnit acest fenomen este că, în multe dintre cazuri, comunitățile învecinate celor definite ca marginalizate și adresate de intervenții, sunt la rândul lor comunități cu un nivel de trai scăzut, care ar fi avut nevoie să fie acoperite de intervenții asemănătoare. Astfel, aceste zone învecinate au reprezentat o arie prielnică pentru propagarea efectelor. În acest context, unul din modurile în care poate fi observat faptul că efectele au depășit granițele comunităților vizate au fost numeroasele cereri de a participa la activitățile proiectelor din partea persoanelor aflate în proximitatea acestora. Astfel, în unele cazuri, în activitățile pentru întreaga comunitate au participat multe persoane din aria comună.

**244.** Sondajul cu beneficiarii de finanțare confirmă faptul că efectele proiectelor trec granița comunităților vizate în mod direct, cu toate că, în aprecierea respondenților, acest lucru se întâmplă mai degrabă într-o măsură medie.

**FIGURA 21. MĂSURA ÎN CARE BENEFICIARIII PROIECTELOR CONSIDERĂ CĂ EFECTELE OBȚINUTE DEPĂȘESC GRANIȚA COMUNITĂȚILOR VIZATE ȘI AFECTEAZĂ ȘI ALTE GRUPURI ȚINTĂ, NEVIZATE DE PROIECT**



*Sursa: Sondaj adresat beneficiarilor POCU în domeniul incluziunii sociale (OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 - Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate)*

**245.** În ceea ce privește intervențiile în domeniul educației, s-a putut observa o creștere a stimei de sine în rândul copiilor care provin din comunitățile marginalizate, obținându-se un grad ridicat de coeziune în rândul grupurilor de elevi, în special în cadrul acelor unități de învățământ din afara zonelor vizate de intervenții, în care învățau inclusiv copii din comunitățile marginalizate.

**246.** Referitor la intervențiile în domeniul ocupării forței de muncă, în multe dintre cazuri persoanele care au beneficiat de măsuri de ocupare s-au angajat și în afara comunității în care locuiau, mediul de afaceri din zonă beneficiind de o resursă umană suplimentară în urma proiectelor. De asemenea, unele firme, în special din domeniul HORECA, care au făcut posibilă pregătirea practică a grupului țintă, au beneficiat de ajutor financiar într-o perioadă în care aveau venituri foarte mici pe fondul pandemiei de COVID-19. Totodată, prin încadrarea persoanelor din comunitatea marginalizată în muncă, pe lângă faptul că acestora li s-a oferit posibilitatea obținerii unor venituri stabile pentru acoperirea propriilor nevoi de trai, s-a redus și numărul de persoane dependente de ajutor social, cu efect pozitiv asupra bugetelor locale.

**247.** Activitățile de susținere a antreprenoriatului au produs și ele efecte care au depășit granița zonelor și grupurilor în care au fost implementate. În primul rând, firmele care au beneficiat de servicii legate de antreprenoriat au oferit ulterior servicii și bunuri și au creat locuri de muncă și dincolo de zonele vizate prin proiecte. De asemenea, aceste tipuri de activități au fost cele care în multe rânduri au produs numeroase solicitări de la persoane, atât din comunitățile vizate, cât și din alte localități care nu au fost cuprinse în aria de implementare și care își doreau să beneficieze de astfel de măsuri. În anumite cazuri, acest lucru s-a și produs, proiectele fiind replicare și în alte zone.

**248.** De asemenea, transferabilitatea efectelor în afara grupului țintă s-a produs în unele cazuri și în raport cu componenta de servicii medicale. Spre exemplu, în cadrul proiectului din Vințu de Jos, această subactivitate a fost subcontractată de beneficiar către o firmă care a continuat să ofere servicii medicale gratuite în comunitate (analize medicale), chiar și după finalizarea proiectului. Un alt exemplu elocvent îl reprezintă Centrul Comunitar Integrat ProVitam înființat și reabilitat în cadrul proiectului „Măsuri Integrate pentru Incluziune Socială în Bocșa, județul Caraș-Severin”, care la finalul perioadei de sustenabilitate a fost transformat în centru de vaccinare SARS-COV2, singurul centru de vaccinare din localitate, de care beneficiază toți locuitorii orașului. Centrul comunitar integrat își va relua activitatea după finalizarea pandemiei.

**249.** În afară de aceste aspecte, s-a putut constata și o creștere a interesului autorităților publice și a factorilor decizionali de la nivel local, în raport cu beneficiile și oportunitatea implementării unor astfel de proiecte. La fel ca și în cazul membrilor comunităților marginalizate, înaintea implementării proiectelor o parte dintre reprezentanții autorităților publice locale erau de asemenea reticenți în a dezvolta și gestiona astfel de proiecte. Pe măsură ce efectele au început să fie observate însă, mai multe exemple de bună practică au putut fi observate, iar interesul acestora a crescut considerabil. Mai mult, există cazuri numeroase în care după finalizarea proiectelor, autoritățile publice locale au stabilit sau au în vedere să stabilească acorduri de colaborare cu alte comunități sau localități din zonă, care pot potența efectele intervențiilor finalizate și prin care se pot prelua bunele practici și efectele pozitive ale acestora.

## CONCLUZII

**250.** În concluzie, intervențiile au produs în general schimbări pozitive și dincolo de grupul țintă și au generat efecte care au depășit comunitățile vizate. Pe o scală de la 1 la 5, gradul de propagare a efectelor a fost de 3.3 din punctul de vedere al beneficiarilor. Un factor principal care a potențat fenomenul de propagare a efectelor a fost faptul că zonele din jurul comunităților marginalizate validate prin proiecte au fost în cele mai multe dintre cazuri zone cu un nivel similar de trai și cu nevoi asemănătoare. Intervențiile au inspirat și mobilizat și alte autorități publice locale, firme sau antreprenori, precum și alte persoane din afara grupului țintă pentru a contribui la îmbunătățirea situației de la nivelul comunităților în care trăiesc sau în care își desfășoară activitatea.

#### 4.3.6. ÎE 6. ÎN CE MĂSURĂ SUNT EFECTELE DURABILE PE O PERIOADĂ MAI LUNGĂ DE TIMP?

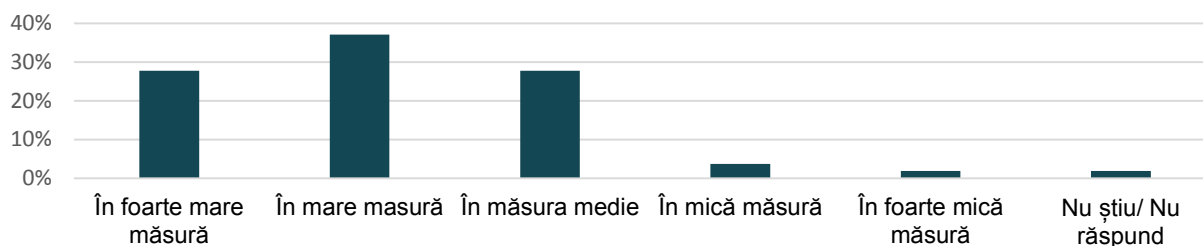
**Ipoteza 6:** Efectele proiectelor sunt durabile dincolo de momentul intervenției – **validată parțial**

**251.** Răspunsul la această întrebare de evaluare a urmărit să furnizeze repere privind măsura în care rezultatele s-au menținut după finalizarea proiectelor. De asemenea, întrebarea își propune identificarea efectelor care se manifestă după finalizarea intervențiilor și care sunt condițiile pentru sustenabilitatea acestora. Răspunsul a fost formulat în baza informațiilor culese de la factorii interesați, pe parcursul interviurilor, studiilor de caz și al focus-grupurilor, precum și prin sondajul în rândul beneficiarilor.

#### **MĂSURA ÎN CARE REZULTATELE PROIECTELOR SE MENȚIN DUPĂ FINALIZAREA ACESTORA**

**252.** Sustenabilitatea proiectelor este definită și planificată încă de la momentul elaborării cererii de finanțare. Ulterior implementării proiectelor, beneficiarii și partenerii acestora implementează acțiuni obligatorii de asigurare a sustenabilității, pentru o perioadă de minim șase luni de la finalizarea proiectului. Referitor la această etapă nu au fost identificate probleme majore, proiectele fiind concepute încă de la început astfel încât să asigure perioada minimă de sustenabilitate. Acest lucru reiese și din rezultatele sondajului, unde în cadrul celor două întrebări referitoare la sustenabilitatea proiectelor, beneficiarii au răspuns în mod preponderent că aceasta este sau va putea fi asigurată în mare și foarte mare măsură.

**FIGURA 22. MĂSURA ÎN CARE BENEFICIARIII PROIECTELOR FINALIZATE AU PUTUT MENȚINE CONTINUAREA ACTIVITĂȚILOR DIN PROIECT, DUPĂ FINALIZAREA ACESTORA**



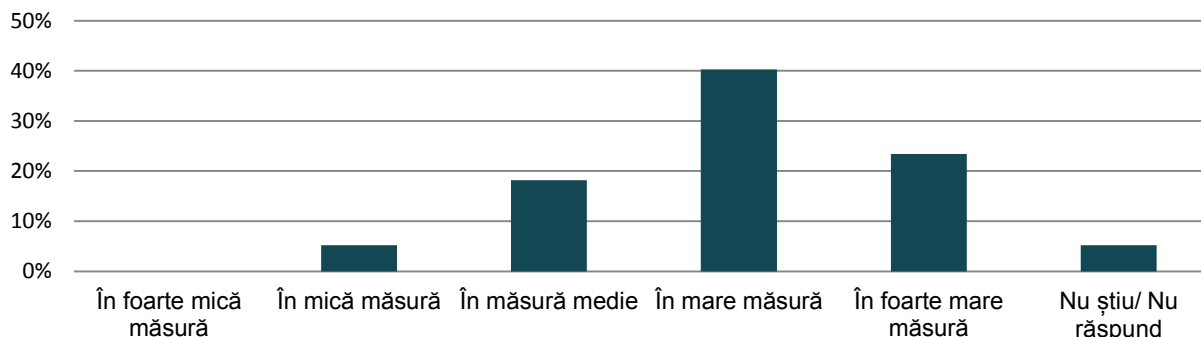
*Sursa: Sondaj adresat beneficiarilor POCU în domeniul incluziunii sociale (OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 - Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate)*

**253.** Astfel, beneficiarii cu proiecte finalizate afirmă că au putut menține continuarea activităților din proiect în mare măsură după încheierea acestuia, iar acest lucru este valabil și în cazul celei de-a doua întrebări, adresată tuturor respondenților, referitoare la măsura în care va putea fi asigurată sustenabilitatea activităților și a rezultatelor.

**254.** În ceea ce privește sustenabilitatea intervențiilor pe termen lung însă dificil de realizat, în principal din cauza faptului că sursele de finanțare proprii ale partenerilor beneficiari sunt de cele mai multe ori limitate sau insuficiente, în special pentru asigurarea serviciilor sociale.

**255.** Pentru asigurarea sustenabilității pe termen lung a proiectelor, în multe cazuri beneficiarii mențin legătura cu grupul țintă și continuă să ofere sprijin membrilor comunității în limita capacităților (materiale, umane, etc.), în special sub formă de consiliere (online), dar și prin oferirea altor tipuri de servicii (spre exemplu servicii medicale). Mai mult decât atât, o parte din experții implicați în proiecte și-au continuat activitatea sub formă de voluntariat după finalizarea acestora.

**FIGURA 23. MĂSURA ÎN CARE BENEFICIARIII CONSIDERĂ CĂ SUSTENABILITATEA ACTIVITĂȚILOR ȘI REZULTATELOR PROIECTULUI ESTE/ POATE FI ASIGURATĂ**



Sursa: Sondaj adresat beneficiarilor POCU în domeniul incluziunii sociale (OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 - Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate)

**256.** Dincolo de aceste situații, au fost identificate cazuri în care beneficiarii urmăresc să asigure sustenabilitatea rezultatelor în zonele în care au implementat intervențiile prin contractarea altor proiecte și derularea unor activități noi, complementare și suplimentare celor realizate în cadrul acestor patru obiective specifice. În majoritatea cazurilor, noile proiecte vor fi finanțate tot prin POCU 2014-2020. Spre exemplu, beneficiarii unuia dintre proiectele din regiunea centru continuă intervențiile în comunitate prin proiecte finanțate prin alte axe din cadrul POCU, precum Axa 6, obiectivul specific 12 - care a vizat creșterea participării la programele de formare profesională continuă, cu accent pe acei adulți, cu un nivel scăzut de calificare și persoanele cu vârsta de peste 40 ani, din zone rurale defavorizate. Aceste intervenții ulterioare s-au adresat celor care încă nu s-au integrat pe piața muncii, ca urmare a intervențiilor pe componenta de formare din cadrul proiectului aferent OS 4.1.

**257.** De asemenea, majoritatea beneficiarilor din cadrul celei de-a doua teme de evaluare au confirmat aproape în unanimitate, prin răspunsurile oferite la sondaj, că intenționează să aplice pe mai departe cu proiecte noi și în cadrul POIDS 2021 – 2027 sau în cadrul altor programe dedicate capitalului uman sau incluziunii sociale.

**258.** În cazul intervențiilor implementate prin intermediul AP 5, noutatea mecanismului DLRC s-a tradus și prin lipsa de experiență a unor GAL-uri, care a fost însă soluționată prin activități precum derularea unor sesiuni de consultări. De asemenea, mecanismul DLRC încurajează ONG-urile mici de la nivel local să acceseze fonduri, fiind prevăzute cursuri de pregătire în scriere de proiecte. Însă lipsa de experiență a acestor ONG-uri legată de scrierea și implementarea unor proiecte medii sau mari din fonduri structurale le poate aduce în situații de blocaj în cadrul GAL-ului.

**259.** Potrivit unor cercetări derulate de Banca Mondială, continuarea proiectelor DLRC finanțate prin POCU a fost considerată ca fiind o activitate foarte importantă de către GAL-uri, datorită faptului că este sursa principală de finanțare pentru implementarea SDL<sup>54</sup>, GAL-urile consideră finanțarea POCU esențială, aproape 95% dintre respondenți declarând că POCU asigură 51-100% din finanțarea organizației. De asemenea, beneficiarii au raportat că flexibilitatea și adaptabilitatea au fost principalul motiv datorită căruia au reușit să mențină active proiectele, un alt motiv important fiind acela că atât GAL-urile, cât și comunitatea, depind în mare măsură de finanțarea POCU. Coordonarea depunerii și finanțării fișelor de proiecte POCU cu POR/PNDR - îmbinarea de măsuri hard și soft prin îmbinarea finanțărilor POCU și POR va contribui la sustenabilitatea indicatorilor urmăriți pe POCU.

<sup>54</sup> Livrabil 21.(1) Raport final privind sprijinul pentru implementare și misiunile de supervizare, Banca Mondială, martie 2021

## EFECTELE DUPĂ FINALIZAREA PROIECTELOR

**260.** Proiectele implementate au efecte pozitive puternice pe termen scurt la nivelul grupului țintă, datorită abordării integrate a acestora. Cu toate acestea, pentru a crea și menține o schimbare sustenabilă, pe termen lung este necesar ca astfel de intervenții să continue și să poată asigura o perioadă de sustenabilitate cât mai îndelungată. Toți beneficiarii implicați în procesul de evaluare au confirmat acest aspect, subliniind că scoaterea din sărăcie și din starea de excluziune socială a unor comunități întregi se poate produce doar prin intervenții susținute și complementare pe un interval de timp îndelungat (peste 20 de ani).

**261.** Chiar și în acest context, există o serie de efecte despre care putem afirma că se manifestă și după finalizarea proiectelor, chiar dacă pentru consolidarea și asimilarea lor integrală, ar fi nevoie și de alte intervenții viitoare:

- Reducerea proporției persoanelor care au absolvit maxim 8 clase (gimnaziu), în totalul populației din comunitățile vizate prin proiect. În acest sens, un aport important l-au avut implementarea programelor integrate destinate tinerilor care au abandonat școala și adulților care nu și-au finalizat educația obligatorie. În cadrul acestora, un rol important l-au avut activitățile de consiliere care au reușit să crească gradul de conștientizare în rândul membrilor grupurilor țintă a rolului și importanței educației, în special în relație cu oportunitățile de angajare.
- Reducerea proporției persoanelor care nu sunt încadrate pe piața formală a muncii, în totalul populației din comunitățile vizate prin proiecte. La acest rezultat au contribuit măsurile de angrenare în programe de ucenicie la locul de muncă, la finalul cărora angajatorul a avut obligația de a evalua cunoștințele stagiarului și de a elibera un certificat din care să reiasă perioada în care a desfășurat activitatea și competențele dobândite. Astfel, sustenabilitatea acestor tipuri de activități a fost asigurată în principal prin faptul că, în acele cazuri în care stagiarii nu și-au continuat activitatea după perioada de 6 luni, aceștia au beneficiat de un certificat care atesta dobândirea de experiență și vechime în muncă sau în specialitate. Totodată, la producerea acestor efecte a contribuit major și componenta de susținere a antreprenoriatului, inclusiv a ocupării pe cont propriu. Astfel cum a reieșit atât din studiile de caz, cât și din Focus Grupurile regionale organizate, rata de succes și de continuare a afacerilor începute sau sprijinite prin intermediul POCU (OS 4.1, 4.2 & OS 5.1, 5.2) a fost în general una ridicată, acestea urmând să constituie un element important pentru sustenabilitatea intervențiilor, cu atât mai mult cu cât au existat și cazuri în care afaceri locale care se desfășurau anterior "la negru" au reușit să fie aduse în legalitate prin intermediul proiectelor.
- Îmbunătățirea stării de sănătate a persoanelor aflate în risc de sărăcie și excluziune socială din cadrul comunităților. Sprijinirea dezvoltării unor centre comunitare integrate (medico-sociale) prin intermediul proiectelor și promovarea utilizării resurselor umane de la nivelul comunităților vizate de intervenție (inclusiv prin scheme de ucenicie) a fost o abordare care a potențat sustenabilitatea intervențiilor. De asemenea, prin sprijinirea serviciilor medico-sociale la nivelul comunității a fost încurajată frecventarea medicului de către membrii comunităților marginalizate. În unele cazuri, proiectele au reprezentat un bun prilej pentru realizarea analizelor medicale la nivelul comunității, reprezentând un moment zero pentru medicii din zonă în cunoașterea și monitorizarea pe termen lung a stării de sănătate la nivelul comunității și luarea unor măsuri preventive pentru anumite boli care au incidență mai mare în zonă.

## SUSTENABILITATEA PROIECTELOR

**262.** Evaluarea a putut identifica și o serie de condiții și precondiții necesare pentru ca proiectele să poată fi sustenabile pentru o perioadă mai lungă de timp. În ceea ce privește precondițiile pentru sustenabilitate, este necesar ca beneficiarii și partenerii acestora să aibă capacitatea de integrare în comunitățile marginalizate, cât și să mențină relații bazate pe o încredere cât mai ridicată cu membrii

acestora. În multe dintre cazuri, pentru a putea implementa activitățile proiectelor, beneficiarii au trebuit să treacă peste mai multe "bariere" pentru a putea accede și interveni în comunitățile marginalizate. În cele mai multe dintre cazuri, accesul în cadrul acestor zone, pentru îmbunătățirea condițiilor de trai, nu poate fi realizat fără depășirea unor obstacole legate de reticența grupului țintă.

**263.** Un alt obstacol major legat tot de mentalitatea colectivă este și cel referitor la credințele conform cărora ajutoarele sociale sau orice formă de intervenții, pecuniare sau nepecuniare, sunt un drept garantat care le este cuvenit fără niciun fel de angajament membrilor din aceste zone. În astfel de cazuri, potențialii beneficiari finali ai intervențiilor nu sunt interesați să-și suplimenteze veniturile sau să-și îmbunătățească nivelul de trai, prin inserarea pe piața muncii și depunerea unor eforturi suplimentare. Pentru depășirea unor astfel de bariere este necesar ca intervențiile să continue să conțină activități de informare și consiliere profesională și servicii specializate pentru stimularea ocupării forței de muncă, pentru a înlesni pe cât mai mult posibil procesul de obținere al unui loc de muncă.

**264.** De asemenea, au existat și alte cazuri în care a fost nevoie de schimbarea abordării grupului țintă vis-à-vis de activitățile proiectelor. Spre exemplu, membrii unor comunități care au mai beneficiat și în trecut de intervenții asemănătoare, nu au dorit inițial să se implice activ în activitățile proiectelor, considerând, spre exemplu, că pot obține diplomele sau subvenția, chiar și dacă nu participau la cursurile din proiect. Beneficiarii au reușit însă să schimbe această abordare a persoanelor din localitatea respectivă și să-i facă să înțeleagă că este nevoie de implicarea lor directă în activitățile proiectului. Această schimbare s-a produs după ce beneficiarul a penalizat lipsa de participare la activitățile din proiect - spre exemplu, fiecare persoană a primit doar subvenția aferentă acelor zile în care a frecventat cursurile și nu a primit toată subvenția dacă nu a participat la toate cursurile.

**265.** Una dintre principalele condiții necesare pentru asigurarea sustenabilității intervențiilor este modificarea Legii nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, precum și pentru stabilirea unor măsuri financiare. Conform acesteia, UAT-urile pot angaja un număr limitat de angajați, ceea ce limitează capacitatea acestora de a asigura sustenabilitatea serviciilor sociale după finalizarea proiectelor. De exemplu, UAT-urile trebuie să înființeze servicii sociale, să le acrediteze și licențieze, însă conform legislației, acestea nu pot depăși un anumit număr de angajați, în funcție de tipul și dimensiunea lor. În multe cazuri, pe perioada implementării proiectului, angajații primăriilor din localitățile vizate de intervenții cresc exponențial, însă după finalizarea intervențiilor, primăriile nu vor mai putea menține nici măcar numărul minim de angajați pentru a asigura raportările referitoare la sustenabilitatea intervențiilor. Acest fapt se răsfrânge cu atât mai mult asupra menținerii serviciilor sociale, în cadrul cărora ar trebui angajați cu specializări diverse și menținute anumite standarde specifice.

**266.** O altă modificare legislativă necesară pentru asigurarea sustenabilității vizează Legea 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, nici aceasta nefiind adaptată la nevoile actuale. Potrivit acestei legi, asociațiile și fundațiile române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, pot primi subvenții alocate de la bugetul de stat sau, după caz, de la bugetele locale, care pot fi utilizate, în exclusivitate, pentru serviciile de asistență socială acordate persoanelor care, potrivit dispozițiilor legale, au dreptul să beneficieze de acestea. Fondurile disponibile la nivelul bugetului local care pot fi accesate în baza acestei legi sunt însă foarte mici, insuficiente pentru adresarea nevoilor reale ale comunității.

## CONCLUZII

**267.** În concluzie, ipoteza conform căreia efectele proiectelor sunt durabile dincolo de momentul intervenției este parțial validată. Beneficiarii vor putea asigura sustenabilitatea intervențiilor pe parcursul perioadelor minime de sustenabilitate asumate, însă limitările intervin după această perioadă, în special în ceea ce privește asigurarea serviciilor sociale, care în multe dintre cazuri nu vor mai putea fi menținute, sau vor putea fi menținute doar la un nivel scăzut, din cauza lipsei resurselor umane și financiare.



**268.** Cu toate că este necesar ca intervențiile cu caracter integrat să continue pe termen lung pentru a crea și menține o schimbare sustenabilă în ceea ce privește scoaterea din sărăcie și din starea de excluziune socială a unor comunități marginalizate, proiectele au produs deja efecte care se manifestă și după finalizarea intervențiilor, precum reducerea proporției persoanelor care nu sunt încadrate pe piața formală a muncii sau care au absolvit maxim 8 clase.

**269.** De asemenea, pentru sustenabilitatea intervențiilor există mai multe condiții și precondiții necesare. Dintre acestea amintim capacitatea de integrare și de intervenție a beneficiarilor în comunitățile marginalizate și anumite modificări legislative precum cele ale Legii nr. 273/2006 sau ale Legii nr. 34/1998.

#### 4.3.7. ÎE 7. CE MECANISME (EX. TIPURI DE INTERVENȚII, ARANJAMENTE INSTITUȚIONALE, SELECTAREA OPERAȚIUNILOR, MONITORIZARE ȘI RAMBURSĂRI) AU FACILITAT/ ÎMPIEDICAT EFECTELE? CARE SUNT CARACTERISTICILE CHEIE CONTEXTUALE PENTRU ACESTE MECANISME?

**Ipoteza 7:** Mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile - **validată**

**270.** Întrebarea se referă la factorii externi (contextuali, externi programului/ proiectelor) și la cei interni, (specifci programului/ proiectelor), care au influențat derularea proiectelor și obținerea rezultatelor așteptate. Pentru a răspunde, s-au urmărit atât factorii care au influențat pozitiv și negativ implementarea programului/ proiectelor, cât și intensitatea acestora și consecințele lor.

**271.** Principalele două mecanisme care se disting în implementarea celor patru obiective specifice sunt mecanismul Dezvoltare Locală plasată sub Responsabilitatea Comunității (DLRC), prin care au fost implementate intervențiile din cadrul axei prioritare nr. 5 și mecanismul integrat de implementare a tuturor intervențiilor din cadrul acestei teme de evaluare.

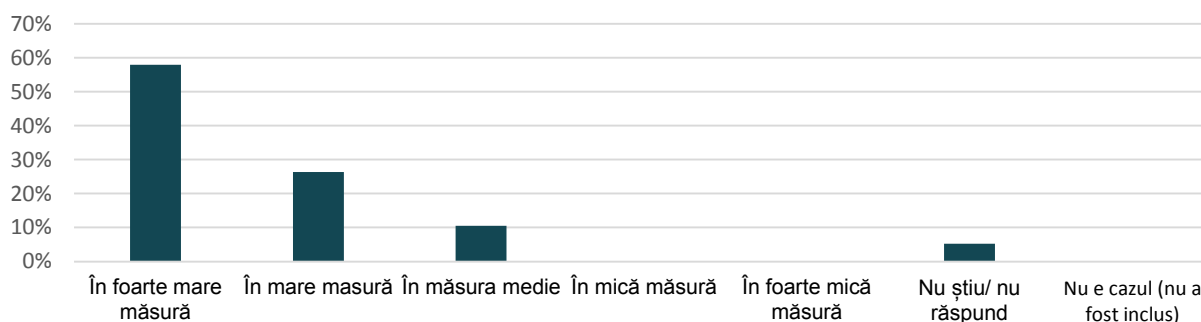
#### **MECANISMUL DLRC**

**272.** Perioada de programare 2014 – 2020 a fost prima în care mecanismul DLRC a fost implementat în România. Acesta a fost menit să susțină, pe de-o parte dezvoltarea zonelor marginalizate și să implice și să mobilizeze, pe de altă parte, resursele existente la nivel local. Astfel, mecanismul a presupus participarea activă a actorilor locali prin intermediul Grupurilor de Acțiune Locală (GAL) și dezvoltarea și implementarea ulterioară a unor Strategii de Dezvoltare Locală (SDL). Prin OS 5.1 și OS 5.2, mecanismul a intervenit în orașele/ municipiile cu peste 20.000 de locuitori (OS 5.1) și în zona rurală și orașe cu populație de până la 20.000 de locuitori (OS 5.2).

**273.** Noutatea și caracterul inovativ al acestui mecanism au condus mai întâi la o întârziere semnificativă în implementarea și derularea efectivă a proiectelor. În acest context, în anul 2020 au fost contractate 31 de proiecte, singurele de până în acest moment care vizează implementarea efectivă a SDL în comunitățile marginalizate.

**274.** Cu toate acestea, majoritatea părților implicate în evaluare au apreciat utilitatea mecanismului ca fiind una pozitivă (vezi și Figura 12), din câteva motive principale: în primul rând, acesta a permis angrenarea unui număr mare de actori de la nivel local în identificarea și prioritizarea, mai apoi, a unor nevoi și căi de acțiune pentru rezolvarea acestora, prin procesul de animare a comunității și, ulterior, de elaborare a SDL; în al doilea rând, mecanismul a permis o abordare integrată a nevoilor, proiectele finanțate în cadrul strategiilor putând fi finanțate atât prin POCU, cât și prin POR; nu în ultimul rând, beneficiarii intervențiilor au apreciat utilitatea acestui mecanism și în raport cu sustenabilitatea pe care o abordare de acest tip o presupune.

**FIGURA 24. MĂSURA ÎN CARE BENEFICIARIII CONSIDERĂ CĂ MECANISMUL DLRC ESTE ADECVAT ÎN RAPORT CU NEVOILE COMUNITĂȚILOR DEFAVORIZATE**



*Sursa: Sondaj adresat beneficiarilor POCU în domeniul incluziunii sociale (OS 4.1, 4.2, 5.1, 5.2 - Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excludere socială în cadrul comunităților marginalizate)*

**275.** Procesul DLRC este format din trei faze cheie. În faza I, autoritățile și organizațiile locale interesate să participe la procesul DLRC înființează GAL-ul și elaborează SDL în conformitate cu cerințele DLRC. În faza a II-a, GAL-uri depun propunerile de SDL la AM POCU, în vederea selectării pentru finanțare. Cea de-a treia și ultima fază presupune ca GAL-urile să acționeze ca un organism independent de finanțare și să identifice intervențiile care îi ajută să atingă obiectivele SDL. Implementarea DLRC necesită un parteneriat puternic între părțile interesate locale - autorități locale, ONG-uri, sectorul privat - și o coordonare eficientă a intervențiilor. Fiind gestionat de MIPE prin AM POCU și MDLPA prin AM POR, cooperarea între aceste instituții este cheia reușitei. În 2017, a fost înființat Comitetul strategic comun cu membri din ambele AM-uri, pe fondul unei lipse de experiență anterioară în materie de colaborare.

**276.** AM POCU și AM POR au trebuit așadar să construiască pe experiența pozitivă anterioară a unor asemenea inițiative (LEADER), dar într-un context diferit, care a scos la iveală o serie de provocări:

- Dificultatea de coagulare a comunităților locale (mic urban și rural) în jurul unor strategii;
- Lipsa de familiaritate a potențialilor beneficiari din mediul urban cu ceea ce presupune înființarea și funcționarea unui GAL;
- Lipsa coordonării și a dialogului dintre autorități și instituții publice;
- Capacitatea redusă a comunităților marginalizate de mobilizare și respectare a cerințelor uneori restrictive impuse de finanțarea UE;
- Finanțarea din FSE și FEDR.

**277.** În cadrul unui contract mai amplu de asistență, AM POCU a beneficiat de sprijinul Băncii Mondiale pentru implementarea mecanismului DLRC, în special OS 5.1, aflat în pericol de depășire a termenului stabilit de Regulamentul UE 1303/2013 (decembrie 2017). Sprijinul s-a concretizat în asistență acordată pe perioada evaluării și aprobării SDL-urilor, instruirii și sesiuni informative pentru angajații AM POCU și evaluatori, finalizarea ghidurilor solicitantului și a schemei de minimis asociate, proceduri și abordare unitară între cele două AM-uri, dar și între AM POCU și OIR-uri etc.

#### **COLABORAREA INSTITUȚIONALĂ ȘI CORELAREA ÎN PROCESUL DE PREGĂTIRE A ABORDĂRII DLRC**

**278.** Buna funcționare a mecanismului DLRC depinde într-o mare măsură de colaborarea dintre AM POCU și AM POR. Necorelarea demersurilor celor două autorități de management a dus la situația unor întârzieri majore la debutul aplicării mecanismului. Etapa I "Elaborarea SDL" s-a finalizat la sfârșitul lunii noiembrie 2017, etapa II "Evaluarea și selecția SDL," s-a încheiat în decembrie 2017, iar etapa III "Selectarea și implementarea proiectelor aferente SDL aprobate „este în derulare ("Ghidul pentru

implementarea strategiilor de dezvoltare locală” a fost publicat în martie 2021). Așadar, la mai mult de un an și jumătate de la realizarea strategiilor (și chiar mai mult, raportat la momentul consultării comunității), niciun apel de proiecte nu era lansat. Durata mare de timp între realizarea consultării și implementarea de facto a proiectelor din strategie poate duce la reducerea relevanței strategiei, dar și pierderea încrederii comunității în beneficiile participării la consultări și în oportunitatea intervențiilor.

**279.** Lansat în anul 2015, procesul de aplicare a acestei noi abordări, a presupus identificarea ZUM-urilor care să fie acoperite de intervenția SDL, pe baza informațiilor existente în Atlasul zonelor marginalizate sau pe baza studiilor de referință utilizate la nivel local. Unul dintre domeniile analizate în vederea stabilirii calității de zonă urbană marginalizată a fost cel al locuirii, întrebările adresate vizând existența supraaglomerării sau nesiguranței locative. Potrivit reprezentanților AM POR intervievați, deși utile, aceste informații nu au fost corelate cu ceea ce prin POR, ulterior, se putea finanța, respectiv construirea, reabilitarea, modernizarea sau dotarea locuințelor sociale. S-a ajuns astfel în situația în care în SDL-uri au fost prezentate informații referitoare la locuințele proprietate personală, deși cele care erau absolut necesare în perspectiva POR erau mai ales cele referitoare la locuințele sociale și necesarul de astfel de locuințe, pe baza solicitărilor înregistrate. Deși există GAL-uri care au inclus informații despre locuințele sociale în SDL-uri, nu se face o analiză a nevoilor și nu sunt propuse soluții, care de cele mai multe ori implică abordări complexe, fie pentru reglementarea așezărilor informale, fie pentru relocarea populației.

**280.** Lipsa corelării între AM POCU și AM POR a generat întârzieri în derularea procedurilor de contractare a serviciilor necesare elaborării proiectelor incluse în SDL. Un exemplu relevant de un studiu recent arată că la data publicării versiunii supusă consultării publice a GS AP9 POR în iulie 2018, POR 2014-2020 se afla în curs de modificare inclusiv cu privire la AP9, în paralel și AP5 POCU a necesitat modificări în vederea acomodării procedurilor programului cu SDL.

**281.** Din cauza întârzierilor, unii beneficiari au căutat surse alternative pentru finanțarea acțiunilor din SDL, sau unele au devenit lipsite de relevanță și oportunitate, urmând ca fondurile să fie redirecționate către alte activități. În plus, anumiți indicatori socio-economici au suferit modificări. De aceea, în fața nevoii tot mai acute a beneficiarilor de actualizare a SDL-urilor, a fost realizată Procedura internă pentru aprobarea modificărilor Strategiilor de Dezvoltare Locală (aprilie 2020), pentru a fi aplicată de către CCM SDL și Secretariatul CCM SDL. Conform procedurii, propunerea de modificare a SDL trebuie să îndeplinească mai multe condiții:

- Complementaritatea intervențiilor POR/POCU;
- Menține teritoriul SDL stabilit în strategia aprobată inițial;
- Modificarea ZUM și a studiului de referință prin invocarea uneia sau mai multor situații excepționale (de ex. relocarea/migrarea populației din teritoriul ZUM etc.); în caz contrar, schimbarea nu este acceptată;
- Grupul țintă poate fi localizat și în afara teritoriului SDL, cu condiția încadrării acestuia în UAT inițială, justificat prin documente oficiale emise de autoritățile publice centrale și locale (numai pentru proiectele POCU);
- Menține țintele minime ale indicatorilor obligatorii din SDL și respectă proporționalitatea la nivelul bugetului, conform „Criteriilor de evaluare a eligibilității (E) din Anexa 2 la Ghidul Specific privind depunerea și selecția SDL - etapa a II-a mecanismului DLRC”;
- Menținerea realocărilor bugetare în cadrul sumelor POR/POCU aprobate din SDL inițială.

**282.** Colaborarea instituțională este menținută prin organizarea unor întâlniri periodice, sau ori de câte ori se impune soluționarea unor probleme tehnice sau de reglementare sau punctuale. În perioada decembrie 2020 - ianuarie 2021, s-au organizat întâlniri regionale cu GAL-urile din fiecare regiune, cu



scopul de a populariza mecanismul de evaluare a implementării strategiilor. Întâlnirile au fost concepute pentru a veni în ajutorul GAL-urilor care, conform regulamentului sunt responsabile de evaluarea strategiilor de dezvoltare locală. De asemenea, AM POR a solicitat GAL-urilor să comunice orice alte dificultăți sau probleme tehnice pe care le întâmpină în implementarea programului iar acest demers s-a dovedit a fi unul util, ajutând la identificarea și rezolvarea unor probleme punctuale.

**283.** Orientările pentru grupurile de acțiune locală privind implementarea SDL-urilor au trasat cadrul general al implementării mecanismului. Subsecvent, au mai fost elaborate proceduri foarte importante care stabilesc principalele etape și sub-etape ale procesului de implementare a SDL-urilor, respectiv, procedura de avizare a procedurilor GAL, procedura de avizare a fișelor de proiecte elaborate de către beneficiarii GAL și procedura de modificare a SDL-urilor, menționată anterior. Pentru a veni în sprijinul beneficiarilor și a GAL-urilor a fost elaborat și Ghidul de Implementare a Strategiilor de Dezvoltare Locală, care reprezintă un compendium de reglementări din diferite alte documente, astfel încât GAL-urile să le poată parcurge într-un document comprehensiv.

**284.** Deși procesul de evaluare și apoi de implementare a SDL-urilor a demarat cu întârziere, pe parcurs s-a produs o calibrare a relațiilor inter-instituționale, care a dus la crearea unei percepții pozitive în rândul beneficiarilor. Potrivit chestionarului online realizat în cadrul prezentului exercițiu de evaluare, beneficiarii consideră că au fost ajutați în procesul de implementare a proiectului de relația AM POR-AM POCU (25,58% în foarte mare măsură și 20,93% în mare măsură) și de abordarea integrată a intervențiilor (30,23% în foarte mare măsură și 46,51% în mare măsură). Colaborarea instituțională mai flexibilă, mai promptă și mai puțin formală ar facilita implementarea mecanismului.

#### **CADRUL DE PLANIFICARE STRATEGICĂ**

**285.** Mecanismul DLRC a presupus redactarea unei strategii de dezvoltare locală în contextul unui cadru național de planificare strategică complex la nivel de localitate, județ și regiune. Sunt

**286.** Multiple strategii sunt elaborate în conformitate cu cerințele autorităților care gestionează programele de finanțare sau cu legislația specifică de amenajare a teritoriului și urbanism. Corelarea priorităților între strategiile sau planurile de dezvoltare la nivel local este importantă în condițiile în care este necesar ca intervențiile fiecărui document în parte să evite suprapunerile unor măsuri și dubla finanțare și să permită o implementare coordonată și eficientă a diverselor tipuri de intervenții pentru un impact crescut asupra condițiilor socio-economice. De aceea, este importantă coordonarea și corelarea între strategiile la nivel local, județean și regional, precum și analiza aprofundată a zonelor informale în cadrul SIDU.

**287.** Calitatea strategiilor este esențială în ceea ce privește selecția pentru finanțare, gestionarea și controlul procesului de implementare și evaluarea rezultatelor. Analiza solicitărilor de modificare a SDL a relevat că obiectivele stabilite inițial în SDL erau realiste, ele nefiind schimbate pe parcurs. Schimbările solicitate au confirmat problemele și nevoile inițiale, demonstrând că GAL-urile au prezentat inițial strategii de dezvoltare planificate în mod realist. Modificările au avut loc în special în situațiile în care anumite proiecte au fost finanțate din alte surse. Evoluțiile socio-demografice și ale grupurilor țintă au generat schimbări relativ mici, reflectând un status quo în ceea ce privește nevoile comunităților vulnerabile. Comunitățile din zonele urbane marginalizate propuse își mențin sărăcia relativă, astfel încât SDL sunt încă necesare pentru a genera un impact social și economic pentru persoanele vulnerabile.

#### **SUSTENABILITATEA GAL-URILOR**

**288.** Noutatea mecanismului s-a tradus și prin lipsa de experiență a unor GAL-uri, care a fost însă soluționată prin derularea unor sesiuni de consultări, după cum a precizat reprezentantul AM POR în cadrul interviului. De asemenea, mecanismul DLRC încurajează ONG-urile mici de la nivel local să acceseze fonduri, fiind prevăzute cursuri de pregătire în scriere de proiecte. Însă lipsa de experiență a acestor ONG-uri legată de scrierea și implementarea unor proiecte medii sau mari din fonduri structurale le poate aduce în situații de blocaj în cadrul GAL-ului.

**289.** Potrivit unor cercetări derulate de Banca Mondială, continuarea proiectelor DLRC finanțate prin POCU a fost considerată ca fiind o activitate foarte importantă de către GAL-uri, datorită faptului că este sursa principală de finanțare pentru implementarea SDL<sup>55</sup>. GAL-urile consideră finanțarea POCU esențială, aproape 95% dintre respondenți declarând că POCU asigură 51-100% din finanțarea organizației. De asemenea, beneficiarii au raportat că flexibilitatea și adaptabilitatea au fost principalul motiv datorită căruia au reușit să mențină active proiectele. Un alt motiv important a fost acela că atât GAL-urile, cât și comunitatea, depind în mare măsură de finanțarea POCU.

**290.** POCU și POR se află în plin proces de implementare a mecanismului, acesta urmând a se încheia în 2023, astfel că, în acest moment, putem face referire doar rezultate parțiale, precum elaborarea și selectarea celor 37 de strategii de dezvoltare locală pentru finanțare prin POR și POCU, aprobarea la nivelul Comitetului Comun de Selecție Restrâns a fișelor de proiecte POR și POCU (la nivelul lunii august 2021 erau aprobate 197 de fișe de proiecte POR și POCU).

**291.** Valoarea adăugată a mecanismului DLRC constă în abordarea sa comprehensivă și în implicarea activă a beneficiarilor în procesul de planificare a intervențiilor, inclusiv prin etapele de consultare a strategiilor și de animare a comunității. Chestionarul derulat arată că respondenții consideră într-o foarte mare măsură (52,94%) și în mare măsură (29,41%) ca designul mecanismului DLRC este adecvat în raport cu nevoile comunităților defavorizate.

#### **MECANISMUL TRANS-SECTORIAL DE IMPLEMENTARE A INTERVENȚIILOR**

**292.** Atlasele zonelor marginalizate, atât la nivel urban, cât și rural, realizate la începutul ciclului de programare 2014 – 2020 recomandau o abordare integrată și trans-sectorială a intervențiilor în zonele marginalizate care să re realizeze pe termen mediu sau lung. Pentru obținerea unor efecte pozitive și întreruperea cercului vicios al excluziunii sociale, se menționa că intervențiile ar trebui să fie „integrate într-un cadrul de dezvoltare participativă a unei comunități pentru a combate eficient segregarea”.

**293.** Astfel intervențiile aveau să îmbine intervenții în locuințe și infrastructură, cu intervenții pentru ocupare, educarea copiilor și adulților, formare profesională și alte activități sociale, medicale sau culturale. Mecanismul de generare a efectelor privind ieșirea din starea de vulnerabilitate, marginalizate s-a bazat pe o serie de relații cauzale descrise în continuare:

- (1) Înregistrarea și emiterea actelor de identitate, de proprietate, înregistrarea în sistemele furnizare de servicii sociale și de sănătate – reprezintă precondiții pentru incluziune socială, accesul la servicii
- (2) Asigurarea nevoilor de bază alimentație, locuire, accesul la servicii medicale de prevenire și tratament, alte nevoi pentru integrarea în comunitate contribuie la capacitatea individuală de a participa la educație, formare piața muncii și activități ale comunității.
- (3) Participarea la programe remediale și de prevenire a părăsirii timpurii a școlii – contribuie la creșterea nivelului de educație premisă a accesului la servicii de ocupare, a atingerii unui nivel de competențe ce favorizează la rândul său ocupații cu potențial de generare a unor venituri.
- (4) Participarea la formare profesională și căutarea unui loc de muncă contribuie la ocupare la creșterea veniturilor și incluziune socială
- (5) Crearea unei capacități de proiectare și implementare a măsurilor de combatere a sărăciei și marginalizării incluzând
  - a. Capacitatea de management strategic a intervențiilor integrate prin implicarea comunității (esența mecanismului DLRC)

<sup>55</sup> Livrabil 21.(1) Raport final privind sprijinul pentru implementare și misiunile de supervizare, Banca Mondială, martie 2021



- b. Capacitatea de furnizare a serviciilor sociale inclusiv infrastructură necesară, servicii integrate adaptate, resurse umane și organizaționale

**294.** Membrii comunității marginalizate s-au putut bucura de sprijinul care le asigură intrarea în procesul de depășire a stării de vulnerabilitate beneficiind în primul rând de serviciile ce se adresează nevoilor prioritare.

**295.** Atât din punctul de vedere al beneficiarilor, cât și din cel al membrilor grupurilor țintă, a reieșit că această abordare a fost una validă, cu o importanță centrală în obținerea unui impact real și cât mai rapid. Prin proiectele POCU s-a urmărit un plan coerent și eficient prin care mai întâi au fost identificate nevoile concrete ale comunităților printr-o analiză la nivelul acestora, iar ulterior s-a optat pentru asigurarea unor măsuri concentrate și trans-sectoriale, adaptate la specificul local.

**296.** În unanimitate, părțile interesate implicate în evaluare au confirmat valabilitatea și eficiența acestei abordări, în măsura în care intervențiile vor fi menținute pe termen lung, cu toate că această nouă abordare a generat anumite probleme de acomodare, atât din partea beneficiarilor, cât și a organismelor intermediare. Principalele probleme au fost schimbările legislative în ceea ce privește legislația în domeniul muncii (modificarea salariului minim, plafonul ajutorului de minimis pe care întreprinderile îl puteau primi pentru persoanele pe care le angajau din grupul țintă), legislația în domeniul achizițiilor (uneori achiziții pentru hrană s-au întins până la 9 luni, ceea ce a dus la imposibilitatea la a oferi pachete și masă caldă în primul an de implementare; și slaba pregătire a funcționarilor din cadrul primăriilor în ceea ce privește implementarea unor astfel de proiecte.

#### **ALTE MECANISME ȘI/SAU FACTORI CARE AU FACILITAT/ ÎMPIEDICAT EFECTELE**

**297.** Unul dintre factorii care au îngreunat implementarea proiectelor și obținerea rezultatelor a fost cooperarea cu și la nivelul administrației publice locale. În multe dintre rânduri, funcționarii publici de la nivel local nu au fost suficient de bine instruiți, ori motivați pentru a contribui la implementarea proiectelor. Au existat cazuri în care lipsa de colaborare din cadrul UAT-urilor între diverse departamente a condus la întârzierea activității. De asemenea, colaborarea cu angajații acestora a fost la rândul ei îngreunată în unele cazuri și de factorul politic.

**298.** O posibilă soluție, identificată de participanți, pentru a răspunde problemei colaborării dificile cu UAT-urile, ar fi elaborarea unui manual sau a unor proceduri dedicate administrației publice locale. Acestea ar trebui să fie asumate de către UAT-uri pe lângă acordul de parteneriat și contract, înainte de accesarea unor astfel de proiecte. Astfel, UAT-urile și-ar asuma un mod de organizare în vederea implementării proiectului. Asumarea implementării manualului sau procedurilor, ar putea fi chiar asumată sub forma unei hotărâri de Consiliu Local, cu atribuții clare funcționarilor publici ce sunt implicați în implementare.

**299.** Acest lucru ar putea preveni problema prin care funcționarii publici pot refuza responsabilitățile de proiect, nefiind în fișa postului, lucru ce cauzează mari dificultăți în implementarea proiectului. Din experiența beneficiarilor s-a observat că astfel de discuții au fost foarte frecvente. Într-unul din proiectele implementate ce vizează programe de a doua șansă desfășurate în mai multe școli, beneficiarii au un acord de parteneriat cu inspectoratul școlar și un acord de asociere cu fiecare dintre școli, însă au existat frecvent blocaje referitoare la efortul suplimentar care a fost necesar să fie depuse de unii angajați ai școlilor. O posibilă soluție ca în acordurile menționate, acestea să își asume întregul pachet de responsabilități minime necesare pentru desfășurarea proiectului pe fiecare dintre domeniile relevante (secretariat, juridic, achiziții etc.)

**300.** O altă soluție pentru depășirea dificultăților în cooperarea cu UAT-urile ar fi crearea la nivelul acestora a unor unități implementare proiect prin hotărâre de consiliu local, cu desemnarea funcțiilor și rolurilor sau, pentru comunități mici sau rurale, înființarea acestora la nivel de GAL. Un exemplu pozitiv



poate fi cel de la Ciugud, care a înființat în cadrul primăriei o unitate de implementare proiecte. Crearea de astfel de departamente în UAT-uri ar preveni multe probleme cauzate de rea-intenție sau lipsa de experiență și cunoștințe ale funcționarilor publici.

**301.** Un alt factor care a afectat obținerea efectelor a fost contractarea proiectelor prin apeluri de proiecte deschise, în cadrul AP 4. Astfel, deși toți beneficiarii au trebuit să asigure validarea comunităților marginalizate adresate prin proiecte, selecția intervențiilor s-a realizat pe principii concurențiale, ceea ce a condus la o distribuție inechitabilă a fondurilor din punct de vedere teritorial. Acestea au fost atrase preponderent de zonele în care au existat beneficiari potențiali cu o capacitate administrativă suficientă, zonele în care aceștia au lipsit fiind până în acest moment mai puțin adresate de intervenții. Acest efect neintenționat negativ a fost cu atât mai pronunțat cu cât, având un caracter integrat, operațiunile au fost dificil de elaborat și implementat, presupunând existența unei capacități de management de proiect și a unor resurse semnificative din partea beneficiarilor și a partenerilor.

## CONCLUZII

**302.** Ipoteza conform căreia mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile poate fi validată, cu toate că unele dintre aceste mecanisme au generat inclusiv anumite efecte neintenționate negative. În cazul mecanismului DLRC, noutatea și caracterul inovativ al acestui mecanism au condus inițial la o întârziere semnificativă în implementarea și derularea efectivă a operațiunilor. Aceste probleme au fost cauzate și de colaborarea necorelarea demersurilor dintre AM POCU și AM POR, mecanism de care a depins într-o mare măsură buna funcționare a mecanismului DLRC. Cu toate acestea, majoritatea părților au apreciat utilitatea mecanismului ca fiind una pozitivă, în special datorită faptului că acesta a permis angrenarea unui număr mare de actori locali, promovând o abordare integrată a operațiunilor și asigurând o sustenabilitate mai mare a acestora.

**303.** De asemenea, mecanismul trans-sectorial de implementare a intervențiilor reprezintă un instrument cheie pentru combaterea eficientă a marginalizării. Deși acesta a presupus dezvoltarea și implementarea unor proiecte ample, care au necesitat eforturi și resurse mari din partea beneficiarilor, generând în același timp unele probleme de acomodare, atât din partea beneficiarilor, cât și a organismelor intermediare, mecanismul se dovedește a fi cel mai eficient mod de obținere a rezultatelor așteptate.

**304.** Referitor la ceilalți factori, cooperarea deficitară cu și la nivelul administrației publice locale a îngreunat obținerea efectelor așteptate, în timp ce contractarea, în cadrul AP 4, a proiectelor prin apeluri de proiecte deschise, a condus la concentrarea efectelor în zonele în care au existat beneficiari cu o capacitate adecvată pentru implementarea acestora.

### 4.3.8. ÎE 8. DACĂ ȘI ÎN CE MĂSURĂ LUCRURILE AR FI PUTUT FI FĂCUTE MAI BINE?

**Ipoteza 8:** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare - validată

**305.** În cadrul acestei întrebări au fost identificate blocajele și zonele în care implementarea programului și a proiectelor ar putea fi îmbunătățită. De asemenea, sunt prezentate lecții învățate, utile în implementarea intervențiilor din actuala și viitoarea perioadă de programare.

#### ÎMBUNĂTĂȚIREA COORDONĂRII/COMUNICĂRII POCU-POR

**306.** Pentru a spori eficiența punerii în aplicare a celor două programe în mod integrat, sunt recomandate sesiuni comune de instruire și elaborarea de proceduri simplificate, care vizează toate instituțiile implicate în implementarea mecanismului DLRC, mai precis responsabilii administrativi, AM POCU, AM POR, OIR, și ADR, astfel încât problemele specifice cu care se confruntă comunitățile în timpul implementării SDL să fie mai bine înțelese.

**307.** Din chestionarele distribuite beneficiarilor, a reieșit nevoia de scurtare a timpilor de evaluare-contractare a proiectelor POR la nivelul ADR, astfel încât acestea să poată fi implementate până la sfârșitul perioadei de programare. De asemenea, un aspect asupra căruia trebuie insistat este corelarea implementării proiectelor POR cu cele finanțate prin POCU (de ex. licențierea serviciilor care depind de spațiile reabilitate prin intervenții finanțate prin POR).

**308.** Pentru următoarea perioadă de programare, se urmărește existența unei singure AM, în contextul POIDS, care va include atât intervenții FSE, cât și FEDR. Având în vedere abordarea multifond, este necesar însă ca viitorul AM să aibă o capacitate internă adecvată pentru o gestionare și coordonare eficientă, atât a intervențiilor hard, cât și a intervențiilor soft.

### **EFICIENTIZAREA IMPLEMENTĂRII SDL**

**309.** Pentru a identifica cauzele care au generat întârzieri proiectelor la nivelul GAL-urilor, se poate face o analiză a timpului necesar pentru parcurgerea fiecărei etape (crearea GAL, regulamentele de funcționare, analiza de nevoi, consultare cu comunitatea, crearea de ghiduri, procesul de consultare cu AM și OI). Timpul scurt pentru elaborarea SDL și consultările cu comunitatea au fost observații frecvente ale beneficiarilor. De aceea, este necesar să fie alocată o perioadă mai mare pentru elaborarea SDL, precum și un calendar mai realist elaborat de AM/OIR, care să dea un orizont de timp mai adecvat și să nu creeze așteptări false în rândul beneficiarilor.

**310.** De asemenea, pentru a diminua efectele eventualelor întârzieri în aprobarea strategiei (sau perioade lungi de la elaborarea studiului de referință și a SDL) asupra relevanței indicatorilor folosiți (de ex. migrația persoanelor dezavantajate sau orice schimbări demografice pot influența aplicabilitatea anumitor măsuri din strategie), ar putea fi folosit un instrument de actualizare a datelor utilizate sau de estimare a evoluțiilor viitoare. Totodată, este recomandat să se poată realiza o actualizare a nevoilor și priorităților cuprinse în strategii, dat fiind posibilele întârzieri menționate mai sus.

**311.** Dat fiind că persistă anumite necorelări legislative, este necesară o mai bună corelare dintre mecanismul DLRC din perspectiva amenajării teritoriale și urbanismului și privind domeniul locuirii cu actele normative în vigoare. Potrivit unei cercetări asupra mecanismului DLRC, persistă necorelări legislative în definirea termenilor, în raportarea la atribuțiile autorității publice preluate de GAL în domeniul amenajării teritoriului și urbanismului și în domeniul atribuirii locuințelor sociale.<sup>56</sup> Unele dintre acestea au fost evidențiate și de către reprezentantul AM POR, cu ocazia interviului derulat.

**312.** Având în vedere perioada lungă de implementare a SDL și modificările care pot apărea în contextul socio-economic, este recomandată flexibilizarea procedurilor pentru modificarea contractelor de finanțare (ajustarea țăntelor pentru indicatorii de proiect, fără aplicarea de măsuri de corecție financiară, utilizarea economiilor pentru activitățile care necesită un buget suplimentar, ca urmare a suspendării proiectelor sau a adaptării implementării, pentru a evita dezangajarea).

**313.** În general, beneficiarii pledează pentru durate mai mari de implementare, care să poată ajunge până la 4-5 ani, dat fiind faptul că noutatea demersului a dus la o reacție mai lentă din partea beneficiarilor.

### **ÎMBUNĂȚĂRIEA RELAȚIEI CU GAL-URILE ȘI COMUNITATEA**

**314.** Rolul GAL-urilor în monitorizarea indicatorilor de performanță trebuie să fie ghidat prin crearea unei abordări unitare în această privință. AM/OI POCU poate interveni pentru a crește gradul de conștientizare al GAL-urilor cu privire la necesitatea de a respecta indicatorii sau de a cheltui bugetul alocat în mod eficient. De asemenea, pentru o mai bună comunicare între GAL/OI/AM, ar putea fi

<sup>56</sup> ROMACT. „Primele evoluții ale abordării DLRC în 9 comunități urbane din România”, pp.8 – 13. [https://coe-romact.org/sites/default/files/romact\\_resources\\_files/CLLD\\_REPORT\\_RO.pdf](https://coe-romact.org/sites/default/files/romact_resources_files/CLLD_REPORT_RO.pdf)



dezvoltată o platformă/ secțiune într-o platformă, dedicată mecanismului DLRC, gestionată de AM POCU, pentru a facilita raportarea indicatorilor asumați de SDL și pentru a avea o imagine de ansamblu asupra implementării fiecărei SDL. Platforma ar trebui să fie prevăzută cu un modul dedicat comunicării permanente cu GAL-urile și Beneficiarii în procesul de implementare a SDL.

**315.** Integrarea comunității s-a făcut încă din etapa de scriere a strategiei, iar consultările au depășit abordarea formală asociată de obicei acestui tip de activitate. De aceea, se poate opta pentru prelungirea perioadei acordată identificării nevoilor, animării și consultării comunității. Încrederea comunității în strategie poate fi stimulată prin implementarea, imediat după demararea proiectelor, a unor proiecte cu rezultate rapide, în funcție de nevoile locale, în timp ce proiectele mari, care implică și investiții, au nevoie de mai mult timp pentru materializare. GAL-urile ar trebui să poată opta pentru activități de animare mai diverse, în funcție de teritoriul și de comunitatea acoperită.

### **REDUCEREA POVERII ADMINISTRATIVE A BENEFICIARILOR**

**316.** Conform majorității beneficiarilor, există o povară administrativă majoră asupra acestor, generată de raportările frecvente și costisitoare din punctul de vedere al timpului și resurselor alocate. Datele sunt centralizate și raportate de multiple ori, în mai multe sisteme, ceea ce creează o încărcare administrativă și birocratică foarte mare pentru beneficiar, care nu se reflectă în fișele de pontaj. Modul în care AM și OI solicită raportarea activităților, necesită resursă umană importantă și mult timp pentru realizarea și corelarea raportărilor pentru a se evita solicitarea unor clarificări. Din cauza raportărilor complexe, beneficiarii trebuie să aloce resurse suplimentare pentru sarcinile legate de raportare, care ar putea fi utilizate mai eficient în activitățile din proiect, în teren.

**317.** O posibilitate ar fi aceea de a realiza o evaluare la 6 luni pe indicatori, iar procedura de corecție financiară să fie realizată în funcție de aceștia. Beneficiarii consideră că raportările extrem de detaliate sunt inutile dacă la finalul proiectului, nu se ating indicatorii și se aplică corecție financiară. Unii dintre beneficiari consideră că o parte dintre ofițerii de monitorizare au o exigență prea mare în a verifica la nivel de ore ce se întâmplă în teren și a cere clarificări, lucru ce le îngreunează activitatea.

**318.** A existat de asemenea sugestia ca viitoarele apeluri să fie realizate pe bază de cost simplificate, pentru a reduce efortul de raportare și corelare, cu mențiunea ca aceste costuri simplificate să fie bazate pe realitățile din piață pentru a evita dificultățile care au fost întâmpinate pe costurile simplificate pentru formare.

**319.** O altă sugestie ar fi crearea la nivelul AM a unui departament sau departamente de experți care să intervină în timpul implementării extrem de prompt, la solicitarea beneficiarilor și chiar independent de aceștia. Acest departament ar putea avea rol în găsirea soluțiilor și popularizarea acestora. De exemplu, aceștia ar putea clarifica interpretarea unor indicatori, sau ar putea ca în anumite situații precum cea de pandemie să identifice moduri de eficientizare sau soluții pentru probleme des întâlnite, să publice corrigendumuri când este necesar. Identificarea unor soluții și popularizarea lor pe parcursul implementării ar putea avea un mare impact în implementarea proiectelor. Un astfel de departament ar putea de asemenea să evalueze propuneri de la beneficiari și să publice corrigendumuri pentru a permite și altor beneficiari de a eficientiza dacă le evaluează pozitiv.

### **REALIZAREA UNOR INTERVENȚII CONTINUE, PE TERMEN LUNG**

**320.** Pentru obținerea unor rezultate sustenabile și a unui impact mult mai vizibil la nivelul grupurilor vulnerabile este necesară asigurarea unei continuități a finanțării pe termen lung, care să permită crearea unui cadru extins de implementare a intervențiilor și dezvoltarea unor intervenții coerente, în special pe partea de servicii sociale și educaționale. Apelurile de proiecte ar putea fi transformate în apeluri continue, iar perioada de intervenție a proiectelor ar putea fi prelungită, cu posibilitatea suplimentării bugetului, acolo unde există suficiente argumente în favoarea acestei modificări.



## IMPLEMENTAREA UNUI PLAN DE REDUCERE A INECHITĂȚILOR CREATE LA NIVELUL COMUNITĂȚILOR MARGINALIZATE

**321.** Așa cum menționam și anterior, intervențiile asupra comunităților marginalizate nu s-au realizat într-un mod uniform și echitabil din punct de vedere teritorial. Momentan nu există un plan de acțiune în ceea ce privește adresarea acestor inechități, însă pe viitor pot fi implementate anumite măsuri precum livrarea unor proiecte către comunitățile marginalizate care nu au avut capacitatea de a dezvolta local proiectele sau alocarea unui punctaj suplimentar în cadrul următoarei perioade de programare prin care să fie stimulate comunitățile marginalizate care nu au implementat mecanismul DLRC în perioada de programare actuală.

### CONCLUZII

**322.** Ipoteza conform căreia experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare poate fi validată. Principalele lecții învățate se referă la faptul că guvernarea locală este mult mai eficientă decât o guvernare centralizată și că utilizarea fondurilor la nivel local, direcționată strict către nevoile și oportunitățile locale este mult mai eficientă decât o abordare la nivel național. Astfel, nevoile locale pot fi mult mai bine adresate la nivel local, prin intermediul GAL-urilor care au devenit deja un instrument cunoscut care facilitează intervențiile.

**323.** O altă lecție ce ar trebui învățată pentru perioada 2021-2027 este realizarea în avans a proceselor de pregătire și de obținere a informațiilor necesare elaborării unor strategii, pentru a nu mai exista presiunea timpului și a anumitor termene sau cerințe. Realizarea temeinică și la timp a acestor etape pregătitoare duce la obținerea unor date și a unor informații care pot fi valorificate ulterior în SDL-uri. De asemenea, un alt aspect este utilizarea capitalului de experiență pe care GAL-urile l-au obținut în perioada 2014-2020 cu privire la implementarea acestor mecanisme.

### 4.3.9. ÎE 9. EXISTĂ CAZURI DE BUNE PRACTICI ÎN CEEA CE PRIVEȘTE INTERVENȚIILE DE PROMOVARE A INOVĂRII SOCIALE ȘI TEMELE SECUNDARE? (DE EXEMPLU, SUSȚIN TRECEREA LA O ECONOMIE CU EMISII REDUSE DE CARBON, ECONOMIA EFICIENTĂ A RESURSELOR, INOVAREA SOCIALĂ, ÎMBUNĂȚĂȚIREA ACCESIBILITĂȚII, A UTILIZĂRII ȘI A CALITĂȚII TEHNOLOGIILOR INFORMAȚIEI ȘI COMUNICAȚIILOR, NON-DISCRIMINAREA)?

**Ipoteza 9:** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare - validată

**324.** Conform ghidurilor solicitantului, proiectele contractate în cadrul celor patru obiective specifice trebuiau să își aducă aportul și la cel puțin o temă secundară dintre cele trei definite la nivelul axelor prioritare, respectiv – (a) Sprijinirea tranziției către o economie cu emisii scăzute de dioxid de carbon și eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor; (b) Inovare socială; și (c) Nediscriminare.

**325.** În ceea ce privește primul punct, unele proiecte au implementat campanii privind protecția mediului înconjurător, importanța respectării naturii și a conservării resurselor, care au presupus și acțiuni de ecologizare, cu implicarea elevilor și a membrilor comunității locale, în vederea conservării elementelor naturale ce influențează condițiile de trai (prevenirea defrișărilor masive – una din cauzele inundațiilor din zona). În alte cazuri, copiii din comunitățile defavorizate au fost îndrumați spre activități de ecologizare, care au vizat spații din aria de implementare a intervențiilor.

**326.** Referitor la componenta de inovare socială, având în vedere tipologia populației vizate, în unele cazuri a fost încurajată participarea la activitățile proiectului nu doar prin intervenții la nivel de servicii (consiliere socială, informare, acțiuni ale psihologului, psihoterapeutului și facilitatorului comunitar), ci și prin beneficii materiale, prevăzute ca atare de proiect (de exemplu, încurajarea copiilor să participe la activitățile educaționale, dar și a părinților lor să le permită, prin furnizarea de pachete de rechizite și masă caldă). De asemenea, o parte dintre proiecte au prevăzut inclusiv o serie de excursii și tabere

pentru copii, cât și activități care nu a fost bugetate, dar care au avut efecte pozitive, precum organizarea de evenimente comunitare care au facilitat adunarea membrilor comunității pentru creșterea unității și solidarității locale.

**327.** În ceea ce privește instituțiile publice însă, membrii acestora au transmis că inovarea socială este deseori limitată de legislație și nu pot fi realizate multe inovări în ceea ce privește activitatea acestora. Mai ales mediul public, este limitat implicit de definițiile și măsurile ce pot fi făcute prin legislația primară, secundară și alte normative în privința diverselor grupuri vulnerabile. Cu toate acestea, în cazul unor localități s-a realizat înfrățirea între comunități (nu neapărat formalizată), pentru propagarea efectelor proiectele, pentru învățare reciprocă și dezvoltare, cu accent pe temele secundare (în special, nondiscriminarea și șanse egale)

**328.** În opinia unor beneficiari, ar fi util ca în viitoarele programe să se permită o alocare (procentuală) dedicată componentei de inovare socială, fără a fi detaliată de la începutul proiectului. Aceasta ar putea funcționa ca o "plasă de siguranță" în eventualitatea unor situații neprevăzute cu impact asupra implementării activităților. De exemplu, în cazul proiectelor în implementare, din cauza pandemiei a fost necesar să fie găsite soluții inovative pe diverse planuri: au trebuit cumpărate tablete pentru activitățile școlare (care din lipsa fondurilor au fost ulterior închiriate), a trebuit găsită o soluție pentru lipsa de internet, au trebuit transpuse activitățile cu copii în mediul online etc. Unii dintre beneficiari au reușit să pună la dispoziție copiilor prin proiect o tabletă, mini-soft, cartele telefonice, și alte materiale necesare pentru realizarea activităților. Astfel, un procent de proiect dedicat inovării sociale sau situațiilor neprevăzute care să permită beneficiarilor să se adapteze la situațiile în continuă schimbare din teren, ar fi foarte util.

**329.** Referitor tot la inovarea socială, pe unul dintre proiecte s-a înființat o asociație care se dorea să ofere sprijin pe activități din proiect și ulterior proiectului să rămână un mic sprijin pentru activități comunitare. În timpul stării de urgență, proiectul a suspendat activitatea, dar prin asociație și cu colaborarea primăriei, s-au distribuit materiale dezinfectare, alimente, necesități de bază. Membrii asociației care se ocupau de activități dedicate vârstnicilor le-au făcut cumpărăturile, cu tineri de la școală le-au tăiat lemne, i-au ajutat în gospodărie ș.a.m.d.

**330.** În cazul altui proiect, componenta de inovare socială a constat în realizarea unui parteneriat intracomunitar în care aproape toate instituțiile centrale de la nivelul județului au fost aduse la masă alături de membrii grupului țintă și UAT, iar pe unele paliere au fost identificate soluții.

**331.** Proiectele au avut efecte pozitive și în privința nediscriminării. Spre exemplu, pentru a fi angajate, persoanele din comunitățile marginalizate au trebuit să se înscrie inițial la AJOFM ca persoană în căutare de loc de muncă. Persoanele de etnie rromă au avut dificultăți când s-au dus pe cont propriu, întâmpinând rezistență la AJOFM-ul local. Asociația beneficiară a însoțit ulterior persoanele la AJOFM și au reușit să îi înscrie. Grupul țintă a fost uimit inițial de sprijinul oferit de asociație dar ulterior au fost mulțumiți că au reușit să treacă peste aceste bariere. De asemenea, tot în ceea ce privește nediscriminarea, au fost realizate marcaje rutiere și semnalizarea în zonele în care aveau domiciliul persoanele de etnie rromă, care, în unele cazuri, erau singurele zone din localitate în care acestea lipseau.

## CONCLUZII

**332.** În concluzie, ipoteza conform căreia experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare referitor la temele secundare (inovare socială, trecerea la o economie cu emisii reduse de carbon, nediscriminare) se confirmă, beneficiarii oferind mai multe idei din proiectele proprii. Totuși, participanții consideră că cea mai mare inovare a provenit din adaptarea la situațiile concrete din teren, neprevăzute (în special pandemia), lucru la care ar ajuta o sumă procentuală pentru situații neprevăzute.



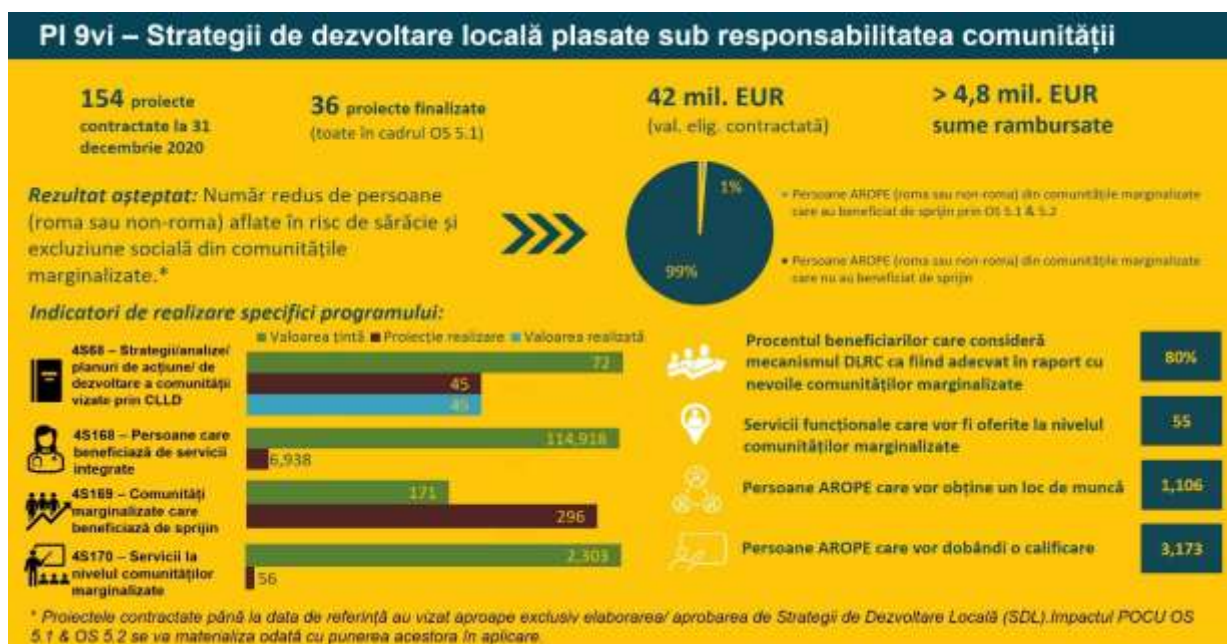
## 4.4. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

**333.** Intervențiile din cadrul celei de-a doua teme de evaluare au fost implementate prin două priorități de investiții, ambele având ca rezultat așteptat reducerea numărului de persoane AROPE (roma sau non-roma) din comunitățile marginalizate:

- PI 9ii - Integrarea socio-economică a comunităților marginalizate, cum ar fi romii (OS 4.1 & OS 4.2)
- PI 9vi – Strategii de dezvoltare locală plasate sub responsabilitatea comunității (OS 5.1 & OS 5.2)

**334.** Până la 31.12.2020 (data de referință a acestui exercițiu de evaluare), PI 9ii a înregistrat progrese semnificative în ceea ce privește rezultatele așteptate și impactul produs de intervenții, cu sume rambursate de peste 230 mil. EUR (OS 4.1 & OS 4.2). Astfel, din totalul persoanelor AROPE (roma sau non-roma) din comunitățile marginalizate din România<sup>57</sup>, aproximativ 14% au beneficiat de sprijin prin proiectele aferente PI 9ii. Reprezentarea grafică de mai jos redă o prezentare sintetică a acestei priorități de investiții.

FIGURA 25. STRATEGII DE DEZVOLTARE LOCALĂ - REZULTATE VALORICE



Sursa: Prelucrare autori

**335.** Progresul limitat în ceea ce privește atingerea rezultatelor așteptate în cadrul PI 9 a fost cauzat în principal de ritmul lent al implementării mecanismului DLRC, care a reprezentat un element de noutate în contextul perioadei de programare 2014 – 2020. Astfel, până la 31.12.2020, în cadrul OS 5.1 și OS 5.2 au fost rambursate mai puțin de 5 mil. EUR, toate proiectele finalizate fiind contractate în cadrul OS 5.1. Acestea au fost menite să ofere sprijin pregătit pentru elaborarea/ aprobarea Strategiilor de Dezvoltare Locală (SDL) și pentru constituirea Grupurilor de Acțiune Locală (GAL). Deși până la acest moment intervențiile contractate în cadrul OS 5.1 și OS 5.2 nu au decât un impact direct minor asupra reducerii numărului de persoane (roma sau non-roma) AROPE din comunitățile marginalizate, efectele vor începe să se materializeze odată cu implementarea SDL-urilor și contractarea de proiecte care să prevadă măsuri

<sup>57</sup> Conform Recensământului populației și locuințelor din 2011.



integrate pentru atingerea rezultatului așteptat. Infograficul următor redă o prezentare sintetică a acestei priorități de investiții.

FIGURA 26. INTEGRAREA SOCIO-ECONOMICĂ A COMUNITĂȚILOR MARGINALIZATE – REZULTATE VALORICE



Sursa: Prelucrare autori

## CONCLUZII

**336.** Principalele concluzii ale evaluării intervențiilor aferente Temei 2 - Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate (aria de cuprindere -obiectivele specifice 4.1, 4.2, 5.1, 5.2) sunt:

**C1.** Cu toate că datele la nivel macro ale indicatorilor din familia AROPE, cât și datele obținute ca urmare a analizelor sectoriale asupra capitalului uman, ocupării și condițiilor de locuire, indică progrese pe majoritatea palierele în ultimii ani, aceste progrese sunt limitate, România aflându-se încă, în cele mai multe dintre cazuri, pe ultimele locuri la nivelul UE, în ceea ce privește progresul diversilor indicatori care măsoară riscul de sărăcie și excluziune socială. Astfel, intervențiile finanțate contribuie la îmbunătățirea situației comunităților marginalizate vizate, deși impactul cantitativ era, la data de referință a evaluării, limitat în comparație cu dimensiunea nevoilor existente.

**C2.** În vederea următorului exercițiu de evaluare, datele colectate de AM POCU referitoare la progresul indicatorului de rezultat pe termen lung 4S41 - *Comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie și excluziune socială (din care: din zona rurală) care depășesc situația de vulnerabilitate la 6 luni de la finalizarea implementării proiectului (conform definiției AROPE)* vor fi esențiale pentru estimarea impactului intervențiilor. Colectarea acestor date reprezintă un pas foarte important în procesul de luare a deciziilor de politică publică pe bază de evidențe colectate și date analizate.

**C3.** Intervențiile cu caracter integrat au capacitatea de a asigura condițiile necesare pentru o schimbare sustenabilă în ceea ce privește scoaterea din sărăcie și din starea de excluziune socială a comunităților marginalizate, proiectele având rezultate și efecte importante în comunitățile în care sunt implementate, producând un impact calitativ imediat semnificativ. Acesta este cu atât mai important cu cât rezultatele obținute prin intermediul proiectelor POCU nu ar putea fi atinse prin alte mijloace, neexistând alte fonduri, programe sau măsuri prin care problema comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială să poată fi adresată într-un mod similar și/ sau cu o amplitudine financiară

asemănătoare. Însă, pentru obținerea unor efecte extinse și a unor beneficii socio-economice solide la nivel național, este nevoie de continuarea și adaptarea constantă a intervențiilor integrate la nivelul comunităților marginalizate, pe termen lung (~ 20 ani). De asemenea este necesară asigurarea sprijinului în perioada post-intervenție, astfel încât să se asigure sustenabilitatea rezultatelor obținute, pentru a genera beneficii economice mai mari decât costurile intervențiilor, cel puțin în cazul activităților pentru ocuparea forței de muncă, dar și în ceea ce privește asigurarea serviciilor sociale, care în multe dintre cazuri nu vor putea fi menținute, sau vor putea fi menținute doar la un nivel scăzut, din cauza lipsei resurselor umane și financiare.

**C4.** Efectele neintenționate produse de intervenții au fost preponderent pozitive, acestea s-au manifestat în special la nivelul atitudinilor colective de la nivelul comunităților, remarcându-se deopotrivă o mai mare deschidere/ disponibilitate a membrilor acestora în a lua parte la astfel de operațiuni, cât și o creștere a coeziunii și colaborării dintre diverși membri ai comunității pe mai multe nivele – atât în cadrul familiilor, cât și la nivelul actorilor publici și/ sau privați din zonele vizate (UAT-uri, ONG-uri, mediul privat, etc.).

**C5.** Distribuția geografică pe regiuni de dezvoltare a intervențiilor contractate nu este una echitabilă, intervențiile fiind implementate într-un număr mai mic în regiunile cu cele mai mari rate ale persoanelor aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială.

- Astfel, apelurile deschise din cadrul OS 4.1 și 4.2 au condus la o distribuire inechitabilă din punct de vedere teritorial a efectelor, acestea concentrându-se în zonele în care au existat beneficiari cu o bună capacitate de dezvoltare și implementare a operațiunilor, iar zonele în care aceștia au lipsit fiind până în acest moment mai puțin adresate de intervenții.
- În cazul AP 5, necorelarea finanțărilor POCU și POR, a generat o lipsă de încredere în potențialul impact pozitiv al programului în rândul beneficiarilor.

**C6.** Intervențiile au produs în general schimbări pozitive și dincolo de grupul țintă și au generat efecte care au depășit comunitățile vizate. Un factor principal care a potențat fenomenul de propagare a efectelor a fost faptul că zonele din jurul comunităților marginalizate validate prin proiecte au fost în cele mai multe dintre cazuri zone cu un nivel similar de trai și cu nevoi asemănătoare. Intervențiile au inspirat și mobilizat și alte autorități publice locale, firme sau antreprenori, precum și alte persoane din afara grupului țintă pentru a contribui la îmbunătățirea situației de la nivelul comunităților în care trăiesc sau în care își desfășoară activitatea.

**C7.** Mecanismul trans-sectorial de implementare a intervențiilor reprezintă un instrument cheie pentru combaterea eficientă a marginalizării. Deși acesta a presupus dezvoltarea și implementarea unor proiecte ample, care au necesitat eforturi și resurse mari din partea beneficiarilor, generând în același timp unele probleme de acomodare, atât din partea beneficiarilor, cât și a organismelor intermediare, mecanismul se dovedește a fi cel mai eficient mod de obținere a rezultatelor așteptate pentru a produce rezultate durabile

- În cazul mecanismului DLRC, noutatea și caracterul inovativ al acestuia au condus la o întârziere semnificativă în implementarea și derularea efectivă a operațiunilor. Aceste probleme au fost cauzate și de necorelarea demersurilor dintre AM POCU și AM POR, mecanism de care a depins într-o mare măsură buna funcționare a mecanismului DLRC, precum și de concentrarea eforturilor de monitorizare la nivel de AM / OI pentru verificările formale și mai puțin pe aspectele ce țin de rezultate și impact. Cu toate acestea, utilitatea mecanismului este confirmată, în special datorită faptului că acesta a permis angrenarea unui număr mare de actori locali, promovând o abordare integrată a operațiunilor și asigurând o sustenabilitate mai mare a acestora.

**C8.** Guvernanța locală este mult mai eficientă decât o guvernare centralizată, iar utilizarea fondurilor la nivel local, direcționată strict către nevoile și oportunitățile locale este mult mai eficientă decât o abordare la nivel național. Astfel, nevoile locale pot fi mult mai bine adresate la nivel local, prin intermediul GAL-urilor care au devenit deja un instrument cunoscut care facilitează intervențiile.

**C9.** Sustenabilitatea intervențiilor la nivel local este dificil de asigurat în condițiile legislative actuale, mai ales cele impuse de Legea nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, precum și pentru stabilirea unor măsuri financiare și modificarea Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială. Astfel, UAT-urile nu pot să mențină angajată resursa umană necesară după finalizarea proiectelor, iar sumele actuale prevăzute de lege pentru înființarea și administrarea unității de asistență socială nu sunt adaptate la nevoile și realitățile actuale.

## RECOMANDĂRI

**337.** Principalele recomandări ale evaluării intervențiilor aferente Temei 2 - Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate (aria de cuprindere -obiectivele specifice 4.1, 4.2, 5.1, 5.2) sunt:

**R1.** Recomandăm ca AM POCU să realizeze o monitorizare adecvată a indicatorului de rezultat pe termen lung 4S41 și să publice datele referitoare la progresul acestuia. Procesul de monitorizare este necesar să se desfășoare în colaborare cu UAT-urile beneficiare, conform obligațiilor asumate de colectare a indicatorilor de la nivelul comunităților în termen de 6 luni de la finalizarea intervențiilor. Astfel, AM POCU ar trebui să înceapă în cel mai scurt timp colectarea datelor prin aplicarea chestionarului pentru monitorizarea indicatorului 4S41, referitoare la indicatorii cheie definiți în Ghidurile Solicitantului pentru criteriile – capital uman, ocuparea forței de muncă și condițiile de locuire.

**R2.** Pentru obținerea unor efecte extinse și a unor beneficii socio-economice solide la nivel național, este nevoie de continuarea și adaptarea constantă a intervențiilor integrate la nivelul comunităților marginalizate, pe termen lung (aproximativ 20 ani). Astfel se recomandă dezvoltarea de programe naționale complementare intervențiilor integrate finanțate prin POCU, cu alocări financiare clare, bugetate și apoi executate, astfel încât să se asigure amplitudinea necesară acestor intervenții pentru a adresa problema sărăciei și excluziunii sociale la nivel național, și nu doar punctual prin intervențiile finanțate în cadrul POCU. Această necesitate este cu atât mai importantă cu cât distribuția geografică a intervențiilor contractate până în prezent nu este una echitabilă în raport cu zonele care ar fi avut cel mai mult nevoie de sprijin.

**R3.** Pentru multiplicarea efectelor și sustenabilitatea rezultatelor, intervențiile viitoare în domeniul incluziunii sociale și a reducerii sărăciei MIPE și AM POCU ar trebui să considere treptat extinderea și diversificarea tipurilor de intervenții și către grupurile din imediata apropiere a comunităților marginalizate, care de cele mai multe ori au condiții de trai asemănătoare.

**R4.** Recomandări ce privesc optimizarea mecanismului DLRC de implementare a intervențiilor:

- AM POCU să asigure scurtarea timpului dintre momentul realizării și depunerii proiectului și perioada de contractare, astfel încât măsurile adoptate să corespundă nevoilor identificate în urma analizei la nivel de comunitate, dar și printr-o mai bună identificare a riscurilor și planificare a activităților de către beneficiar, încă din etapa de scriere a proiectelor.
- Coordonarea mai bună a evaluării proiectelor finanțate prin cele două programe (POCU și POR) pentru a putea asigura sinergia proiectelor.
- Pentru a spori eficiența punerii în aplicare a celor două programe în mod integrat, sunt recomandate sesiuni comune de instruire și elaborarea de proceduri simplificate, care vizează

toate instituțiile implicate în implementarea mecanismului DLRC, mai precis responsabili administrativi, AM POCU, AM POR, OI, și ADR, astfel încât problemele specifice cu care se confruntă comunitățile în timpul implementării SDL să fie mai bine înțelese

- Având în vedere perioada lungă de implementare a SDL și modificările care pot apărea în contextul socio-economic, este recomandată flexibilizarea procedurilor pentru modificarea contractelor de finanțare (ajustarea țintelor pentru indicatorii de proiect, fără aplicarea de măsuri de corecție financiară, utilizarea economiilor pentru activitățile care necesită un buget suplimentar, ca urmare a suspendării proiectelor sau a adaptării implementării, pentru a evita dezangajarea). În general, este recomandată introducerea unei abordări flexibile, care să permită adaptabilitatea activităților proiectului la cadrul normativ existent (în care apar modificări), cu concentrarea eforturilor de monitorizare și verificare spre obținerea rezultatelor și impactului propus, și mai puțin pe verificările formale.

**R5.** Dezvoltarea capacității administrației publice locale din zonele care se confruntă cu situații de sărăcie și excluziune socială este extrem de importantă în procesul de accesare a finanțărilor, în combaterea inechităților teritoriale sesizate, cât și pentru asigurarea sustenabilității intervențiilor. Aceasta se poate face printr-un set complex de soluții, cum ar:

- Modificarea Legii nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, precum și pentru stabilirea unor măsuri financiare, astfel încât UAT-urile să poată să mențină angajată resursa umană necesară după finalizarea proiectelor;
- Modificarea Legii nr. 34/1998 privind acordarea unor subvenții asociațiilor și fundațiilor române cu personalitate juridică, care înființează și administrează unități de asistență socială, sumele actuale nefiind adaptate la nevoile și realitățile actuale
- Demararea cât mai repede posibil a procesului de pregătire și de obținere a informațiilor necesare elaborării strategiilor de dezvoltare locale, pentru a nu mai exista presiunea timpului și a anumitor termene sau cerințe. Realizarea temeinică și la timp a acestor etape pregătitoare duce la obținerea unor date și a unor informații care pot fi valorificate ulterior în SDL-uri. De asemenea, un alt aspect este utilizarea capitalului de experiență pe care GAL-urile l-au obținut în perioada 2014-2020 cu privire la implementarea acestor mecanisme.

**R6.** Recomandări care privesc perioada de programare 2021 – 2027:

- Se recomandă menținerea abordării integrate a intervențiilor, acest mecanism având capacitatea de a genera un impact durabil în ceea ce privește scoaterea din sărăcie sau excluziune socială a comunităților marginalizate. Este necesar ca intervențiile cu caracter integrat să continue pe termen lung pentru a crea și menține o schimbare sustenabilă în ceea ce privește scoaterea din sărăcie și din starea de excluziune socială a unor comunități marginalizate, proiectele producând deja efecte care se manifestă și după finalizarea intervențiilor
- Finanțarea mecanismului DLRC printr-un singur program (cu asigurarea capacității AM de a gestiona atât proiecte hard (FEDR), cât și soft (FSE+)),
- Se recomandă utilizarea pe scară largă a costurilor simplificate, pentru a reduce efortul de raportare și corelare, cu mențiunea ca aceste costuri simplificate să fie bazate pe realitățile din piață pentru a evita dificultățile care au fost întâmpinate pe costurile simplificare pentru formare.
- Concentrarea monitorizării pe rezultate, pentru a asigura o simplificare de fond a implementării, astfel încât să nu mai existe raportări extrem de detaliate administrativ (număr de ore, rapoarte, etc), în condițiile în care la finalul proiectului se aplică corecții automate dacă nu se ating indicatorii, indicatori care de multe ori depind de condiții externe beneficiarilor.
- Creșterea capacității AM POCU (și a viitorului AM POIDS) în vederea depășirii situației de verificare administrativă a proiectelor, și orientarea spre rezultate (scoaterea din sărăcie și



excluziune socială în cazul T2), precum și spre găsirea de soluții și popularizarea acestora la nivel de OI / beneficiari, pentru asigurarea unei practici unitare. De exemplu, aceștia ar putea clarifica interpretarea unor indicatori, sau ar putea ca în anumite situații precum cea de pandemie să identifice moduri de eficientizare sau soluții pentru probleme des întâlnite, să publice corrigendumuri când este necesar. Identificarea unor soluții și popularizarea lor pe parcursul implementării ar putea avea un mare impact în implementarea proiectelor.

## 5. TEMA DE EVALUARE 3 - ÎMBUNĂTĂȚIREA ALFABETIZĂRII DIGITALE A POPULAȚIEI DIN COMUNITĂȚILE DEZAVANTAJATE (OBIECTIV SPECIFIC 4.3)

**338.** Evaluarea a vizat intervențiile din cadrul temei 3 - Îmbunătățirea alfabetizării digitale a populației din comunitățile dezavantajate OS 4.3 din domeniul incluziunii sociale aferente priorității de investiții 9ii – ”Integrarea socio-economică a comunităților marginalizate, cum ar fi romii”.

**339.** În această etapă, evoluția implementării permite formularea unui răspuns doar pentru prima întrebare de evaluare: ”Care este progresul observat al alfabetizării digitale în comunitățile dezavantajate?”

**340.** În condițiile în care **nu au fost finanțate proiecte în cadrul OS 4.3** abordarea metodologică din cadrul evaluării, în această etapă, s-a centrat pe identificarea evoluțiilor în domeniul alfabetizării digitale la nivelul populației și pe estimarea modului în care intervențiile eventuale pot fi prioritizate în perioada următoare.

**341.** Metodologia de evaluare s-a concretizat într-un mixt centrat pe metode calitative (7 interviuri) triangulate cu date administrative și analiza secundară de date, prioritizând implicarea tuturor categoriilor de stakeholderi implicați în procesul de planificare strategică.

**342.** Perioada evaluată este durata implementării Programului Operațional Capital Uman (POCU) de la demarare până la data de 31.12.2020.

**343.** Limitările metodologice au în vedere dificultatea obținerii de informații, opinii și date suplimentare în condițiile în care nu s-au lansat apeluri și, practic, nu au fost finanțate proiecte. Majoritatea respondenților au avut tendința de a se limita la a constata această stare de fapt și existența unei decizii în acest sens, fiind nevoie de un set extins de întrebări se sprijin pentru a genera opinii cu privire a situația semnalată.

### Aspecte generale privind intervențiile evaluate

**344.** În contextul pandemiei și al deficitului de intervenții în infrastructura necesară nu au fost inițiate apeluri de proiecte care să aibă în vedere dezvoltarea centrelor PAPI la nivelul comunităților marginalizate și extinderea rețelei naționale de Centre de cunoaștere comunitară.

**345.** În perioada 2014-2020 se înregistrează un trend ascendent al indicelui DESI pentru România, global și pe componente. Ponderea persoanelor AROPE a scăzut semnificativ pe tot parcursul perioadei 2014-2020, România îndeplinind de peste cinci ori ținta angajată pentru 2020 în PCU.

**346.** România se situează pe ultimul loc în Europa în ceea ce privește implicarea întreprinderilor în instruirea TIC a angajaților și la 75% din media europeană a indicelui DESI, fiind deficitară la toate componentele care vizează capitalul uman și utilizarea serviciilor digitale. De asemenea, România se înregistrează diferențe semnificative față de media UE la toți indicatorii care monitorizează implementarea Agendei digitale.

**347.** Mai puțin de o treime din populația deține competențe digitale cel puțin elementare, ponderea persoanelor aflate în situație de risc de sărăcie și excluziune este cu peste 30% mai mare în România decât media la nivel european, fiind înregistrate disparități regionale semnificative.

**348.** Sărăcia în muncă a celor care lucrează cu normă parțială este în creștere înregistrând valori de peste 4 ori mai mari în România în raport cu media UE, iar rata NEETs în mediul rural este de 2,7 ori mai mare decât cea din mediul urban, iar ponderea tinerilor care părăsesc timpuriu școala, în rândul celor



care nu doresc să muncească este 2,5 ori mai mare decât media europeană, ambii indicatori cu tendință ascendentă în ultimii patru ani.

## Concluziile și recomandările evaluării

### Concluzii

**349.** La nivelul național se înregistrează tendințe de îmbunătățire a alfabetizării digitale și de scădere a riscului de sărăcie ca urmare a dezvoltării societății în ansamblu.

**350.** Întreprinderile din România așteaptă ca cei care își caută loc de muncă să dețină deja competențele necesare.

**351.** Deși are un grad de conectivitate peste media europeană, România rămâne deficitară în implementarea Agendei digitale europene din cauza nivelului scăzut de competențe digitale elementare în rândul populației și a utilizării serviciilor digitale în spațiul public și la locul de muncă.

**352.** Nevoia de intervenție vizează majoritatea populației fiind necesare acțiuni naționale, etapizate, cu susțineri instituționale multiple.

**353.** Cresc asimetria informațională și distanța socială dintre grupurile aflate în dificultate (persoane AROPE, NEETs din mediul rural, persoane slab implicate pe piața muncii) și media populației la nivel național și european.

### Recomandări

**354.** La nivel strategic și al cadrului de reglementare recomandăm implementarea de politici publice care să accelereze ritmul de creștere a indicelui DESI prin măsuri de stimulare a implicării sociale a instituțiilor (publice și private) care pot constitui actori a alfabetizării digitale.

**355.** Tot la nivel strategic recomandăm menținerea în Strategia Națională Agenda digitală a României pentru perioada 2021-2027 a obiectivelor nerealizate (ex: 500 centre PAPI nou create până în 2020).

**356.** La nivelul programului și sistemului de implementare recomandăm dezvoltarea prioritară a centre lor PAPI în toate comunitățile marginalizate din mediul rural și identificarea de mecanisme de atragere a tinerilor în aceste centre pentru dobândirea de competențe necesare integrării pe piața muncii.

## 5.1. CADRUL GENERAL AL EVALUĂRII

### 5.1.1. OBIECTIVELE EVALUĂRII

**357.** Conform Caietului de Sarcini pentru evaluarea intervențiilor din cadrul Temei 3 sunt **prevăzute 8 întrebări de evaluare** pentru exercițiul de evaluare 2021 pentru Tema 3, respectiv:

- *ÎE1: Care este progresul observat al alfabetizării digitale în comunitățile dezavantajate?*
- *ÎE2: În ce măsură progresul observat este atribuit POCU?*
- *ÎE3: În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?*
- *ÎE4: În ce măsură efectul depășește granița zonei sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?*
- *ÎE5: În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?*
- *ÎE6: Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme?*
- *ÎE7: Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?*
- *ÎE8: Există cazuri de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și temele secundare? (de exemplu, susțin trecerea la o economie cu emisii reduse de carbon,*

*economia eficientă a resurselor, inovarea socială, îmbunătățirea accesibilității, a utilizării și a calității tehnologiilor informației și comunicațiilor, non-discriminarea)?*

**358.** În condițiile în care **nu au fost finanțate proiecte în cadrul OS 4.3.**, însă deciziile generate de pandemie au determinat schimbări semnificative la nivelul contextului care a generat proiectarea intervențiilor din cadrul acestui obiectiv, abordarea metodologică din cadrul evaluării, în această etapă, s-a centrat pe identificarea evoluțiilor în domeniul alfabetizării digitale la nivelul populației în general și la nivel comunităților dezavantajate și pe estimarea modului în care intervențiile eventuale pot fi prioritizate în perioada următoare.

**359.** În această etapă, evoluția implementării permite formularea unui răspuns doar pentru prima întrebare de evaluare.

### 5.1.2. METODOLOGIA DE EVALUARE

**360.** Metodologia de evaluare s-a concretizat într-un mixt centrat pe metode calitative triangulate cu date administrative și analiza secundară de date, prioritizând implicarea tuturor categoriilor de stakeholderi implicați în procesul de planificare strategică. Strategia metodologică este descrisă în tabelul următor:

Metode de evaluare	Domeniul de aplicare și scurtă descriere
<b>Cercetarea documentară</b>	Cercetarea documentară a vizat: <ul style="list-style-type: none"><li>analiza documentelor cheie de politică sectorială și a celor cu caracter strategic din "Strategia Națională pentru agenda digitală"</li></ul>
<b>Identificarea surselor de date și extragerea datelor</b>	Analiza de date administrative și analiza secundară de date au fost centrate pe: <ul style="list-style-type: none"><li>date privind contextul intervențiilor: incluziunea socială și gradul de marginalizare al unor zone și regiuni din România,</li><li>date privind evoluția indicatorilor de competențe digitale la nivel național și în context european (Indici și indicatori EUROSTA, DESI, INS)</li></ul>
<b>Interviuri</b>	Au fost realizate 7 interviuri cu reprezentanții următoarelor instituții: MIPE, Ministerul Cercetării, Inovării, Digitalizării, AM POCU, OIR Nord Vest, OIR Vest, OIR Centru, OIR Sud Muntenia. Dată fiind situația generată de pandemia Covid-19, interviurile s-au desfășurat online, prin intermediul unei platforme comun agreeate cu participanții (Zoom).
<b>Tehnici vizuale - hărți GIS</b>	Au fost folosite ca tehnici vizuale diferitele grafice și tabele, ce apar în corpul principal al raportului.
<b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b>	Procesarea și analiză statistică a datelor a fost folosită pentru datele statistice relevante grupurilor țintă și evoluției situației acestora, datele administrative de program alte date administrative relevante.
<b>Panelul de experți</b>	Panelul de experți s-a desfășurat online pe platforma de discuții Zoom. În cadrul panelului, discuția s-a concentrat pe factorii care au împiedicat inițierea de apeluri pe tema 3, principalele lecții învățate în acest exercițiu de finanțare și modul în care s-ar putea dinamiza procesul de alfabetizare digitală.

**361.** **Perioada evaluată** a fost durata implementării **intervențiilor POCU 2014-2020 în domeniul incluziunii sociale** de la demararea programului până la data de referință **31.12.2020**. Acest raport se concentrează pe evaluarea POCU exercițiul 2021, incluzând și referințe la exercițiul de evaluare programat pentru 2023. Evaluarea s-a desfășurat în perioada **aprilie 2021 - noiembrie 2021**.

### 5.1.3. LIMITĂRI METODOLOGICE ȘI PROBLEME ÎNTÂMPINATE ÎN APLICAREA METODOLOGIEI DE EVALUARE

**362.** Limitările metodologice au în vedere dificultatea obținerii de informații, opinii și date suplimentare în condițiile în care nu s-au lansat apeluri și, practic, nu au fost finanțate proiecte. Majoritatea respondenților au avut tendința de a se limita la a constata această stare de fapt și existența unei decizii în acest sens, fiind nevoie de un set extins de întrebări se sprijin pentru a genera opinii cu privire a situația semnalată.

## 5.2. CONSTATĂRILE, CONCLUZIILE ȘI RECOMANDĂRILE EVALUĂRII

### 5.2.1. ASPECTE GENERALE PRIVIND INTERVENȚIILE EVALUATE

**363.** Intervențiile în domeniul incluziunii sociale în aria OS 4.3. au avut în vedere:

- Alfabetizarea digitală a persoanelor din comunitățile marginalizate și a persoanelor aflate în risc de excluziune socială;
- Reducerea semnificativă populației AROPE (580.000) până în 2020;
- Reducerea sărăciei în muncă;
- Reducerea ratei părăsirii timpurii a școlii în comunitățile marginalizate și în rândul copiilor din familii defavorizate;

**364.** Acțiunile derulate în cadrul OS 4.3. presupuneau implementarea de PAPI- Puncte de Acces Public de Informare în comunitățile marginalizate având ca rezultat creșterea numărului de persoane din aceste comunități ale căror competențe digitale se îmbunătățesc. Dotarea fizică a centrelor cu calculatoare, servere, conexiune internet urma să fie realizată prin POC (conform principiului complementarității) respectiv prin AP 2, OS 2.4.- Consolidarea aplicațiilor TIC pentru e-guvernare, e-învățare, e-incluziune, e-cultură, e-sănătate.

**365.** În aceste centre, prin POCU, erau proiectate activități care să asigure:

- Furnizarea de programe de formare profesională continuă persoanelor din grupurile dezavantajate;
- Furnizarea de programe de calificare și acumulare de competențe TIC;
- Funcționarea centrelor PAPI, inclusiv salarizarea personalului și întreținerea și amenajarea spațiului necesar;
- Acțiuni de alfabetizare a persoanelor din comunitățile dezavantajate;
- Evaluarea și certificarea competențelor TIC dobândite pe cale non-formală sau informală;
- Furnizarea de programe de formare de formatori în domeniul digital;
- Alte acțiuni care vizează alfabetizarea digitală a populației

**366.** Centrele PAPI urmau să devină Centre de cunoaștere comunitară care să asigure populației din zonele marginalizate o gamă largă de servicii electronice și acces la datele și informațiile necesare.

**367.** Intervențiile din POCU AP4, OS 4.3. au fost proiectate atât pentru proiecte competitive cât și non-competitive. Suplimentar complementarității cu POC și aplicării principiului intervențiilor integrate la nivel comunitar s-au avut în vedere și acțiuni inovative care să vizeze mai ales depășirea unor bariere valorice și culturale în comunitățile marginalizate și care să crească implicarea membrilor acestor comunități în procesul de alfabetizare digitală.

GRUP ȚINTĂ	ACTIVITĂȚI ELIGIBILE	OBIECTIV	INDICATORI
Persoane din cadrul comunităților marginalizate	<ul style="list-style-type: none"><li>• Furnizarea de programe de formare profesională continuă persoanelor din grupurile dezavantajate;</li><li>• Furnizarea de programe de calificare</li></ul>	<i>Integrarea socio-economică a comunităților</i>	4S206 4S226 4S47

GRUP ȚINTĂ	ACTIVITĂȚI ELIGIBILE	OBIECTIV	INDICATORI
Furnizori de formare profesională Personalul din centrele PAPI Centre acreditate de evaluare a competențelor	competențe TIC; <ul style="list-style-type: none"> <li>Asigurarea funcționării centrelor PAPI;</li> <li>Acțiuni de alfabetizare a persoanelor din comunitățile dezavantajate;</li> <li>Evaluarea și certificarea competențelor TIC dobândite pe cale non-formală sau informală;</li> <li>Furnizarea de programe de formare de formatori;</li> <li>Alte acțiuni care vizează alfabetizarea digitală a populației;</li> </ul>	<i>marginalizate și a persoanelor vulnerabile cum ar fi romii</i>	4S160 4S161 4S162 4S163

**368.** Pentru evaluarea intervențiilor din cadrul priorității de investiții 9ii- "Integrarea socio-economică a comunităților marginalizate, cum ar fi romii" au fost stabiliți o serie de indicatori de realizare comuni<sup>58</sup>, cu o frecvență anuală de raportare atât pentru regiunile mai puțin dezvoltate cât și pentru regiunile mai dezvoltate:

ID	Indicator de rezultat	Regiune	Țintă 2023
4S47	Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile (din care: din zona rurală) care beneficiază de servicii integrate	Mai puțin dezvoltate	34.600
4S160	Persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) din comunitățile marginalizate care beneficiază de servicii integrate, din care: roma	Mai puțin dezvoltate	77.284
4S161	Servicii (din care: din zona rurală) la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin,	Mai puțin dezvoltate	3.800
4S162	Comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) care beneficiază de sprijin, din care: cele cu populație aparținând minorității roma	Mai puțin dezvoltate	494
4S163	Persoane (din care: din zona rurală) care beneficiază de instruire/ programe de certificare competențe	Mai puțin dezvoltate	173.000
4S47	Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile (din care: din zona rurală) care beneficiază de servicii integrate	Mai dezvoltate	347
4S160	Persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) din comunitățile marginalizate care beneficiază de servicii integrate, din care: roma	Mai dezvoltate	1.921
4S161	Servicii (din care: din zona rurală) la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin,	Mai dezvoltate	39
4S162	Comunități marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) care beneficiază de sprijin, din care: cele cu populație aparținând minorității roma	Mai dezvoltate	1
4S163	Persoane (din care: din zona rurală) care beneficiază de instruire/ programe de certificare competențe	Mai dezvoltate	860

**369.** Activitățile finanțate în cadrul OS 4.3 urmau să contribuie și la realizarea următorilor indicatori de program:

<sup>58</sup> Cadrul de performanță POCU, dec 2020 (pag 418)

ID	Indicator de rezultat AP 4	Regiune	Referință	Țintă
			2018	2023
4S206	Servicii comunitare (din care: din zona rurală) care beneficiază de sprijin, din care servicii educaționale	Mai puțin dezvoltate	66	467
4S226	Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici / stimulent de risc etc., din care: sectorul educațional	Mai puțin dezvoltate	3593	25329
4S160	Persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) din comunitățile marginalizate care beneficiază de servicii integrate, din care: roma	Mai puțin dezvoltate	56.000	77.284

**370.** În octombrie 2018 a fost lansat în consultare publică ghidul solicitantului pentru “Îmbunătățirea alfabetizării digitale a populației din comunitățile marginalizate – e-Incluziune”. Solicitant eligibil a fost doar Ministerul Muncii și Justiției Sociale în parteneriat cu actori relevanți. Condiția de eligibilitatea a vizat grupul țintă al proiectului, “persoane din comunități marginalizate”, respectiv minim 30.000 de persoane din toate regiunile mai puțin dezvoltate. Alocarea financiară stabilită era, cumulativ pentru toate cele 7 regiuni mai puțin dezvoltate, de 5 milioane de euro.

**371.** Ghidul indica legătura strategică a intervenției cu Strategia națională privind Agenda Digitală pentru România 2020 și asigură instrumentarul necesar localizării intervențiilor, prin utilizare Indicatorilor și hărților din cele două atlase naționale ale zonelor marginalizate (urban și rural).

**372.** Implementarea activităților OS 4.3. a fost dependentă de asigurarea infrastructurii necesare prin POC, AP 2, OS 2.4.- Consolidarea aplicațiilor TIC pentru e-guvernare, e-învățare, e-incluziune, e-cultură, e-sănătate, secțiunea E-INCLUZIUNE.

**373.** În contextul pandemiei COVID 19, ca urmare a modificărilor din martie 2020 intervențiile POC OS 2.4. au fost concentrate pe capitolul e-învățare, fiind prioritară asigurarea cu echipamente informatice necesare derulării on-line a procesului de învățământ, inclusiv în comunitățile marginalizate și în cazul copiilor care provin din familiile cu risc ridicat de sărăcie și marginalizare<sup>59</sup>.

**374.** În acest context, nu au fost inițiate apeluri de proiecte care să aibă în vedere dezvoltarea centrelor PAPI la nivelul comunităților marginalizate și extinderea rețelei naționale de Centre de cunoaștere comunitară. Deși în Ghidul solicitantului POCU OS 4.3. erau avute în vedere și centrele PAPI existente<sup>60</sup>, până la 31 decembrie 2020 nu au fost finanțate intervenții pentru funcționarea și activarea comunitară a acestor centre.

<sup>59</sup> Alocarea de tablete s-a făcut pe baza declarației unui părinte privind veniturile per membru de familie și faptul că fiul/fiica nu deține deja un echipament necesar învățării online. Particularizarea criteriilor s-a făcut la nivel de județ, de comisii speciale create prin OM/MEN 4.738 din 20 iulie 2020. Una dintre condițiile stabile în OM menționat (Art.1) pentru elevii săraci a fost “familii nu dețin niciun dispozitiv electronic cu conexiune la internet”, ceea ce a determinat inclusiv o alocare a dispozitivelor în zone fără acoperire, sau în familii fără nicio competență în utilizarea dispozitivelor respective (sursa datelor UNICEF-Studiul: „Evaluarea impactului socio-economic al pandemiei de COVID-19 asupra familiilor și copiilor, cu accent pe cei vulnerabili”)

<sup>60</sup> Ghidul solicitantului, pag 9- Activitatea 4

## 5.2.2. IE1: CARE ESTE PROGRESUL OBSERVAT AL ALFABETIZĂRII DIGITALE ÎN COMUNITĂȚILE DEZAVANTAJATE?

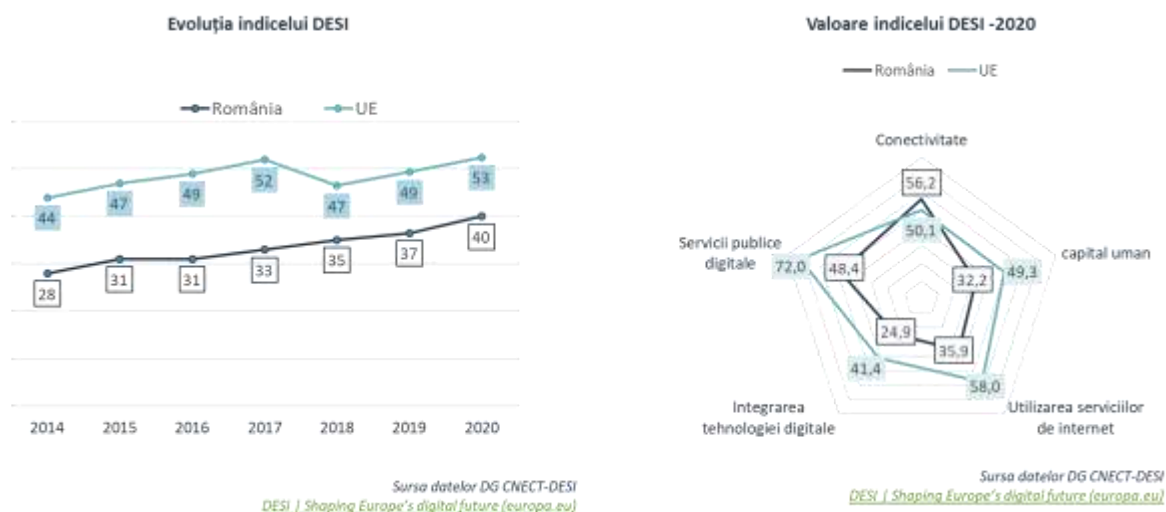
Ipoteză 1: Procesul de alfabetizare digitală în comunitățile dezavantajate a înregistrat un progres

**375.** Procesul de evaluare pornește de la indicatorii de program utilizați la nivel național, indicatorii privind evoluția sărăciei și marginalizării sociale și indicatorii utilizați la nivel european pentru evaluarea nivelului de competențe digitale.

**376.** În documentul de analiză a acțiunilor UE vizând creșterea nivelului competențelor digitale de bază<sup>61</sup>, Curtea de conturi europeană utilizează două surse de informații pentru evaluarea nivelului de competențe digitale:

- DESI- Indicele economiei și societății digitale, indice compozit cu cinci dimensiuni, fiecare cu o structură internă dinamică de-al lungul timpului<sup>62</sup>;
- ICD- Indicatorul privind competențele digitale al Eurostat care se bazează pe activități selectate legate de utilizarea internetului sau a software-ului de către persoane cu vârste cuprinse între 16 și 74 de ani, în patru domenii specifice (competențe în materie de informare, de comunicare, de soluționare a problemelor și de software).

**FIGURA 27. EVOLUȚIA INDICELUI DESI ȘI VALOARE LUI PE COMPONENTE ÎN ANUL 2020**



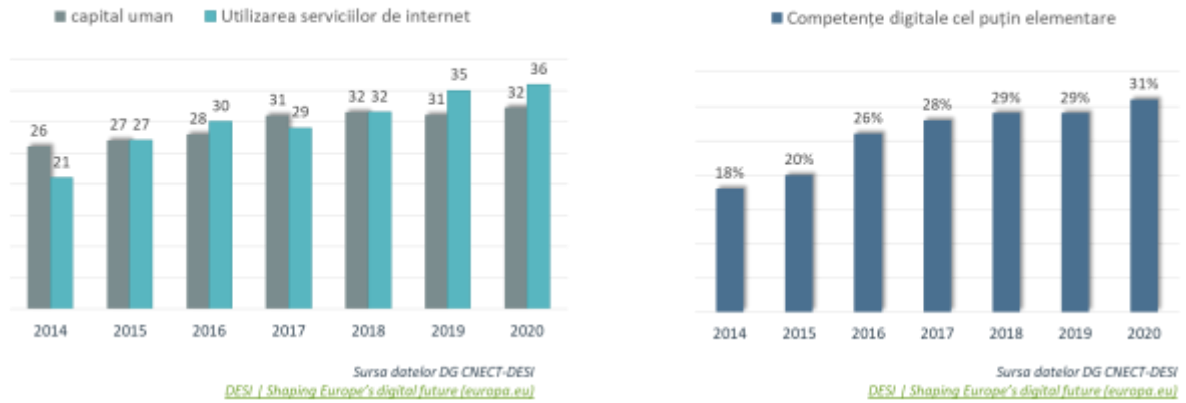
**377.** La nivel național, **evoluția indicelui DESI** în perioada 2014-2020 este constant ascendentă, România recuperând ușor (+12%) din decalajul înregistrat la începutul perioadei în raport cu media europeană. Cu toate acestea, nivelul economiei și societății digitale din România se situează puțin peste 75% din media europeană, cu valori deficitare pentru patru din cele cinci componente (toate cu excepția conectivității).

<sup>61</sup> Curtea de Conturi Europeană, 2021, Document de analiză nr.2, Acțiuni ale UE vizând creșterea nivelului competențelor digitale de bază

<sup>62</sup> Fiecare dimensiune este modificată periodic. Spre exemplu, în dimensiunea "Capital uman" s-au introdus patru indicatori noi: ponderea persoanelor cu competențe digitale peste nivel elementar, ponderea persoanelor cu competențe digitale în materie de software, specialiste în TIC și absolvenți în TIC.



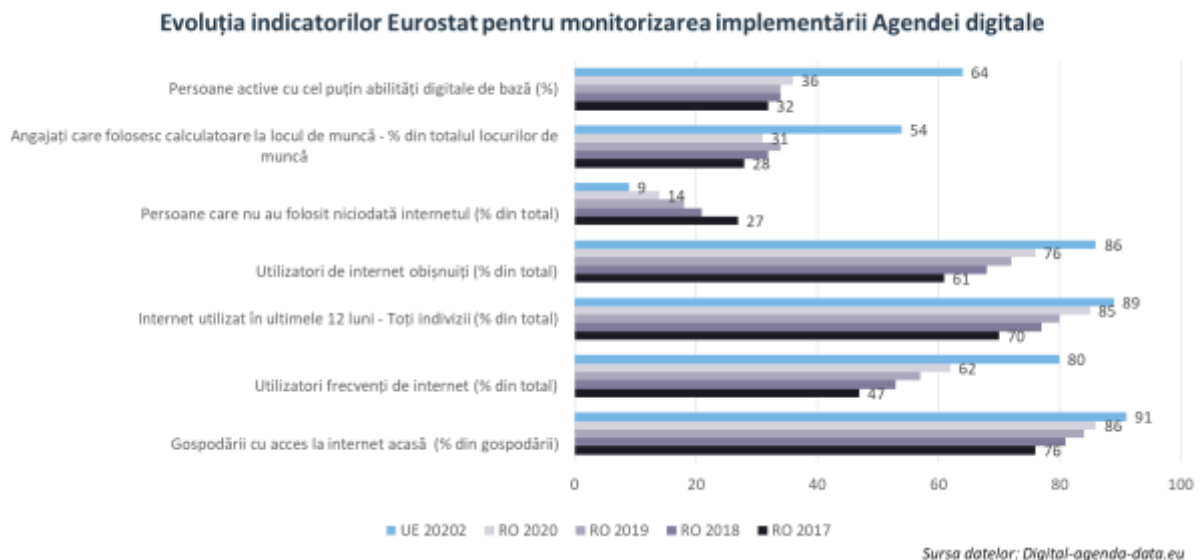
**FIGURA 28. EVOLUȚIA COMPONENTELOR DESI ÎN ROMÂNIA**



**378.** Analiza componentelor de interes ale indicelui arată că pe întreaga perioadă de referință atât capitalul uman cât și utilizarea serviciilor de internet au crescu într-un ritm relativ similar. În cadrul componentei de capital uman, indicatorul ”competențe digitale cel puțin elementare” (2.1.a) având pe parcursul perioadei analizate o creștere de 72%, aproximativ o treime din populație (31%) deținând competențe digitale cel puțin elementare.

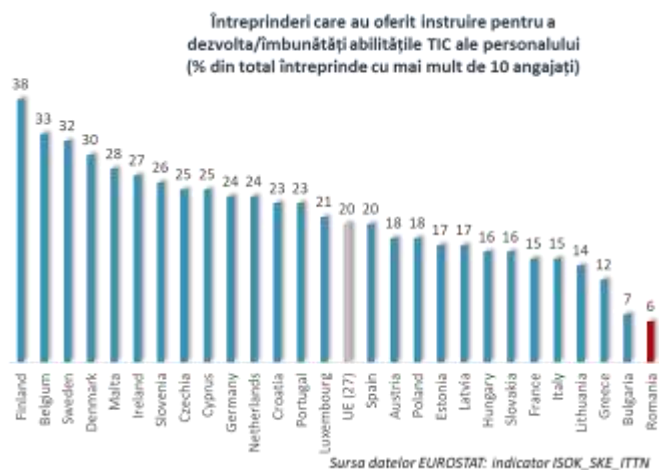
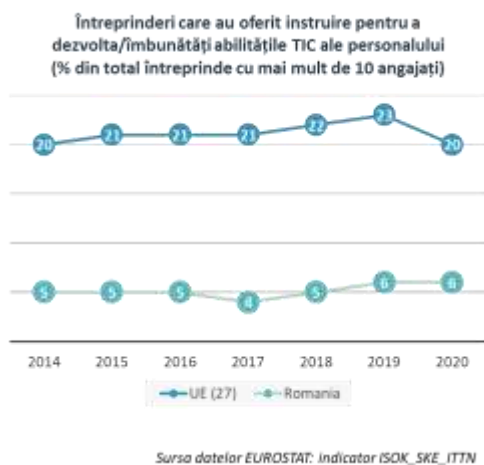
**379.** Indicatorii Eurostat prin care este monitorizată implementarea agendei digitale la nivel european evidențiază de asemenea faptul că, deși accesul la internet al gospodăriilor din România se apropie ca pondere de media europeană (95% din media la nivel european), totuși utilizarea frecventă a internetului se situează la 78% din media europeană, ponderea celor care nu au folosit niciodată internetul este cu peste 50% mai ridicată în România decât media europeană, utilizarea calculatorului la locul de muncă este semnificativ mai scăzută în România în comparație cu media UE, iar ponderea persoanelor active care au cel puțin abilități digitale de bază este în România doar la puțin peste jumătate (56%) din media europeană.

**FIGURA 29. EVOLUȚIA INDICATORILOR EUROSTAT**



**380.** Dacă tendințele de creștere la nivelul indicatorilor privind dinamica societății digitale prezentați anterior au o tendință ascendentă evidentă, reflectare lor asupra indicatorilor de impact social nu are aceeași consistență.

**FIGURA 30 - EVOLUȚIA SPRIJINULUI ANTREPRENORIAL ÎN ÎMBUNĂȚĂȚIREA COMPETENȚELOR TIC**



**381.** România a înregistrat în ultimii o tendință ușor ascendentă (+1%) a **întreprinderilor**<sup>63</sup> care au **oferit instruire** pentru a dezvolta/îmbunătăți competențele TIC ale angajaților, însă interesul întreprinderilor în acest tip de intervenție rămâne foarte scăzut, cel mai scăzut din Uniunea Europeană, poziționându-se la mai puțin de o treime din media la nivelul UE. Astfel, pe tot parcursul intervalului de referință sectorul antreprenorial se menține ca partener slab interesat în procesul de alfabetizare digitală (inclusiv în ceea ce îi privește pe proprii angajați<sup>64</sup>), așteptând mai degrabă ca piața forței de muncă să livreze personal care să dețină deja competențele necesare.

<sup>63</sup> Întreprinderi cu 10 sau mai mulți angajați

<sup>64</sup> Interviuurile realizate la nivelul OIR semnalează dificultatea de a convinge beneficiarii privați de tip IMM în accesarea de fonduri pentru creșterea nivelului de profesionalizare a personalului propriu, din cauza percepției managerilor că o potențială profesionalizare ar atrage presiuni de creștere salarială sau chiar pierderea personalului

FIGURA 31. EVOLUȚIA RATEI PĂRĂSIRII TIMPURII A ȘCOLII



**382. Rata părăsirii timpurii a școlii** înregistrează un ușor trend descendent în ultimii 5 ani (-3,5%), România menținându-se însă pe parcursul întregii perioade pe primele locuri în UE în la acest indicator al riscului de sărăcie, alături de Spania, cu valori ale ratei cu peste 50% mai mari decât media UE. Rata părăsirii timpurii a școlii în rândul tinerilor<sup>65</sup>, în scădere în intervalul de analiză (-2,2%) se păstrează semnificativ mai ridicată decât media la nivel european (+39%) și în directă corelație cu limitarea dorinței de integrare pe piața forței de muncă.

**383.** Rata părăsirii timpurii a școlii în rândul tinerilor care nu doresc să muncească este în creștere în perioada de referință indicând o tendință ascendentă a sărăciei și excluziunii sociale a acestora.

TABEL 25. RATA PĂRĂSIRII TIMPURII A ȘCOLII

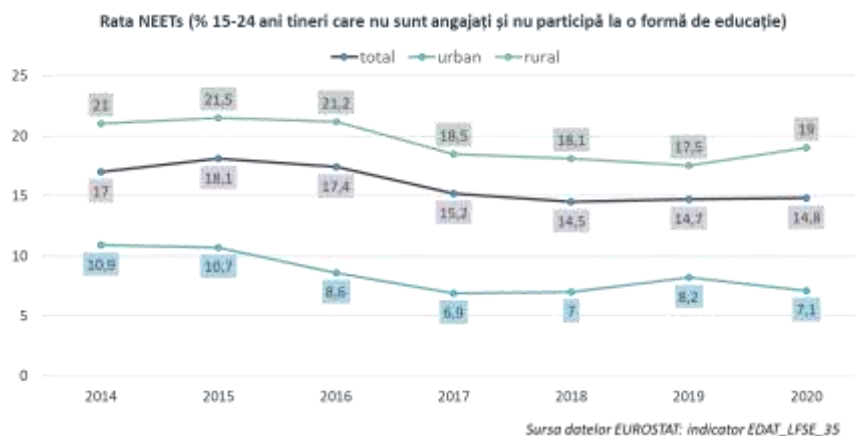
Rata părăsirii timpurii a școlii (% din 18-24 ani...)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
UE27 (persoane neangajate)	6,8	6,6	6,4	6,0	5,8	5,5	5,7
România (persoane neangajate)	9,0	9,7	9,8	8,7	8,0	7,6	7,9
UE27 (persoane aflate în căutarea unui loc de muncă)	4,8	4,5	4,2	3,9	3,6	3,4	3,5
România (persoane aflate în căutarea unui loc de muncă)	4,8	4,4	4,3	3,7	2,7	2,2	2,1
UE (care nu doresc să muncească)	2,2	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
România (care nu doresc să muncească)	4,3	5,3	5,5	5,0	5,3	5,3	5,8

Sursa datelor EUROSTAT indicator EDAT\_LFSE\_14

**384. Rata NEETs** descendentă în perioada 2015-2020 rămâne însă semnificativă (14,8% la nivel național), dar, mai ales rămâne direct corelată cu mediu de rezidență fiind cu 28% mai ridicată în mediul rural decât media în anul 2020, an în care, pe fondul pandemiei s-a înregistrat stagnarea trendului descendent ce caracterizează perioada în ansamblu.

<sup>65</sup>Indicatorul are în vedere tinerii 18-24 ani

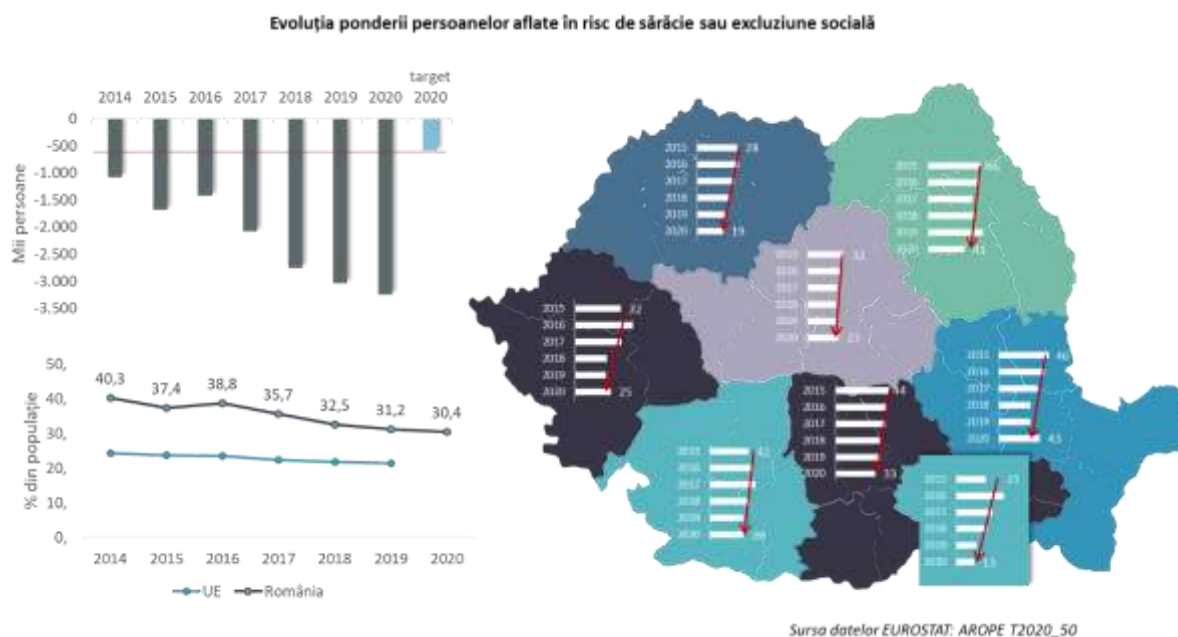
FIGURA 32. EVOLUȚIA RATEI NEETS LA NIVEL NAȚIONAL



**385. Ponderea persoanelor aflate în risc de sărăcie și excluziune socială** a scăzut semnificativ pe tot parcursul perioadei de referință, România îndeplinind de peste cinci ori ținta angajată pentru 2020 de a reduce populația AROPE cu 580.000 persoane. Cu toate acestea remarcăm faptul că ponderea persoanelor aflate în situație de risc de sărăcie și excluziune este cu peste 30% mai mare în România decât media la nivel european<sup>66</sup>, aproximativ unul din trei români (30,4% din populație, respectiv 5.873.000 persoane) aflându-se în această situație.

<sup>66</sup> Comparație la nivelul anului 2019. Eurostat nu prezintă date pentru 2020 la nivel european

FIGURA 33- EVOLUȚIA PONDERII PERSOANELOR AFLATE ÎN RISC DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ



**386.** Comparația la nivel regional evidențiază ritmuri diferite de scădere a populației AROPE, de la regiuni cu ritm accelerat cum sunt Sud-Muntenia și Nord-Vest, la regiuni cu ritm semnificativ mai scăzut cum sunt Sud-Oltenia și Sud-Est. Se remarcă, de asemenea, disparități regionale semnificative, cu peste 40% populație în risc de sărăcie și excluziune în Nord-Est și Sud-Est, cu mai puțin de 20% în Nord-Vest.

**387. Sărăcia în muncă** la nivelul populației a scăzut contant în România în perioada 2014-2020 pe fondul scăderii sărăciei în muncă a persoanelor care participă cu normă întreagă pe piața forței de muncă. Pentru cei cu deficit de participare (timp parțial de lucru) tendința descendentă din perioada 2016-2019 a fost inversată de pandemia COVID 19 în anul 2020, ajungând la cote chiar mai ridicate decât cele înregistrate la începutul intervalului.

TABEL 26. PONDEREA SĂRĂCIEI ÎN MUNCĂ

Sărăcia în muncă	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
UE27	9.6	9.7	9.8	9.5	9.3	9.0	-
România	19.8	18.8	18.9	17.4	15.3	15.7	14.9
UE27 (part-time)	15.7	15.3	15.8	15.6	15.6	15.1	-
România (part-time)	63.5	59.4	64.7	61.1	62.7	62.2	65.9
UE (full-time)	7.7	7.7	7.8	7.7	7.6	7.5	-
România (full-time)	15.0	14.7	14.3	13.3	11.2	12.3	11.2

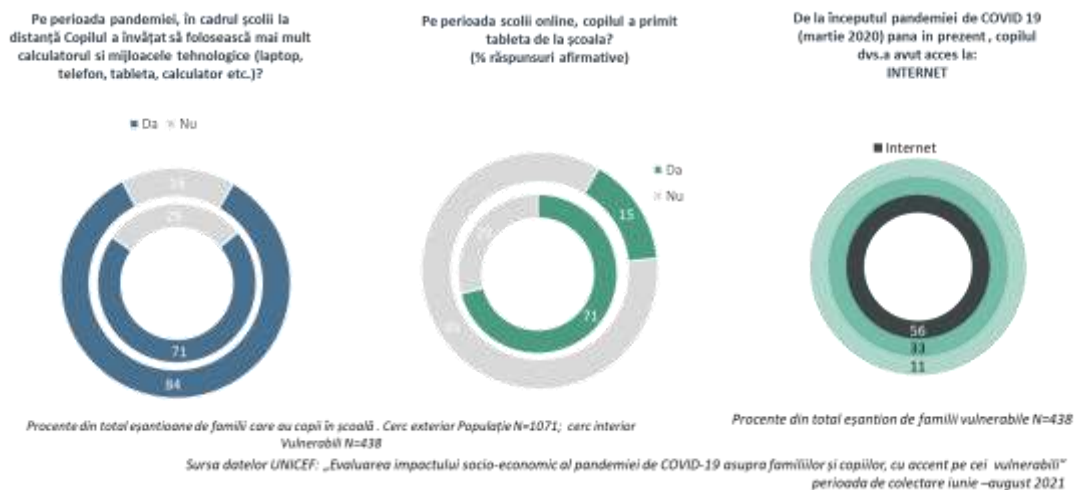
Sursa datelor EUROSTAT indicator EU-SILC [TESSI250]

**388.** În urma interviurilor efectuate s-a ajuns la concluzia că renunțarea la intervențiile din cadrul OS 4.3 a avut două cauze majore: realocarea în POC și reconsiderarea interesului pentru susținerea centrelor PAPI pe fondul restricțiilor de relaționare generate de pandemie.

**389.** Prima cauză și cea mai importantă a fost dată de realocarea fondurilor necesare dezvoltării și dotării centrelor PAPI din componenta e-marginalizare finanțată prin POC către componenta e-educație, astfel încât să poată fi achiziționate tabletele necesare desfășurării învățământului online. Deși nu am primit date centralizate privind numărul și modul în care aceste dispozitive au fost distribuite, datele din studiul UNICEF "Evaluarea impactului socio-economic al pandemiei de COVID-19 asupra familiilor și copiilor, cu accent pe cei vulnerabili" evidențiază faptul că aproximativ două treimi dintre copiii vulnerabili<sup>67</sup> au primit tablete și au învățat să folosească mai mult calculatorul sau tableta pe perioada pandemiei. În cadrul interviurilor realizate a fost menționat faptul că nu toate aceste tablete au fost distribuite prin intermediul inspectoratelor școlare (MECS), multiple organizații non-guvernamentale și donatori privați s-au alăturat efortului de dotare a copiilor cu tablete și calculatoare pentru a putea susține procesul educațional<sup>68</sup>.

**390.** Reconsiderare interesului pentru susținerea centrelor PAPI a fost argumentată de faptul că, în contextul pandemic, angajarea de personal, susținerea de cursuri de pregătire sau de certificare a competențelor digitale obținute în alte moduri decât cel școlar ar fi fost oricum îngreunate, iar în anumite perioade chiar imposibile, chiar dacă realitățile sociale care au determinat proiectarea intervenției își păstrează importanța.

**FIGURA 34. DECLARAREA PRIMIRII DE TABLETE DE CĂTRE COPII ÎN CADRUL ACȚIUNILOR DE SUPT A EDUCAȚIEI ONLINE**



<sup>67</sup> Vulnerabilitatea în cadrul acestui proiect, pentru sondajul de opinie a fost definită ca incluzând copiii aparținând minorității roma, copii cu handicap, copii din centrele rezidențiale și copii aflați în sistemul de protecție specială, copii în risc de abandon (în special cei cu părinți plecați la muncă în străinătate și copii care trăiesc în condiții de paupertate severă (venituri/ membru al gospodărie sub 1,5 euro/ zi și precaritate accentuată a locuirii)

<sup>68</sup> Cu caracter de exemplu: World Vision România a donat 4000 de tablete pentru elevii din mediul rural, Fundația Vodafone, SOS Satele copiilor, Organizația "Salvați copiii", Fundația Group Renault etc.



---

*La nivelul POCU erau planificate și acele centre de resurse PAPI la nivel local, pentru acces la informații pentru comunitățile marginalizate, pentru care nu s-a găsit soluție de implementare, nu a existat capacitate și nici, cumva, cerere sau disponibilitate, grupuri disponibile la nivel local care să acceseze astfel de centre. Prin urmare, această intervenție s-a cam voalat în implementare... În programare era evident că este o cerere foarte mare și ar fi fost foarte benefică intervenția. (reprezentant autoritate centrală)*

---

**391.** Un argument suplimentar a fost cel al întârzierilor înregistrate în dezvoltarea centrelor finanțate prin mecanismul CLLD, centre care, în comunitățile marginalizate asigură infrastructura pentru punctele PAPI destinate persoanelor vulnerabile. Acest decalaj temporar care caracterizează intervențiile mixte (hard-infrastructură finanțate prin POR/POC/FEDR și soft-capacitate umană finanțate prin POCU/FSE) reprezintă un punct sensibil al programării acestora.

---

*Prioritățile în procesul de implementare au fost legate de nevoile directe ale comunităților de infrastructură, servicii sociale și acces la servicii, la educație pentru copii din grupurile marginalizate. Toate acele intervenții erau prevăzute în OS 4.1, OS4.2, pentru comunități și în strategiile CLLD. A fost dificil să se demareze aceste intervenții de bază și indispensabile pentru comunități. Această intervenție a digitalizării ar fi venit cumva să desăvârșească aceste intervenții de bază. Numai că implementarea a fost greoaie pe celelalte componente. (reprezentant autoritate centrală).*

---

**392.** Toți participanții la interviuri au apreciat că nevoile care au generat proiectarea intervenției se păstrează, chiar importanța intervenției crescând odată cu creșterea gradului de dotare la nivel de gospodărie, mai ales în zonele marginalizate, prin programele pentru educație online. Semnale similare au fost primite și din partea beneficiarilor care au lucrat cu copiii vulnerabili în proiectele POCU din aria de intervenție a dezinstituționalizării, în centrele de zi, încercând să suplinească deficitul de abilități și informație în utilizarea mijloacelor electronice puse la dispoziția copiilor de școli.

---

*Este nevoie de intervenție în continuare în primul rând pentru deprinderea unor abilități de bază, acelea de a deschide laptopul, de a intra pe anumite site-uri, de a trimite un email, sau de a iniția anumite discuții. Dacă ar fi fost realizate activitățile din OS4.3, POCU, la acțiunile care au vizat eliminarea analfabetismului digital, probabil că participanții la programul e-educare ar fi deprins aceste abilități și ar fi crescut gradul de alfabetizare. (reprezentat autoritate centrală)*

---

## Sinteza constatărilor

**393.** În perioada 2014-2020 se înregistrează un trend ascendent al indicelui DESI pentru România, global și pe componente. Ponderea persoanelor AROPE a scăzut semnificativ pe tot parcursul perioadei 2014-2020, România îndeplinind de peste cinci ori ținta angajată pentru 2020 în POCU. România se situează pe ultimul loc în Europa în ceea ce privește implicarea întreprinderilor în instruirea TIC a angajaților și la 75% din media europeană a indicelui DESI, fiind deficitară la toate componentele care vizează capitalul uman și utilizarea serviciilor digitale. De asemenea, România se înregistrează diferențe semnificative față de media UE la toți indicatorii care monitorizează implementarea Agendei digitale.

**394.** Mai puțin de o treime din populația deține competențe digitale cel puțin elementare, ponderea persoanelor aflate în situație de risc de sărăcie și excluziune este cu peste 30% mai mare în România decât media la nivel european, fiind înregistrate disparități regionale semnificative. Sărăcia în muncă a celor care lucrează cu normă parțială este în creștere înregistrând valori de peste 4 ori mai mari în România în raport cu media UE, iar rata NEETs în mediul rural este de 2,7 ori mai mare decât cea din mediul urban, iar ponderea tinerilor care părăsesc timpuriu școala, în rândul celor care nu doresc să muncească este 2,5 ori mai mare decât media europeană, ambii indicatori cu tendință ascendentă în ultimii patru ani.

**395.** În contextul pandemiei și al deficitului de intervenții în infrastructura necesară nu au fost inițiate apeluri de proiecte care să aibă în vedere dezvoltarea centrelor PAPI la nivelul comunităților marginalizate și extinderea rețelei naționale de Centre de cunoaștere comunitară.

**Validarea ipotezei 1:** *Ipoteză validată parțial. Procesul de alfabetizare digitală în comunitățile dezavantajate a înregistrat un oarecare progres generat de distribuția de tablete pentru a susține educația online a elevilor, însă suportul acordat acestora și adulților din zonele marginalizate în vederea folosirii instrumentelor tehnologice a fost restrâns, nesistematizat și fără o corelare suficientă cu facilitățile de acces la internet.*

## 5.3. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

### 5.3.1. CONCLUZII

**C1.** La nivelul național se înregistrează tendințe de îmbunătățire a alfabetizării digitale și de scădere a riscului de sărăcie ca urmare a dezvoltării societății în ansamblu.

**C2.** România se află pe ultimul loc în Europa, în ceea ce privește implicarea întreprinderilor în dezvoltarea competențelor digitale ale propriilor angajați, situându-se la mai puțin de o treime din media europeană.

**C3.** Deși are un grad de conectivitate peste media europeană, România rămâne deficitară în implementarea Agendei digitale europene din cauza nivelului scăzut de competențe digitale elementare în rândul populației și a utilizării serviciilor digitale în spațiul public și la locul de muncă.

**C4.** Nevoia de intervenție vizează majoritatea populației fiind necesare acțiuni naționale, etapizate, cu susțineri instituționale multiple.

**C5.** Cresc asimetria informațională și distanța socială dintre grupurile aflate în dificultate (persoane AROPE, NEETs din mediul rural, persoane slab implicate pe piața muncii) și media populației la nivel național și european.

### 5.3.2. RECOMANDĂRI

**R1.** La nivel strategic și al cadrului de reglementare recomandăm implementarea de politici publice care să accelereze ritmul de creștere a indicelui DESI prin măsuri de stimulare a implicării sociale a instituțiilor (publice și private) care pot constitui actori a alfabetizării digitale. În opinia noastră companiile publice și private constituie actori majori în crearea de competențe la nivelul populației adulte. În acest sens recomandăm ca la nivelul Ministerului Cercetării, Inovării și Digitalizării (MCID), componenta de creștere a competențelor digitale ale populației adulte să fie corelată cel puțin cu ritmul digitalizării administrației publice. Astfel, MCID ar putea să ofere măsuri de stimulare a companiilor care oferă angajaților cursuri



pentru utilizarea mijloacelor electronice, cel puțin în scopul creșterii competențelor acestora de a completa online formularele necesare interacțiunii în spațiul virtual cu administrația publică din România<sup>69</sup>.

**R2.** Accesul comunităților marginalizate la mijloace electronice și reducerea asimetriei comunicaționale dintre acestea și restul populației necesită o atenție specială din partea MCID/ANCOM-MIPE-ME pentru dezvoltarea Rețelei Electronice a Comunităților. Raportul "Economia Bazată pe Cunoaștere în România. Evaluarea progreselor recente. Blocaje. Recomandări de politică economică"<sup>70</sup> evidențiază nu doar disparitățile regionale, ci, pe fondul deficitului de soft românesc, nevoia de sprijin pentru persoanele vulnerabile în accesarea mijloacelor electronice<sup>71</sup> (spre exemplu peste 2/3 din populație întâmpină blocaje de limbă engleză necesare înțelegerii mesajelor de acces sau alertă) Prin urmare, la nivel strategic, recomandăm preluarea și monitorizarea pentru perioada 2021-2027 a obiectivelor nerealizate în cadrul Strategiei Naționale "Agenda digitală a României 2020" în: 1) obiectivele Strategiei de Digitalizare a Educației în România 2021 – 2027, implementate de către Ministerul Educației<sup>72</sup>, 2) în POIDS (MIPE)- Prioritatea 1. Dezvoltarea locală plasată sub responsabilitatea comunității (intervenții pentru GAL)<sup>73</sup> și în evaluarea periodică realizată de MCID (prin programe nucleu) sau/și ANCOM a dinamicii utilizării de către populație a mijloacelor de comunicare cu instituțiile publice și furnizorii de utilități.

**R3.** La nivelul programului și sistemului de implementare recomandăm MCID, în calitate de continuator al activității MCTI să evalueze periodic activitatea și impactul rețelei RECL și în urma acestei activități să formuleze recomandări privind 1) modul de dezvoltare a centrelor PAPI în școlile și în centrele comunitare sprijinite prin POIDS din comunitățile marginalizate și 2) privind mecanismele de atragere a tinerilor în aceste centre pentru dobândirea/ certificarea de competențe necesare integrării lor pe piața muncii.

---

<sup>69</sup> De exemplu, modelul zilei libere acordată pentru autorecenzare ar putea fi extins și în cazul plății online a impozitelor și taxelor locale, sau plății online a utilităților pentru o perioadă de un an.

<sup>70</sup> Raport elaborat de membrii Grupului Consultativ al Centrului de Resurse pentru Economia Bazată pe Cunoaștere; [raport.ke.doc \(live.com\)](https://raport.ke.doc.live.com). Reamintim că dezvoltarea Rețelei Electronice a Comunităților Locale, care include centrele PAPI, s-a realizat ca intervenție pilot în cadrul proiectului Economia Bazată pe Cunoaștere dezvoltat de Ministerul Comunicațiilor și Tehnologiei Informației în parteneriat cu Banca Mondială

<sup>71</sup> Decalajul digital (digital gap) este tot mai frecvent menționat în rândul factorilor care generează inegalitate socială: [https://ec.europa.eu/home-affairs/system/files/2019-12/88\\_factsheet-amif-bridge-digital-divide-more-inclusive-europe.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/system/files/2019-12/88_factsheet-amif-bridge-digital-divide-more-inclusive-europe.pdf)

<sup>72</sup> Care își propune ca obiectiv "alfabetizarea digitală a cel puțin 90% din populația țării prin dotarea tuturor școlilor din țară cu infrastructură și resurse tehnologice, inclusiv prin cursuri de formare pentru părinți: <https://www.edu.ro/strategia-de-digitalizare-educa%C8%9Biei-din-rom%C3%A2nia-2021-2027-smart-edu-lansat%C4%83-%C3%AEen-consultare-public%C4%83>

<sup>73</sup> Prin includerea PAPI în centrele comunitare care urmează să fie sprijinite, în special în ceea ce privește alfabetizarea digitală a acelor care nu au copii în școală și certificarea competențelor digitale pentru cei care le-au dubândit în activități necertificate.

## 6. TEMA DE EVALUARE 4 – DEPĂȘIREA SITUAȚIILOR DE VULNERABILITATE (ARIA DE CUPRINDERE – OBIECTIVUL SPECIFIC 4.4)

### 6.1. Contextul evaluării

**396.** Acest raport este unul dintre cele șapte rapoarte tematice aferente primului exercițiu de evaluare a Programului Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020 din cadrul proiectului „Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 Lotul 1: Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale”.

**397.** Raportul tematic se referă la tema 4 POCU (TE 4):

- TE 4 Evaluarea contribuției POCU depășirea situațiilor de vulnerabilitate de către grupurile vulnerabile

**398.** Celelalte șase rapoarte tematice acoperă alte șase teme ale evaluării și anume:

- TE 2: Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și exclusiune socială în cadrul comunităților marginalizate (Aria de acoperire – obiectivul specific 4.1, 4.2, 5.1, 5.2)
- TE 3: Îmbunătățirea alfabetizării digitale a populației din comunitățile dezavantajate (Aria de cuprindere – obiectivul specific 4.3)
- TE 5: Creșterea calității și accesului la serviciile sociale (Aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.5, 4.6, 4.7 și 4.14)
- TE 6: Creșterea calității și accesului la serviciile medicale (Aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.8, 4.9, 4.10 și 4.11)
- TE 7: Asigurarea tranziției de la sistemului instituționalizat la servicii la nivelul comunității (Aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.12, 4.13, 4.15)
- TE 8: Consolidarea capacității entităților din cadrul economiei sociale de a funcționa în mod auto-sustenabil (Aria de cuprindere: obiectivul specific 4.16)

**399.** Informații privind contextul întregului ciclu de evaluare se regăsesc în Raportul de sinteză, din care prezentăm selectiv aspectele relevante evaluării temei 4, obiect al prezentului raport tematic.

**400.** Conform CdS, opt (9) întrebări de evaluare (ÎE) au stat la baza acestui exercițiu:

**ÎE1.** Care este progresul observat cu privire la depășirea situațiilor de vulnerabilitate pentru grupurile vizate de program?

**ÎE2.** În ce măsură progresul observat este atribuit POCU?

**ÎE3.** În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?

**ÎE4.** În ce măsură efectul depășește granița zonei sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?”

**ÎE5.** În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?

**ÎE6.** Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme?

**ÎE7.** Există beneficii economice în urma intervențiilor prin POCU?

**ÎE8.** Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?

**ÎE9.** Există cazuri de bune practici în ceea ce privește implementarea intervențiilor?

**401.** Evaluarea s-a desfășurat în perioada **aprilie 2021 – noiembrie 2021**. **Data limită a datelor administrative de program** analizate este 31.12.2020, dacă nu se specifică o altă dată.

## 6.2. Prezentarea intervenției evaluate

### TE 4 în contextul programului

**402.** Tema de Evaluare 4 – *Depășirea situațiilor de vulnerabilitate* face parte din Axa Prioritară (AP) 4 - *Incluziunea socială și combaterea sărăciei*, acoperind aria de cuprindere a obiectivului specific (OS) 4.4) formulat astfel: reducerea numărului de persoane aparținând grupurilor vulnerabile prin furnizarea unor servicii sociale/ medicale/ socio-profesionale/ de formare profesională adecvate nevoilor specifice.

**403.** Persoanele aparținând grupurilor vulnerabile sunt expuse unui risc crescut de sărăcie sau excluziune socială, fiind necesară o abordare adaptată pentru fiecare categorie în parte, pentru a răspunde nevoilor complexe pe care acestea le prezintă.

**404.** În POCU 2014 – 2020 sunt menționate provocările din domeniul incluziunii sociale a căror intensitate diferă în funcție de fiecare categorie de grup vulnerabil, de caracteristicile pe care acestea le prezintă și de influența factorilor externi. Situația la data elaborării POCU este descrisă în documentul de program<sup>74</sup>, fiind surprinse aspectele problematice și subliniată necesitatea măsurilor adecvate nevoilor specifice pentru îmbunătățirea situației persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile:

- Nivel ridicat de sărăcie sau excluziune socială, în special în rândul persoanelor din grupurile vulnerabile (romi, persoane inactice pe piața muncii, persoane cu venituri reduse, foști deținuți, etc.) ca urmare a lipsei unui loc de muncă sau ca urmare a obținerii de venituri care nu acoperi nevoile de bază dat fiind nivelul redus de educație în rândul acestor persoane;
- Rata ridicată de depravare materială, în special în rândul anumitor grupuri vulnerabile (persoane vârstnice, romi, persoane fără adăpost) starea de sărăcie fiind însoțită de condiții de trai inadecvate și acces limitat la utilități și servicii de bază;
- Rata ridicată de supra-aglomerare a gospodăriilor (romi);
- Acces limitat la servicii sociale/ medicale/ socio-profesionale de calitate pentru grupurile vulnerabile și membrii familiilor acestora (persoane vârstnice, victime ale violenței domestice, agresori, victime ale traficului de persoane; persoane cu diverse dependențe; persoane recent eliberate din sistemul de detenție);
- Nr. insuficient profesioniști (domeniul social, medical etc.);
- Distribuție inegală a serviciilor în raport cu resursele disponibile;
- Risc crescut de infectare cu virusul SARS COV-2 pentru anumite grupuri vulnerabile (persoane vârstnice, persoane cu dizabilități);
- Costul ridicat al măsurilor de protecție împotriva virusului SARS-COV-2;
- Dificultăți pe piața muncii întâmpinate de persoanele care activează în anumite domenii afectate de pandemia SARS-COV-2.

**405.** Prin POCU 2014 – 2020 au fost stabilite următoarele operațiuni orientative aferente OS 4.4:

1. furnizarea de servicii sociale adaptate (preventive și remediale) pentru grupurile vulnerabile vizate prin acest obiectiv specific (vezi mai jos);

<sup>74</sup> POCU 2014 – 2020, versiunea decembrie 2020

2. dezvoltarea capacității de furnizare integrată a serviciilor sociale cu implicarea comunității, aceasta reprezentând o activitate în mecanismul de îmbunătățire a situației grupurilor, dar și un factor pozitiv în buna implementare a primei activități.

**406.** În cadrul OS 4.4 sunt vizate cu precădere persoanele fără adăpost, persoanele care suferă de diferite forme de dependență, victimele violenței domestice, victimele traficului de ființe umane, persoanele private de libertate sau aflate în perioada de probațiune, foștii deținuți, persoanele vârstnice și persoanele cu dizabilități aflate în situații de dependență sau în risc de excluziune socială.

**Activitățile eligibile** prevăzute sunt adaptate pentru fiecare grup țintă în parte, astfel:

- **Pentru persoanele fără adăpost:** sprijinirea dezvoltării/ furnizării/ accesului la servicii integrate (cazare temporară, servicii psiho-socio-medicale, educație, consiliere, (re)inserție socio-profesională, etc.);
- **Pentru persoanele care suferă de diverse forme de dependență:** sprijin pentru dezvoltarea/ furnizarea/ accesul la servicii integrate (tratament post-cura, tratament boli, consiliere familială, sprijin orientare și reintegrare profesională, etc.) și campanii de informare și conștientizare;
- **Pentru victimele violenței domestice:** sprijin pentru dezvoltarea/ furnizarea/ accesul la servicii integrate (cazare temporară, consiliere socio-juridică, consiliere, sprijin pentru inserție pe piața muncii, etc.) și campanii de informare și conștientizare;
- **Pentru victimele traficului de ființe umane:** identificarea victimelor; sprijin pentru dezvoltarea/ furnizarea/ accesul la servicii integrate (cazare temporară, servicii suport, consiliere, (re)inserție pe piața muncii, reintegrare educație, etc.) și campanii de informare și conștientizare;
- **Pentru persoanele private de libertate sau aflate în perioada de probațiune, foștii deținuți:** sprijinirea dezvoltării/ furnizării/ accesului la servicii integrate (servicii consiliere socio-psiho, consiliere juridică, reintegrare în sistem de educație, măsuri active de ocupare, formare, sprijin pentru (re)inserție pe piața muncii, etc.) și campanii de informare și conștientizare;
- **Pentru persoanele vârstnice sau persoanele cu dizabilități aflate în risc de excluziune socială:** sprijinirea dezvoltării/ furnizării/ accesului la servicii integrate; sprijinirea asistenților sociali/ lucrătorilor sociali/ asistenților medicali comunitari care sunt implicați în sprijinirea persoanelor în vârstă aflate în izolare la domiciliu sau cu restricții de deplasare, a persoanelor cu dizabilități și a familiilor care au în îngrijire persoane cu dizabilități pe perioada de epidemie cu COVID 19; sprijinirea personalului centrelor rezidențiale de îngrijire și asistență a persoanelor vârstnice, copii și adulți sau alte categorii vulnerabile, prin acordarea unui stimulente de risc; dezvoltarea de instrumente menite să vină în aplicarea măsurilor de limitare a circulației pentru persoanele vârstnice sau persoanele cu dizabilități aflate în risc de excluziune socială în vederea limitării numărului de infectării cu virusul COVID 19;
- **Pentru persoanele angajate în cadrul angajatorilor a căror activitate este direct afectată ca urmare a declarării situației de urgență** în contextul epidemiei cauzate de virusul SARS-COV-2, sprijin sub formă de subvenții.

Datele limitate cu privire la persoanele aflate în diferite situații de vulnerabilitate și nevoile specifice ale acestora reprezintă principalele limitări în implementarea intervențiilor. Totodată, dimensiunile reale ale problemei sunt greu de urmărit, iar impactul se vede în mare parte doar la nivelul beneficiarilor de servicii. Cu toate acestea, abordarea integrată în furnizarea de servicii are potențialul de a crește capacitatea de a ajuta mai multe persoane, crescând astfel nivelul de accesibilitate.

**407.** În contextul epidemiei SARS-COV-2, dificultățile întâmpinate de persoanele aflate în situație de vulnerabilitate s-au accentuat. Accesul dificil la serviciile socio-medicale, dificultățile de pe piața muncii (în special în anumite domenii economice, unde activitatea a fost direct afectată de pandemie), dar și riscul crescut de infecție pentru anumite grupuri vulnerabile sunt doar câteva dintre cauzele înrăutățirii situației pentru persoanele vulnerabile.

**408.** Acțiunile cuprinse în cadrul OS 4.4 au vizat facilitarea accesului la servicii sociale pentru



persoanele care aparțin grupurilor vulnerabile, în scopul depășirii situației de vulnerabilitate. Intervențiile promovate s-au adresat tuturor grupurilor vulnerabile:

- persoanelor fără adăpost, persoanelor care suferă de forme de dependență (alcool, substanțe interzise etc.), victimelor violenței sexuale și domestice (și agresorilor acestora), victimelor traficului de ființe umane, persoanelor private de libertate sau aflate în perioada de probațiune, foștii deținuți, persoanelor vârstnice și persoanelor cu dizabilități aflate în situații de dependență sau în risc de excludere socială, persoanelor în vârstă aflate în izolare la domiciliu sau cu restricții de deplasare, persoanelor cu dizabilități și familiilor care au în îngrijire persoane cu dizabilități pe perioada de epidemie cu COVID 19, inclusiv persoanelor din centre rezidențiale; și
- personalului centrelor rezidențiale de îngrijire și asistență a persoanelor vârstnice, centrelor rezidențiale pentru copii și adulți, cu și fără dizabilități, precum și pentru alte categorii vulnerabile, izolat preventiv la locul de muncă;
- persoanelor angajate în cadrul angajatorilor a căror activitate este direct afectată ca urmare a declarării situațiilor de epidemii (ex. COVID – 19).

**409.** Premisa de la care s-a pornit este aceea că furnizarea de măsuri integrate și sprijinul acordat în vederea inițierii unei activități independente pot schimba situația dezavantajată a grupurilor vulnerabile.

#### 6.2.1. DESCRIEREA SUCCINTĂ A INTERVENȚIILOR INCLUSE ÎN CADRUL TE 4

**410.** Intervențiile finanțate incluse în cadrul TE 4 (OS 4.4) face parte, alături de alte intervenții, din AP 4, o axă ce a avut o alocare de 36,76% din total program.

**411.** La nivelul AP 4 poate fi observată o supracontractare (de aproximativ 121%), valoarea contractată depășind valoarea alocată cu aproximativ 386 milioane euro, iar cheltuielile (nerambursabile) au fost rambursate în proporție de 49%. Valoarea contractată publică a OS, 4.4, reprezintă 14,17% din AP 4, iar valoarea autorizată spre rambursare 23,05%. La nivelul OS 4.4, 79,88% din cheltuielile nerambursabile au fost autorizate spre rambursare.

**TABEL 27. ALOCĂRI ȘI CHELTUIELI CERTIFICATE, TE 4, OS 4.4**

	Total alocat (contribuție publică) (EUR)	Valoare contractată publică (EUR)	Valoare nerambursabilă autorizată rambursare (EUR)
<b>AP 4</b>	1.873.603.870,00*	2.260.000.000,00**	1.110.000.000,00**
<b>TE 4, OS 4.4</b>	n/a	320.318.746,95***	255.879.108,95***
<b>Pondere TE 4, OS 4.4 AP 4</b>	n/a	14,17%	23,05%

Surse: \*POCU 2014- 2020, versiunea decembrie 2020, \*\* Raport Anual de Implementare 2020, \*\*\* calcule autori pe baza datelor furnizate de MIPE (SMIS)

**412.** Implementarea TE 4, OS 4.4 a fost concepută pentru o **paletă largă de beneficiari eligibili**<sup>75</sup> și anume:

1. Autoritățile centrale și locale cu responsabilități în domeniu, în parteneriat cu actorii sociali relevanți;
2. ANP și instituții subordonate singure sau în parteneriat cu actori relevanți;
3. Furnizori de servicii sociale în condițiile legii / furnizori de ocupare a forței de muncă singuri sau în parteneriat cu actori relevanți;

<sup>75</sup> POCU 2014 – 2020, versiunea decembrie 2020

#### 4. Administratorii schemelor de tip grant global.

**413.** Intervențiile din cadrul OS 4.4 au fost implementate prin **7 apeluri de propuneri de proiecte și 84 de proiecte contractate, în cadrul Priorității de Investiții (PI) (ii) integrarea socio-economică a comunităților marginalizate, cum ar fi romii.** Proiectele contractate și-au propus acțiuni ce vizează îmbunătățirea calității vieții prin dezvoltarea serviciilor integrate destinate persoanelor vulnerabile și creșterea accesului la servicii a persoanelor aflate în situații de dependență și/sau în risc de excludere socială:

1. Apelul competitiv POCU/436/4/4/ - Bunicii comunității - Servicii sociale și socio-medicele pentru persoane vârstnice - Regiuni mai puțin dezvoltate, în cadrul căruia au fost contractate cele mai multe proiecte (69 de proiecte);
2. Apelul competitiv POCU/437/4/4/ - Bunicii comunității - Servicii sociale și socio-medicele pentru persoane vârstnice - Regiuni Regiunea dezvoltată București-Ilfov (2 proiecte contractate);
3. Apelul non-competitiv POCU/465/4/4/ - Program național de sprijin pentru victimele violenței domestice (1 proiect contractat);
4. Apelul competitiv POCU/467/4/4/ - Servicii sociale pentru victimele violenței domestice - Regiuni mai puțin dezvoltate (4 proiecte contractate);
5. Apelul competitiv POCU/656/4/4/ - Bunicii comunității - Servicii sociale și socio-medicele pentru persoane vârstnice – Teritoriul ITI Delta Dunării (6 proiecte contractate);
6. Apelul non-competitiv POCU/816/4/4/ - Sprijin pentru salariații angajatorilor care reduc sau întrerup temporar activitatea total sau parțial ca urmare a efectelor epidemiei coronavirusului SARS-CoV-2, pe perioada stării de urgență decretată (1 proiect contractat);
7. Apelul non-competitiv POCU/818/4/4/ - Sprijin pentru persoanele vulnerabile în contextul epidemiei COVID-19, (1 proiect contractat).

**414.** Proiectele contractate s-au adresat următoarelor **categorii de persoane vulnerabile:** persoane vârstnice, victime ale violenței domestice, persoane cu dizabilități, salariați din domenii direct afectate de contextul pandemic, și personalul cu atribuții în domeniul incluziunii sociale și voluntarilor.

**415.** Cele mai multe proiecte (77 dintre cele 84 de proiecte) au fost finanțate prin 3 apeluri dedicate persoanelor vârstnice și presupun furnizarea de servicii sociale și socio-medicele adresate acestora. Alte 5 proiecte au fost finanțate prin 2 apeluri de proiecte (1 competitiv / 1 non-competitiv) dedicate victimelor violenței domestice, pe când 2 apeluri non-competitive au fost lansate pentru contractarea unui proiect ce viza acordarea de subvenții angajaților din domenii de activitate care au fost afectate în mod direct de limitările de distanțare socială în contextul pandemic și un proiect ce viza sprijinul acordat persoanelor vârstnice și cu dizabilități în contextul pandemiei Covid 19.

**TABEL 28 TIPOLOGIA PROIECTELOR TE 4, OS 4.4 DUPĂ GRUP ȚINTĂ ȘI TIP DE INTERVENȚIE**

Nr.	Apel / tip proiect – Competitiv (C), Non- competitiv (NC)	Nr. proiecte/ grup țintă						Nr. proiecte/ tip de intervenție			
		Total	Pers. vârstnice	Vicți- me ale violenței domestice	Pers. cu dizabili- tăți	Salariați din domenii afectate de pandemie	Pers. cu dizabilități + persoane vârstnice	Total	Servicii sociale și socio- medicele	Sprijin integrat	Sprijin financiar
1	(C)POCU/436/4/4/	69	69	0	0	0	0	69	69	0	0
2	(C)POCU/437/4/4/	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0
3	(NC)POCU/465/4/4/	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
4	(C)POCU/467/4/4/	4	0	4	0	0	0	4	0	4	0
5	(C)POCU/656/4/4/	6	6	0	0	0	0	6	6	0	0
6	(NC)POCU/816/4/4/	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
7	(NC)POCU/818/4/4/	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0
	<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>77</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>84</b>	<b>77</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

Sursa: prelucrări autori pe baza datelor furnizate de MIPE(SMIS)

**416.** Dintre beneficiarii de finanțare eligibili **cele mai multe proiecte au fost contractate de ONG-uri** (35 proiecte), urmate de UAT-uri (27 proiecte) și instituții publice aflate în subordinea sau sub coordonarea consiliului local/primăriei (14 proiecte), pe când instituțiile de cult și autoritățile administrației publice centrale au contractat câte 3 proiecte fiecare, iar un singur proiect a fost contractat de o asociație de dezvoltare intercomunitară (Tabelul 2).

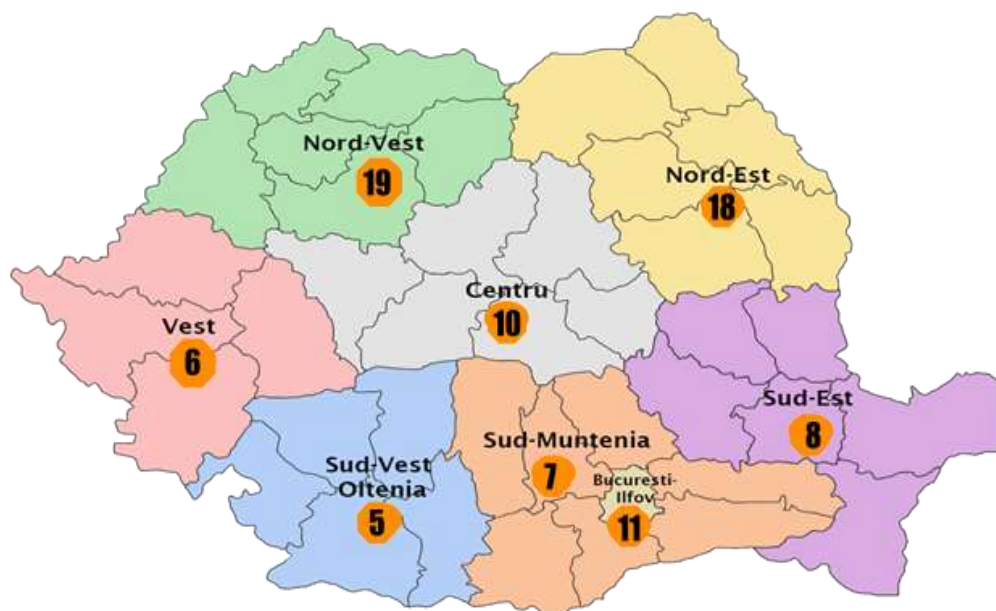
**TABEL 29 BENEFICIARI DE FINANȚARE**

Nr.	Tip beneficiar	Număr proiecte
1	ONG	35
2	UAT	27
3	Instituție publică aflată în subordinea sau sub coordonarea consiliului local/primăriei	14
4	Instituție de cult	3
5	Autoritate a administrației publice centrale	3
6	Asociație de dezvoltare intercomunitară	1

Sursa: prelucrări autori pe baza datelor furnizate de MIPE

**417.** Distribuția teritorială nu este echilibrată, proiectele acoperă fie o singură regiune, fie mai multe regiuni, în funcție de specificul apelului și de grupurile țintă selectate în cadrul proiectului. Cele mai multe proiecte sunt contractate de beneficiari din regiunea Nord -Vest (19 proiecte), Nord-Est (18 proiecte), București-Ilfov (11 proiecte) și regiunea Centru (10). Regiunile Sud-Est (8 proiecte), Sud-Muntenia (7 proiecte), Vest (6 proiecte) și Sud – Vest Oltenia (5 proiecte) înregistrează cele mai puține proiecte contractate.

**FIGURA 35. DISTRIBUȚIA PROIECTELOR FINANȚATE PRIN OS 4.4 (TE 4) LA NIVEL REGIONAL**



Sursa: prelucrări autori pe baza datelor furnizate de MIPE

### 6.2.2. APLICAREA METODELOR SI INSTRUMENTELOR DE EVALUARE

**418.** Pentru a răspunde întrebărilor de evaluare (ÎE) s-a elaborat o metodologie bazată pe o combinație de metode și instrumente adaptate specificului TE 4, OS 4.4. Conform Raportului Inițial (RI), instrumentele de evaluare au fost proiectate astfel încât să sprijine formularea răspunsurilor la mai multe

întrebări de evaluare. Contribuția metodelor și instrumentelor de evaluare la formularea răspunsurilor este vizualizată în tabelul 30.

**TABEL 30. INSTRUMENTE DE EVALUARE ȘI CONTRIBUȚIA LOR ÎN PROCESUL DE EVALUARE**

TE 4, OS 4.4										
Abordare metodologică	Instrumente	ÎE1	ÎE2	ÎE3	ÎE4	ÎE5	ÎE6	ÎE 7	ÎE 8	ÎE 9
Metode de colectare și procesare a datelor	Cercetare documentară	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Interviuri	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sondaj la nivelul beneficiarilor intervențiilor POCU, OS 4.4	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Studii de caz		x	x	x	x	x	x	x	x
Metode de procesare și analiză a datelor	Procesarea și analiza statistică a seriilor de date	x	x					x		
	Analiza datelor primare și secundare	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Analiza impactului prin metode cantitative		x							
	Benchmarking/analiză bune practici								x	x
Metode de consultare și analiză	Ateliere de lucru regionale		x	x	x	x	x		x	x
	Focus grup național	x	x	x	x	x	x		x	x
	Panel de experți	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tehnici de vizualizare	Hărți GIS / Reprezentare vizuală	x	x							

Sursa: autori

**TABEL 31. METODOLOGIA DE EVALUARE PENTRU TE 4 (OS 4.4)**

Metoda de evaluare	Aplicare și contribuție la evaluare
<b>Cercetare documentară</b>	<p>Analiza documentelor privind cadrul strategic, legislativ și instituțional, la nivel european și național, privind specificul intervențiilor vizate.</p> <p>Analiza documentelor cheie de politică sectorială și a celor cu caracter strategic, documente de programare (POCU – cu toate modificările de program, Rapoartele Anuale de Implementare (RAI), Rapoartele de Evaluare; Ghiduri specifice, etc.);</p> <p>Analize și studii de specialitate, precum și alte documente identificate pe parcursul evaluării, așa cum sunt prezentate în secțiunea referitoare la sursele de date.</p>
<b>Colectarea de date din baze de date publice, date de program, date administrative</b>	<p>Date administrative privind proiectele finanțate (SMIS, date AM, OI, etc.);</p> <p>Date privind contextul intervențiilor, preluate din baze de date statistice și rapoarte de monitorizare și evaluare, planuri, strategii aferente domeniului, studii și analize, etc.</p> <p>Alte baze de date și surse de date statistice relevante (INS, Eurostat), studii/ rapoarte ale autorităților cu responsabilități în domeniile vizate de intervenții (MMPS), precum și surse de date la nivel local/regional;</p> <p>Literatura de specialitate (studii, analize etc.) și alte documente identificate pe parcursul evaluării așa cum sunt prezentate în secțiunea referitoare la sursele de date.</p>
<b>Interviuri</b>	<p>Triangularea și completarea informațiilor obținute din analiza documentelor și datelor administrative, pentru a oferi răspunsuri la întrebările de evaluare.</p> <p>Au fost realizate în total 19 interviuri, prin video-conferință și telefonic, prin care s-a urmărit atât surprinderea efectelor la nivel de sistem, cât și surprinderea impactului intervențiilor la nivel de proiecte.</p> <p>Interviurile au implicat atât reprezentanți ai celor mai importante instituții din domeniile vizate de intervenții de la nivel central, regional și local (AM POCU, MIPE, OIR Vest, OIR Nord-Vest, OIR Centru, OIR SM, ANES, reprezentanți ai DGASPC Sibiu, Satu Mare, Iași), cât și beneficiari ai finanțărilor și parteneri ai acestora (DAS Timișoara, UAT Comuna Traian, Peștișani, Isaccea, Asociația Sf. Damian, etc.).</p>
<b>Ateliere de lucru regionale</b>	<p>Dat fiind numărul redus al proiectelor din cadrul OS 4.4 implementate sau aflate în implementare în cele 8 regiuni de dezvoltare, pentru eficiență, organizarea atelierelor a reunit mai multe regiuni într-un eveniment, păstrând caracterul regional. Astfel au fost organizate 3 ateliere de lucru în cadrul OS 4.4</p>

	<p>(TE 4), din cadrul AP 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atelier 1 - regiunile BI și NE;</li> <li>• Atelier 2 - regiunile NV și Centru;</li> <li>• Atelier 3 - regiunile SM, SE, SV Oltenia și Vest.</li> </ul> <p>În cadrul acestora au participat în total 42 de persoane, între care reprezentanți ai beneficiarilor din fiecare regiune vizată, reprezentanți ai ONG-urilor cu activitate în domeniul de intervenție, ai furnizorilor de servicii sociale, precum și alți stakeholderi relevanți identificați și echipa de evaluare.</p> <p>Întâlnirile s-au desfășurat online, sub formă de webinar.</p>
<b>Focus Grup (FG) național</b>	<p>Obiectivul principal: completarea și validarea informațiilor colectate pe parcursul evaluării.</p> <p>FG național a fost organizat la nivelul celor 7 teme de evaluare care fac obiectul evaluării (TE2 – TE8) și a avut 23 de participanți, între care reprezentanți ai factorilor decizionali (AM POCU, OI), dar și ai altor structuri de la nivel național responsabile în domeniul incluziunii (ANES, DGASPC-uri) și echipa de evaluare.</p> <p>Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p>
<b>Sondaj</b>	<p>Sondajul a avut ca scop colectarea de date în vederea realizării analizelor și a fundamentării răspunsurilor la întrebările de evaluare privind intervențiile POCU în domeniul îmbunătățirii calității vieții persoanelor care aparținând grupurilor vulnerabile pentru depășirea situației de vulnerabilitate de către aceștia.</p> <p>Tipul sondajului: chestionar online prin intermediul platformei Survey Monkey;</p> <p>Perioada derulării sondajului: sondajul a fost derulat în perioada septembrie 2021 – noiembrie 2021.</p> <p>Tip de eșantionare: eșantionare neprobabilistică, cuprinzând toți indivizii din populația investigată;</p> <p>Număr de invitații de participare: 73 beneficiari unici de finanțare identificați;</p> <p>Număr de răspunsuri: 32;</p> <p>Rata de răspuns: 43,84% (din totalul de 73 beneficiari);</p> <p>Răspunsuri valide și invalide/non răspunsuri: 32 de răspunsuri valide;</p> <p>Metode de asigurare a calității: remindere periodice pe e-mail, contactare telefonică.</p>
<b>Panel de experți</b>	<p>Obiectivul principal este colectarea de informații cu privire la impactul intervențiilor și contextul de implementare; identificarea efectelor pozitive și negative pe care intervențiile le-au generat la nivel sectorial și la nivelul altor sectoare de activitate; aprecierea sustenabilității efectelor înregistrate și a mecanismelor care favorizează sustenabilitatea; evaluarea eficienței mecanismelor de implementare și a condițiilor favorabile acestora.</p> <p>Panelul de experți a fost realizat în comun pentru 4 teme de evaluare – TE 4 (OS 4.4), TE 5 (OS 4.5, 4.6, 4.7), TE 6 (OS 4.8, 4.9) și TE 8 (OS 4.16). Au participat 14 persoane, experți în domeniul incluziunii persoanelor vulnerabile, în domeniul economiei sociale, cadre universitare și experți în domeniul evaluării. Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p>
<b>Studii de caz</b>	<p>8 studii de caz (4 simple și 4 multiple, incluzând în total 14 proiecte) au fost realizate cu scopul de a colecta dovezi de la nivelul proiectelor, implicând beneficiari de finanțare, privind efectele și mecanismele de producere a acestora, identificarea de bune practici și lecții învățate.</p>
<b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b>	<p>Analiza datelor privind progresul fizic și financiar.</p> <p>Au fost urmărite aspectele privind numărul de proiecte aprobate/ contractate/ finalizate, rezultatele financiare înregistrate.</p> <p>Analiza gradului de atingere a indicatorilor.</p> <p>A fost urmărit gradul de realizare a indicatorilor la nivel de proiect/pe tipuri de intervenții, precum și la nivelul teritorial relevant; se va urmări gradul de realizare al indicatorilor de rezultat și raportul față de indicatorii de realizare.</p>
<b>Matricea factorilor influență</b>	<p>Matricea a fost utilizată pentru a surprinde și sintetiza factorii care au intervenit în mecanismele de producere a realizărilor și generare a rezultatelor și impactului. Contribuie în principal la IE6 dar răspunsurile la celelalte întrebări fac referire la acești factori. Matricea evidențiază factorii și intensitatea influenței lor.</p>
<b>Tehnici vizuale</b>	<p>Au fost realizate hărți în sistem GIS pentru a prezenta nivelul de acoperire teritorială a proiectelor implementate în cadrul TE 4, OS 4.4 la nivel regional și reprezentări grafice atât în corpul principal al raportului, cât și în anexe.</p>

Surse: autori

**419.** Evaluarea și toate aspectele legate de analiza logicii intervenției TE 4, OS 4.4 a urmărit reconstrucția teoriei schimbării ce stă la baza explicării producerii realizărilor, rezultatelor, impactului și a altor efecte. În Anexa 13 este prezentată Teoria Schimbării reconstruită pe baza datelor din program și a datelor colectate și analizate în procesul de evaluare.

**420.** Au fost realizate interviuri cu beneficiari și/sau parteneri ai proiectelor TE 4, OS 4.4 pentru a obține date calitative cu privire la modul în care a decurs implementarea proiectelor, efectele acestora,



intenționate și neintenționate, factorii care au afectat implementarea, pozitiv sau negativ, implicarea factorilor interesați, modul în care s-a adresat și s-a urmărit realizarea sustenabilității rezultatelor. Interviuurile au avut o acoperire adecvată a beneficiarilor și stakeholderilor relevanți pentru implementarea programului, proiectelor și a beneficiarilor finali ai efectelor intervenției. Lista interviurilor se găsește în Anexa 5.

**421.** S-au realizat ateliere de lucru regionale cu participarea beneficiarilor OS 4.4 și a factorilor interesați, unde s-au aprofundat aspecte legate de efectele produse la nivel de proiect, factori care au influențat implementarea, sustenabilitatea și producerea altor efecte pe termen lung sau în afara ariei intervenției (Anexa 6).

**422.** Metodologia a fost completată cu opt studii de caz, selectate pe baza unei metodologii prezentate în Anexa 1. Instrumente de evaluare. Au fost selectate 4 studii de caz simple și 4 studii de caz multiple, care se regăsesc în Anexa 7 a prezentului raport.

**423.** Analiza impactului măsurilor de sprijin pentru grupuri vulnerabile, și anume depășirea situațiilor de vulnerabilitate” a fost corelată cu rezultatele evaluării POSDRU 2007-2013. Această evaluare realizată în anul 2020 a inclus o analiză cantitativă a impactului măsurilor de sprijin pentru ocuparea persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile, limitată însă la date privind grupul sprijinit. Prin colectarea de date suplimentare a fost posibilă crearea unui grup de control și aplicarea metodelor cantitative contrafactice. Rezultatele sunt relevante pentru grupurile vulnerabile cu potențial de activare și integrare pe piața muncii. Analiza este detaliată în Anexa 13. ECI Măsuri ocupare.

**424.** Pentru validarea constatărilor și concluziilor inițiale s-a organizat un Panel de experți și un Focus Grup cu reprezentanți ai autorităților și instituțiilor implicate în implementarea POCU, experți în domeniul ocupării și incluziunii grupurilor vulnerabile și experți în domeniul evaluării. Lista instituțiilor reprezentate în cadrul acestor întâlniri este prezentată în Anexele 8, respectiv 9.

**425.** Pentru standardizarea aprecierii cu privire la validarea prin metode cantitative și calitative a ipotezelor formulate s-a folosit următoarea clasificare:

- **Ipoteză invalidată**, dacă cercetarea nu oferă argumente pentru validarea ipotezei sau oferă argumente care conduc la contrazicerea enunțului din ipoteză.
- **Ipoteză validată parțial**, dacă cercetarea oferă argumente doar pentru anumite variabile, dacă există limitări semnificative ale grupului țintă pentru care se dovedește impactul sau dacă efectele s-au produs doar în anumite condiții și situații.
- **Ipoteză validată**, dacă cercetarea oferă argumente pentru toate variabilele de impact sau oferă argumente multiple pentru validarea ipotezei respective.

### 6.2.3. PROBLEME ÎNTÂMPINATE ȘI LIMITĂRI ÎN APLICAREA METODOLOGIEI DE EVALUARE, ROBUSTEȚEA CONCLUZIILOR

**426.** Pe parcursul evaluării s-au manifestat constrângeri semnificative privind disponibilitatea, accesibilitatea și calitatea datelor. Acest lucru a impus adaptarea metodologiei de colectare a datelor și analiză, identificând noi surse, adăugând verificări a calității datelor, iar interpretarea constatărilor a fost adaptată limitărilor metodologice, așa cum se explică în continuare.

**427.** Constrângerile manifestate privesc întregul domeniu al incluziunii sociale constând într-un deficit semnificativ de date privind situația grupurilor vulnerabile, cum ar fi datele privind persoanele fără adăpost pentru care cele mai recente date sunt la nivelul anului 2010.

**428.** Limitările metodologice au fost anticipate încă din faza inițială, astfel încât au putut fi aplicate măsuri de minimizare a impactului lor asupra robusteții evaluării, așa cum se arată în continuare.

**429.** Obținerea datelor pentru aplicarea metodelor cantitative cvasi experimentale în analiza contrafactuală a impactului a fost dificilă și îngreunată de cerințele de respectare a prevederilor GDPR



care a impus anonimizarea datelor. Apreciem progresul în obținerea datelor pe baza protocoalelor MIPE și MMPS (ANPDCA) respectiv ITM. Totuși, datele colectate privind persoanele vulnerabile nu includ toate variabilele de interes pentru modelul creat pentru analiza contrafactuală, cum ar fi nivelul de educație, motiv pentru care nu au putut fi incluse ca și covariate, acest aspect fiind explicat în metodologie Anexa 13.

**430.** La nivelul programului problemele întâmpinate în procesul de evaluare au inclus disponibilitatea, accesibilitatea și calitatea limitată a datelor administrative. O parte a datelor administrative de program nu sunt defalcate pe intervențiile domeniilor majore, ci sunt raportate global pe axe prioritare. Există neconcordanțe între datele privind realizările colectate din surse agregate (Raport Anual de Implementare) și valori agregate de la nivelul proiectelor. Datele privind grupul țintă au prezentat lacune și erori.

**431.** Pentru asigurarea acurateții datelor, analiza s-a făcut prin coroborarea/ verificarea încrucișată a diferitelor baze de date puse la dispoziție. Tipurile de date folosite au constat în ținte ale indicatorilor OS 4.4, bugetele executate ale proiectelor, informații referitoare la grupurile țintă.

**432.** O constrângere în implementarea metodologiei de evaluare o reprezintă nivelul scăzut de accesibilitate al părților interesate, reflectată în participarea scăzută la unele sondaje, interviuri și consultări. Activitatea instituțională afectată de situația COVID-19 a fost un factor suplimentar de limitare a disponibilității. Totuși, apreciem implicarea unui număr de stakeholderi, furnizori de servicii, reprezentativi pentru domeniul incluziunii și serviciilor sociale.

**433.** În faza inițială de pregătire a metodologiei s-a analizat posibilitatea asigurării unei reprezentativități a respondenților corespunzătoare unui eșantion probabilistic cu un grad de încredere de 95% și marjă de eroare de 5%. Având în vedere că pentru o populație de 73 de indivizi probabilitatea de a obține 60 de răspunsuri era foarte mică cunoscând în general responsivitatea beneficiarilor, apreciem că cele 32 de răspunsuri valide și gradul de răspuns de aproape 43% sunt adecvate pentru utilizarea cu precauție a constatărilor din sondaj în triangulările din analizele evaluării.

**434.** Interesul a fost limitat, cu precădere al unor beneficiari, și dificultățile cele mai mari au fost de a contacta direct beneficiarii finali, membrii grupurilor sprijinite. Au fost solicitați managerii de proiecte pentru a facilita contactul însă acest lucru nu a fost posibil, prin urmare am utilizat în analize date secundare colectate de personalul proiectelor citând și redând reacții ale beneficiarilor de sprijin.

**435.** Datorită măsurilor luate pentru asigurarea datelor necesare și a calității acestora, conștientizarea limitărilor și interpretarea lor adecvată, efortul suplimentar pentru triangulare și validare, apreciem că robustețea concluziilor este suficientă pentru acceptarea lor și a recomandărilor formulate.

### 6.3. Răspunsuri la întrebările de evaluare

#### 6.3.1. ÎE 1. CARE ESTE PROGRESUL OBSERVAT CU PRIVIRE LA DEPĂȘIREA SITUAȚIILOR DE VULNERABILITATE PENTRU GRUPURILE VIZATE DE PROGRAM?

##### Abordarea metodologică

##### Ipoteza de cercetare:

**Ipoteza 1.1. Situația grupurilor vulnerabile vizate de program s-a îmbunătățit**

**Ipoteza 1.2: Accesul la servicii pentru grupurile vizate de program s-a îmbunătățit**

**Variabilele de analiză:** evoluția ratei riscului de sărăcie sau excluziune socială (global și la nivelul principalelor grupuri vulnerabile), evoluția ratei de deprivare materială (global și la nivelul principalelor grupuri vulnerabile), distribuția serviciilor medicale, socio-profesionale, servicii suport, etc, indicatori privind accesul la servicii medicale și socio-profesionale (global și pentru principalele grupuri vulnerabile), dinamica ocupării în rândul persoanelor active în domeniile afectate de pandemia SARS COV-2, evoluția

capacității de a răspunde nevoilor grupurilor vulnerabile în contextul epidemiei SARS-COV-2, percepția asupra nivelului de trai.

**436.** Pentru a formula un răspuns la **ÎE 1** s-a efectuat o analiză la nivel sectorial (Anexa 3) pentru a descrie evoluția indicatorilor care reflectă situația grupurilor țintă a intervențiilor finanțate prin OS 4.4. Acestea sunt persoane aparținând grupurilor vulnerabile, iar indicatorii selectați ratei riscului de sărăcie sau excluziune socială (global și la nivelul principalelor grupuri vulnerabile), evoluția ratei de deprivare materială (global și la nivelul principalelor grupuri vulnerabile), distribuția serviciilor medicale, socio-profesionale, servicii suport, etc., indicatori privind accesul la servicii medicale și socio-profesionale (global și pentru principale grupuri vulnerabile), dinamica ocupării în rândul persoanelor active în domeniile afectate de pandemia SARS COV-2, evoluția capacității de a răspunde nevoilor grupurilor vulnerabile în contextul epidemiei SARS-COV-2, percepția asupra nivelului de trai.

**437.** Analiza stabilește contextul în care a fost conceput și implementat OS 4.4 și se extinde până în prezent. Analiza a inclus prelucrări statistice ale seriilor de date furnizate de Eurostat și INS, dar și prelucrări ale unor date culese din studii disponibile.

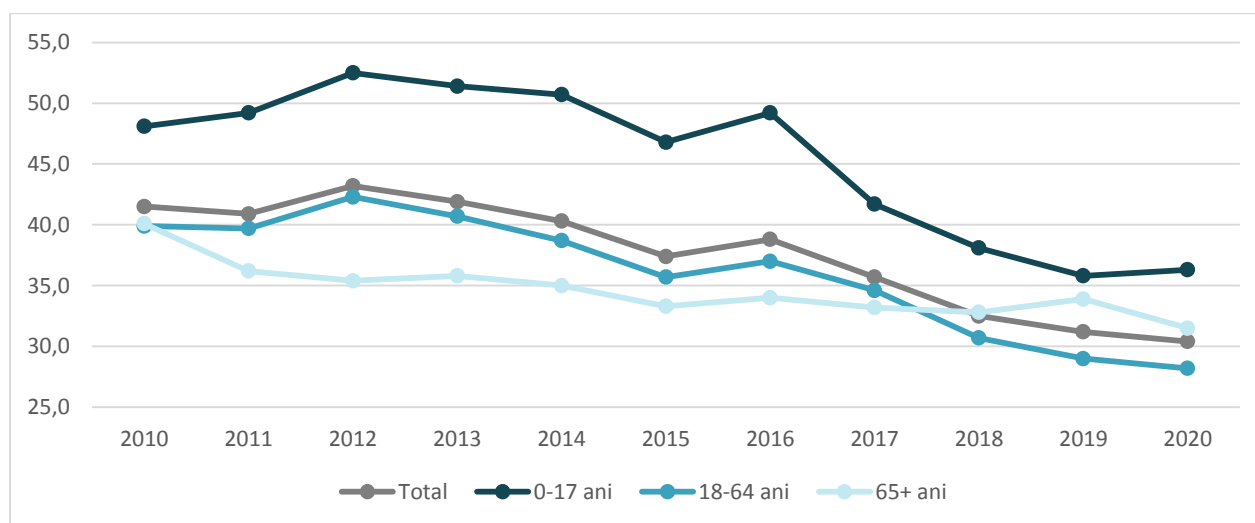
**438.** Pentru a răspunde la această întrebare de evaluare s-a pornit de la ipoteza că atât situația grupurilor vulnerabile vizate de program, cât și accesul la servicii pentru acestea s-a îmbunătățit față de momentul adoptării PO, evaluatorul aducând dovezi care să fundamenteze măsura în care acest lucru s-a întâmplat în realitate.

#### EVOLUȚIA SITUAȚIEI GRUPURILOR VULNERABILE

##### Sărăcie. Rata riscului de sărăcie și excluziune socială

**439.** Rata riscului de sărăcie și excluziune socială s-a redus pentru populația României în perioada 2010 – 2021 cu peste 10%, de la 41.5% la 30.4%. Scăderi ale ratei riscului de sărăcie și excluziune socială sunt înregistrate atât în cazul copiilor (care au cel mai mare risc de sărăcie și excluziune socială) de la 48.1% la 36.3%, dar și al persoanelor adulte (de la 39.8% la 28.2%) sau al celor vârstnice (de la 40.1% la 31.5%). Pentru populația generală, copiii și adulții evoluția ratei de sărăcie și excluziune socială este oscilantă cu creșteri în perioada 2010 – 2012 și 2015 – 2016. Scădere a ratei riscului de sărăcie și excluziune socială se înregistrează în special în perioada 2016 – 2020.

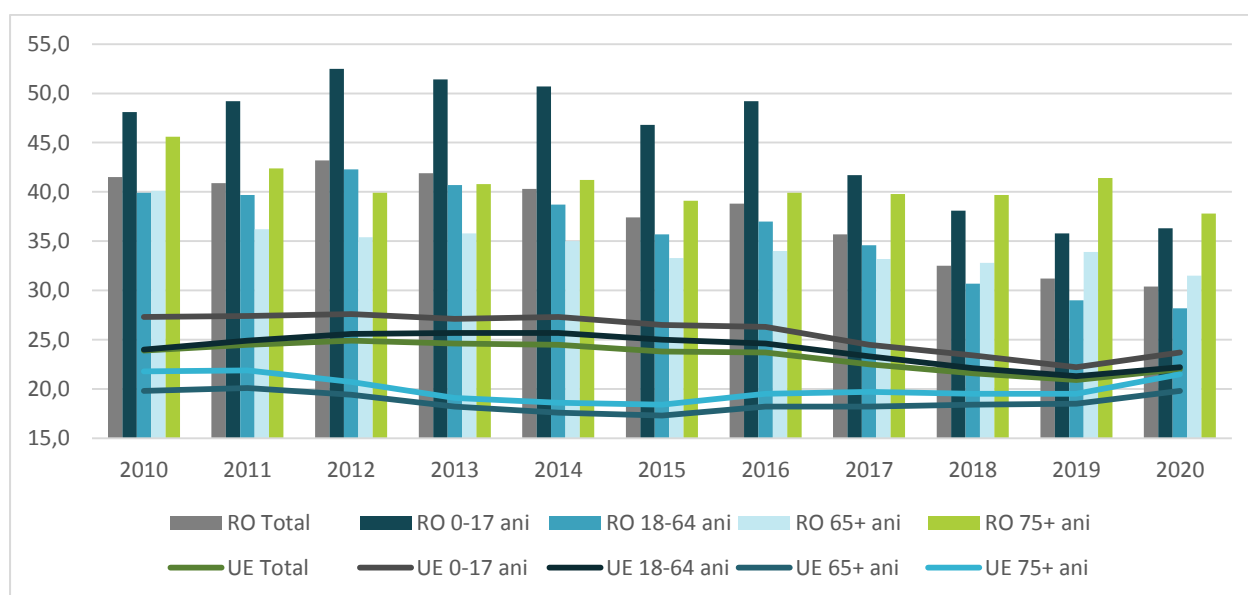
**FIGURA 36. EVOLUȚIA RATEI RISULUI DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ PE CATEGORII DE VÂRSTĂ ÎN ROMÂNIA**



Sursa: Eurostat, 2021, indicator Persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială [ilc\_peps01]

**440.** În ciuda acestor scăderi înregistrate în rata riscului de sărăcie și excluziune socială, România încă se află mult deasupra medie europene pe toate categoriile de vârstă. Analiza comparativă a riscului de sărăcie și excluziune socială plasează România pe primele locuri la nivelul UE alături de Bulgaria. Cu toate acestea, este de remarcat progresul României în reducerea ratei riscului de sărăcie și excluziune socială pe toate categoriile de vârstă în ultimii 10 ani. Astfel dacă în 2010 rata generală a riscului de sărăcie și excluziune socială era cu peste 17% mai mare decât media UE, în 2020 diferența a coborât la peste 8%.

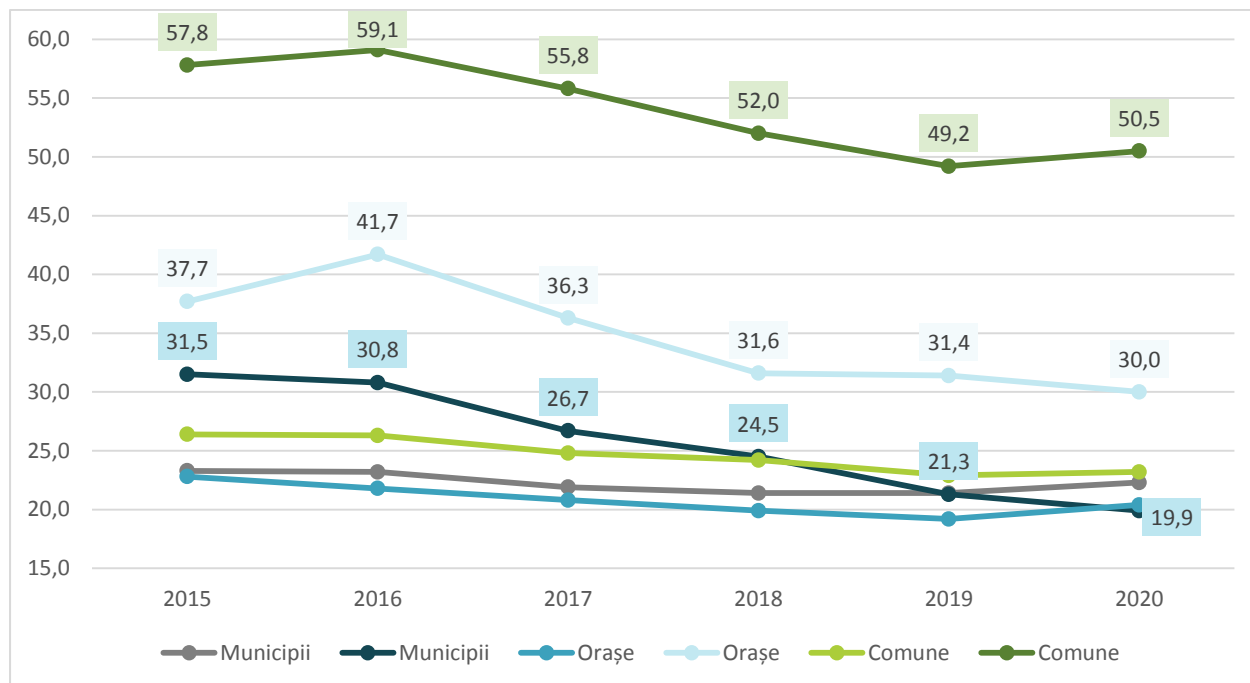
**FIGURA 37. EVOLUȚIA RATEI RISULUI DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA ȘI UE PE GRUPE DE VÂRSTĂ ÎN PERIOADA 2010 - 2020**



Sursa: Eurostat, 2021, indicator Persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială [ilc\_peps01]

**441.** Există încă diferențe între mediile de rezidență în ce privește rata riscului de sărăcie și excluziune socială, aceasta fiind în mediul rural de 2.5 ori mai mare decât în urbanul mare și de 1.7 ori mai mare decât în urbanul mic. Se observă scăderi ale ratei de sărăcie și excluziune socială pe toate cele trei medii de rezidență – în rural de la 57.8% la 50.5%, în urbanul mic de la 37.7% la 30%, iar în urbanul mare de la 31.5% la 19.9%. Rata sărăciei și excluziunii sociale rămâne mult mai ridicată în România comparativ cu media UE în cazul mediului rural și a urbanului mic.

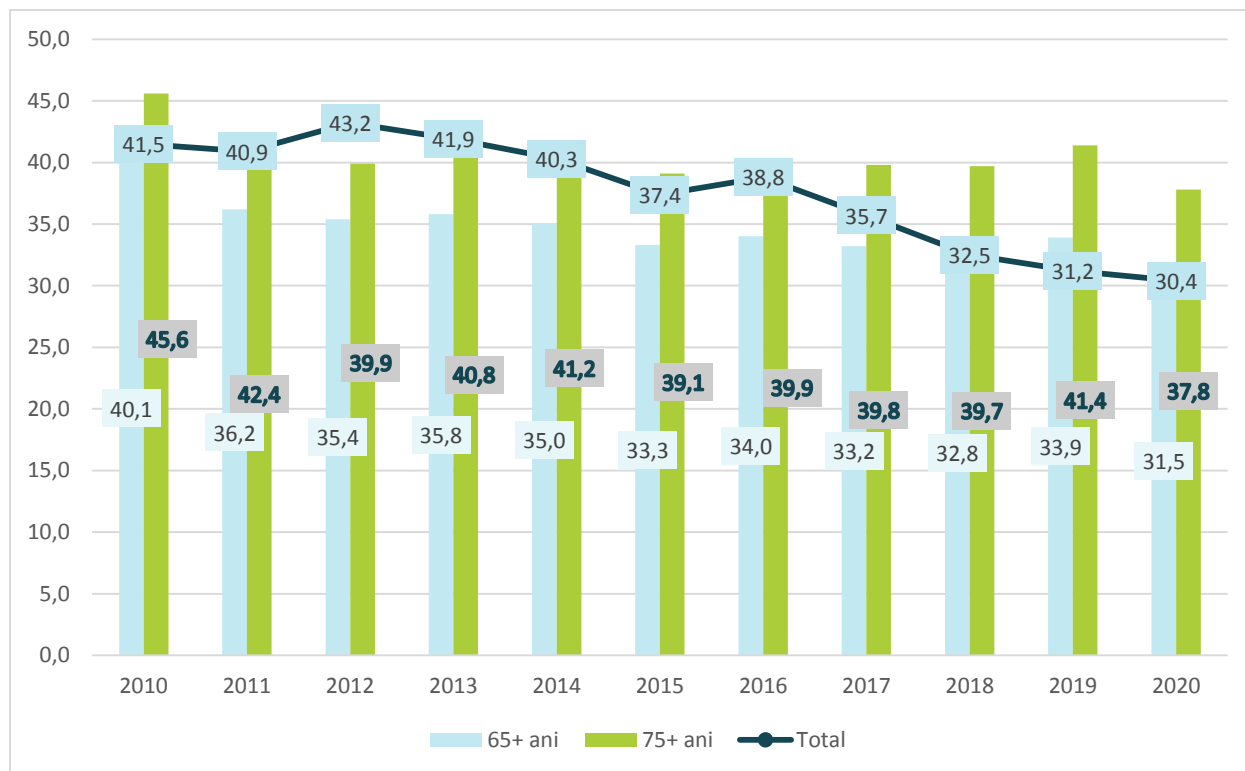
**FIGURA 38. EVOLUȚIA RATEI RISCULUI DE SĂRĂCIE ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA ȘI UE PE MEDII DE REZIDENȚĂ ÎN PERIOADA 2015 - 2020**



Sursa: Eurostat, 2021, indicator Persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială pe medii de rezidență [ilc\_peps13n]

**442.** Rata riscului de sărăcie și excluziune socială în rândul populației vârstnice s-a redus în perioada 2010 – 2020 cu aproape 9% de la 40.1% la 31.5%. Rata riscului de sărăcie și excluziune socială în cazul persoanelor peste 65 de ani s-a situat sub cea a populației generale în perioada 2010 – 2017, dar începând cu 2018 aceasta a avut valori ușor mai ridicate decât aceasta. În cazul persoanelor peste 75 de ani, rata riscului de sărăcie și excluziune socială este mai ridicată decât cea a populației vârstnice generale cu cca 6%. Reducerea ratei riscului de sărăcie și excluziune socială la vârstnicii de peste 75 de ani a fost mai mică decât în cazul populației vârstnice generale. Începând cu 2016, riscul de sărăcie și excluziune socială al vârstnicilor peste 75 de ani este mai mare decât cea a populației generale, diferența crescând la peste 10% în 2019.

**FIGURA 39. EVOLUȚIA RATEI SĂRĂCIEI ȘI EXCLUZIUNII SOCIALE LA POPULAȚIA VÂRSTNICĂ ÎN PERIOADA 2010 - 2020**

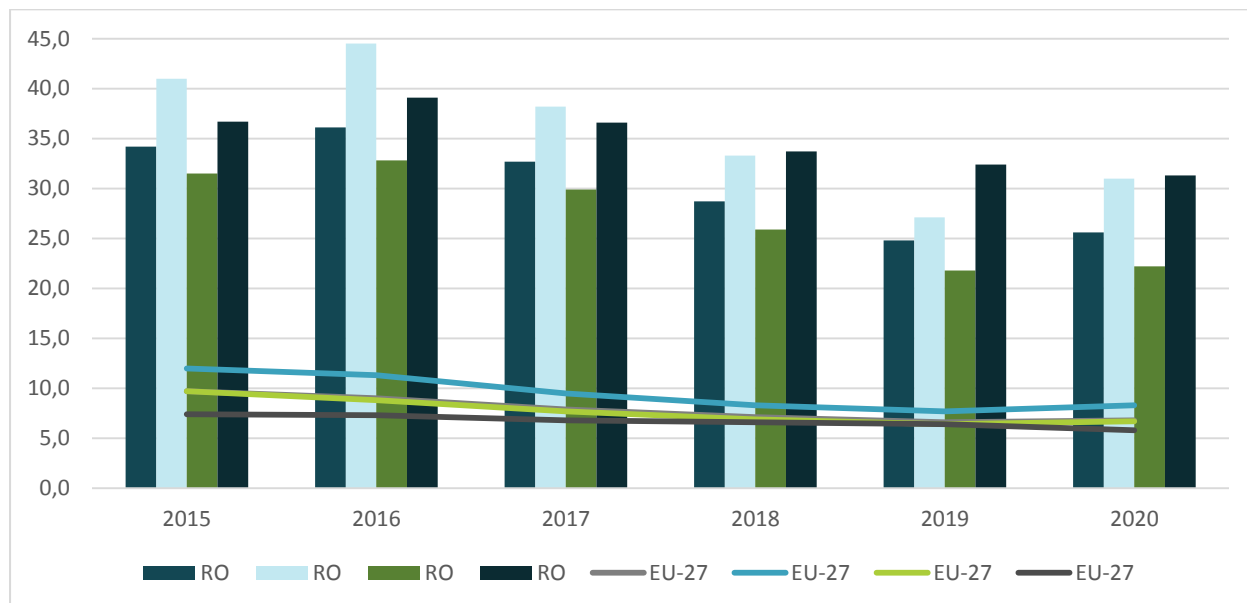


Sursa: Eurostat, 2021, indicator Persoane aflate în risc de sărăcie și excluziune socială [ilc\_peps01]

#### *Rata deprivării materiale și sociale severe*

**443.** Rata deprivării materiale și sociale severe este ridicată în România, cu mult peste media UE. În perioada 2015 – 2020, rata deprivării materiale și sociale severe a înregistrat o scădere în România de aproape 9% de la 34.2% la 25.6%. Se observă o ușoară creștere a acesteia (+0.8%) în 2020 comparativ cu 2019 pe fondul problemelor provocate de pandemia de COVID-19. Chiar dacă diferența față de UE s-a redus de la 24% la aproape 19% ea rămâne extrem de ridicată.

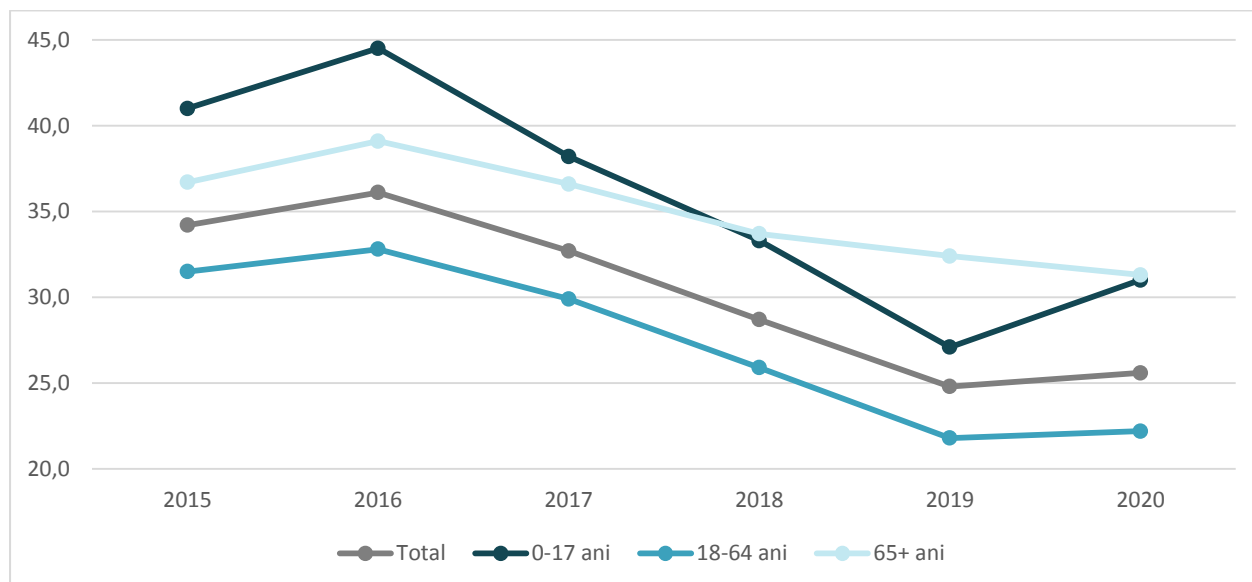
**FIGURA 40. EVOLUȚIA RATEI DEPRIVĂRII MATERIALE ȘI SOCIALE SEVERE ROMÂNIA UE ÎN PERIOADA 2015 - 2020**



Sursa: Eurostat, 2021, indicator Rata deprivării materiale și sociale severe [ilc\_mdsc11]

**444.** Rata deprivării materiale și sociale severe a înregistrat o scădere la toate grupele de vârstă după 2016. La copii și la populația adultă se pot observa creșteri ușoare în 2020 comparativ cu 2019 care pot fi cauzate de pandemia de COVID-19.

**FIGURA 41. EVOLUȚIA RATEI DEPRIVĂRII MATERIALE ȘI SOCIALE SEVERE PE GRUPE DE VÂRSTĂ ÎN PERIOADA 2015 - 2020**



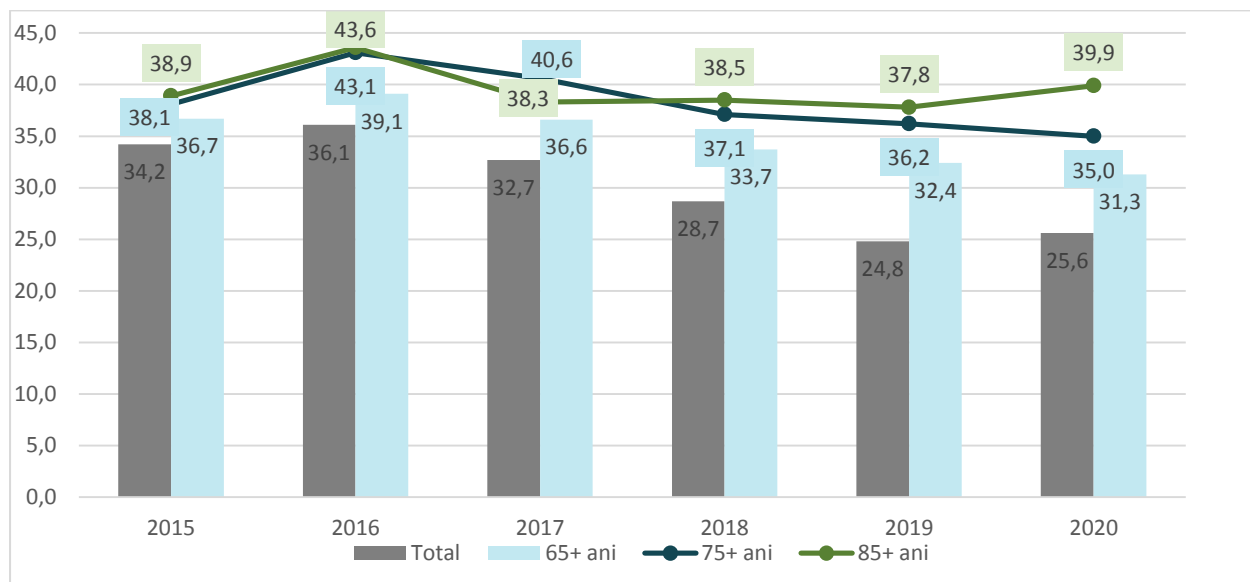
Sursa: Eurostat, 2021, indicator Rata deprivării materiale și sociale severe [ilc\_mdsc11]

**445.** Analiza evoluției ratei deprivării materiale și sociale severe pentru categoriile de vârstnici de 75 de ani și peste și 85 de ani și peste (vârsta a patra) indică pentru cei de vârsta a patra o creștere în anul 2020 de peste 2pp. Si în cazul celor de peste 75 de ani și a celor peste 85 de ani valorile sunt peste cele înregistrate în populația generală și în cea vârstnică (65 de ani și peste). Astfel în 2020, rata deprivării



materiale și sociale severe era cu aproape 4% mai mare în rândul vârstnicilor peste 75 de ani și cu peste 8% în rândul populației de vârstă a patra decât în a populației vârstnice generale. Se poate observa că cu cât înaintea în vârstă persoanele se confruntă mai mult cu probleme de deprivare materială și socială.

**FIGURA 42. EVOLUȚIA RATEI DEPRIVĂRII MATERIALE ȘI SOCIALE SEVERE PENTRU POPULAȚIA VÂRSTNICĂ ÎN PERIOADA 2015 - 2020**



Sursa: Eurostat, 2021, indicator Rata deprivării materiale și sociale severe [ilc\_mdsd11]

### Persoane fără adăpost

**446.** La nivel național, ca și la cel european, nu există date oficiale privind numărul persoanelor fără adăpost. În același timp și estimările sunt dificil de realizat deoarece indicatorii utilizați în statisticile privind gospodăria se referă doar la persoanele care locuiesc în gospodării private. În România, estimări privind numărul de persoane fără adăpost au fost făcute înainte de anul 2010. Astfel, în 2005 se estima că există între 11.000 și 14.000 de persoane fără adăpost (Dan și Dan, 2005). În Raportul Comisiei Prezidențiale, Riscuri și inechități sociale în România, din anul 2009 se aprecia că la nivelul anul 2008 exista un număr de 11.118 persoane fără adăpost. Asociația Carusel care oferă servicii persoanelor fără adăpost din capitală raporta în anul 2019 un număr de 629 de beneficiari ai serviciilor sociale oferite, iar 223 ai adăpostului de noapte.

### Victime ale violenței domestice

**447.** Datele oficiale privind numărul de cazuri de violență domestică indică o creștere a acestui fenomen în perioada 2016 – 2019. Astfel, numărul de cazuri a crescut cu peste 1000 în această perioadă, cele mai multe victime fiind persoane sub 18 ani. Numărul femeilor victime ale violenței domestice a crescut de la 2.056 în anul 2016 la 2.743 în anul 2019.

**TABEL 32. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CAZURI DE VIOLENȚĂ DOMESTICĂ CARE AU BENEFICIAT DE SERVICII SOCIALE LA CERERE ÎN PERIOADA 2016 - 2019**

Nr. crt.	Anul	2016	2017	2018	2019
1	Număr cazuri, din care	13.019	13.102	13.182	14.074
2	Femei (adulți)	2.056	1.927	2.149	2.743
3	Bărbați (adulți)	165	141	172	169
4	Minori	10.798	11.034	10.861	11.162

Sursa: ANES, Raport de activitate 2019

**448.** În perioada pandemiei se estimează că numărul cazurilor de violență domestică a crescut, dar nu există încă date oficiale pentru anul 2020 (Rețeaua pentru prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor). Datele furnizate de IGPR arată o creștere a cazurilor de loviri și alte violențe cu peste 6000 în perioada 2017 – 2020, iar numărul ordinelor de protecție solicitate de victime a crescut de aproape 3 ori.

**TABEL 33. EVOLUȚIA CAZURILOR DE VIOLENȚĂ ÎN FAMILIE ÎN PERIOADA 2017 - 2020**

Nr. crt.	Tipologia cazurilor	2017	2019	2020
1	Cazuri de loviri sau alte violențe în familie	20.531	25.968	26.809
2	Cazuri de viol	181	198	226
3	Cazuri de agresiune sexuală	44	97	111
4	Ordine de protecție emise	2894	7899	8.210

Sursa: <https://violentaimpotrivafemeilor.ro/>, calcule proprii

*Victime ale traficului de ființe umane*

**449.** Numărul victimelor traficului de persoane identificate a avut o evoluție oscilantă în perioada 2016 – 2020 conform datelor Agenției Naționale Împotriva Traficului de Persoane. Datele indică pentru 2016 un număr de 756 de victime ale traficului de persoane din care 530 exploatare sexual, 132 exploatare prin muncă, iar 68 prin cerșetorie. În 2020 au fost doar 596 de victime identificate, cu aproape 100 mai puține decât în anul 2019, din care 426 exploatare sexual, 96 prin muncă și 37 prin cerșetorie. Scăderea numărului de victime se poate datora și dificultăților de identificare a acestora în contextul pandemiei de COVID-19 și a restricțiilor de circulație.

**TABEL 34. EVOLUȚIA NUMĂRULUI VICTIMELOR TRAFICULUI DE PERSOANE 2016 - 2020**

Nr. crt.		2016	2017	2018	2019	2020
1	Număr victime, din care	756	662	497	698	596
2	Exploatare sexuală	530	454	335	518	426
3	Exploatare prin muncă	132	79	100	115	96
4	Cerșetorie	68	35	26	20	37

Sursa: ANITP, 2021, calcule autori

**450.** Datele Raportului privind traficul de persoane din 2020 realizat de Departamentul de Stat al Statelor Unite indică faptul că numărul victimelor este mai mare, mai ales în condițiile în care acestea sunt greu de identificat, iar faptele sunt greu de probat. În plus, raportul indică o serie de deficiențe ale sistemului din România cum ar fi lipsa identificării victimelor din rândul refugiaților și solicitanților de azil, lipsa capacității de prevenire și consiliere la nivelul instituțiilor pentru copii de unde provin victimele, lipsa de susținere a ONG-urilor care activează în acest domeniu.

*ACCESUL LA SERVICII SOCIALE, MEDICALE, SOCIO-PROFESIONALE, GRUPURI SUPTOR ETC*

**451.** În perioada 2017 – 2020 numărul furnizorilor de servicii sociale acreditați a crescut cu 787 din care 368 în urban și 419 în rural. Dintre acești furnizori, 494 sunt privați, iar 293 publici. Dacă în cazul celor private, cei mai mulți sunt în mediul urban, cei publici s-au dezvoltat cu precădere în cel rural (aproape 80%). Numărul de localități în care există furnizori acreditați a crescut cu 297, din care 267 sunt în rural, iar 30 în urban. Cu toate că numărul localităților rurale unde există furnizori de servicii sociale acreditați este de peste 3 ori mai mare decât al celor urbane, doar 37% dintre comunele din România au un furnizor acreditat de servicii sociale. Serviciile sociale licențiate au crescut cu 1259 de unități, din care 663 dezvoltate de sectorul public și 596 de cel privat. În mediul rural se regăsesc 1238 servicii sociale licențiate, iar în cel urban un număr de trei ori mai mare. Chiar dacă există furnizori acreditați în 1318 localități, doar în 968 sunt și servicii sociale licențiate, din care 695 sunt din rural.

**452.** Conform legislației în vigoare (Legea 197/2012) furnizorii pot acorda servicii sociale doar dacă dețin certificat de acreditare, iar serviciile sociale pot funcționa pe teritoriul României numai dacă dețin licență de funcționare. Evaluarea furnizorilor de servicii sociale și a serviciilor sociale acordate se

realizează în baza unor standarde, criterii, indicatori și constă în analiza modului în care furnizorii și serviciile sociale îndeplinesc condițiile prevăzute de lege, precum și a cerințelor specifice de calitate (standarde, criterii, indicatori).

**TABEL 35. FURNIZORI DE SERVICII SOCIALE ACREDITAȚI ȘI SERVICII SOCIALE LICENȚIATE – DINAMICA GENERALĂ**

Furnizori de servicii sociale și servicii sociale	2017			2018			2019			2020		
	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total
<b>Furnizori de servicii sociale acreditați</b>	1527	965	2492	1679	1019	2698	1768	1163	2931	1895	1384	3279
<b>Număr localități unde activau furnizorii de servicii sociale acreditați</b>	240	781	1021	256	796	1052	267	899	1166	270	1048	1318
<b>Servicii sociale licențiate</b>	2679	854	3533	2866	925	3791	3106	1069	4175	3554	1238	4792
<b>Număr localități unde funcționau servicii sociale licențiate</b>			812	256	586	842	238	445	683	273	695	968

Sursa: MMPS, Buletine statistice în domeniul Asistenței Sociale 2017, 2018, 2019, 2020

**453.** Numărul serviciilor sociale licențiate a înregistrat creștere pe toate tipurile de grupuri vulnerabile în perioada 2017 – 2020. Astfel, pentru copii și familiile cu copii, numărul serviciilor licențiate a crescut cu 538. Pentru persoanele vârstnice creșterea a fost de 393, pentru cele cu dizabilități de 79, pentru victimele violenței domestice de 51. În cazul persoanelor fără adăpost creșterea a fost de 19 servicii sociale, iar în cel al celor cu diferite adicții de 7.

**TABEL 36. SERVICII SOCIALE LICENȚIATE PE TIPURI DE BENEFICIARI LA FINALUL ANULUI**

Servicii sociale licențiate	2017	2018	2019	2020	Diferență 2017 - 2020
<b>Copii și familii cu copii</b>	1747	1910	2074	2285	538
<b>Persoane vârstnice</b>	704	748	923	1097	393
<b>Persoane cu dizabilități</b>	440	432	441	519	79
<b>Persoane fără adăpost</b>	62	69	73	81	19
<b>Victime ale violenței în familie</b>	52	61	72	103	51
<b>Persoane cu diferite adicții</b>	42	44	48	49	7
<b>Altele</b>	486	527	544	658	172
<b>Total</b>	<b>3533</b>	<b>3791</b>	<b>4175</b>	<b>4792</b>	<b>1259</b>

Sursa: MMPS, Buletine statistice în domeniul Asistenței Sociale 2017, 2018, 2019, 2020

**454.** Există diferențe între regiuni în ceea ce privește numărul serviciilor sociale licențiate și a tipurilor de grupuri vulnerabile adresate de către acestea. Cele mai mari valori ale numărului de servicii sociale licențiate le regăsim în regiunile Centru (863 de servicii sociale licențiate), Nord-Vest (776 servicii sociale licențiate) și Nord-Est (741 servicii sociale licențiate). Cele mai puține sunt în regiunea Sud Vest Oltenia (365). Se poate observa că în regiunile cu un nivel de dezvoltare mai redus și cu rate ale riscului de sărăcie și excluziune socială mai mari, sunt mai puține servicii sociale licențiate (Sud-Muntenia, Sud-Vest Oltenia,

Sud-Est). Serviciile pentru persoanele vârstnice sunt mai numeroase în regiunile Nord-Vest (211) și Centru (204). În cazul persoanelor cu dizabilități cele mai multe servicii sunt în regiunea Centru (105), urmată de regiunea Nord-Vest (81), Sud-Est (75) și Nord-Est (71). Pentru persoanele fără adăpost există 17 servicii sociale licențiate în regiunea Nord-Vest, urmată de Centru (12), București-Ilfov (11) și Sud Muntenia (11). Pentru victimele violenței în familie există cele mai multe servicii sociale licențiate în regiunile Centru (19), Sud-Est (16) și Sud Muntenia (16). În cazul persoanelor cu diferite adicții, cele mai multe servicii sociale licențiate sunt în regiunea Nord-Est (9), Sud Muntenia (8) și Centru (8).

**TABEL 37. SERVICII SOCIALE LICENȚIATE PE TIPURI DE BENEFICIARI ȘI REGIUNI ÎN 2020**

Regiune	Copii și familii cu copii	Persoane vârstnice	Persoane cu dizabilități	Persoane fără adăpost	Victime ale violenței în familie	Persoane cu diferite adicții	Altele	Total
Regiunea Nord-Est	399	147	71	10	11	9	94	741
Regiunea Sud-Est	256	101	75	8	16	4	60	520
Regiunea Sud-Muntenia	288	101	66	11	16	8	70	560
Regiunea Sud-Vest Oltenia	202	54	43	5	11	5	45	365
Regiunea Vest	226	142	46	7	6	1	71	499
Regiunea Nord-Vest	299	211	81	17	11	7	150	776
Regiunea Centru	404	204	105	12	19	8	111	863
Regiunea București-Ilfov	211	137	32	11	13	7	57	468

Sursa: MMPS, Buletin statistic în domeniul Asistenței Sociale 2020

#### *Servicii sociale pentru persoane vârstnice*

**455.** Analiza defalcată pe tipuri de servicii sociale și socio-medicale pentru vârstnici sau de care aceștia pot beneficia pentru perioada 2017 – 2020 indică o creștere a numărului acestora cu 525 de unități, din care 137 publice și 388 private.

**456.** Creșterea numărului de servicii licențiate se înregistrează pe toate categoriile mari: 1) centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială pentru persoane vârstnice, bolnavi cronici în fază terminală; 2) centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoane vârstnice; 3) centre de zi pentru persoane vârstnice; 4) servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane aflate în situație de dependență; 5) centre de preparare și distribuire a hranei pentru persoane în risc de sărăcie; 6) servicii de asistență comunitară. Cea mai mare creștere (298 de unități) se înregistrează pentru căminele pentru persoane vârstnice unde au intrat mulți furnizori privați, inclusiv companii private. Astfel numărul căminelor pentru vârstnici private a crescut cu 293 de unități în cei patru ani, în timp ce cele publice doar cu 5 unități. Numărul unităților de îngrijiri la domiciliu a crescut cu 56 din care 37 publice și 19 private. Cel al serviciilor de asistență comunitară a sporit cu 83 de unități, din care 32 publice și 51 private.

**TABEL 38. SERVICII SOCIALE PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE**

Tip serviciu	2017			2018			2019			2020		
	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total
Centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială	27	29	56	27	29	56	28	30	58	32	34	66
Centre	198	168	366	212	183	395	292	239	531	368	296	664

rezidențiale de îngrijire și asistență													
Centre de zi pentru persoane vârstnice	90	21	111	93	23	116	103	28	131	115	37	152	
Servicii de îngrijire la domiciliu	155	60	215	163	63	226	173	77	250	185	86	271	
Centre de preparare și distribuire a hranei pentru persoane în risc de sărăcie	96	14	110	108	13	121	119	17	136	130	17	147	
Servicii de asistență comunitară	57	13	70	74	20	94	85	23	108	105	48	153	
<b>Total servicii</b>	<b>623</b>	<b>305</b>	<b>928</b>	<b>677</b>	<b>331</b>	<b>1008</b>	<b>800</b>	<b>414</b>	<b>1214</b>	<b>935</b>	<b>518</b>	<b>1453</b>	

Sursa: MMPS, Buletine statistice în domeniul Asistenței Sociale 2017, 2018, 2019, 2020

### Percepții privind viața sănătoasă

**457.** Ponderea persoanelor care declară că au nevoi medicale nesatisfăcute s-a redus în perioada 2010 – 2020 de la 13.8% la 6.9%. Cu toate acestea procentul celor care declară că au nevoi medicale nesatisfăcute este mai ridicat decât media europeană. Cel mai important motiv invocat de români când declară că au nevoi medicale nesatisfăcute îl reprezintă costul acestora (3.6% în 2020) și timpul lung de așteptare până când pot beneficia de serviciu (0.8% în 2020). Se observă o scădere a ponderii celor pentru care costul serviciilor reprezintă motivul principal pentru care nu și-au satisfăcut nevoile medicale de la 10% în 2010 la 3.6% în 2020.

**TABEL 39. EVOLUȚIA PONDERII NEVOILOR MEDICALE NESATISFĂCUTE**

Motive pentru care nu au fost satisfăcute nevoile medicale		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>EU-27</b>	Prea scumpe	2.3	2.6	2.6	2.8	2.8	2.4	1.9	1.0	1.1	0.9	:
<b>România</b>		10.0	11.0	10.5	9.6	8.8	8.3	5.3	3.5	3.4	3.5	3.6
<b>EU-27</b>	La distanță mare	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	:
<b>România</b>		0.6	0.7	0.7	0.6	0.5	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.3
<b>EU-27</b>	Prea scumpe, la distanță prea mare sau existența listelor de așteptare	3.5	3.7	3.8	4.0	3.9	3.3	2.8	1.6	1.8	1.7	:
<b>România</b>		11.1	12.2	11.7	10.9	9.8	9.4	6.5	4.7	4.9	4.9	4.7
<b>EU-27</b>	Lipsa timpului disponibil	1.1	1.0	1.0	1.0	0.9	0.5	0.5	0.3	0.3	0.3	:
<b>România</b>		0.6	0.5	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
<b>EU-27</b>	Nu sunt nevoi medicale neacoperite	92.9	92.9	93.0	92.5	92.8	94.8	95.3	97.0	96.8	97.0	:
<b>România</b>		86.2	85.4	86.0	86.9	88.1	88.5	91.4	93.3	93.1	93.1	93.3

Sursa: Eurostat, Nevoi nesatisfăcute auto-raportate de examinare medicală în funcție de sex, vârstă, motiv principal declarat și stare de muncă [hlth\_silc\_13]

**458.** Ponderea persoanelor din România care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate s-a redus ușor în ultimii 10 ani, de la 21% la 19.7%. Comparativ cu 2019, procentul a crescut cu 0.8% pe fondul problemelor de acces la serviciile medicale din perioada pandemiei COVID-19. Comparativ cu media UE-27, procentul românilor care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate este mult mai mic. Există diferențe între mediile de rezidență, procentul fiind mai mare în mediul rural. Procentul

celor care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate este mai mare în cazul celor aflați în primele două quintile de venit (persoanele cu cele mai mici venituri în proporție de 40% din total).

**TABEL 40. PERSOANE CARE AU O BOALĂ DE LUNGĂ DURATĂ SAU O PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE**

România	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Total</b>	21.0	21.6	21.3	20.6	19.9	20.1	19.2	20.4	19.5	18.9	19.7
<b>Municipii</b>	20.8	22.3	20.6	20.4	18.7	19.6	20.2	20.4	19.1	18.0	19.3
<b>Orașe</b>	21.0	18.1	20.9	18.6	17.2	17.1	16.2	18.9	18.1	17.5	18.3
<b>Comune</b>	21.1	21.2	22.2	21.8	21.7	22.2	20.1	21.3	20.5	20.3	21.0
<b>Quintila 1</b>	18.2	16.1	16.6	17.2	16.8	16.5	16.7	19.1	21.8	20.5	23.3
<b>Quintila 2</b>	22.0	22.0	23.0	22.1	21.1	23.2	21.8	25.2	24.7	26.6	26.6
<b>Quintila 3</b>	23.9	24.9	24.0	22.6	24.9	22.5	21.3	22.7	23.3	20.3	21.5

Sursa: Eurostat, Persoane care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate [hlth\_silc\_11]

**459.** Percepția asupra stării de sănătate a populației României este bună și foarte bună (73%). Doar 1.4% consideră că starea de sănătate este foarte proastă, iar 6% că este proastă.

**TABEL 41. PERCEPȚIA STĂRII DE SĂNĂTATE**

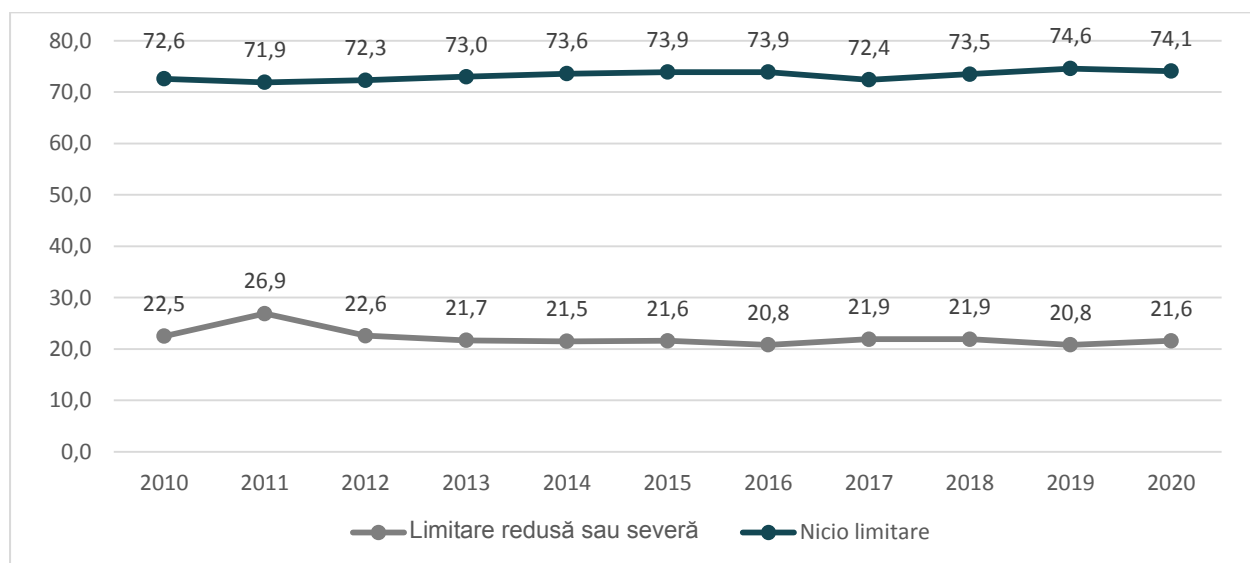
	Percepție	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>UE-27</b>	Foarte bună	20.5	20.5	21.4	20.4	20.5	20.2	19.4	21.0	21.1	20.5	23.3
<b>Romania</b>		26.5	25.6	26.7	27.4	26.9	26.6	26.5	27.8	26.4	27.9	31.7
<b>UE-27</b>	Bună	46.2	46.1	45.9	46.1	46.7	46.5	48.0	47.9	47.4	48.0	45.3
<b>Romania</b>		42.2	42.3	41.5	41.3	42.3	43.3	43.9	43.0	44.2	43.2	41.3
<b>UE-27</b>	Nici bună, nici proastă	23.5	23.1	22.5	23.5	22.9	23.6	23.8	22.6	23.0	22.9	22.5
<b>Romania</b>		21.8	22.4	21.6	21.4	21.6	21.6	22.3	21.8	22.3	21.6	19.7
<b>UE-27</b>	Proastă	8.0	8.1	8.1	8.1	8.0	7.9	7.2	6.9	6.9	7.0	7.0
<b>Romania</b>		7.8	7.9	8.2	7.9	7.6	7.1	6.0	6.0	5.8	5.9	6.0
<b>UE-27</b>	Foarte proastă	1.9	2.1	2.1	2.0	1.9	1.9	1.6	1.6	1.6	1.6	1.8
<b>Romania</b>		1.7	1.8	2.0	1.9	1.7	1.4	1.2	1.3	1.2	1.3	1.4

Sursa: Eurostat, Percepția stării de sănătate pe sexe, vârste și statut pe piața muncii, [hlth\_silc\_01]

**460.** Un procent de 21.6% dintre români au o limitare redusă sau severă în desfășurarea activităților uzuale, iar 74.1% nu au nicio limitare.



**FIGURA 43. PERCEPȚIA ASUPRA LIMITĂRILOR PE TERMEN LUNG ÎN DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚILOR UZUALE**



Sursa: Eurostat, Percepția asupra limitărilor pe termen lung în desfășurarea activităților uzuale [hlth\_silc\_20]

#### Cadrul legislativ

**461.** Standardele minime de cost revizuite pentru serviciile sociale au fost adoptate în mai 2020 ceea ce a presupus finanțarea serviciilor pe cele deja existente în perioada 2014 – mai 2020. După implementarea legii salarizării unitare în 2017 (Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice) respectarea standardelor minime de cost nu a mai putut fi respectată în cazul serviciilor sociale oferite de către instituțiile publice (FONPC, 2019) fapt ce a dus la dificultăți în asigurarea finanțării corespunzătoare a serviciilor oferite.

**462.** Standardele minime de cost erau avute în vedere la stabilirea finanțării pentru serviciile sociale furnizate de către instituțiile publice, dar și în cazul celor finanțate de către furnizorii privați. În cazul serviciilor sociale oferite de către instituțiile publice aceste standarde de cost erau crescute prin hotărâri de consilii locale/ consilii județene. Standardele minime de cost nu erau respectate de către autoritățile locale în finanțarea serviciilor contractate de la furnizorii privați, costul oferit acestora fiind cu mult sub aceste standarde minime. Finanțarea acestora era realizată în funcție de bugetele disponibile și de cele mai multe ori sub nivelul standardului minim de cost. (FONPC, 2019; SOS, 2018)

**463.** În perioada 2014-2020 principalele modificări legislative au vizat actualizarea standardelor minime de cost pentru serviciile sociale oferite și a standardelor de calitate pentru aceste servicii. Această actualizare a standardelor de cost a fost determinată și de creșterea costului cu resursele umane din sistemul public ca urmare a intrării în vigoare a legii salarizării unice.

**464.** O modificare importantă este și cea din Legea 98/2016 a achizițiilor publice care prevede achiziția serviciilor sociale. Astfel, finanțarea serviciilor publice putea fi făcută în baza acestei legislații la un cost mult mai aproape de cel real. Din păcate, nu multe administrații publice o aplică chiar dacă finanțează astfel de servicii. Este o problemă de înțelegere a noii legislații în domeniul social.

**465.** Legislația pentru persoanele vârstnice (legea 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice) a fost completată, dar ea ar necesita o revizuire substanțială pentru a putea răspunde într-o mai mare măsură nevoilor acestor persoane.

#### Lăcune legale și instituționale care afectează incluziunea socială

**466.** Una dintre cele mai mari probleme legate de accesul la servicii sociale a persoanelor din diferitele grupuri vulnerabile este legată de răspândirea geografică limitată a acestor servicii. Multe dintre administrațiile publice locale nu au servicii sociale dezvoltate fie din cauza lipsei personalului specializat

care să le ofere, fie a resurselor financiare necesare pentru crearea și implementarea lor. Oferirea de servicii sociale presupune existența de resurse financiare, umane, materiale și de timp mai mari pentru administrațiile publice locale. Din acest motiv se preferă doar oferirea de beneficii sociale. Deși legislația cere existența unui serviciu public de asistență socială (Legea 292/2011 a asistenței sociale) și a personalului specializat în cadrul lui, nu există și sancțiuni în cazul neaplicării ei. Din acest motiv, în 2020, din cele 2862 de comune, doar 1623 aveau personal în serviciile de asistență socială (ANDPDCA, 2020). Nivelul de salarizare a personalului din domeniul asistenței sociale este neatractiv în comparație cu cel al funcționarilor publici.

**467.** În ceea ce privește serviciile sociale ale furnizorilor privați există o problemă legată de finanțarea publică a acestora. Fondurile oferite prin legea 34/1998 sau prin alte forme de finanțare publică (legea 98/2016 a achizițiilor publice, legea 30/2005) sunt insuficiente și acoperă doar într-o foarte mică măsură costul acestor servicii. Este necesară o mai bună finanțare publică a acestor servicii oferite de furnizorii privați. Costul lunar este de 250 lei pentru un beneficiar din centrele rezidențiale; 90 lei pentru beneficiarii cantinelor sociale; 175 lei/ beneficiar pentru serviciile acordate în cadrul unui adăpost de noapte sau centru de zi, complementar/cumulat cu masa la cantină sau alte servicii de acordare a hranei; 120 lei pentru serviciile acordate prin unitatea de îngrijire la domiciliu complementar/cumulat cu masa la cantina socială sau alte servicii de acordare a hranei.

#### *Disponibilitatea datelor pentru fundamentarea politicilor în domeniul incluziunii sociale*

**468.** La nivel național nu există date oficiale privind numărul persoanelor fără adăpost, ultimele estimări fiind realizate înainte de anul 2010. În același timp și estimările sunt dificil de realizat deoarece indicatorii utilizați în statisticile privind gospodăria se referă doar la persoanele care locuiesc în gospodării private.

**469.** Datele privind victimele violenței domestice sunt disponibile doar la cerere. Nu există date publice pe site-ul IGPR, ele fiind solicitate de către Agenția Națională pentru Egalitate de Șanse sau ONG-urile care activează în domeniu anual.

**470.** Din 2015, după introducerea Hotărârii de Guvern nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale, datele referitoare la serviciile sociale sunt disponibile în format deschis pe site-ul Ministerului Muncii și Protecției Sociale. În ultimii ani, raportarea acestor date a cunoscut o serie de îmbunătățiri.

#### *Schimbări ale situației persoanelor vulnerabile*

**471.** **Ieșirea din vulnerabilitate a diferitelor categorii de persoane este dificil de estimat** fiind un proces de lungă durată. Datele existente analizează persoanele aflate în risc de sărăcie și excluziune socială printr-o metodă normativă pe baza măsurării celor aflați sub pragul sărăciei relative sau absolute. Când discutăm de persoane cu dizabilități, persoane fără adăpost, victime ale violenței domestice, victime ale traficului de persoane, persoane vârstnice există însă o vulnerabilitate multiplă cauzată nu doar de lipsa veniturilor. Astfel, vorbim de excluziune multiplă pe diferite paliere: nivel de trai, locuire, acces la servicii publice (educație, sănătate etc), acces la servicii sociale, ocupare etc. Măsurile oferite ar trebui să aibă în vedere servicii sociale integrate care să încerce să răspundă cât mai bine diferitelor aspecte ale calității vieții acestor persoane unde sunt înregistrate disfuncționalități. Majoritatea cazurilor în care putem discuta după o perioadă de incluziune socială a persoanei se referă la ocuparea persoanei fără a se avea în vedere celelalte aspecte problematice. Ocuparea acestor persoane nu rezolvă problemele lor și există un risc mare de reîntoarcere în starea de excluziune socială.

#### *Sinteza constatărilor*

**472.** Persoane vârstnice: riscul de sărăcie și excluziune socială, de deprivare materială au scăzut, însă o ușoară creștere se observă în perioada pandemiei. Accesul la servicii sociale s-a îmbunătățit, numărul

serviciilor sociale a crescut, dar acoperirea cu servicii sociale licențiate este neuniformă și deficitară în special în mediul rural și în urbanul mic.

**473.** Persoane fără adăpost: nu există date recente, după 2010, însă se estimează o creștere a nevoii pentru servicii sociale pentru acest segment, concentrat în mediul urban. Analiza relevă faptul că oferta de servicii sociale a crescut în perioada 2017 – 2020 cu aproape 30%

**474.** Victime ale violenței domestice: datele oficiale indică o creștere a fenomenului și se estimează că numărul real este mult mai mare; accesul la servicii sociale s-a îmbunătățit, însă finanțarea serviciilor este deficitară.

**475.** Victimele traficului de ființe umane: fenomenul a avut o evoluție oscilantă și se estimează că numărul real este mult mai mare, datorită dificultăților de identificare și probare; numărul serviciilor sociale a scăzut.

**476.** Cadrul legislativ este deficitar prin standardele de cost neadecvate situației actuale, nevoilor și costurilor reale.

**477.** Una dintre cele mai mari probleme legate de accesul la servicii sociale a persoanelor din diferitele grupuri vulnerabile este legată de răspândirea geografică limitată a acestor servicii. Multe dintre administrațiile publice locale nu au servicii sociale dezvoltate fie din cauza lipsei personalului specializat care să le ofere, fie a resurselor financiare necesare pentru crearea și implementarea lor. Finanțarea furnizorilor privați de servicii sociale este deficitară.

**478.** În ansamblu **situația grupurilor vulnerabile și accesul lor la servicii sociale s-a îmbunătățit** însă România se află încă semnificativ sub media europeană pentru mai multe dimensiuni ale excluziunii sociale, iar pandemia COVID-19 a înrăutățit situația acestora.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 1):** Ipoteza 1.1. Situația grupurilor vulnerabile vizate de program s-a îmbunătățit și

Ipoteza 1.2: Accesul la servicii pentru grupurile vizate de program s-a îmbunătățit sunt **PARTIAL VALIDATE**.

### 6.3.2. ÎE 2. ÎN CE MĂSURĂ PROGRESUL OBSERVAT ESTE ATRIBUIT POCU?

#### Abordarea metodologică

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 2):** Intervențiile finanțate au avut o contribuție la depășirea situațiilor de vulnerabilitate de către persoanele aparținând grupurilor vulnerabile.

Ipoteza 2.1: Intervențiile finanțate au avut o contribuție la îmbunătățirea situației membrilor grupurilor vulnerabile

Ipoteza 2.2: Intervențiile finanțate au avut o contribuție importantă la creșterea accesului grupurilor vulnerabile la servicii medicale și socio-profesionale

**Variabile de analiză:** variația indicatorilor de program, variația principalilor indicatori socio-economici la nivelul grupurilor vulnerabile/ la nivel teritorial (în zonele/ regiunile care au beneficiat de sprijin, variația accesului la servicii medicale, socio-profesionale, servicii suport, etc. la nivel regional, pe dimensiunea urban-rural, dinamica ocupării în rândul persoanelor active în domeniile afectate de pandemia SARS COV-2, evoluția capacității de a răspunde nevoilor grupurilor vulnerabile în contextul epidemiei SARS-COV-2, impactul perceput de părțile interesate.

*Corelarea analizei cu teoria schimbării*

**479. ÎE 2 „În ce măsură progresul observat este atribuit POCU”, este o întrebare tipică unei evaluări de impact și se referă la efectul net sau impactul net al intervențiilor finanțate prin OS 4.4 asupra beneficiarilor finali din perspectiva obiectivelor și efectelor așteptate.**

**480.** Răspunsul la întrebare este construit pe teoria schimbării cu focalizare pe partea superioară a lanțului causal și combină analizele cantitative și calitative. Cu toate că în acest răspuns ne vom referi la lanțul rezultatelor OS 4.4 (realizări – rezultate – impact), pentru coerența explicațiilor nu se poate evita legătura cu tipologia intervențiilor (activitățile implementate) și factorii de influență. Mecanismul de producere a efectelor va fi reluat în răspunsul la întrebarea de evaluare ÎE6 unde se va explica cum s-au produs sau de ce nu s-au produs rezultatele și efectele așteptate.

*Măsura în care OS 4.4 a produs/ produce realizările și rezultatele așteptate*

**481.** Un prim pas în analiza și măsurarea impactului brut și a impactului net (contribuția) este cunoașterea realizărilor și rezultatelor efectiv produse, respectiv generate de intervenții, ca premisă și condiție în lanțul rezultatelor pentru generarea efectelor pe termen lung, a impactului.

**482.** Analiza cantitativă a realizărilor și rezultatelor pleacă de la măsurarea lor prin indicatorii de program, conform datelor de monitorizare a programului. Tabelele de mai jos sumarizează „ce a reușit să producă și să genereze programul”, ce a îndeplinit, raportat la ceea ce și-a propus pentru fiecare indicator de program până la data de 31.12.2020.

**483.** În tabelul de mai jos este surprins gradul de îndeplinire al indicatorilor de program, aferenți OS 4.4 conform RAI 2020, dar care nu defalcă indicatorii pe obiective specifice OS-uri.

**TABEL 42. GRADUL DE ÎNDEPLINIRE A ȚINTELOR INDICATORILOR DE PROGRAM (OS 4.4) CONFORM RAI 2020**

Indicatori de program		Valori țintă	Valori realizate la 31.12.2020	Grad de realizare
<b>Cod</b>	<b>Indicatori de realizare</b>			
<b>4S161</b>	Servicii (din care: din zona rurală) la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin, din care: Servicii medicale / Servicii sociale / Servicii socio-medicale	3.839,00	546,00	14,22%
<b>4S47</b>	Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile (din care: din zona rurală) care beneficiază de servicii integrate	34.947,00	4.888,00	13,99%
<b>Cod</b>	<b>Indicatori de rezultat</b>			
<b>4S157</b>	Servicii funcționale (din care: din zona rurală) oferite la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială, din care: Servicii medicale /Servicii sociale/Servicii socio-medicale	n/a	274	n/a
<b>4S204</b>	Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor, din care: din sectorul de asistență socială /din sectorul medical/ din sectorul educațional	n/a	10	n/a
<b>4S42</b>	Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile (din care: din zona rurală) care depășesc situația de vulnerabilitate urmare a sprijinului primit	n/a	342,00	n/a

Sursa: RAI 2020

**484.** Gradul de îndeplinire a indicatorilor de realizare regăsiți în cadrul proiectelor finanțate prin OS 4.4 este relativ scăzut, de aproximativ 14%. Pentru indicatorii de rezultat nu au fost stabilite ținte pentru 2023 deoarece în perioada de programare 2007-2013 nu au existat intervenții similare/ indicatori de rezultat similari pentru intervențiile finanțate.

**485.** Tabelul de mai jos surprinde progresul indicatorilor asumați în cadrul proiectelor contractate la nivelul OS 4.4, fiind analizate datele disponibile în baza de date SMIS și puse la dispoziție de autoritatea contractantă. Cu toate că nu s-a putut stabili o coerență deplină între datele din RAI și SMIS, analiza

realizărilor și rezultatelor raportate de la nivel de proiect oferă o imagine solidă a ceea ce a reușit să producă sau să genereze doar OS 4.4.

**TABEL 43 GRADUL DE ÎNDEPLINIRE A ȚINTELOR INDICATORILOR DE PROGRAM LA NIVELUL OS 4.4**

Indicatori de program		Valori țintă	Valori realizate la 31.12.2020	Grad de realizare
<b>Cod</b>	<b>Indicatori de realizare</b>			
<b>4S16</b>	Persoane care beneficiază de sprijin, din care:	117.481	0	0,00%
	• persoane care se află în șomaj tehnic ca urmare a declarării situațiilor de epidemii (ex. COVID19)	177.481	0	0,00%
<b>4S161</b>	Servicii la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin, din care:	288	233	80,90%
	• Servicii medicale	9	19	211,11%
	• Servicii sociale	80	138	172,50%
	• Servicii socio-medicale	44	99	225,00%
<b>4S47</b>	Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile care beneficiază de servicii integrate	120.225	12.843	10,68%
<b>Cod</b>	<b>Indicatori de rezultat</b>			
<b>4S157</b>	Servicii funcționale oferite la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială, din care:	100	250	250,00%
	• servicii medicale	8	17	212,50%
	• servicii sociale	68	105	154,41%
	• servicii socio-medicale	37	45	121,62%
<b>4S204</b>	Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor, din care:	1	0	0,00%
	• din sectorul de asistență socială	-	-	-
	• din sectorul medical	-	-	-
	• din sectorul educațional	-	-	-
<b>4S42</b>	Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile care depășesc situația de vulnerabilitate ca urmare a sprijinului primit	89.793	780	0,87%

Sursa: SMIS și prelucrări autori

**486.** În ceea ce privesc indicatorii de realizare aceștia variază între 10,68% și 80,90%, cu excepția indicatorului „Persoane care beneficiază de sprijin, din care: persoane care se află în șomaj tehnic ca urmare a declarării situațiilor de epidemii (ex. COVID19)” care la 31.12.2020 nu a înregistrat progres. În cadrul subdiviziunilor indicatorului „Servicii la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială care beneficiază de sprijin, din care: servicii medicale, servicii sociale, servicii socio-medicale” se poate observa un grad de îndeplinire care depășește ținta propusă inițial (gradul de realizare variază între 172% și 225%), ceea ce poate indica o **subestimare a indicatorilor și a nevoilor prezente la nivel local** în materie de servicii.

**487.** În cazul indicatorilor de rezultat, situația este similară, aceștia variază între 0, 87% pentru indicatorul „Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile care depășesc situația de vulnerabilitate ca urmare a sprijinului primit” și 250% în pentru indicatorul „Servicii funcționale oferite la nivelul comunităților marginalizate aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială” (din care: servicii medicale, servicii sociale, servicii socio-medicale, care de asemenea înregistrează valori ridicate, cu un grad de îndeplinire ce variază între 121 % și 212%).

**488.** Având în vedere faptul că marea majoritate a proiectelor se află în derulare, termenul de finalizare al acestora fiind în decursul anilor 2022 și 2023 (și ca urmare a prelungirii perioadei de implementare date fiind situațiile de necesitate a suspendării proiectelor în contextul pandemic) până la

finalul perioadei de implementare a proiectelor, aferente perioadei actuale de programare, **valorile asumate ale indicatorilor pot fi atinse.**

**489.** Indicatorul „Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile care depășesc situația de vulnerabilitate ca urmare a sprijinului primit” avut în vedere în contextul intervențiilor dedicate persoanele vârstnice se dovedește a fi problematic. Acest aspect este cauzat de faptul că ieșirea din vulnerabilitate pentru vârstnici necesită o interpretare adaptată, în realitate vulnerabilitatea acestei categorii de persoane crescând odată cu înaintarea în vârstă. Spre deosebire de specificul intervențiilor adresate altor categorii de grupuri vulnerabile precum victimele violenței domestice, care își pot depăși condiția ca urmare a sprijinului de care au beneficiat, prin identificarea unui loc de muncă și angajarea ulterioară, înregistrarea de venituri și dobândirea unei vieți independente, etc, în cazul vârstnicilor situația este îmbunătățită la momentul acordării sprijinului, și însă menținerea acestei stări depinde de continuarea asigurării serviciului. Persoanele vârstnice prezintă o nevoie constantă, iar în cazul acestora ar fi mai potrivit a fi luat în considerare indicatori calitativi precum: îmbunătățirea stării psihice și fizice a persoanelor vârstnice; îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice la un anumit moment sau un indicator cantitativ care să măsoare gradul de reducere a numărului de cazuri de instituționalizare, apeluri sau prezentări la serviciile de urgență sau chiar reducerea numărului de zile de spitalizare.

**490.** Analiza calitativă pe baza datelor primare colectate **confirmă rezultatele** generate de program, dar le și nuanțează sub aspect calitativ și a potențialului de a produce efecte pe termen lung și în mediul mai larg al grupurilor vulnerabile.

**491.** Astfel persoanele intervievate, participanții la sondaj, ateliere de lucru, focus grup și panel de experți (la care ne vom referi în continuare ca persoane consultate), au confirmat și au exemplificat efecte pozitive generate asupra beneficiarilor finali ai OS 4.4. Astfel au fost confirmate: îmbunătățirea și facilitarea accesului la servicii sociale integrate, îmbunătățirea situațiilor persoanelor vulnerabile, îmbunătățirea stării psihice și fizice a persoanelor vulnerabile, dezvoltarea competențelor și obținerea de calificări, redobândirea unei vieți independente, etc. Dat fiind contextul pandemic și restricțiile impuse de păstrare a distanței fizice în vederea limitării infectării cu virusul SARS-Cov 2, activităților de socializare și nu numai, derulate în cadrul proiectelor au avut un impact imediat asupra bonificărilor contribuind substanțial la re/integrarea socială a persoanelor vulnerabile (în special în rândul vârstnicilor).

**492.** Măsurile concepute prin OS 4.4 au oferit oportunitatea furnizării de intervenții integrate pentru persoanele vulnerabile aplicate nevoilor complexe pe care aceștia le prezintă, apelurile lansate adresându-se în special persoanelor vârstnice (incluzând măsurile de sprijin în context pandemic), victimelor violenței domestice și agresorilor acestora, persoanelor cu dizabilități (vizate exclusiv prin măsurile de sprijin în contextul pandemiei cu virusul SARS Cov 2) și salariați din domenii de activitate afectate în mod direct de măsurile de limitare a distanțierii fizice. Detalii despre grupurile țintă vizate prin obiectivul specific 4.4 pot fi observate din figurile de mai jos.

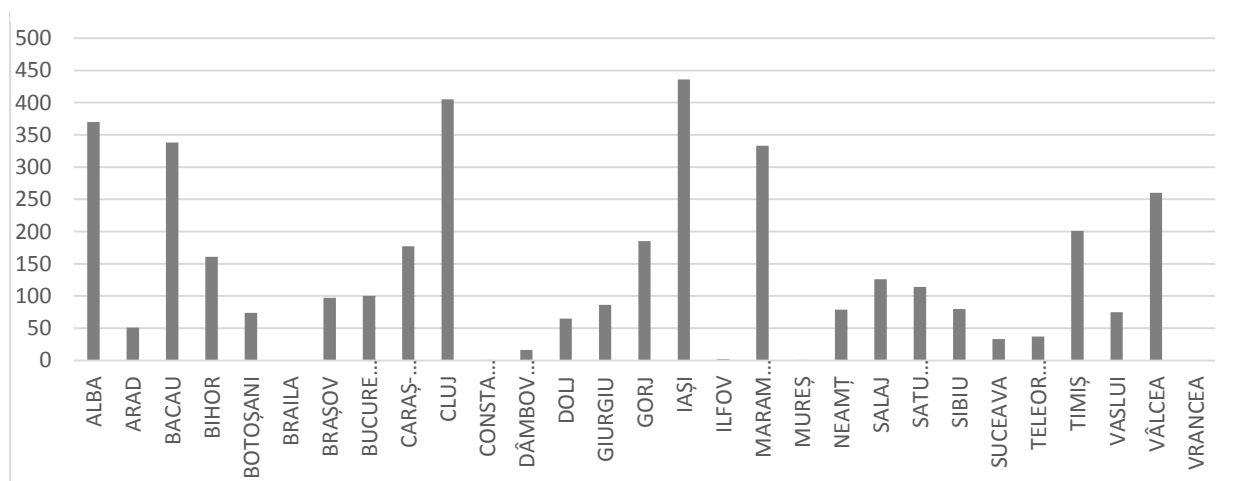
**TABEL 44 CATEGORII DE GRUPURI ȚINTĂ**

Categorie grup țintă	Nr.
Victime ale violenței sexuale și domestice și agresorii acestora	419
Persoane vârstnice aflate în situații de dependență și/sau în risc de excludere socială	4.301

Sursa: date furnizate de MIPE, pe baza înregistrărilor în instrumentul POCU Form și prelucrări autori

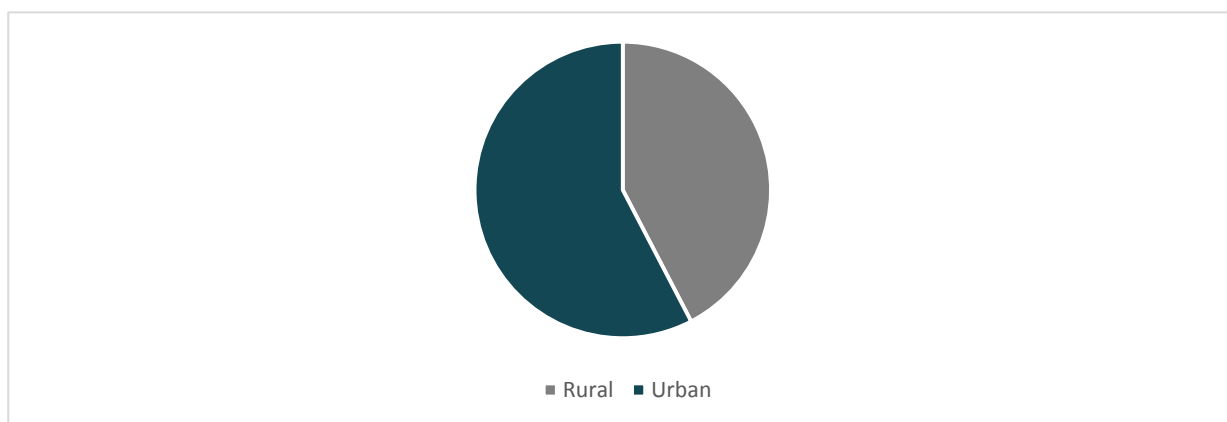


**FIGURA 44. DISTRIBUȚIA PE JUDEȚE A PERSOANELOR VÂRSTNICE**



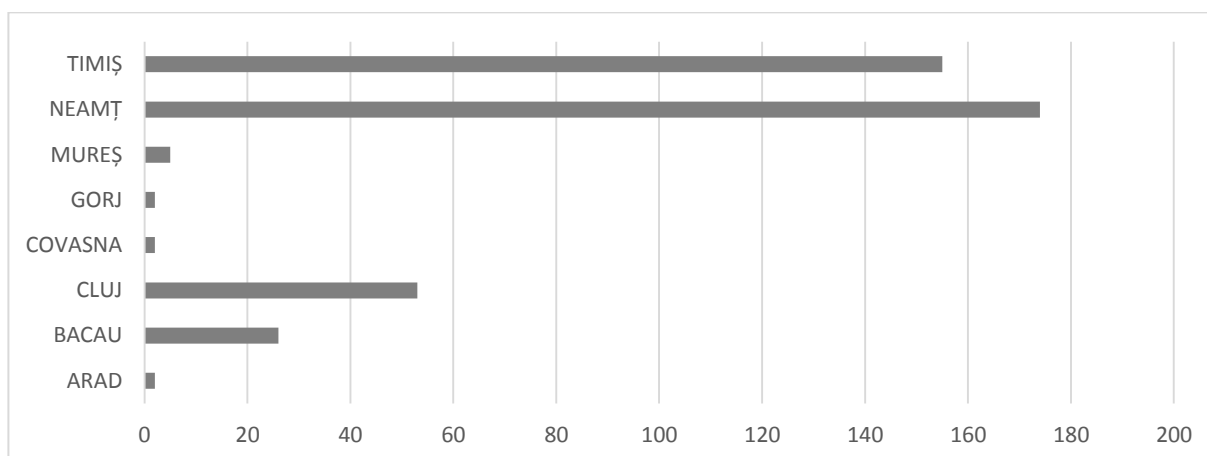
Sursa: date furnizate de MIPE, pe baza înregistrărilor în instrumentul POCU Form și prelucrări autori

**FIGURA 45. DISTRIBUȚIA PE MEDII DE REZIDENȚĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE**



Sursa: date furnizate de MIPE, pe baza înregistrărilor în instrumentul POCU Form și prelucrări autori

**FIGURA 46. DISTRIBUȚIA PE JUDEȚE A VICTIMELOR VIOLENȚEI DOMESTICE ȘI AGRESORII ACESTORA**



Sursa: date furnizate de MIPE, pe baza înregistrărilor în instrumentul POCU Form și prelucrări autori

**493.** POCU are un **impact pozitiv la nivelul comunității contribuind la îmbunătățirea situației persoanelor vârstnice**, în special a persoanelor singure, făcând posibilă furnizarea de servicii de calitate dedicate acestora.

**494.** În lipsa finanțării POCU nu ar fi fost posibilă furnizarea serviciilor sociale dedicate persoanelor vârstnice, dat fiind faptul că la nivelul autorităților locale resursele financiare sunt limitate, iar serviciile prevăzute în legislație sunt de asemenea limitate. Intervențiile finanțate în cadrul apelurilor pentru vârstnici au oferit șansa de a susține și derula activități care acoperă o serie de nevoi particularizate pe care aceste persoane le prezintă. Abordarea integrată asigură răspunsul rapid la necesitățile grupului țintă pentru ca persoanele vizate să își continue activitatea în mediul de acasă, beneficiind de suport psihologic, pentru îmbunătățirea stării de bine, de furnizarea de servicii socio-medicale și de îngrijire la domiciliu.

**495.** Intervențiile dedicate persoanelor vârstnice au produs o serie de efecte așteptate, cu un impact imediat. Exemplele oferite de persoanele intervievate fac referire la îmbunătățirea calității vieții acestei categorii de persoane vulnerabile ca urmare a serviciilor de îngrijire la domiciliu. Astfel beneficiarii și aparținătorii au apreciat utilitatea sprijinului pentru efectuarea toaletei zilnice, ajutor în activitățile gospodărești, ajutor pentru achiziționarea cumpărăturilor și medicamentelor, etc., și de asigurare a mesei la domiciliu pentru persoanele greu deplasabile sau nedepasabile.

**496.** Atât interviurile cât și atelierile regionale au confirmat ca efect îmbunătățirea stării de sănătate fizice și psihice. Un sumar al formelor de sprijin ce contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate include următoarele: atenta supervizare medicală asupra situației fiecărui beneficiar de către asistenții medicali, asistenții sociali, asigurarea respectării recomandărilor medicilor de familie sau a specialiștilor (măsurarea tensiunii arteriale, măsurarea glicemiei, schimbarea pansamentelor, urmarea tratamentului) activitățile de recuperare a mobilității, etc., dar și a stării de sănătate psihice, ca urmare a tuturor activităților de socializare (excursii, pelerinaje, activități artistice, ateliere) și a consilierii psihologice, chiar și a celor derulate telefonic (consiliere, surprinderea prin intermediul unei fotografii a activităților pe care bunicii le întreprind în locuința proprie și împărtășirea experiențelor cu ceilalți membri ai grupului țintă). Managerii de proiecte au exemplificat situații în care serviciile furnizate au ajutat la înlăturarea depresiei, a stărilor de singurătate și sentimentului de inutilitate, singurătatea prezentând una din cele mai agravante probleme ale persoanelor vârstnice.

**497.** Sprijinul pentru vârstnici generează și alte efecte, acestea au fost validate cu specialiști în servicii sociale și includ: evitarea instituționalizării, reducerea cererii și utilizării serviciilor de urgență, reducerea zilelor de spitalizare, facilitarea accesului la investigații și servicii medicale la domiciliu, la sesiuni de

consiliere, ceea ce duce la prelungirea duratei de viață și a calității vieții vârstnicilor.

**498.** POCU a extins perspectiva de intervenție pentru a **face posibilă acoperirea unui întreg spectru de probleme**, care ar putea fi regăsite în viața unei persoane care este victimă a violenței domestice.

**499.** Cel mai adesea victimele violenței se confruntă cu un cumul de situații negative în mediul din care provin, între care există un raport de cauzalitate: dependența economică față de agresor, lipsa unui loc de muncă, nivel scăzut de educație, cel mai adesea sub nivelul învățământului obligatoriu, lipsa unei calificări/profesii, lipsa experienței pe piața muncii, probleme privind actele de stare civilă/prorietate, existența unei dizabilități, existența copiilor, persoanelor vârstnice, persoanelor cu dizabilități pe care le au în îngrijire, consumul de alcool, diverse adicții ale agresorilor, etc., aspecte care relevă necesitatea capacității de a răspunde integrat unor astfel de probleme.

**500.** Se consideră că o persoană a depășit această stare de victimă a violenței domestice în momentul în care a reușit să aibă o clipă de răgaz și de liniște, știe ce parcurs să urmeze și îi sunt clare orizonturile următoare, măsurile pe care trebuie să le ia pentru a fi protejată, și-a mărit sistemul de stimă de sine, de dezvoltare personală prin suportul psihologic acordat. Cazurile soluționate integral pozitiv sunt și cele care s-au orientat către un nou loc de muncă, au deja un serviciu stabil și au resurse financiare solide.

**501.** În ceea ce privesc victimele violenței domestice, efectele așteptate manifestate constă în depășirea situației de vulnerabilitate, prin îmbunătățirea calității vieții acestora ca urmare a **dobândirii independenței față de agresor**.

**502.** Prin intervențiile OS 4.4 există posibilitatea acoperirii unei palete largi de probleme pe care victimele violenței domestice le prezintă prin furnizarea unei game variate de servicii sociale: servicii de asistență socială, medicală, de formare profesională, consiliere psihologică, juridică, socio-profesională, asigurarea unui spațiu de locuire, etc.

**503.** Ca urmare a serviciilor sociale de care au beneficiat victimele violenței domestice au depășit situațiile de criză, cel mai adesea prin separarea de agresor pentru a nu fi supuse în continuare agresiunilor acestuia. În vederea dobândirii independenței pe toate planurile, ca urmare a intervențiilor de care au beneficiat în rândul acestei categorii de persoane vulnerabile **au fost sesizate o serie de efecte**, precum:

- Asigurarea unui loc sigur și decent de trai, în locuințe protejate, unde sunt asigurate bunurile traiului zilnic, ceea ce contribuie considerabil la îmbunătățirea situației victimelor, în condițiile în care nu au surse de venit;
- Recuperarea fizică, dar mai ales psihică ulterior traumelor psihice și fizice de care au avut parte în sânul familiei, prin consiliere psihologică și asistență medicală acordată;
- Asigurarea unui loc sigur și decent de trai, în locuințe protejate, unde sunt asigurate bunurile traiului zilnic și utilitățile, ceea ce contribuie considerabil la îmbunătățirea calității vieții victimelor, în condițiile în care nu au surse de venit;
- Identificarea unui loc de muncă și menținere acestuia ca urmare a programelor de formare profesională la care au participat și ca urmare a serviciilor sociale de care au beneficiat (consiliere vocațională, informare, acompaniere pe piața muncii, etc);
- Soluționarea / reglementarea aspectelor legale ale victimelor violenței în familie (finalizarea procesului de divorț și obținerea sentinței de divorț, obținerea custodiei exclusive, obținerea ordinelor de protecție, etc.);
- Schimbarea mediului de viață a persoanelor în cauză (mutare în alt județ, schimbarea locului de muncă).

**504.** În rândul intervențiilor dedicate agresorilor manifestarea efectelor suscită o perioadă mai îndelungată, însă există situații în care ca urmare a activităților din centrele de zi și a consilierii psihologice au fost observate efecte ce țin de remedierea comportamentală, reabilitare în urma unui dependențe (de alcool) și chiar remedierea situației familiale și întoarcerea victimei în familie, însă în mod izolat (un singur caz). În ciuda acestor efecte pozitive manifestate studiile de specialitate și statisticile oficiale arată faptul că comportamentul agresorilor nu se schimbă, aceștia recidivând după o anumită perioadă.

**505.** Intervențiile derulate în contextul pandemic, dedicate persoanelor vulnerabile (vârstnici, persoane cu dizabilități și persoane care au în grijă persoane dependente fizic de acestea) și angajați (în domenii afectate în mod direct de pandemia COVID și restricțiile impuse în vederea limitării transmiterii virusului) vizează efecte precum îmbunătățirea calității vieții acestora persoane, prin asigurarea sprijinului imediat (ajutor financiar, ajutor pentru achiziționarea de bunuri, alimente, medicamente).

**506.** Întărirea capacității instituțiilor publice cu atribuții în domeniu, dar și consolidarea colaborării dintre acestea în vederea acordării sprijinului adecvat la situațiile de criză, sunt de asemenea efecte ale intervențiilor.

**507.** Conform opiniilor exprimate de respondenții sondajului adresat beneficiarilor de finanțare prin OS 4.4, activitățile precum: furnizarea de servicii sociale adresate persoanelor vârstnice (asigurarea mesei, clubul bunicilor, activități de socializare, etc.) (78%), furnizarea de servicii psiho-socio-medicale (69%), derularea campaniilor de informare și conștientizare (63%) și consiliere socio-juridică (41%) **contribuie în mare și foarte mare măsură la impactul pozitiv privind depășirea situației de vulnerabilitate** de către beneficiarii finali.

**508.** Totodată, respondenții consideră ca intervențiile au contribuit în mare și foarte mare măsură la producerea de efecte:

- Creșterea calității vieții pentru persoanele aparținând grupurilor vulnerabile (91%);
- Îmbunătățirea accesului la servicii sociale și de sănătate de calitate pentru persoanele aparținând grupurilor vulnerabile (88%);
- Îmbunătățirea ofertei serviciilor de asistență și consiliere (72%);
- Îmbunătățirea serviciilor psiho-socio-medicale și juridice (63%);
- Îmbunătățirea sprijinului acordat persoanelor vârstnice sau persoanele cu dizabilități aflate în risc de excludere socială în condițiile aplicării măsurilor de limitare a circulației în vederea limitării numărului de infectări cu virusul COVID 19 (50%).

**509.** Alte efecte menționate în cadrul sondajului au fost: dezvoltarea și diversificarea serviciilor adresate vârstnicilor în scopul prevenirii degradării situației sociale și medicale, îmbunătățirea stării de sănătate și creșterea gradului de confort fizic și psihic, creșterea gradului de integrare și participare socială a vârstnicilor.

**510.** 87,50% dintre respondenți consideră **sprijinul financiar POCU ca fiind esențial**, în lipsa acestuia activitățile proiectului nu ar fi fost desfășurate, pe când în cazul a 34,38% dintre beneficiari acest sprijin a contribuit la îmbunătățirea calității și volumului serviciilor finanțate din alte surse. Conform opiniilor exprimate de participanții la sondaj, în lipsa finanțării POCU este foarte greu să obții fonduri pentru sprijinirea vârstnicilor, înființarea de servicii sociale, socio-medicale și medicale pentru persoanele din zona rurală care nu au acces la astfel de servicii este greu de realizat, iar serviciile sociale de tip integrat, destinate victimelor violenței domestice și agresorilor, nu ar fi fost dezvoltate. În lipsa intervențiilor, situația persoanelor vulnerabile s-ar fi agravat, persoanele vârstnice ar fi persistat în starea de izolare socială și marginalizare, în condiții de trai precare, iar victimele violenței domestice ar fi fost supuse în continuare unor diferite abuzuri. În perioada pandemiei, datorită restricțiilor de circulație și de socializare impuse, grupurile vulnerabile ar fi parcurs o perioadă foarte grea, în care lipsa de informare corectă, frica

bolii, singurătatea și sărăcia i-ar fi dus la o excluziune socială ireversibilă. Faptul că în toată această perioadă au beneficiat de suport emoțional, de lungi perioade de socializare în condiții de siguranță, consiliere psihologică, masă caldă în zilele în care au participat la socializare, pachete cu materiale de igienă și pachete de alimente lunare pentru cei cu venituri mici, aceste măsuri au contribuit la creșterea calității vieții lor și la diminuarea considerabilă a riscului de excluziune socială. Informații suplimentare cu privire la opiniile exprimate ale respondenților se regăsesc în raportul sondajului adresat beneficiarilor de finanțare (Anexa 4).

**511.** Așa cum se arată în analiza de mai sus impactul măsurilor de sprijin pentru persoanele aparținând grupurilor vulnerabile – cu excepția unei categorii de vârstnici cu un grad ridicat de dependență, are la bază un mecanism ce include dobândirea unei situații de independență față de sprijin, prin integrare pe piața muncii. Măsurile de ocupare nu au fost direct vizate de OS 4.4 dar sunt complementare prin mecanismul de producere a impactului motiv pentru care adăugăm în această analiză concluziile analizei realizate în Evaluarea retrospectivă POSDRU a intervențiilor din domeniul incluziunii sociale și dezvoltată în cadrul prezentului exercițiu.

**512.** Analiza cantitativă a impactului măsurilor de ocupare adresate grupurilor vulnerabile a fost realizată pe baza datelor intervențiilor finanțate în domeniul incluziunii sociale prin POSDRU 2007-2013, însă a fost limitată la o analiză cantitativă doar a grupului sprijinit. Rezultatele au arătat efectele pozitive ale intervențiilor asupra participanților la program. Conform concluziilor evaluării, pentru a surprinde contribuția netă a măsurilor de sprijin era necesară crearea unui grup de control și aplicarea metodelor cantitative contrafactice. Astfel, în prezentul exercițiu de evaluare, analiza impactului a inclus o extensie a analizei cantitative din evaluarea retrospectivă POSDRU în domeniul incluziunii sociale și a fost posibilă datorită obținerii de date suplimentare din registrele ANDPDCA și ITM.

**513.** Concluzia analizei grupului beneficiar de sprijin a arătat următoarele:

- Măsurile de ocupare au avut o contribuție la creșterea gradului de ocupare a beneficiarilor de sprijin;
- Nu sunt dovezi privind contribuția la creșterea angajabilității și calității ocupării, rămânând vulnerabili pe piața muncii
- Grupul sprijinit este caracterizat de discontinuitatea ocupării și salarii la nivelul salariului minim pe economie, precum și de o pondere ridicată a contractelor cu timp parțial de lucru.
- Sprijinul a avut un impact mai bun în cazul persoanelor inactive din mediul urban și cel mai scăzut pentru persoanele inactive din mediul rural. Această diferență se explică prin relevanța mai ridicată a formării pentru creșterea angajabilității pentru persoanele inactive decât pentru persoanele cu un alt statut socio-ocupational și prin barierele de acces la ocupare specifice mediului rural, cum ar fi oferta de locuri de muncă mai săracă, dificultatea creării unor parteneriate și implicării actorilor relevanți și alte bariere de acces la locuri de muncă, inclusiv limitări de mobilitate.

**514.** Analiza contrafactuală a impactului furnizează rezultate coerente cu rezultatele analizei grupului sprijinit din evaluarea retrospectivă POSDRU 2007-2013, evidențiind următoarele:

- Grupul sprijinit este mai tânăr, are experiență de muncă mai redusă decât grupul de control, diferență explicabilă prin modul de selecție a grupurilor țintă adoptat de beneficiarii de finanțare.
- Rezultatele relevă faptul că nivelul salarial este mai mic pentru cei sprijiniți decât cei care au fost ocupați pe piața liberă a forței de muncă. Această concluzie este coerentă cu analiza anterioară a grupului tratat care evidențiază nivelul de salarizare al persoanelor sprijinite la

nivelul salariului minim.

- Sub aspectul tipului de contract, grupul beneficiar este în dezavantaj: are o pondere mai mică cu 5,9% a contractelor pe o durată nedeterminată decât grupul de control, ceea ce indică o precaritate și instabilitate a muncii mai ridicată.

**515.** Constatările analizelor cantitative a impactului relevă faptul că măsurile de sprijin pentru ocupare oferă grupului țintă o oportunitate de a intra pe piața forței de muncă însă calitatea ocupării este limitată. Măsuri complementare de sprijin sunt necesare pentru creșterea calității ocupării sub următoarele aspecte: sustenabilitate reflectată în continuitatea contractelor de muncă, tipul de contract normă întreagă, nivelul salarial în creștere peste nivelul salariului minim.

**516.** Analiza cantitativă a fost derulată pe baza datelor secundare existente și oferite de ITM și ANDPDCA. Alte aspecte calitative ale ocupării ce nu sunt înregistrate în registrele ITM, se recomandă a fi studiate și analizate. Pentru aceasta este necesară însă colectarea datelor privind, de exemplu: dezvoltarea capitalului uman prin dobândirea de noi competențe/ calificări sau participarea la activități de formare; calitatea locului de muncă prin analiza gradului de satisfacție al angajatorului și al angajatului.

#### *Sinteza constatărilor*

**517.** Efectele la nivel de program atât ca rezultate cât și ca impact sunt limitate de progresul modest în implementarea programului.

**518.** Realizările la nivelul proiectelor depășesc semnificativ țintele propuse prin cererile de finanțare. Aceste ținte cumulate ale proiectelor contractate ar putea asigura îndeplinirea țintei la nivel de program privind persoanele vulnerabile sprijinite, cu toate relevanța acestei ținte ar putea fi diminuată de faptul că implementarea diferă de viziunea inițială a programului, de exemplu prin focalizarea pe două categorii de persoane vulnerabile și îndeosebi pe persoane vârstnice. Datorită pandemiei COVID o parte din finanțare a fost direcționată spre persoanele vulnerabile în contextul pandemic.

**519.** Indicatorul de rezultat ieșirea din vulnerabilitate este problematic pentru persoanele vârstnice, pentru care o interpretare adaptată este necesară, luând în considerare îmbunătățirea situației acestora chiar dacă nevoia de sprijin va rămâne în continuare prezentă.

**520.** POCU are un impact pozitiv contribuind la îmbunătățirea situației persoanelor sprijinite, sprijinul POCU fiind esențial.

**521.** Astfel există dovezi privind faptul că furnizarea serviciilor și beneficiile de care se bucură persoanele vârstnice nu ar fi fost posibile, beneficii reflectate într-o stare de bine sub diverse aspecte fizice și psihice. Similar victimele violenței în familie s-au bucurat de beneficii ale sprijinului compus din măsuri integrate. Analiza relevă serviciile cu cel mai puternic impact asupra persoanelor vulnerabile.

**522.** Ocuparea și calitatea ocupării reprezintă un factor esențial în mecanismul de sprijin pentru ieșirea din vulnerabilitate și durabilitatea efectelor. Analiza cantitativă privind impactul măsurilor de ocupare a arătat că acestea oferă persoanelor vulnerabile oportunitatea de a intra pe piața muncii, însă calitatea ocupării, continuitatea, tipul de contract și nivelul veniturilor sunt scăzute în absența susținerii cu măsuri de sprijin pentru consolidarea integrării și creșterea valorii pe care o aduc pentru angajator.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 2):** Intervențiile finanțate au avut o contribuție la depășirea situațiilor de vulnerabilitate:

Ipoteza 2.1: Intervențiile finanțate au avut o contribuție la îmbunătățirea situației membrilor grupurilor vulnerabile și Ipoteza 2.2: Intervențiile finanțate au avut o contribuție importantă la creșterea accesului grupurilor vulnerabile la servicii medicale și socio-profesionale - **PARȚIAL VALIDATE.**



### 6.3.3. ÎE 3. ÎN CE MĂSURĂ EXISTĂ ȘI ALTE EFECTE, POZITIVE SAU NEGATIVE?

#### Abordarea metodologică

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 3):** Proiectele au produs și alte efecte neintenționate, pozitive sau negative.

**Variabile de analiză:** Variabile privind comportamentul social, alte variabile de altă natură decât cele adresate.

**523.** Răspunsul la ÎE 3 se bazează pe informații colectate prin interviuri, studiile de caz, ateliere regionale și panelul de experți, precum și prin sondajul în rândul beneficiarilor.

**524.** Evaluarea a pornit de la ipoteza că intervențiile finanțate au produs și alte efecte decât cele anticipate. Conform abordărilor teoretice integrarea grupurilor poate avea patru dimensiuni: economică, socială, civică și interpersonală<sup>76</sup>. Conform teoriei schimbării efectele așteptate au fost cele de natura depășirii situației de vulnerabilitate (independența funcțională, asigurarea condițiilor de siguranță și de locuire, asigurarea veniturilor) și sociale (statut socio-ocupational) direct legate de obiectivele OS 4.4. Acestea fac parte din logica intervenției la nivel înalt și au fost analizate ca parte a rezultatelor și impactului în cadrul întrebării de evaluare 2. Alte efecte generate de activitățile, realizările și rezultatele descrise în teoria schimbării vor fi identificate și analizate în această parte a evaluării.

**525.** Efectele urmărite atât de natură pozitivă, cât și negativă, care se manifestă ca efecte indirecte ale intervențiilor, deci care nu au fost intenționate în momentul programării, în sensul că nu au fost incluse în lanțul causal, dar care s-au produs pe parcursul implementării OS 4.4 și care au generat consecințe asupra grupurilor țintă și altor părți interesate. Cunoașterea acestora este importantă pentru a înțelege modul în care intervențiile influențează aspecte mai largi ale grupurilor țintă, modul în care aceste efecte indirecte potențiază efectele așteptate pe parcursul derulării intervenției și a post intervenție.

**526.** Abordarea sistematică a efectelor indirecte a constat în identificarea prin cercetare documentară a efectelor indirecte potențiale, extinzând apoi prin cercetarea empirică identificarea efectelor efectiv produse. Astfel efectele indirecte potențiale au fost încadrate în următoarele categorii:

- Efecte de natura încrederii în forțele proprii, motivația de a acționa, responsabilizarea pentru parcursul profesional;
- Efecte de natura poziționării lor în societate, nivelul stimei de sine, nivelul de interacțiune cu alții;
- Atitudine față de implicare, inițiativă, asumarea unui rol activ în acțiunile vizând grupurile vulnerabile;
- Efecte de natura atitudinii grupurilor vulnerabile privind beneficiile personale câștigate prin îmbunătățirea statutului ocupațional, dezvoltarea competențelor;
- Atitudini deschise pozitive față de grupurile vulnerabile în societate, în special în rândul angajatorilor.

#### Efecte indirecte pozitive identificate prin cercetarea în teren

**527.** Interviurile au evidențiat că, în cazul proiectelor în care participanții au fost expuși socializării o anumită perioadă în cadrul variatelor activități derulate în centrele de zi (personale vârstnice), dar și în cadrul programelor de formare în vederea obținerii unei calificări (victime ale violenței domestice) **persoanele din grupurile țintă au manifestat o îmbunătățire a stării de spirit, o creștere a încrederii în sine și în forțele proprii:**

- **o diminuare izolării sociale**, care afectează puternic persoanele vârstnice și pe cele cu

<sup>76</sup> Anexa (DMI 6.2).12 Literatură de specialitate, Zamfir, C. - Enciclopedia dezvoltării sociale, 2007

dizabilități (așa cum reiese din informațiile prezentate de majoritatea beneficiarilor de finanțare care au implementat proiecte pentru acest grup țintă), mai ales în context pandemic. Astfel intervențiile au produs efecte care constă în îmbunătățirea comunicării, înlăturarea sentimentului de abandon și singurătate, creșterea dorinței de a se implica în diverse activități în cadrul comunității, înlăturarea sentimentului de inutilitate, combaterea stresului și a anxietății,

- O mai **bună evidență a stării de sănătate a vârstnicilor de către medicii de familie** și îmbunătățirea legăturii / comunicării între aceste părți (observabil în proiectul dedicat bunicilor din comuna Traian).
- întărirea relației pe care UAT-urile o au cu aparținătorii persoanelor vârstnice și buna colaborare în vederea asigurării bunăstării acestora (comuna Traian).
- **o motivație crescută de a se integra pe piața muncii, de a se auto susține financiar și de a-și depăși situația**, manifestată de victimele violenței în familie (cum este observabil în cazul proiectelor implementate de DAS Timișoara, ANES și Asociația de Dezvoltare Intercomunitară Zona Metropolitană Cluj).
- **Depășirea situației de vulnerabilitate emoțională** (incapacitatea de a ieși în public, de a face cumpărături, de frecvența cursuri de formare profesională, etc.), așa cum a fost observabil în cazul proiectului implementat de DAS Timișoara.
- **Manifestarea interesului de a se informa și de a-și cunoaște drepturile**, în cazul victimelor violenței domestice (manifestat în cadrul proiectului implementat de Asociația de Dezvoltare Intercomunitară Zona Metropolitană Cluj)
- **Creșterea nivelului de informare și de conștientizare** a comunității cu privire la problemele pe care persoanele vulnerabile le întâmpină.
- Crearea și dezvoltarea unei rețele de profesioniști din domeniul incluziunii sociale.

**528.** Efectele indirecte pozitive au rezultat și din sondajului adresat beneficiarilor de finanțare, aceștia menționând efecte precum:

- solidaritatea membrilor familiei;
- crearea unor legături de întraajutorare între membrii grupului țintă;
- trăirea unor experiențe unice de care o parte dintre membrii grupului țintă nu s-au bucurat niciodată (plecarea într-o excursie de grup, în care au beneficiat de transport, cazare, masă și alte activități recreative, gratuite);
- o mai bună colaborare cu organizații și instituții implicate în combaterea violenței domestice, în special cu secțiile de poliție, mai buna informare a comunității cu privire la violența domestică și modalități de combatere a acesteia;
- vizibilitatea în spațiul public a ONG-urilor ca urmare a activității de promovare a proiectelor;
- Schimbarea socială - persoanele vârstnice sunt mai active și doresc a fi implicate în diverse activități;
- Dezvoltarea unui dialog între autoritățile locale și persoanele vârstnice, cele dintâi devenind mai conștiente de nevoile vârstnicilor;
- Dobândirea încrederii în autorități de către persoanele vulnerabile, ca urmare a intervențiilor în comunități, prin care au fost semnate protocoale de colaborare cu principalii actori locali, care s-au implicat și ei în identificarea persoanelor vulnerabile;
- creșterea spiritului civic și creșterea stimei de sine pentru persoanele vârstnice;
- aducerea în atenția comunității a problematicei persoanei vârstnice.

**529.** Manifestarea efectelor indirecte pozitive a fost confirmată și în cadrul atelierelor de lucru.

Acestea constă în:

- Îmbunătățirea stării de bine, dobândirea unui tonus mai bun și bucuria vârstnicilor în momentul în care echipa de implementare le deschide ușa.
- Manifestarea unui interes crescut în rândul vârstnicilor față de activitățile de socializare și mulțumirea față de faptul că au fost implicați în proiect.
- Manifestarea sentimentelor de mulțumire, liniște și siguranță, de către copii persoanelor vârstnice, care se află în străinătate, în ceea ce privește starea acestora și față de sprijinul și monitorizarea medicală de care beneficiază.
- Remedierea relațiilor vârstnicilor cu familia, cu vecinii și autoritățile locale, existând situații în care vârstnici au fost luați în grijă de către familie, în străinătate.
- Facilitarea comunicării cu familia din străinătate, prin intermediul aplicațiilor online (Skype/WhatsApp), ceea ce ajută și la suportul emoțional al beneficiarilor, mai ales în perioada pandemiei, aceștia fiind îngrijorați pentru familia din străinătate.
- Creșterea încrederii în instituțiile publice de către victimele violenței domestice, care erau reticente cu privire la sprijinul de care pot beneficia și dețineau cunoștințe eronate despre instituțiile publice.
- Creșterea nivelului de încredere al victimelor violenței domestice în propriile forțe, redobândirea speranței și curajului de a-și depăși condiția. Beneficiarele intervențiilor au învățat tehnici de gestionare a stresului, și-au dezvoltat abilitățile de relaxare, de comunicare asertivă și abilitățile de a avea grijă de propria persoană, au învățat să-și asume responsabilitatea pentru propriile alegeri și sentimente.
- Creșterea gradului de cooperare între instituțiile publice pe de o parte și între instituțiile publice și ONG -uri pe de altă parte, în vederea asigurării bunăstării persoanelor vulnerabile.

#### **Efecte indirecte negative identificate prin cercetarea în teren**

**530.** Cele mai importante efecte negative care s-au desprins în urma discuțiilor din interviuri, ateliere regionale și FG se referă la:

- ca urmare a implicării victimelor violenței în familie în activitățile proiectelor agresorii au manifestat acțiuni de hărțuirea (cel mai adesea hărțuirea are loc prin intermediul copiilor) și atacare a victimelor, acestea necesitând protecție și adăpost sigur.
- crearea sentimentului de dezamăgire în rândul vârstnicilor, aceștia neconcepând ca sprijinul acordat să fie întrerupt (odată cu finalizarea proiectelor).
- Manifestarea în mod izolat a reticenței vârstnicilor de a se implica în activități (în cazul proiectului implementat de primăria Prejmer), aceștia nefiind obișnuiți să primească ceva fără a oferi ceva în schimb.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 3)** este integral validată. Proiectele au produs și alte efecte neintenționate, pozitive cu un potențial ridicat de a influența pozitiv schimbarea dorită prin intervenție, iar efectele negative sunt cunoscute pentru a fi gestionate în programe viitoare.

#### **6.3.4. ÎE 4. ÎN CE MĂSURĂ EFECTUL DEPĂȘEȘTE GRANIȚA ZONEI SAU A SECTORULUI SAU AFECTEAZĂ ALTE GRUPURI, NEVIZATE DE INTERVENȚIE?**

**Ipoteza 4:** Efectele proiectelor se propagă în afara ariei de acțiune a intervențiilor.

**Ipoteză de cercetare intermediară:** Intervențiile au produs schimbări pozitive în rândul grupului țintă, au generat efecte pozitive în comunitate, au inspirat sau mobilizat alte entități, persoane pentru a contribui la creșterea depășirea situațiilor de vulnerabilitate.

**531.** **ÎE 4** vizează propagarea efectelor asupra altor grupuri țintă sau în afara ariei vizate în momentul programării intervențiilor, factorii interesați ajutând la stabilirea modului de manifestare și la gradul de intensitate al manifestării lor.

**532.** Ipoteza intermediară de la care s-a pornit în cercetare a fost aceea că intervențiile au produs schimbări pozitive în rândul grupului țintă, au generat efecte pozitive în comunitate, au inspirat sau mobilizat alte entități și/sau persoane pentru a contribui la depășirea situațiilor de vulnerabilitate. Evaluarea a adus în prim plan exemple de astfel de efecte din afara zonei vizate, culese pe parcursul interviurilor, FG și atelierelor de lucru și realizării studiilor de caz, precum și cu ajutorul sondajului în rândul beneficiarilor de finanțare.

**533.** Efectul de propagare al intervențiilor OS 4.4 a fost confirmat din discuțiile derulate cu beneficiarii de finanțare, din opiniile exprimate în cadrul sondajului și aprofundate prin intermediul studiilor de caz.

**534.** Ca urmare a derulării activităților din cadrul proiectelor au fost observate efecte propagate în rândul comunității care a devenit mai empatică cu persoanele vulnerabile și nevoile acestora, creând premisele implicării în vederea îmbunătățirii situației acestora.

**535.** În vederea susținerii activităților centrelor de zi numeroase persoane din comunitate care prezentau credibilitate și-au arătat interesul de a se implica (profesori, pensionari din diverse domenii – istorie, biologie, etc., contabili) derulând activități de socializare și susținând lecții de precum cele istorie, activități fizice, recomandări privind un stil de viață sănătos, utilizarea plantelor medicinale, etc.

**536.** Au fost observate situații în care ca urmare a implicării persoanelor vârstnice în proiect, membrii familiilor acestora au avut parte de mai multă liniște și implicit au putut dezvolta proiecte personale (de ex. concentrarea asupra carierei), bunicii nefiind percepuți ca fiind o povară.

**537.** În ceea ce privesc intervențiile adresate victimelor violenței domestice, din discuțiile purtate cu membrii grupului țintă s-a observat îmbunătățirea relațiilor familiale, între copii și părinți, remediarea problemelor în cuplu, dar și relațiile cu familia extinsă, cu colectivul de la locul de muncă (în cazul victimelor violenței în familie), în special datorită consilierii psihologice. Acest aspect se datorează producerii de efectelor și în sânul familiei restrânse și nu numai, familia extinsă, prietenii, colegii manifestând susținere și empatie.

**538.** Instituțiile abilitate să intervină în cazul situațiilor de urgență (agențiile de poliție) au obținut informațiile necesare pentru a veni în sprijinul victimelor violenței domestice, oferind îndrumări acestora și sprijin moral, iar comunitatea locală a obținut informații referitoare la fenomenul violenței domestice.

**539.** 56,26% dintre respondenți consideră că rezultatele intervențiilor se propagă în comunitate și în rândul altor membri din grupurile vulnerabile în mare și foarte mare măsură. Conform opiniilor exprimate ale acestora, datorită derulării intervențiilor prin îngrijirea la domiciliu a fost sprijinită și familia aparținătoare, prin consiliere socială și suport emoțional, existând situații în care aparținătorii au fost degrevați de „povara” ce o constituiau acești vârstnici și afectau de regulă negativ viața de familie a acestora. Totodată, familiile acestora au devenit mai conștiente de necesitățile persoanelor vârstnice și de necesitatea implicării acestora în activități în familie. Ca urmare a mediatizării proiectului la nivelul comunității au fost interesați de participarea în cadrul intervențiilor și alți beneficiari care au beneficiat de sprijin.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 4):** Efectele proiectelor se propagă în afara ariei de acțiune a intervențiilor - **IPOTEZĂ VALIDATĂ INTEGRAL.**

### 6.3.5. ÎE 5. ÎN CE MĂSURĂ SUNT EFECTELE DURABILE PE O PERIOADĂ MAI LUNGĂ DE TIMP?

**Ipoteza 5:** Efectele proiectelor sunt durabile dincolo de momentul intervenției.

**540.** Pentru a formula răspunsul la **ÎE5** a fost analizată măsură în care realizările sunt/ vor fi funcționale după finalizarea proiectelor, care sunt efectele care se manifestă/sunt așteptate a se

manifesta după acest moment și care sunt condițiile în care rezultatele și efectele produse în urma intervențiilor sunt sustenabile, plecând tocmai de la ipoteza că prin proiectele finanțate prin OS 4.4 au fost prevăzute măsuri pentru ca efectele să fie durabile dincolo de momentul intervenției. Răspunsurile au fost formulate pe baza informațiilor culese de la factorii interesați, pe parcursul interviurilor și focus-grupurilor/atelierelor de lucru, precum și prin sondaj în rândul beneficiarilor de finanțare.

**541.** Analiza durabilității s-a realizat la nivelul proiectelor implementate și a fost aprofundată prin interviuri, ateliere de lucru, sondaj și studiile de caz.

**542.** Autoritățile locale și instituțiile publice cu atribuții în domeniul incluziunii sociale sunt responsabile de identificarea tuturor persoanelor vulnerabile și de asigurarea sustenabilității proiecte prin continuarea activităților dedicate persoanelor vulnerabile (vârstnici). În acest sens aceste entități trebuie să identifice resursele necesare (bugetul de stat, buget al autorităților locale, implicarea comunității) pentru asigurarea îndeplinirii obiectivului de a furniza servicii sociale prin intervenții continue. (DAS Timișoara are în evidență persoanele vulnerabile).

**543.** Proiectele au un impact ridicat asupra îmbunătățirii situației persoanelor vârstnice pe moment, însă situația acestora persistă în lipsa intervențiilor, particularitățile pe care le prezintă această categorie de persoane vulnerabile făcând imposibilă depășirea situației de vulnerabilitate (veniturile acestora nu vor crește, starea de sănătate se degradează odată cu înaintarea în vârstă, sentimentul de singurătate va persista). Acest aspect evidențiază necesitatea sprijinului continu pentru vârstnici și necesitatea asigurării **sustenabilității intervențiilor** dedicate acestei categorii de vârstă.

**544.** Aspectele privind asigurarea sustenabilității proiectelor diferă în funcție de tipul de beneficiar de finanțare. Ulterior finalizării proiectelor, dată fiind alocarea limitată a resurselor pentru servicii sociale din bugetul public, numărul personalului care va continua derularea activităților va fi redus ( DAS Timișoara va prelua un singur îngrijitor din cei 5 contractați prin proiect), capacitatea de a furniza serviciile de îngrijire va fi diminuată semnificativ, intervențiile nefiind la același standard calitativ și la aceeași frecvență.

**545.** Nu vor mai fi posibil de a fi susținute activități culturale, excursii, activități de artistice, ateliere de lucru, etc., care contribuie considerabil la socializarea persoanelor vârstnice și la re/integrarea socială a acestora. Astfel, instituțiile publice cu responsabilități în sfera socială vor continua a derula activități, însă capacitatea acestora va fi redusă, ceea ce va limita accesul vârstnicilor la astfel de servicii sociale, în condițiile în care încă din perioada derulării proiectelor cererea față de acestea este extrem de ridicată.

**546.** În cazul ONG-urilor se are în vedere autofinanțarea, însă odată cu finalizarea proiectului va fi greu a susține cheltuielile salariale și cele privind consumabilele necesare îngrijirii la domiciliu, fiind necesară de asemenea reducerea numărului de îngrijitoare. Implicarea voluntarilor nu este constantă și de regulă se manifestă este din partea tinerilor care renunță la a se mai implica în funcție de prioritățile de la un anumit moment. În acest context alocarea resurselor și planificarea activităților se realizează în funcție de resursele financiare de la un anumit moment, ceea ce duce la imposibilitatea derulării de intervenții integrate pe o perioadă medie/îndelungată, acestea fiind tipul de intervenții de care spre exemplu persoanele vârstnice au nevoie.

**547.** Sustenabilitatea intervențiilor pentru vârstnici se dovedește a fi greu de asigurat. Activitățile prevăzute în proiecte continuă / vor continua în perioada asumată de sustenabilitate (servicii de îngrijire la domiciliu, contractare de servicii sociale), fiind susținute în mare parte din resurse proprii și campanii de strângere de fonduri, care se dovedesc a fi nesemnificative (ONG-uri). Gradul de asigurare a sustenabilității ulterior finalizării obligațiilor asumate este relativ scăzut (aproximativ 30%), în funcție de specificul fiecărui proiect, dar cel mai adesea serviciile de îngrijire la domiciliu sunt asigurate în mod constant prin buna colaborare între UAT-uri și ONG-uri.

**548.** În cazul intervențiilor care implică și activitatea în centrele de zi, acestea vor continua să furnizeze servicii sociale și chiar să diversifice paleta în funcție de necesitățile beneficiarilor (comuna Traian, comuna Peștișani), serviciile fiind furnizate de echipele constituite prin proiect și care vor fi angajate pentru o perioadă nedeterminată, în cazul comunei Traian această echipa va pune bazele departamentului de asistență socială de la nivelul UAT-ului.

**549.** În ceea ce privesc intervențiile de furnizare a meselor la domiciliul persoanelor greu deplasabile, acestea au urmărit creșterea capacității beneficiarilor de finanțare de acordare a acestora către un număr cât mai mare de beneficiari finali (proiectul implementat de Arhiescopia Aradului). În vederea asigurării unei mese calde și ulterior finalizării proiectului se au în vedere diverse protocoale cu stakeholderi, firme private și instituții publice, pentru obținerea unor ajutoare financiare, obținerea de donații și implicarea persoanelor doritoare în activități de voluntariat (pentru livrarea alimentelor). De asemenea se au în vedere acțiuni precum vânzarea către companii a meniului zilei pregătit în cantina socială a instituției de cult, iar câștigul să fie redirecționat către acțiuni caritabile destinate persoanelor vulnerabile.

**550.** Sustenabilitatea intervențiilor în domeniul violenței domestice activitățile centrelor de zi pentru victime (DAS TM / ADIZM Cluj) și agresori (DAS TM), fie din resurse proprii, fie prin atragerea de finanțare nerambursabilă, resursele de la nivel instituțional (DAS) fiind limitate, iar necesitatea de întărire a capacității este prezentă în mod constant.

**551.** Sustenabilitatea proiectului VENUS, care are o acoperire națională este posibilă prin asigurarea continuității serviciilor sociale și după finalizarea acestuia, în locațiile stabilite prin proiect, cu asigurarea tuturor condițiilor de către instituțiile partenere, conform obligațiilor contractuale care presupun resurse financiare și resurse umane necesare, cu menținerea destinației resurselor materiale achiziționate prin proiect.

**552.** Serviciile specializate oferite victimelor violenței domestice în cadrul locuințelor protejate, precum și în cadrul grupului de suport și consiliere vocațională vor fi oferite în continuare și acestea, iar resursele necesare funcționării și furnizării acestora vor fi asigurate de la bugetul consiliilor județene, de la bugetul de stat și din sponsorizări.

**553.** Resursele financiare a beneficiarilor de finanțare, indiferent de tipul acestora sunt limitate, fiind luate în considerare proiecte finanțate din viitoarea perioadă de programare, ceea ce reprezintă singura soluție pentru a nu recurge la furnizarea serviciilor sociale către un nivel redus de beneficiari finali și a face rabat de la calitatea serviciilor. În acest sens se așteaptă cu mare interes deblocarea liniilor de finanțare și identificarea oportunităților.

**554.** Colaborarea între autoritățile locale și ONG-uri pe de-o parte și între partenerii proiectelor sau a altor părți interesate, pe de altă parte și atragerea de noi parteneri pentru dezvoltarea rețelei de colaborare și implicarea voluntarilor reprezintă aspecte esențiale în vederea continuării activităților și pentru asigurarea bunăstării persoanelor vulnerabile.

**555.** În proporție ridicată, 84,38% din respondenții sondajului adresat beneficiarilor de finanțare consideră că rezultatele proiectelor sunt sustenabile într-o mare și foarte mare măsură. Exemplele referitoare la măsurile avute în vedere pentru asigurarea sustenabilității, activitățile derulate sau realizările utilizate după finalizarea proiectului/lor au constat în:

- Căutarea de sponsori, prin derularea unor acțiuni de mediatizare a activităților și rezultatelor proiectelor;
- Atragerea de donații, precum și alte surse de finanțare;
- Continuarea furnizării serviciilor sociale (asigurarea resurselor financiare din bugetul autorităților locale și preluarea echipei de implementare în cadrul primăriilor) și stimularea



persoanelor vulnerabile în vederea implicării în mai multe activități și după finalizarea proiectului ( ex. activități de voluntariat);

- Asigurarea funcționării locuințelor protejate pentru victimele violenței domestice;
- Continuarea activităților de asigurare a serviciilor de îngrijire la domiciliu și de menaj la domiciliul vârstnicului cu alocări bugetare minimale, prin utilizarea dotărilor achiziționate prin proiect;
- Asigurarea furnizării ulterioare a serviciilor de consiliere profesională, psihologică și după caz juridică pentru victimele violenței domestice;
- Diseminarea rezultatelor obținute, ca urmare a implementării proiectului, pentru sensibilizarea agenților economici care să sponsorizeze activitățile de sprijin material al persoanelor vârstnice în risc de sărăcie;
- Derularea de campanii de implicare a comunității și a stakeholderilor relevanți care sunt dispuși să ajute oferind atât materie primă cât și transport pentru ca hrana să ajungă în continuare la beneficiari;
- Obținerea de noi finanțări pentru activități sociale similare celor din proiecte.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 5):** Efectele proiectelor sunt durabile dincolo de momentul intervenției - **IPOTEZĂ VALIDATĂ PARȚIAL.**

### 6.3.6. ÎE 6. CE MECANISME FACILITEAZĂ EFECTELE? CARE SUNT CARACTERISTICILE CHEIE CONTEXTUALE PENTRU ACESTE MECANISME?

**Ipoteza 6:** Mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile

**556.** **ÎE6** se referă la modul în care coerența internă și externă s-a manifestat, modalitatea prin care componentele interne ale intervențiilor au interacționat și factorii externi (contextuali, externi programului/proiectelor) au influențat derularea proiectelor și obținerea rezultatelor așteptate, fie în sens negativ, fie în sens pozitiv. Analiza include și intensitatea acestora și consecințele acestor influențe. Influența a fost judecată prin prisma variației caracteristicilor proiectelor (termene, indicatori, resurse etc.), variația caracteristicilor entităților în care sunt implementate proiectele, variația factorilor externi.

**557.** Analiza se bazează pe premisele teoriei schimbării cu intenția de a valida legăturile cauzale sau de influență identificate în faza de construire a modelului de evaluare. O parte dintre aceste legături au fost folosite și în analizele dedicate ÎE2. Astfel ipoteza de cercetare este aceea că mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile. Ca în cazul tuturor întrebărilor de evaluare, au fost formulate recomandări pentru îmbunătățirea aspectelor problematice. Pentru evaluarea mecanismelor, au fost triangulate informațiile colectate prin toate metodele, din analiza documentară și de la factorii interesați.

**558.** Ca prim pas analiza identifică și stabilește intensitatea influenței factorilor interni și externi, elementele componente ale mecanismului de producere a efectelor așteptate.

**559.** Din analiza contextului de implementare pentru OS 4.4 coroborată cu informații culese în cadrul interviurilor și a FG-ului cu autoritățile implicate și beneficiarii proiectelor, dar și prin intermediul sondajului, și cu analiza aprofundată a proiectelor care au făcut obiectul studiilor de caz, s-au identificat o serie de factori de influență. Aceștia au avut efect atât asupra implementării OS 4.4, cât și asupra sustenabilității și impactului proiectelor. Distincția „extern” – „intern” arată în ce măsură acești factori țin de logica / designul de program sau sunt mai degrabă factori ce țin de contextul mai larg al domeniului vizat sau de aspecte structurale ale acestuia.

**TABEL 45. MATRICEA FACTORILOR DE INFLUENȚĂ PENTRU OS 4.4**

Nr.	FACTORI DE INFLUENȚĂ ASUPRA EFICACITĂȚII ȘI IMPACTULUI	EXTERN	INTERN	EFECTE CONSTATATE	GRADUL DE INFLUENȚĂ <sup>77</sup>
1.	Adresarea intervențiilor unui singur grup țintă (femei – victime ale violenței domestice), fără implicarea membrilor familiei care sunt supuși stării de vulnerabilitate (copii)		X	Împiedicarea implicării persoanelor vulnerabile și pierderea interesului acestora față de activitățile proiectelor.	major
2.	Implicarea autorităților locale/județene/centrale și a comunității	X		Identificarea facilă a persoanelor vulnerabile. Conștientizarea nevoilor pe care persoanele vulnerabile le prezintă. Receptivitatea comunității de a se implica în acțiuni de voluntariat.	major
3.	Cadrul legislativ de autorizare a funcționării centrelor neadaptat tipurilor de centre existente	X		Dificultăți în îndeplinirea cerințelor de autorizare a centrelor de zi.	mediu
4.	Resurse umane insuficiente în domeniul incluziunii sociale	X		Dificultăți în recrutarea resursei umane în teritoriu	major
5.	Absența unui cadru strategic clar privind persoanele vulnerabile	X		Incoerența și discontinuitatea măsurilor	major
	<b>FACTORI DE INFLUENȚĂ ASUPRA IMPLEMENTĂRII PROIECTELOR</b>	<b>EXTERN</b>	<b>INTERN</b>	<b>EFECTE CONSTATATE</b>	<b>GRADUL DE INFLUENȚĂ</b>
6.	Contextul pandemic	X		Imposibilitatea derulării activităților ce presupun interacțiune fizică. Necesitatea regândirii și replanificării modului de derulare a activităților.	major
7.	Sincope în derularea programului		X	Întârzieri în lansarea proiectelor. Lipsa măsurilor de asigurare a continuității intervențiilor.	major
8.	Implementarea de intervenții integrate		X	O înțelegere mai bună a procesului necesar pentru a sprijini o persoană să devină din persoană vulnerabilă persoană autonomă.	major
9.	Flexibilitate în procesul de implementare		X	Reorganizarea modului de derulare a activităților în context pandemic. Evitarea suspendării activităților proiectelor, asigurarea furnizării serviciilor sociale pe perioada decretării stării de urgență și alertă.	major
10.	Capacitate crescută de atragere a finanțării		X	Dezvoltarea serviciilor sociale și asigurarea furnizării acestora.	major
11.	Managementul grupului țintă		X	Recrutarea și menținerea facilă a grupurilor țintă pe durata implementării proiectelor.	mediu
12.	Implicarea și experiența partenerilor din cadrul proiectelor		X	Implementarea proiectelor și producerea efectelor așteptate, în concordanță cu planificarea inițială.	major
13.	Discrepanțe majore rural urban, în defavoarea ruralului	X		Măsuri și acțiuni inadecvate pentru nevoile persoanelor din grupurile țintă din rural și urban	major

<sup>77</sup> Minor, mediu, major

14.	Numărul redus al profesioniștilor la nivel local	X		Supraîncărcarea personalului din teritoriu și situații de manifestare a lipsei interesului de a se implica în proiecte.	major
15.	Slaba dezvoltare a serviciilor comunitare de sprijin, consiliere și îngrijire la domiciliu	X		Durată limitată a efectelor pozitive obținute în cadrul proiectelor, creșterea lipsei de încredere și scăderea adresabilității către astfel de servicii ale persoanelor vulnerabile.	mediu
16.	Nivel ridicat de sărăcie și excluziune socială	X		Lipsă de resurse de bază pentru a putea funcționa și dobândi autonomie, dificultate crescută în a înțelege nevoile proprii pentru a putea depăși condiția de vulnerabilitate, reticență la soluții care provin din mediul extern, reziliență scăzută, teamă de eșec, stigmatizare, discriminare	major
17.	Slaba dezvoltare a instrumentului POCU Form		X	Incapacitatea includerii în grupul țintă a persoanelor care nu dețin acte de identitate emise de autoritățile naționale. Incapacitatea furnizării serviciilor integrate pentru aceeași persoană. Generarea de blocaje în cazul proiectelor cu un grup țintă mare.	minor
18.	Sprijinul OI/ AM		X	Buna derulare a activităților, identificarea de soluții în cazul situațiilor problematice	mediu
19.	Grad ridicat de birocratizare		X	Grad ridicat de control și exces în solicitarea documentelor justificative. Alocarea de timp suplimentar în vederea realizării activității de raportare, pregătirii livrabililor, introducerii grupului țintă în POCU Form, pregătirii documentelor de grup țintă, etc. Timp insuficient în derularea activităților cu grupurile țintă. Dificultăți în obținerea numeroaselor semnături din partea grupurilor țintă. Întârzieri în procesarea notificărilor, actelor adiționale și aprobarea rapoartelor de progres	major
20.	Lipsa expertizei în domeniul asistenței sociale la nivelul AM/OI		X	Lipsa unei abordări unitare la nivelul AM/ OI. Incapacitatea înțelegerii nevoilor complexe pe care grupurile vulnerabile variate le prezintă.	mediu
21.	Dificultate în gestionarea mecanismului financiar de prefinanțare/rambursare		X	Întârzieri în efectuarea plăților. Imposibilitatea susținerii cash-flowului de către ONG-uri	major
	<b>FACTORI DE INFLUENȚĂ ASUPRA SUSTENABILITĂȚII</b>	<b>EXTERN</b>	<b>INTERN</b>	<b>EFECTE CONSTATATE</b>	<b>GRADUL DE INFLUENȚĂ</b>
22.	Intervenții fragmentate implementate pe termen limitat		X	Risipă crescută de resurse, durabilitate scăzută a efectelor pozitive, risc de cumul al efectelor negative	major
23.	Dependența ONG-urilor de surse de finanțare limitate	X		Viabilitate scăzută a ONG-urilor pe termen lung	major
24.	Capacitate scăzută de a crea sinergii cu alte programe/ proiecte	X		Șanse reduse de a valorifica experiența și expertiza acumulate	mediu
25.	Înțelegere scăzută a procesului necesar depășirii condiției de persoană vulnerabilă	X	X	Perpetuarea ciclului care menține o persoană vulnerabilă în condiția actuală	mediu

26.	Reducerea semnificativă a nivelului de furnizare a serviciilor sociale după finalizarea proiectelor		X	Îmbunătățirea situației persoanelor vulnerabile (vârstnici) nu este un efect de durată	major
-----	---	--	---	--	-------

Sursa: autori

**560.** Teoria schimbării (TS) (două reprezentări grafice în anexa 11, TS corespunzătoare elaborării programului și TS reconstruită post-evaluare) evidențiază mecanismul pe care s-a bazat producerea efectelor așteptate structurate și modul în care factorii interni și externi au afectat funcționalitatea mecanismului.

**561.** Logica intervenției s-a bazat pe legăturile cauzale între cele șapte categorii de intervenții (activități) (vizualizate în anexa 12), realizările, rezultatele și impactul așteptat. Ca răspuns la întrebarea de evaluare 2 a fost testată logica intervenției în partea superioară și anume aceea de producere a efectelor ca urmare a rezultatelor intervențiilor. Din acest motiv răspunsul la această întrebare se va concentra pe coerența internă activităților (între ele) și legătura cu factorii externi. În reprezentarea grafică a TS (Anexa 10.2) reconstruită sunt evidențiate cu culoarea verde activitățile care au fost propuse prin program dar nu au fost implementate.

**562.** Cercetarea în teren a confirmat o bună coerență internă la nivel conceptual a activităților eligibile, cu o convergență a activităților spre trei tipuri de realizări și două tipuri de rezultate. Menționăm că față de versiunea TS bazată pe datele de program au fost redefinite atât realizările cât și rezultatele. Astfel unele rezultate au fost interpretate și transferate la nivelul impact chiar impact de nivel mai înalt decât impactul privind ocuparea. TS reconstruită evidențiază elementele esențiale ale mecanismului de producere a impactului într-un lanț simplificat al rezultatelor.

**563.** Implementarea de intervenții integrate pentru persoanele vulnerabile asigură premisele îmbunătățirii situației acestora și depășirii situației de vulnerabilitate, însă nivelul ridicat de sărăcie și excluziune socială, slaba dezvoltare a serviciilor sociale (consiliere, sprijin, îngrijire la domiciliu) și discrepanțele între rural și urban împiedică depășirea acestei situații și limitează manifestarea efectelor pe o perioadă îndelungată.

**564.** Contextul pandemic a impus reorganizarea activităților proiectelor, existând flexibilitate în procesul de implementare pentru asigurarea furnizării serviciilor adresate persoanelor vulnerabile, în special persoanelor singure a căror situație a fost agravată de măsurile de distanțiere socială. În acest context, intervențiile derulate s-au bucurat de un interes crescut manifestat de participanți, managementul grupului țintă fiind unul eficient. Un rol important în buna desfășurare a intervențiilor în contextul actual a fost deținut de implicarea și vasta experiență deținută de partenerii proiectului, ceea ce a permis regândirea modului de desfășurare a acțiunilor și implicarea persoanelor vulnerabile în cadrul acestora, dar și sprijinul acordat de AM/OIR în identificarea de soluții aplicabile fiecărui proiect în parte.

**565.** Birocrația excesivă, raportările stufoase, capacitatea limitată a personalului AM și OIR de a înțelege aspecte specifice grupurilor vulnerabile, problemele întâmpinate în procesarea cererilor de pre-finanțare/ plată au afectat modul de implementare a activităților. Numeroase exemple sunt oferite și în răspunsul la IE 8 și un inventar al problemelor ce impun măsuri de simplificare este prezentat în Anexa 14.

**566.** Adresarea intervențiilor unui singur grup țintă (femei – victime ale violenței domestice), fără implicarea membrilor familiei care sunt supuși stării de vulnerabilitate (copii) a impus limitări de participare a persoanelor vulnerabile la intervenții, impunând necesitatea identificării unor resurse suplimentare (de la nivelul DGASP-urilor) pentru asigurarea bunăstării copiilor victimelor violenței domestice.

**567.** Cadrul legislativ de autorizare a funcționării centrelor neadaptat tipurilor de centre existente, insuficiența resurselor umane din domeniul incluziunii sociale și absența unui cadru strategic clar privind persoanele vulnerabile au impus piedici în buna desfășurare a intervențiilor și identificarea de soluții cu un impact pe termen limitat.



**568.** Implicarea autorităților locale, județene sau centrale a condus la conștientizarea la scară largă a nevoilor pe care persoanele vulnerabile le prezintă, la o abordare unitară asupra problemelor și la implicarea comunității în vederea rezolvării acestora.

**569.** Producerea efectelor pe termen lung și propagarea efectelor sunt influențate de o serie de factori ce acționează la nivelul rezultatelor diminuând sustenabilitatea și capacitatea ca într-un mediu favorabil să genereze efectele în termeni de beneficii pentru beneficiarii finali. Sustenabilitatea intervențiilor este afectată de factori precum resursele limitate ale autorităților publice cu atribuții în asigurarea serviciilor sociale și dependența ONG-urilor de surse financiare limitate (sponsorizări/donații), având loc o reducere semnificativă a nivelului de furnizare a serviciilor. La acestea se adaugă fluctuația de personal și slaba pregătire a resurselor umane în domeniul incluziunii sociale, ceea ce impune dificultăți în recrutarea resursei umane și menținerea acesteia în teritoriu. De asemenea fragmentarea finanțării, predictibilitatea scăzută a lansărilor de apeluri și capacitatea scăzută de atragere a fondurilor nerambursabile limitează accesul la servicii a grupurilor vulnerabile.

**570.** Conform opiniilor exprimate de reprezentanții beneficiarilor de finanțare în cadrul sondajului, mecanismul de generare a rezultatelor și impactului așteptat se bucură de un set de factori care au acționat pozitiv în mecanism și includ: existența unor ONG-uri capabile să se implice în proiecte, focalizarea intervențiilor spre comunități dezavantajate, încurajarea parteneriatelor public-privat pentru autorizarea ca furnizor de servicii sociale și licențierea acestora și derularea de campanii de informare și conștientizare.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 6):** Mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile - **IPOTEZĂ VALIDATĂ PARȚIAL.**

### 6.3.7. ÎE 7. EXISTĂ BENEFICIILE ECONOMICE ÎN URMA INTERVENȚIILOR PRIN POCU?

**Ipoteza 7:** Intervențiile POCU au condus la obținerea unor beneficii economice.

**571.** Pentru a răspunde la această întrebare de evaluare a fost conceput un model de estimare a beneficiilor economice produse de intervenție. Beneficiile economice au la bază efectele care reflectă schimbarea situației beneficiarilor de sprijin, persoane aparținând grupurilor vulnerabile. Aceste beneficii sunt identificate din teoria schimbării (Anexa 13)

**572.** Pentru intervențiile OS 4.4 trei potențiale beneficii specifice grupurilor țintă finanțate prin proiectele contractate au fost identificate: stare fizică, psiho-emoțională îmbunătățite și activare socială, activare socială, ocupare și calitatea ocupării pentru persoanele vulnerabile ce fac parte din populația activă.

**573.** Modelul de analiză conceput urmărește transpunerea acestor beneficii în variabile economice ce pot fi monetizate și agregate la nivelul întregii intervenții pentru a estima venituri sau economii de cheltuieli publice generate de intervenții. Acestea pot reprezenta o bază pentru o analiză cost-beneficiu a programelor.

**574.** O estimare a beneficiilor economice în această fază a implementării, cu un progres modest al producerii de outputuri, cu cele mai multe proiecte în implementare, nu poate reflecta cu acuratețe nivelul beneficiilor economice și mai ales raportarea lor la costurile intervenției. De aceea, în această fază ne limităm la conceptualizarea modelului de analiză și o testare pe realizările actuale, cu recomandări privind replicarea analizei în evaluarea finală.

**575.** Pentru persoanele vârstnice beneficiare de servicii de îngrijire la domiciliu beneficiile îngrijirii și a îmbunătățirii stării fizice și psiho-emoționale conduc, conform experienței, la reducerea riscului de accidente, la o îmbunătățire și de deteriorării stării de sănătate cu efecte privind:

- scăderea solicitărilor pentru servicii de urgență pentru consultație și tratament de urgență la

domiciliu, în unele cazuri cu transport la servicii de urgență

- scăderea zilelor de spitalizare

**576.** Nu există o statistică a extensiei acestor efecte, însă o analiză riguroasă se poate face prin colectarea de date de la nivelul proiectelor implementate, mai exact în exercițiul de evaluare final când vor fi finalizate proiectele în cea mai mare parte.

**577.** Modelul de estimare se bazează pe volumul beneficiilor economice constând în economii asociate reducerii serviciilor medicale de urgență acordate persoanelor vârstnice datorită serviciilor socio-medice și de îngrijire, a supravegherii asigurate prin serviciile proiectului.

**578.** Modelul a fost testat cu un set de premise și anume

- Pentru fiecare vârstnic beneficiar de îngrijire care include și servicii medicale se evită în medie un apel la serviciile de urgență și o zi de spitalizare pe an.
- Costul serviciilor considerate conform datelor publice costul unei zile de spitalizare 700 de lei (media tarifelor pe categorii de spitale clinici cu profil medical, clinici cu profil chirurgical)<sup>78</sup>
- Costul serviciului de urgență ambulanță 249 lei și costul consultației la domiciliu în urgență 349 lei.<sup>79</sup>

**579.** Valoarea cheltuielilor autorizate (contribuție publică) până la data de 31.12.2020 pentru proiectele în care au fost sprijiniți cei 12 541 de vârstnici a fost de 30 659 938 lei, reprezentând un cost de 2445 lei/ beneficiar pe toată durata serviciului primit. Costurile cu serviciile medicale evitate prin serviciile de îngrijire ar putea fi pentru un beneficiar de servicii socio-medice de 1049 de lei pe beneficiar, reprezentând o compensare de aproximativ 42% din costul efectiv la îngrijire.

**580.** Evidențiem faptul că rezultatele de mai sus sunt relevante doar ca model de analiză și orientative la nivelul intervenției. Raportarea efectelor cuantificate la cheltuieli totale autorizate pe parcursul implementării poate introduce distorsiuni semnificative datorită distribuției neuniforme a activităților costurilor și rezultatelor pe parcursul implementării. De asemenea, costul real al serviciilor trebuie ajustat în funcție de locația proiectelor iar dimensiunea efectului trebuie validată pentru proiectele în implementare, luând în considerare categoriile de grupuri țintă, starea de sănătate, tipurile de servicii oferite.

**581.** Pentru victimele violenței în familie beneficiile economice identificate sunt particularizate categoriei de beneficiar de sprijin și anume beneficiile economice ale ocupării pentru persoanele neocupate la data evenimentului care prin serviciile integrate își găsesc un loc de muncă și își dobândesc independența față de agresor. Acesta se monetizează prin încasările al bugetul de stat și al asigurărilor aferente salariului obținut. Modelul a fost folosit în evaluarea retrospectivă POSDRU 2007-2013.

**582.** Și în acest caz estimarea volumului beneficiilor se poate realiza cu acuratețe pentru proiecte finalizate într-un număr suficient de mare pentru a captura varietatea de situații.

#### *Sinteza constatărilor*

**583.** Intervențiile produc beneficii economice ce constau fie în (i) economii cu costul serviciilor medicale publice pentru situații ce pot fi evitate/ diminuate ca număr tocmai prin serviciile de îngrijire a vârstnicilor, (2) venituri la bugetul de stat și al asigurărilor prin obținerea statutului de angajat asociat independenței de agresor, sau (3) economii la bugetul de asigurări prin diminuarea costurilor cu concedii medicale generate de violente.

<sup>78</sup> <https://www.suub.ro/informatii/tarif-pe-ziua-de-spitalizare/>

<sup>79</sup> <https://pulsmedica.ro/tarife-ambulanta/>



**584.** Estimarea beneficiilor economice poate fi distorsionată de faptul că cea mai mare parte a proiectelor sunt încă în implementare și nivelul de realizare a țintelor este foarte scăzut. Din acest motiv modelul de estimare a beneficiilor a fost testat pe baza unor premise generale și va fi aplicat în condițiile specifice ale proiectelor implementate în ultimul exercițiu de evaluare din anul 2023.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 7): Analiza calitativă confirmă faptul că intervenția produce beneficii economice, extensia acestor beneficii poate fi riguros estimată într-o fază de implementare mai avansată - IPOTEZĂ VALIDATĂ**

### 6.3.8. ÎE 8. DACĂ ȘI ÎN CE MĂSURĂ LUCRURILE AR FI PUTUT FI FĂCUTE MAI BINE?

**Ipoteza 8:** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare.

**585.** **ÎE8** pornește de la ipoteza că experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare și astfel evaluarea va putea prezenta exemple de bune practici, fie proiecte, fie acțiuni cu rezultate bune, fie contextele în care efectele sunt potențate. De asemenea, aici sunt prezentate lecții învățate, care să fie utile în implementarea intervențiilor din actuala și viitoare perioadă de programare.

**586.** Una dintre lecțiile principale constă în nevoia majoră de a implica stakeholderii relevanți pe toate nivelurile și din toate domeniile. Serviciile integrate au efecte în sensul îmbunătățirii condițiilor de trai, de dobândire a independenței personale, de dobândire a unor drepturi sociale, în condițiile în care foarte multe persoane vulnerabile nu își cunosc drepturile și nu știu cui se pot adresa pentru a primi ajutor.

**587.** Externalizarea serviciilor de suport/ management al proiectului, inclusiv cel financiar și juridic ar duce pe viitor la evitarea blocajelor și a supraîncărcării instituționale.

**588.** În ceea ce privesc intervențiile dedicate persoanelor vârstnice s-a constatat că indicatorul ce presupune depășirea situațiilor de vulnerabilitate este problematic, existând dificultăți în dovedirea îndeplinirii acestui indicator, având în vedere faptul că ieșirea din vulnerabilitate pentru vârstnici nu este posibilă. În realitate vulnerabilitatea crește odată cu înaintarea în vârstă a persoanelor în cauză. Un indicator mai potrivit ar fi cel care se raportează la modulul în care prin intervențiile derulate situația persoanelor vârstnice a fost îmbunătățită (îmbunătățirea/ameliorarea problemelor de sănătate, dobândirea mobilității, schimbarea stării de spirit, etc.). Spre deosebire de persoanele vârstnice, în cazul altor categorii de persoane vulnerabile (victime ale violenței domestice) ieșirea din vulnerabilitate este posibilă ca urmare a intervențiilor de care beneficiază (consiliere psihologică, formare profesională, informare, sprijin în identificarea și menținerea unui loc de muncă, etc.) prin angajare, schimbarea mediului de trai, asigurarea unui venit constant, etc., dar este influențată de dorința persoanei în cauza de a se intra socio-profesional.

**589.** Indiferent de tipul de intervenții avute în vedere în domeniul incluziunii sociale, prin proiecte s-a manifestat dorința grupului țintă de a participa la activități, capacitatea creată prin proiecte fiind depășită iar nevoia foarte ridicată. Dacă fiind tiparul proiectelor din domeniul incluziunii sociale și grupurilor țintă cărora se adresează ar fi de dorit a fi lansate apeluri continue/ongoing, iar perioada derulării intervențiilor să fie majorată (minimum 5 ani).

**590.** Flexibilizarea este necesară în procesul de implementare a proiectelor, anumite rezultate obținute din activitatea derulată cu persoanele vulnerabile nu pot fi cuantificate sau dovedite prin documente justificative.

**591.** Introducerea posibilității suplimentării bugetelor proiectelor, acolo unde există argumente solide în favoarea acestui aspect (spre exemplu o creștere considerabilă a grupului țintă față de valoarea asumată inițial/ imposibilitatea susținerii financiare a furnizării serviciilor sociale în condițiile unei cereri



ridicate), pe parcursul perioadei de implementare a proiectelor, aceasta posibilitate fiind disponibilă doar în cadrul axei 7. Pentru beneficiari ar fi mult mai ușor acest aspect comparativ cu procesul de a scrie proiecte la fiecare doi ani.

**592.** Îmbunătățirea MySMIS în vederea corelării documentelor încărcate și încărcarea concomitentă a acestora.

**593.** Întărirea capacității AM prin contractarea unor experți în domeniul asistenței sociale și implicarea ofițerilor de monitorizare pe teren, pentru a surprinde evoluția grupurilor vulnerabile.

**594.** Serviciile sociale dedicate victimelor violenței domestice sunt extrem de benefice, dar în absența unui adăpost și a brățărilor electronice pentru supravegherea agresorilor acestea sunt limitate ca și impact. Astfel de intervenții ar salva vieți omenești, fiind necesar a fi finanțate și în viitor. Există o categorie de victime ale violenței domestice foarte vulnerabile, pentru care sunt necesare intervenții complexe care includ inclusiv adăpost pentru acestea și copii lor, consiliere, asistență medicală, etc, fiind necesare și intervenții integrate (inclusiv cazare) pentru cuplul mama-copil.

**595.** Femeile cu copii, în special cele din mediul rural sunt cele mai expuse riscului de a se confrunta cu situații de violență pe termen lung, care se agravează în timp și se propaga asupra întregii familii, cu impact devastator și asupra copiilor, pe fondul lipsei serviciilor sociale comunitare și a alternativelor la nivel local/comunitar. Este necesară dezvoltarea de servicii la nivel local, creșterea capacității de semnalare a cazurilor de violență, de intervenție la nivel local a persoanelor din serviciile sociale de la nivelul UAT-urilor, din unitățile de învățământ, unități medicale etc.

**596.** Este nevoie de o politică națională privind sprijinirea persoanelor vârstnice, dată fiind situația critică a acestora cu precădere în mediul rural și nu numai, unde se regăsesc și persoane nedeplasabile și persoane cu diverse afecțiuni, persoane sigure, persoane care nu își pot asigura necesarul zilnic și un trai decent. Această politică este necesară a fi transpusă într-o abordare unitară de dezvoltare a serviciilor sociale pornind de la analiza nevoilor reale (câți vârstnici, câți beneficiari), pentru a contribui la creșterea calității vieții acestora, nevoia de susținere prin oferirea de servicii integrate (sprijin în gospodărie, îngrijire, socializare, etc.) fiind constantă și nu doar de scurtă durată (de exemplu ajutorul pentru achiziționarea lemnului sau a alimentelor). În acest sens intervențiile integrate dedicate vârstnicilor răspund cel mai bine nevoilor reale.

**597.** Există o opinie larg împărtășită de părțile interesate consultate potrivit căreia autoritățile locale se adresează prioritar intervențiilor cu rezultate tangibile de infrastructură (drumuri, școli, grădinițe), rămânând în plan secundar persoanele vulnerabile.

**598.** În rândul categoriei de persoane vulnerabile, persoanele vârstnice izolate social sunt singure sau în cazul în care există familia, aceasta nu face față situației îngreunate. Astfel are loc suprasolicitarea serviciilor sociale publice, care nu dețin capacitatea adecvată de a răspunde nevoilor pe care buniicii le prezintă, iar dezvoltarea acestora ar trebui să fie o prioritate.

**599.** Trebuie avut în vedere faptul că, costurile pentru dezvoltarea serviciilor sociale pentru vârstnici sunt mai reduse decât costurile cu spitalizarea sau instituționalizarea acestora, motiv pentru care accentul ar trebui pus asupra prevenției în domeniul serviciilor sociale.

**600.** Colaborarea dintre autoritățile locale și ONG-uri, reprezintă cheia succesului în materie de dezvoltare a serviciilor sociale, având în vedere că furnizorul privat de servicii sociale nu poate să susțină cheltuielile de personal și consumabilele necesare, iar pe de altă parte autoritățile locale nu dețin expertiza necesară pentru acreditare, iar sprijinul reciproc poate fi benefic beneficiarilor finali. Furnizarea de servicii sociale presupune muncă sistematică, eforturi mari, dedicare, colaborarea autorităților locale cu actori de pe piața privată și deschidere pentru colaborare.



**601.** Adesea persoanele vârstnice prezintă rețineri în a se exterioriza, iar implicarea instituțiilor de cult pentru a-i sensibiliza ar fi benefică, dată fiind încrederea pe care persoanele vârstnice o prezintă în rândul acestei categorii de instituții. În acest sens eligibilitatea în cadrul apelurilor și încurajarea colaborării dintre instituțiile locale, ONG-uri și instituțiile de cult este esențială.

**602.** Includerea în categoria de cheltuieli eligibile a costurilor privind leasingul financiar al autoturismelor în vederea achiziționării acestora prin proiect, cu atât mai mult cu cât costurile de leasing operațional s-au dovedit a fi similare achiziționării efective a acestor mașini.

**603.** Îmbunătățirea POCU Form, care este perceput ca o măsură de control intern, asupra căroro persoanele responsabile de monitorizare nu manifestă aceeași abordare, fiind nevoie de un instrument mult mai complex pentru înregistrarea realizărilor și progresului.

**604.** Simplificarea reprezintă o temă prioritară, în materie de proceduri de implementare. Nevoia de simplificare are multiple fațete. Una dintre ele se referă la documentele grupului țintă, de exemplu vârstnici, excesiv față de nevoia de justificare reală.

**605.** Flexibilizarea și debirocratizarea procedurii de raportare (situații în care rapoartele au fost respinse pentru că a fost utilizate semnături scanate, iar dat fiind contextul pandemic semnarea fizică a fost imposibilă). Proiectele suscită măsuri ce vizează dezvoltarea durabilă, însă procesul de raportare contravine total acestor aspecte, prin necesitatea tipăririi, semnării și ulterior scanării documentelor de raportare. Sunt necesare măsuri referitoare la acest aspect, dată fiind dimensiunea unui raport tehnic ceea ce conduce la o risipă de resurse și timp.

**606.** Sunt necesare măsuri de respectare a termenelor de către OI în materie de management financiar. Nu sunt respectate termenele de aprobări a cererilor de plată, pre-finanțare, a rapoartelor tehnice, ceea ce pune beneficiarii în situații dificile, ONG-urile trebuie să suplimenteze veniturile, existând situații în care nu pot asigura cash-flow-ul (depunere raport tehnic în mai, iar în octombrie încă nu se afla în proces de verificare). Este necesară armonizarea interpretării instrucțiunilor de către AM și OI.

**607.** Sunt necesare simplificări privind cererea de finanțare, având în vedere diversitatea activităților care pot fi prevăzute în cadrul acestora. Acest lucru are legătură cu o abordare mai flexibilă privind controlul proceselor și focalizarea pe realizări și rezultate, dar și cu utilizarea costurilor simplificate.

**608.** Optimizarea planificării și lansării apelurilor este esențială pentru beneficiari și furnizorii de servicii. Apelurile de proiecte cu alocări financiare mari ar trebui lansate cât mai repede posibil după începerea exercițiului financiar, pentru a putea efecte durabile cu îmbunătățirea situației grupurilor vulnerabile. În lipsa finanțării nerambursabile de la momentul finalizării proiectelor POCU (există proiecte finalizate din anul 2021) până la momentul lansării apelurilor de proiecte prin POIDS și contractării efective furnizarea serviciilor sociale pentru un număr ridicat de persoane vârstnice este imposibilă.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 8):** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare. - **IPOTEZĂ VALIDATĂ INTEGRAL.**



### 6.3.9. ÎE 9. EXISTĂ CAZURI DE BUNE PRACTICI ÎN CEEA CE PRIVEȘTE IMPLEMENTAREA INTERVENȚIILOR

**Ipoteza 9:** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare.

**609.** Exemplele de bună practică privind intervențiile POCU și mecanismele aferente au fost identificate în baza informațiilor colectate în cadrul studiilor de caz.

**610.** Exemplul de bună practică identificat provine în cadrul proiectului implementat de DAS Timișoara privind furnizarea de servicii integrate victimelor violenței domestice și agresorilor acestora. Prin proiect au fost licențiate două servicii sociale care nu existau până la momentul implementării acestuia (servicii sociale dedicate victimelor, servicii sociale dedicate agresorilor).

**611.** Calitatea serviciilor furnizate a fost ridicată, acestea fiind oferite atât victimelor, cât și agresorilor, dar și copiilor care sunt martori ai violenței domestice, iar din discuțiile purtate cu membrii grupului țintă s-a observat îmbunătățirea relațiilor familiale (între copii și părinți, remedierea problemelor în cuplu, dar și relațiile în familia extinsă), în special datorită consilierii psihologice.

**612.** Efectele resimțite se regăsesc la nivelul celor două grupuri – victime ale violenței domestice (creșterea stimei de sine, a motivației de a depăși situația dificilă în care se află, problemele cu care s-au prezentat în cadrul instituției fiind rezolvate, separare de agresor a victimelor violenței domestice și ieșirea din mediul violent, reintegrarea pe piața muncii, ca urmare a calificării profesionale, depășirea situației de vulnerabilitate emoțională), agresori - reabilitarea în urma unui viciu precum dependența de alcool.

**613.** În perioada pandemică cazurile de violență domestică nu au crescut, iar o echipă mobilă a funcționat în caz de urgențe. Interesul manifestat față de activitățile proiectului a fost unul crescut, ceea ce a condus la stabilitatea grupurilor țintă în cadrul acestuia.

**614.** Cererea față acest tip de intervenții este una ridicată, fiind întâlnite situații în care a fost dificilă încadrarea persoanelor solicitante în cadrul categoriei de persoane vulnerabile, formularul de grup țintă cuprinzând doar 3 situații de vulnerabilitate (lipsa veniturilor; incapacitatea derulării activităților de bază / Nu se poate gospodări singură, lipsa locuinței). Victimele violenței domestice prezintă și alte nevoi, fiind necesar ca paleta situațiilor de vulnerabilitate să fie extinsă, în funcție de nevoile particularizate ale grupului țintă. Pentru acordarea sprijinului unui număr cât mai ridicat de victime ale violenței în familie s-a optat pentru încadrarea acestora în cea de-a doua categorie.

**615.** Ulterior finalizării proiectului în centre se va continua activitatea adresată victimelor violenței domestice și agresorilor. În viitor se are în vedere atragerea de finanțare nerambursabilă, resursele de la nivel instituțional fiind limitate, iar necesitatea de întărire a capacității este prezentă în mod constant.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 8):** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare - **IPOTEZĂ VALIDATĂ INTEGRAL.**

## 6.4. Concluzii și recomandări

### 616. Concluzii

**C1. Intervențiile OS 4.4 au un progres limitat** și un grad de îndeplinire a indicatorilor de realizare și rezultat modest, chiar foarte scăzut în cazul celor de rezultat.

**C2** În ansamblu **situația grupurilor vulnerabile și accesul lor la servicii sociale s-a îmbunătățit** însă România se află încă semnificativ sub media europeană pentru mai multe dimensiuni ale excluziunii sociale, iar pandemia COVID-19 a înrăutățit situația acestora. O serie de lacune legislative și instituționale limitează interesul și capacitatea de creare și furnizare a serviciilor sociale, inclusiv, standardele de cost neadekvate, lipsa de personal și lipsa de atractivitate a posturilor îndeosebi în mediul rural, implicarea și interesul scăzut al unor UAT.

**C3.** Implementarea s-a limitat doar la câteva grupuri vulnerabile din paleta largă a OS, adresându-se persoanelor vârstnice, victimelor violenței domestice și persoanelor afectate de pandemia COVID. **Evaluarea nu a identificat dovezi privind o abordare strategică de limitare a focalizării pe aceste grupuri vulnerabile** și nici viziunea până la finalizarea programului.

**C4. Intervențiile au avut efecte pozitive asupra beneficiarilor finali**, înregistrându-se o îmbunătățire a calității vieții în cazul vârstnicilor, a victimelor violenței cu premise de a avea o viață independentă. Finanțarea POCU este esențială pentru a acoperi deficitul de servicii sociale, a asigura accesul la servicii sociale pentru două grupuri vulnerabile ce au făcut obiectul programului inițial și a contracara efectele pandemiei COVID. Fără finanțarea POCU nu ar fi fost posibil sprijinul oferit grupului țintă. Există evidențe ale impactului la nivelul grupului de beneficiari, însă la nivelul întregii categorii de persoane vulnerabile beneficiile sunt încă nesemnificative prin raportare la dimensiunea obiectivului specific, datorită stadiului de implementare. Intervențiile au potențialul de produce beneficii economice, specifice fiecărui grup țintă fie prin economii de costuri legate de servicii medicale de urgență sau de spitalizare ce nu mai sunt necesare datorită îngrijirii și supravegherii vârstnicilor, venituri generate prin ocuparea persoanelor asistate.

**C5. Ocuparea persoanelor vulnerabile apare în mecanismul intervenției logice ca un element ce potențează impactul intervențiilor** chiar și atunci când intervențiile nu sunt adresate specific măsurilor de ocupare. Analiza contrafactuală a impactului măsurilor de sprijin pentru ocupare (POCU 2007-2013) arată că **aceste măsuri oferă grupurilor vulnerabile o oportunitate de a intra pe piața forței de muncă însă calitatea ocupării este limitată**. Atât sub aspectul veniturilor cât și al continuității și duratei muncii persoanele sprijinite sunt în dezavantaj față de persoanele ocupate fără sprijin. Măsuri complementare de sprijin, post intervenție sunt necesare pentru creșterea calității ocupării sub următoarele aspecte: sustenabilitate reflectată în continuitatea contractelor de muncă, tipul de contract cu normă întreagă, nivelul salarial în creștere peste nivelul salariului minim.

**C6.** Intervențiile au produs și alte efecte decât cele intenționate declarate prin program, și anume efecte indirecte și de propagare dintre care evidențiem **creșterea solidarității membrilor familiilor și comunității, îmbunătățirea cooperării actorilor**, creșterea încrederii în serviciile publice, totuși diminuată în unele situații de încetarea furnizării serviciilor la terminarea proiectelor, **o mai bună înțelegere a incluziunii sociale și a persoanelor vulnerabile în comunități**.

**C7. Nevoia de simplificare a proceselor de implementare** apare ca o trăsătură esențială a implementării programului, persistentă de la un ciclu de finanțare la altul. Evaluarea relevă o diferență de percepții între autoritățile programului și beneficiari privind nivelul birocrăției, pe de o parte perceput ca excesiv de beneficiari, pe de altă parte necesar pentru nivelul de control dorit de către autorități. Simplificarea vizează cerințele de justificare și raportare, eficacitatea și adecvarea instrumentelor de implementare. Cu toate că există dovezi privind simplificarea POCU față de POSDRU, problema rămâne stringentă beneficiarii manifestându-și dezamăgirea privind progresul insuficient. Simplificarea implementării programelor operaționale este o responsabilitate pentru toți actorii implicați pentru a stopa o risipă națională de resurse ce se cumulează la nivelul unui număr foarte mare de proiecte și de-a lungul unei lungi perioade de timp.

**C8. Abordările și măsurile care au avut cea mai bună eficacitate** includ, dar fără a se limita la acestea: abordarea integrată a multiplelor dimensiuni ale vulnerabilității, implicarea comunității, implicarea UAT-urilor și asumarea responsabilității pentru accesul la servicii, flexibilitate privind modalitățile de



desfășurare a activităților (îndeosebi în contextul pandemic), capacitatea beneficiarilor de finanțare de a furniza complementar alte măsuri de sprijin față de sprijinul eligibil prin POCU.

**C9.** Evaluarea oferă numeroase lecții învățate, experiențe ce trebuie multiplicare sau probleme ce trebuie evitate. Factorii care condiționează succesul intervențiilor cel puțin sub aspectul eficacității impactului și sustenabilității sunt: (1) implicarea UAT ca actor cheie pentru dezvoltarea serviciilor sociale și integrarea lor în comunitate, (2) atragerea de resurse umane competente, atragerea furnizorilor cu capacitate adecvată, atragerea resurselor financiare și coordonarea tuturor resurselor, (3) o alocare a resurselor programului predictibilă pentru a acoperi nevoile de furnizare de servicii, a permite furnizorilor planificarea activităților și minimizarea riscurilor de blocaje financiare.

## **617. Recomandări**

**R1. Pentru perioada rămasă de implementare acțiunile AM și OIR-urilor trebuie îndreptate spre accelerarea implementării proiectelor contractate, vizând reducerea termenelor de răspuns, avizare, aprobare a documentelor beneficiarilor și efectuarea plăților.**

**R2.** Revizuirea planurilor de implementare, inclusiv formularea unei viziuni clare privind perioada rămasă, alocări, realocări de resurse dacă este cazul, în corelare cu implementarea POIDS, și împărtășirea lor tuturor actorilor pentru a oferi o imagine clară și de încredere privind disponibilitatea finanțărilor pentru serviciile sociale ce vor fi sprijinite.

**R3. Demararea unui amplu proces de simplificare a implementării programului actual și POIDS. Conceptualizarea procesului de simplificare poate fi obiectul unei evaluări ad-hoc, prin care să se asigure o abordare sistematică cu focalizare pe aspectele cheie, critice pentru succesul simplificării. Metodologia de analiză și rezolvarea a problemelor trebuie să aibă în vedere implicarea părților interesate, sensibilizarea lor pentru a pregăti implementarea soluțiilor, înțelegerea intereselor și atitudinilor pentru găsirea soluțiilor adecvate.**

**R4. Preluarea practicilor eficiente din experiența acumulată până în prezent, adaptarea și transpunerea lor în viitoarele măsuri finanțate prin POCU și POIDS**

**R5. Crearea unui cadru legal și instituțional stimulativ** pentru dezvoltarea serviciilor sociale vizând cu prioritate: actualizarea standardelor de cost, stimularea UAT pentru dezvoltarea serviciilor sociale în comunități îndeosebi în mediul rural, creșterea atractivității posturilor din domeniul serviciilor sociale inclusiv prin creșterea nivelului salariilor, creșterea nivelului de contractare socială pentru serviciile sociale adresate acestor categorii de persoane vulnerabile și oferite de ONG-uri sau alți furnizori privați. Sensibilizarea reprezentanților UAT-urilor care nu au dezvoltat servicii sociale, prin implicarea lor în evenimente în rețea de diseminare a bunelor practici, împreună cu toate categoriile de părți interesate.



## 7. TEMA DE EVALUARE 5 - CREȘTEREA CALITĂȚII ȘI ACCESULUI LA SERVICIILE SOCIALE (ARIA DE CUPRINDERE - OBIECTIVELE SPECIFICE 4.5, 4.6, 4.7 ȘI 4.14)

**618.** Acest raport este destinat **Temei 5 POCU - Creșterea calității și accesului la serviciile sociale (aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.5, 4.6, 4.7 și 4.14)**, fiind unul dintre cele opt rapoarte tematice aferente primului exercițiu de evaluare intermediară POCU din domeniul incluziunii sociale 2014-2020 din cadrul proiectului „Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020, Lotul 1: Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale”.

**619.** Informații privind contextul întregului ciclu de evaluare se regăsesc în Raportul de sinteză, din care prezentăm selectiv aspectele relevante evaluării Temei 5, obiect al prezentului raport tematic.

**620.** Conform CdS, la baza acestui exercițiu au stat opt (8) întrebări de evaluare (ÎE) după cum urmează:

**ÎE1.** *Care este progresul observat în zonele (regiunile de dezvoltare, zonele rurale / urbane) și grupurile vizate cu privire la:*

*sporirea calității (OS 4.5) și accesului (OS 4.6) la serviciile sociale*

*sporirea gradului de utilizare a TIC (OS 4.7) în procesul de furnizare a serviciilor sociale*

*sporirea numărului de asistenți sociali și maternali la nivel comunitar (OS 4.14)*

**ÎE2.** *Măsura în care progresul observat se datorează intervențiilor POCU?*

**ÎE3.** *În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?*

**ÎE4.** *În ce măsură efectul depășește granița zonei sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?*

**ÎE5.** *În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?*

**ÎE6.** *Ce mecanisme (ex. tipuri de intervenții, aranjamente instituționale, selectarea operațiunilor, monitorizare și rambursări) au facilitat/ împiedicat efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme?*

**ÎE7.** *Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?*

**ÎE8.** *Există cazuri de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și temele secundare? (de exemplu, susțin trecerea la o economie cu emisii reduse de carbon, economia eficientă a resurselor, inovarea socială, îmbunătățirea accesibilității, a utilizării și a calității tehnologiilor informației și comunicațiilor, non-discriminarea)?*

### 7.1. Contextul implementării intervențiilor corespunzătoare Temei de evaluare 5

#### 7.1.1. PREZENTAREA INTERVENȚIILOR EVALUATE

**621.** Logica intervenției pentru intervențiile cuprinse în Tema de evaluare 5 a plecat de la nevoia dezvoltării sistemului de asistență socială cu scopul facilitării accesului persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile la servicii sociale de calitate. Tema de evaluare 5 cuprinde **4 obiective specifice** și anume:

- **OS 4.5 Creșterea calității sistemului de asistență socială prin introducerea de instrumente/proceduri/mecanisme etc. și prin îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sistem;**

- **OS 4.6 Creșterea numărului de persoane care beneficiază de servicii de asistență socială la nivelul comunității;**
- **OS 4.7 Creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, serviciile electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale;**
- **OS 4.14 Creșterea numărului de asistenți maternali și sociali la nivelul comunității.**

**622.** Teoria programului s-a bazat pe ipoteza conform căreia soluția optimă de adresare a deficiențelor sistemului de asistență socială este de a concepe un mix de soluții integrate și sistematice cu pilotare și implementare „la firul ierbii”, structurate în trei categorii:

- Dezvoltarea de servicii integrate la nivelul comunităților (OS 4.5, 4.6 și 4.10);
- Dezvoltarea de servicii integrate la nivelul comunităților prin formare și sprijin în vederea creșterii numărului acestora (OS 4.14);
- Creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, serviciile electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale.

**623.** **Dezvoltarea de servicii integrate la nivelul comunităților** - Serviciile integrate la nivelul comunităților sunt una dintre principalele tipuri de intervenții care sprijină accesul la asistență socială, educațională și medicală și care poate ajuta comunitățile să scape de sărăcie. Teoria schimbării pentru această direcție de acțiune se bazează pe acțiunea integrată a următoarelor măsuri de sprijin aferente în special OS 4.5 și OS 4.6 cuprinse în această Temă (combinată și cu alte OS aferente Axei 4, de exemplu OS 4.10).

- **Creșterea calității sistemului de asistență socială se realizează prin (OS 4.5):**
  - Mecanisme de identificare a nevoilor individuale ale persoanelor vulnerabile cu nevoi speciale și mecanisme de monitorizare și evaluare a nevoilor de servicii sociale la nivel local.
  - Dezvoltarea capacității sistemului asistență socială prin:
    - Sisteme, instrumente de intervenție integrată, scheme de parcurs/intervenție pentru beneficiarii de servicii integrate (sociale, medicale, de ocupare, de educație, etc.)
    - Resurse umane (competențe pentru personalul din instituțiile de asistență socială, medicală și educație și al furnizorilor de servicii sociale).
- **Creșterea numărului de persoane care beneficiază de servicii de asistență socială la nivelul comunității (OS 4.6) se realizează prin:**
  - consolidarea rețelei publice de asistență socială comunitară și a furnizorilor de servicii sociale furnizarea de programe de formare, schimburi de experiență, bune practici.
  - Furnizarea de servicii de asistență socială. către grupurile vulnerabile.

**624.** **Dezvoltarea resurselor umane din serviciile sociale prin formare și sprijin în vederea creșterii numărului acestora (OS 4.14)** - Dezvoltarea resurselor umane este necesară atât pentru a crește oportunitățile de a furniza servicii sociale, cât și de a sprijini implementarea de noi instrumente și a asigura formarea continuă. **Astfel, creșterea numărului de asistenți maternali și sociali la nivelul comunității este vizată de OS 4.14 prin dezvoltarea rețelei de asistenți sociali și creșterea competențelor acestora (programe de formare, schimburi de experiență).**

**625.** **Creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, servicii electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale (OS 4.7)** - Utilizarea soluțiilor TIC poate soluționa mai multe aspecte legate de furnizarea serviciilor sociale, cum ar fi facilitarea analizelor de nevoi și a monitorizării intervențiilor sau creșterea accesibilității asistenței, fiind parte din Agenda Digitală pentru Europa 2020. OS 4.7 urmărește **Creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, servicii electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale prin:**

- operaționalizarea aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, servicii electronice etc.);
- dezvoltarea unei metodologii integrate de management al cazurilor prin utilizarea TIC.

**626.** Strategia programului indică efectul așteptat asupra grupului țintă adresat, în special a grupurilor vulnerabile, prin **creșterea calității și accesului la servicii sociale**, accesul redus la servicii sociale reprezentând conform analizei programului una dintre principalele provocări în domeniul incluziunii sociale, alături de insuficienta dezvoltare sau lipsa serviciilor sociale care să răspundă nevoilor beneficiarilor.

**627.** Indicatorii de rezultat prin care se măsoară schimbarea efectiv produsă de intervenții sunt la nivelul:

- sistemului de servicii sociale reflectați prin: Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc. în domeniul asistenței sociale, (4S204);
- resurselor sistemului prin nivelul de competențe crescut al profesioniștilor din sistemul de asistență socială (4S202), precum și a numărului asistenți maternali și sociali la nivelul comunității care rămân în sistem (4S53);
- beneficiarilor de servicii sociale prin numărul crescut de persoane vulnerabile care beneficiază de servicii de asistență socială la nivelul comunității (4S211, 4S212, 4S52, 4S54).

La nivel de sector, indicatorii cheie de incluziune socială pentru partea de servicii sociale care măsoară schimbarea sunt cei legați de evoluția Ratei riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROE), a numărului furnizorilor de servicii sociale acreditați, în funcție de regimul juridic, numărul de servicii sociale licențiate etc.

**628.** Proiectele finanțate prin obiectivele încadrate în această Temă cumulează **2.890.740.641,86 din 5 apeluri**, apeluri care se bazează pe acțiunea integrată (apeluri de tip compozit), a măsurilor prevăzute la nivelul mai multor OS din cele prevăzute în această temă, inclusiv prin acțiunea conjugată a altor OS-uri: OS 4.10, OS 4.12 și OS 4.13.

**629.** **Din punct de vedere al designului intervențiilor** din cele 5 apeluri de proiecte lansate, trei apeluri (apelurile 375, 460 și 480) sunt pe mecanismul de tip non-competitiv vizând proiecte integrate și sistemice și 2 apeluri pe mecanismul de tip grant competitiv.

**630.** În cadrul apelurilor de tip noncompetitiv au fost contractate 3 proiecte de o complexitate mare și cu acoperire națională la nivelul tuturor regiunilor de dezvoltare, demarate în anul 2019 și cu o durată până în anul 2022, iar cele de tip competitiv însumează 27 proiecte contractate și demarate abia în 2020, aspecte ce limitează apariția efectelor în anul 2021. Pentru OS 4.7, deși a fost lansat spre consultare ghidul solicitantului, până la momentul prezentei evaluări nu a fost lansat niciun apel.

**631.** Totodată este important de menționat faptul că impactul unor proiecte de tip sistemice, integrate de natura celor non-competitive este semnificativ mai mare, decât al unor intervenții finanțate din proiecte competitive aceasta fiind o lecție importantă față de POSDRU.

### 7.1.2. METODOLOGIA DE EVALUARE

**632.** **Prezentarea metodologiei: Metodologia de evaluare** a utilizat o abordare integrată. Pe parcursul evaluării a fost acordată o importanță deosebită factorilor de context, dar și modului în care s-au modificat legăturile cauzale și mecanismele de producere a rezultatelor. Metodologia și instrumentele de evaluare sunt prezentate în **Anexa (TE5).1** la raport.

**633.** Astfel, pentru a răspunde întrebărilor de evaluare (ÎE) s-a elaborat o metodologie de evaluare bazată pe o combinație de metode și instrumente adaptate specificului acestei Teme. Conform metodologiei actualizate de evaluare, instrumentele de evaluare au fost proiectate astfel încât să sprijine formularea răspunsurilor la mai multe întrebări de evaluare. Contribuția metodelor și instrumentelor de evaluare la formularea răspunsurilor este prezentată sintetic în tabelul următor:

**TABEL 46. INSTRUMENTE DE EVALUARE ȘI CONTRIBUȚIA LOR ÎN PROCESUL DE EVALUARE**

TEMA 5									
Abordare metodologică	Instrumente	ÎE1	ÎE2	ÎE3	ÎE4	ÎE5	ÎE6	ÎE7	ÎE8
Metode de colectare și procesare a datelor	Cercetare documentară	x	x	x	x	x	x	x	x
	Interviuri	x	x	x	x	x	x		x
	Sondaj la nivelul SAS sprijinite prin proiectul cod SMIS 126924		x	x	x	x	x		
	Sondaj la nivelul grupului țintă al proiectului cod SMIS 122607		x	x	x	x	x		
	Studii de caz		x	x	x	x	x	x	x
Metode de procesare și analiză a datelor	Procesarea și analiza statistică a seriilor de date	x	x					x	
	Analiza datelor primare și secundare	x	x	x	x	x	x	x	x
Metode de consultare și analiză	Ateliere de lucru regionale		x	x	x	x	x		x
	Focus grup național	x	x	x	x	x	x		x
	Panel de experți	x	x	x	x	x	x	x	x
Tehnici de vizualizare	Hărți GIS, grafice, tabele		x						

**TABEL 47. METODOLOGIA DE EVALUARE PENTRU TEMA DE EVALUARE 5**

Metoda de evaluare	Aplicare și contribuție la evaluare
<b>Cercetare documentară</b>	<p>Analiza documentelor privind cadrul strategic, legislativ și instituțional, la nivel european și național, privind specificul intervențiilor vizate, documente de programare (document de program POCU), Rapoarte Anuale de Implementare (RAI), Rapoarte de Evaluare (RE), etc.;</p> <p>Analize, studii de specialitate și alte documente identificate ca necesare pe parcursul evaluării, așa cum sunt prezentate în secțiunea referitoare la sursele de date.</p> <p>Lista documentelor analizate se regăsește în <b>Anexa (TE5).11</b> la raport.</p>
<b>Colectarea de date din baze de date publice, date de program, date administrative</b>	<p>Date administrative privind proiectele finanțate (furnizate prin intermediul sistemelor/platformelor SMIS<sup>80</sup>, fonduri-ue.ro, date deschise etc.);</p> <p>Date privind contextul intervențiilor, preluate din baze de date statistice și rapoarte de monitorizare și evaluare, planuri, strategii aferente domeniului, alte baze de date și surse de date statistice relevante (EUROSTAT, INS, MMPS, ANPDPCA, ANES, ANPIS, ANP, etc).</p> <p>Bazele de date utilizate se regăsesc în <b>Anexa (TE5).2</b> la raport.</p>
<b>Interviuri</b>	<p>Acestea au avut ca scop triangularea și completarea informațiilor obținute anterior din prelucrarea și analiza documentelor și datelor administrative, pentru a oferi răspunsuri la întrebările de evaluare. Au fost realizate în total 33 de interviuri, prin video-conferință și telefonic, prin care s-a urmărit atât surprinderea efectelor la nivel de sistem, cât și surprinderea impactului intervențiilor la nivel de proiecte.</p> <p><b>Interviuri comune/specifice TE5 autorități:</b></p> <p>Au fost realizate interviuri comune care au urmărit impactul la nivel de sistem, implicând reprezentanți ai celor mai importante instituții:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene, Direcția Generală Programare și Coordonare de Sistem (MIPE);</li> <li>Autoritatea de Management pentru Programul Operațional Capital Uman (AMPOCU);</li> <li>Organismul Intermediar Centru (OI Centru);</li> </ul>

<sup>80</sup> Sistem electronic de management al informației utilizat pentru toate Instrumentele Structurale în România începând cu perioada de programare 2007-2013. Acronimul SMIS corespunde denumirii în limba engleză Single Management Information System.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismul Intermediar Vest (OI Vest);</li> <li>• Organismul Intermediar Sud-Muntenia (OI SM);</li> <li>• Organismul Intermediar Nord-Vest (OI NV);</li> <li>• Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației - Autoritatea de Management pentru Programul Operațional Regional (MDLPA - AM POR).</li> </ul> <p><b>Interviuri specifice TES:</b></p> <p><b>Autorități cu responsabilități în domeniul serviciilor sociale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Direcția Politici Servicii Sociale (MMPS);</li> <li>• Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM);</li> <li>• Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială (ANPIS);</li> <li>• Ministerul Sănătății (MS);</li> <li>• Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA);</li> <li>• Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați - Direcția pentru Prevenirea și Combaterea Violenței (ANES).</li> </ul> <p><b>Interviuri pentru studii de caz sau exemple de bune practici cu beneficiari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiu de caz - SMIS 112607 - Ministeru Muncii - Beneficiar, Ministerul Sănătății - Partener, Ministerul Educației - Partener;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 127169 - Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA) - Beneficiar;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 126924 - Ministerul Muncii - Beneficiar, Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială - Partener;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 128338 - Fundația Mara - Beneficiar, DAS Petrila - Partener;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 130363 - Asociația Centrul de Cercetare și Formare a Universității de Nord Baia Mare - Beneficiar, Asociația START pentru performanță - Partener;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 130469 - UAT Orașul Flamânzi - Beneficiar;</li> </ul> <p>Minutele interviurilor se regăsesc în <b>Anexa (TE5).5</b> la raport.</p>
<p><b>Sondaje</b></p>	<p><b>Sondaj în rândul UAT-urilor care au semnat Protocolul de colaborare în cadrul proiectului SMIS 126924 (finanțat din POCU OS 4.6)</b></p> <p>Sondajul a fost realizat cu scopul de a colecta date și informații în vederea realizării analizelor și a fundamentării răspunsurilor la întrebările de evaluare privind impactul intervențiilor POCU în domeniul serviciilor sociale, precum și alte efecte ale intervențiilor. Sondajul a fost adresat <b>unităților administrativ teritoriale (UAT)</b> care au transmis Protocolul de colaborare în cadrul proiectului „Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, cod SMIS 126924, obiectivul specific vizat 4.6. Sondajul a urmărit ca acesta să fie suficient de reprezentativ pentru a putea asigura marja de eroare asumată. Astfel, sondajul a fost transmis către toate UAT-urile care au semnat Protocolul de colaborare în cadrul proiectului POCU SMIS 126924.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tip: chestionar online cu 15 itemi diseminat prin intermediul platformei Survey Monkey;</li> <li>• Perioada de derulare: septembrie - octombrie 2021;</li> <li>• Tip de eșantionare: exhaustivă;</li> <li>• Populația țintă: UAT-urile care au semnat Protocolul de colaborare în cadrul proiectului SMIS 126924 (finanțat din POCU OS 4.6);</li> <li>• Dimensiunea: 354;</li> <li>• Număr de răspunsuri: 200;</li> <li>• Rată de raspuns (%): 56.5.</li> </ul> <p><b>Limitări:</b> Stadiul actual al implementării proiectului a limitat setul de întrebări la o analiză a potențialor efecte și a așteptărilor celor implicați. La momentul realizării acestui sondaj programul de formare profesională pentru grupul țintă al proiectului nu fusese încă demarat, fapt ce a limitat analiza.</p> <p><b>Sondaj în rândul grupului țintă (asistenți sociali, asistenți medicali, consilieri/mediatori școlari) sprijit prin intermediul proiectului SMIS 122607 (finanțat din POCU OS 4.5, 4.6, 4.10)</b></p> <p>Sondajul a fost aplicat la nivelul a 118 comunități rurale și mic urbane cu tip de marginalizare peste medie și severă din România, selectate în cadrul proiectului SMIS 122607 și cu care s-au semnat protocoale de colaborare în vedere înființării de echipe pentru furnizarea de servicii comunitare integrate: asistență socială, asistență medicală, consiliere școlară. Sondajul a fost adresat grupului țintă sprijinit prin proiectul „Crearea și implementarea serviciilor comunitare</p>

	<p><b>integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, cod SMIS 122607</b>, obiective specifice vizate OS 4.5, 4.6, 4.10. Grupul țintă al acestui proiect este format din asistenți sociali, asistenți medicali, consilieri/mediatori școlari. Sondajul a urmărit ca acesta să fie suficient de reprezentativ pentru a putea asigura marja de eroare asumată. Astfel, eșantionarea a fost una exhaustivă cuprinzând toate persoanele din universul investigat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tip: chestionar online cu 11 itemi diseminat prin intermediul platformei Survey Monkey;</li> <li>• Perioada de derulare: octombrie 2021;</li> <li>• Tip de eșantionare: exhaustivă;</li> <li>• Populația țintă: asistenți sociali, asistenți medicali, consilieri/mediatori școlari de la nivelul a 118 comunități rurale și mic urbane cu tip de marginalizare peste medie și severă din România, din toate regiunile macro-economice ale României, mai puțin regiunea București-Ilfov care nu a fost inclusă în proiect;</li> <li>• Număr de răspunsuri: 150;</li> <li>• Rată de răspuns (%): 44.7.</li> </ul> <p><b>Limitări:</b> La momentul demarării sondajului:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Din cele 139 comunități vizate de proiect numai 118 au semnat protocolul de colaborare.</li> <li>• În centrele comunitare din cele 118 comunități nu erau încă angajați toți asistenții sociali și consilierii/mediatorii școlari. Erau angajați un număr de 48 de asistenți sociali, 121 de asistenți medicali, 5 medieri sanitari, 87 de consilieri școlari și 77 de medieri școlari. Astfel populația țintă a fost de 338 de persoane.</li> </ul> <p>Rapoartele celor 2 sondaje realizate se regăsesc în <b>Anexa (TE5).4</b> la raport.</p>
<p><b>Ateliere regionale</b></p>	<p>Obiectivul <b>Atelierelor de Lucru</b> a fost acela de completare și validare a informațiilor colectate pe parcursul evaluării. Temele de discuție din cadrul atelierelor au vizat aspecte legate de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprecierea eficienței și eficacității intervențiilor din cadrul TE5 luând în considerare realitățile și nevoile grupurilor țintă în domeniul de intervenție;</li> <li>• Aprecierea rolului intervențiilor POCU în domeniul serviciilor sociale, precum și în dinamica indicatorilor de evaluare a impactului;</li> <li>• Identificarea efectelor suplimentare în domeniul de intervenție și domeniile conexe;</li> <li>• Aprecierea sustenabilității efectelor înregistrate și a mecanismelor care favorizează sustenabilitatea;</li> <li>• Evaluarea eficienței mecanismelor de implementare și a condițiilor favorabile acestora;</li> <li>• Identificarea lecțiilor de bună practică.</li> </ul> <p>Au fost organizate <b>3 Ateliere regionale</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atelier regional de lucru cu reprezentanți ai DGSAPC-urilor</b> implicate în proiectul „<b>TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor</b>” cod SMIS 127169;</li> <li>• <b>Atelier regional de lucru cu Beneficiarii de proiecte POCU Incluziune socială (OS 4.5, 4.6, 4.7, 4.14)</b>;</li> <li>• <b>Atelier regional de lucru cu reprezentanți ai comunităților marginalizate</b>, respectiv comunități beneficiare din cele 118 cu care s-a semnat protocolul de colaborare, sprijinite prin intermediul proiectului: „<b>Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale</b>” cod SMIS 122607</li> </ul> <p>Rapoartele celor 3 Ateliere regionale se regăsesc în <b>Anexa (TE5).6</b> la raport.</p>
<p><b>Studii de caz</b></p>	<p><b>Studiile de caz</b> au fost incluse în metodologie pentru analiza aprofundată a modului în care intervențiile au produs efecte, acestea completând rezultatele analizelor privind impactul, realizate pe baza utilizării EBT și analiza calitativă a datelor colectate prin alte metode. Prin studiile de caz au fost evidențiate și exemplificate rezultatele obținute, au fost analizate aspectele cheie privind modul de obținere a rezultatelor și producerea altor efecte.</p> <p>Au fost realizate <b>6 studii de caz</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SC1: „Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, cod SMIS 126924;</b></li> <li>• <b>SC2: „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, cod SMIS 122607;</b></li> <li>• <b>SC3: „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor”, cod SMIS 127169;</b></li> <li>• <b>SC4: „Acompanierea copiilor expuși riscului separării de familie - ACER 2019”, cod SMIS 128338;</b></li> <li>• <b>SC5: „Proiect ACASA - Asistarea Copiilor Care Au Părinți Plecați la Muncă în Străinătate</b></li> </ul>



	<p><b>Pentru Atenuarea Riscului de Separare de Familie”, cod SMIS 130363;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SC6: „Măsuri pentru reducerea numărului de copii și tineri plasați în instituții prin furnizarea de servicii la nivelul comunității”, cod SMIS 130469.</b></li> </ul> <p>Studiile de caz se regăsesc în <b>Anexa (TE5).7</b> la raport.</p>
<b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b>	<p><b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b> a inclus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Date privind contextul de implementare al Temei 5 - date furnizate de AM POCU, MMPS, alte instituții abilitate în domeniul serviciilor sociale;</li> <li>• Date privind progresul fizic al proiectelor - date MySMIS;</li> <li>• Date privind indicatorii proiectelor - date MySMIS;</li> <li>• Date privind evoluția la nivelul sectorului (EUROSTAT, INS, MMPS, ANPDPCA, ANES, ANPIS, ANP, etc);</li> <li>• Date colectate prin intermediul instrumentelor de evaluare specifice aplicate (sondaje).</li> </ul> <p>Bazele de date se regăsesc în <b>Anexa (TE).2</b> la raport.</p>
<b>Panelul de experți</b>	<p><b>Panelul de experți</b> a urmărit colectarea de informații cu privire la impactul intervențiilor și contextul de implementare, precum și discutarea principalelor constatări, concluzii și recomandări preliminare. La panel au participat experți cu expertiză în domeniul incluziunii sociale (inclusiv serviciilor sociale). Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p> <p>Raportul Panelului de experți se regăsește în <b>Anexa (TE5).8</b> la raport.</p>
<b>Focus-Grupul Național</b>	<p>Obiectivul <b>Focus-Grupului Național</b> a fost acela de validare a principalelor constatări și concluziilor preliminare. Temele de discuție din cadrul FG au vizat aspecte legate de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiența și eficacitatea intervențiilor TE5 luând în considerare realitățile și nevoile grupurilor țintă în domeniul de intervenție;</li> <li>• Rolul intervențiilor POCU în domeniul serviciilor sociale, precum și în dinamica indicatorilor de evaluare a impactului;</li> <li>• Efectele suplimentare în domeniul de intervenție și domeniile conexe;</li> <li>• Sustenabilitatea efectelor înregistrate și a mecanismelor care favorizează sustenabilitatea;</li> <li>• Eficiența mecanismelor de implementare și a condițiilor favorabile acestora;</li> <li>• Lecții de bună practică.</li> </ul> <p>A fost organizat <b>1 Focus-Grup la nivel național la nivelul celor tuturor celor 8 Teme</b> și a avut 23 de participanți, între care reprezentanți ai factorilor decizionali (AM POCU, MMPS, etc), dar și ai altor structuri de la nivel național responsabile în domeniul serviciilor sociale (de ex. ANPIS, ANPDPCA, ANES, ANOFM etc) și echipa de evaluare. Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p> <p>Raportul Focus-Grupului se regăsește în <b>Anexa (TE5).9</b> la raport.</p>
<b>Matricea factorilor de influență</b>	<p>Instrumentul a avut ca scop sintetizarea factorilor care au influențat producerea rezultatelor, a impactului și a altor efecte și a corelat factorii de influență (pozitivi sau negativi, interni sau externi intervenției) cu efectele constatate, indicându-se și gradul de influență pe trei niveluri (major, mediu sau minor).</p>
<b>Tehnici vizuale</b>	<p>Au fost realizate hărți pentru a prezenta nivelul de acoperire teritorială a furnizorilor de servicii sociale la nivel național/regional, a respondenților la sondaje și reprezentări grafice atât în corpul principal al raportului cât și în anexe.</p>

### 7.1.3. PROBLEME ÎNTÂMPINATE ȘI LIMITĂRI ÎN APLICAREA METODOLOGIEI DE EVALUARE, ROBUSTEȚEA CONCLUZIILOR

**634.** Pe parcursul evaluării s-au manifestat constrângeri semnificative privind disponibilitatea, accesibilitatea și calitatea datelor. Acest lucru a impus adaptarea metodologiei de colectare a datelor și analiză, identificând noi surse, adăugând verificări a calității datelor, iar interpretarea constatărilor a fost adaptată limitărilor metodologice, așa cum se explică în continuare.

**635.** O constrângere în implementarea metodologiei de evaluare, o reprezintă nivelul scăzut de accesibilitate și interes al părților interesate reflectat în **participarea scăzută la unele interviuri și consultări**. Dat fiind și numărul mare de exerciții de evaluare derulate în paralel coroborat cu contextul noului val 4 pandemic generat de pandemia COVID-19, a existat un interes limitat cu precădere al unor beneficiari, dar și al unor autorități centrale/instituții publice, pentru exercițiul de evaluare și rezultatele

acestua. Acesta s-a reflectat într-un grad mai redus de implicare în activitățile prevăzute (disponibilitate redusă pentru participarea la interviuri, focus-grupuri, studii de caz), deși echipa de evaluare a depus eforturi considerabile și a derulat o corespondență intensă (telefon, e-mail) pentru a obține sprijinul acestora în realizarea activităților.

**636.** În al doilea rând măsurarea și evaluarea eficacității, sustenabilității și impactului au fost limitate de stadiul de implementare al programului, cu un număr mic de proiecte finalizate, cu puține realizări și rezultate raportate care să permită observarea efectelor generate. În aceste situații, s-a făcut o **identificare a efectelor produse și observabile**, corespunzătoare stadiului de implementare caracterizat de o întârziere generală a implementării intervențiilor precum și a altor efecte potențiale, inclusiv neintenționate și verosimilitatea producerii lor. Această evaluare reprezintă o bună referință metodologică și factuală pentru exercițiul următor de evaluare din 2023.

**637.** Datorită măsurilor luate pentru asigurarea datelor necesare și a calității datelor, conștientizarea limitărilor și interpretarea lor adecvată, efortul suplimentar pentru triangulare și validare, apreciem că robustețea concluziilor este suficientă pentru acceptarea lor și a recomandărilor formulate.

## 7.2. Răspunsul la întrebările de evaluare

### 7.2.1. ÎE1. PROGRESUL OBSERVAT ÎN ZONELE (REGIUNILE DE DEZVOLTARE, ZONELE RURALE / URBANE) ȘI GRUPURILE VIZATE CU PRIVIRE LA: SPORIREA CALITĂȚII (OS 4.5) ȘI ACCESULUI (OS 4.6) LA SERVICIILE SOCIALE; SPORIREA GRADULUI DE UTILIZARE A TIC (OS 4.7) ÎN PROCESUL DE FURNIZARE A SERVICIILOR SOCIALE; SPORIREA NUMĂRULUI DE ASISTENȚI SOCIALI ȘI MATERNALI LA NIVEL COMUNITAR (OS 4.14)

#### IPOTEZELE DE EVALUARE

**IP 1.1. Calitatea și accesul la servicii sociale s-a îmbunătățit de la momentul adoptării POCU.**

**IP 1.2 Gradul de utilizare a TIC în procesul de furnizare a serviciilor sociale s-a îmbunătățit de la momentul adoptării POCU.**

**IP 1.3 Numărul de asistenți sociali și maternali la nivel comunitar a crescut de la momentul adoptării POCU.**

#### *Analiza evoluției cadrului strategic, legislativ și instituțional privind serviciile sociale*

##### La nivel european

**638.** Sistemul european de asistență socială este unul dintre factorii definitorii a ceea ce poate fi considerat modelul social european. Serviciile de asistență și suport sunt motorul modelului social european.

**639.** La nivel european Statele Membre se află în **diferite etape de dezvoltare a sistemelor lor actuale de servicii sociale**, modul de organizare a acestora reflectând pe de o parte tradițiile istorice și culturale și pe de altă parte dezvoltarea economică.

**640.** În ultimii ani s-au înregistrat progrese semnificative în vederea schimbării mentalității de abordare a serviciilor sociale prin furnizarea de servicii centrate pe persoană, la nivelul comunității, în care persoana deține controlul sau decizia asupra asistenței pe care o primește, însă pentru a avea o abordare incluzivă sunt necesare progrese semnificative.

**641.** La nivelul UE a existat o preocupare sporită începând cu 2007 privind sprijinirea calității serviciilor sociale în întreaga UE, susținând prin intermediul programului Progress, diverse inițiative europene de dezvoltare a instrumentelor de definire și măsurare a calității serviciilor sociale și adoptând în **2010 Cadrul European al Calității Serviciilor Sociale (EQUASS)** cu scopul de a dezvolta o înțelegere comună a calității acestor servicii prin identificarea principiilor privind calitatea pe care serviciile ar trebui să le îndeplinească.



**642.** Din perspectiva furnizării calității, deși există diverse modele privind furnizarea de servicii sociale la nivelul Statelor Membre, se pot identifica trei elemente comune, respectiv:

- **asigurarea calității** se referă la procedurile privind asigurarea calității care înseamnă în general că autoritățile publice stabilesc standarde minime de calitate care sunt puse în aplicare prin legislație.
- **managementul calității** este folosit în special de furnizorii privați ca modalitate de recunoaștere independentă prin certificare care se poate baza pe sisteme clasice (ISO 9000). De exemplu Germania, Spania, Slovenia, Austria și Franța impun utilizarea sistemelor de management al calității ca parte a standardelor minime, acestea fiind mecanisme interne de asigurare a calității pentru măsurarea calității la nivel organizațional.
- **modelele de excelență** care utilizează evaluarea comparativă cu o anumită valoare de referință sau care au la bază îmbunătățirea continuă și care implică și beneficiarii finali. Aceasta se realizează de obicei prin anchete privind satisfacția beneficiarilor alături de monitorizarea calității serviciului social oferit, a calității personalului și a managementului.

#### **La nivel național**

**643.** Sistemul național de asistență socială a parcurs numeroase etape începând cu 1990, principalele repere cheie fiind cele legate de:

- **adoptarea legislației privind funcționarea sistemului de asistență socială** (în 2001<sup>81</sup>, 2006<sup>82</sup> și 2011<sup>83</sup>), care reglementează mecanismele de planificare strategică a măsurilor de asistență socială;
- stabilirea unui **mecanism de asigurare a calității serviciilor sociale** prin introducerea **standardelor de calitate** (2003-2006), acreditarea furnizorilor de servicii (2004<sup>84</sup>), inspecția socială a furnizorilor de servicii (2006);
- **reglementarea profesiilor specifice domeniul socială**<sup>85</sup> (cea de asistent social și de psiholog);
- **adoptarea Nomenclatorului serviciilor sociale**<sup>86</sup>.

**644.** Dezvoltarea serviciilor sociale a reprezentat un obiectiv strategic al Guvernului României încă din 2006 odată cu adoptarea **Strategiei naționale de dezvoltare a serviciilor sociale pentru perioada 2006-2013** și continuând cu **Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020**. O serie de îmbunătățiri au fost atinse pe parcursul implementării Strategiei guvernului de reformare a sistemului de asistență socială<sup>87</sup>. Principalele obiective ale strategiei, care au fost în mare parte îndeplinite, s-au concentrat pe: (i) îmbunătățirea echității sistemului de asistență socială; (ii) creșterea eficienței administrative prin reducerea costurilor administrative ale sistemului și a costurilor private pentru solicitanți; (iii) reducerea erorilor și fraudei; (iv) dezvoltarea unui sistem de monitorizare a performanței; și (v) îmbunătățirea instruirii personalului angajat în sistemul de asistență socială și a calității. În acest sens, un obiectiv major al politicilor publice în domeniul muncii și justiției sociale, specificate și în Programul de Guvernare 2018-2020, este asigurarea unor servicii sociale de calitate.

**645.** Potrivit Studiului de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020, tendințele demografice ale României, îmbătrânirea populației în special

<sup>81</sup> Prima lege a asistenței sociale - Legea nr. 705/2001 privind sistemul național de asistență socială

<sup>82</sup> Legea nr. 47/2006 privind sistemul național de asistență socială

<sup>83</sup> Legea asistenței sociale, nr. 292/2011

<sup>84</sup> Hotărârea nr. 1024/2004 prin care au fost aprobate normele metodologice de aplicare a prevederilor OG nr. 68/2003 dar și metodologia de acreditare a furnizorilor de servicii sociale

<sup>85</sup> Legea 466/2004 privind statutul asistentului social

<sup>86</sup> HG nr. 867/2015

<sup>87</sup> [https://servicii-sociale.gov.ro/source/strategii/StrategyVol1RO\\_web.pdf](https://servicii-sociale.gov.ro/source/strategii/StrategyVol1RO_web.pdf)

zonele rurale, precum și migrația tinerilor și a femeilor în străinătate, sporesc **importanța serviciilor sociale**.

**646.** Conform schimbărilor din ultimii ani, **dezvoltarea serviciilor sociale trebuie încadrată într-o politică coerentă în baza unei abordări incluzive**, centrată pe familie și pe persoană, precum și pe sustenabilitatea rezultatelor. Această abordare urmărește maximizarea potențialului uman prin încurajarea beneficiarilor de a utiliza cunoștințele deținute la nivelul comunității și a resurselor pentru acoperirea nevoilor socio-economice, promovarea autonomiei și a implicării în procesul decizional al beneficiarilor în special în contextul regionalizării și descentralizării.

**647.** La nivelul anului 2015, Studiul de Fundamentare pentru Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020 identifica următoarele probleme principale în dezvoltarea serviciilor sociale:

- lipsa datelor privind problemele sociale locale, în special în ceea ce privește nevoile celor săraci și a grupurilor vulnerabile, cu privire la serviciile disponibile și la modalitățile de referire;
- eficiența scăzută a sistemului de monitorizare și evaluare a serviciilor sociale: lipsa unui mecanism pentru evaluarea serviciilor sociale sau pentru instruirea evaluatorilor serviciilor sociale; lipsa sistemelor de monitorizare la nivel național pentru asistenții comunitari, asistenții sociali ai Serviciului Public de Asistență Socială și locuințe sociale; lipsa unor metode de evaluare sau monitorizare a circumstanțelor diferitelor grupuri vulnerabile din fiecare localitate sau a cazurilor de risc;
- necesitatea unui sistem electronic complex de asistență socială pentru a asigura planificarea, monitorizarea și evaluarea sistemului social de beneficii și de servicii.

**648.** În acest sens în ultima perioadă au fost întreprinse o serie de măsuri privind de exemplu sprijinirea procesului de planificare strategică prin aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială la nivel local și a structurii orientative de personal locală a serviciilor sociale (HG 797/2017 cu modificările și completările ulterioare), implementarea unor proiecte la nivelul MMPS privind dezvoltarea serviciilor sociale precum proiectul SIPOCA 4 „Implementarea unui sistem de elaborare de politici publice în domeniul incluziunii sociale la nivelul MMPS”; proiect supus spre consultare privin crearea sistemului de „e-asistență socială”.

**649.** Din perspectiva calității, sistemul de asistență socială din România se bazează pe **principiile cadrului european al calității serviciilor sociale** - Calitatea europeană în serviciile sociale (en. - European Quality in Social Services - EQUASS) ca un sistem de calitate european și sector specific pentru organizațiile care oferă servicii sociale și care se angajează să respecte valorile fundamentale și principiile de calitate în sectorul social.

**650.** **Cadru legal privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale** este instituit prin Legea nr. 197/2012, cu modificările și completările ulterioare și care conform art. 1, alin. (1), reglementează procesul de evaluare, certificare, monitorizare și control pentru asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale. Astfel, evaluarea și monitorizarea calității în domeniul serviciilor sociale se realizează în baza unor standarde, criterii și indicatori. Articolul 6 al Legii nr. 197/2012 introduce și conceptul claselor de calitate conform căruia nivelul de calitate a serviciilor sociale se evaluează în baza unor indicatori de performanță, pornind de la nivelul de referință, reprezentat de standardele minime corespunzător clasei a III-a, până la clasa I, care reprezintă cel mai înalt nivel de calitate și se evidențiază prin încadrarea în clase de calitate. Cu toate acestea utilizarea sa nu este integral transpusă în practică.

**651.** Totodată, acest cadru legal este completat cu prevederi specifice definite în alte acte normative, menite să vină în sprijinul procesului de asigurare a calității serviciilor sociale la nivel național (de exemplu Hotărârea nr. 867/2015 cu modificările și completările ulterioare ce aprobă regulamentele cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale, diverse ordine care reglementează standardele de

calitate aplicabile pentru fiecare categorie de servicii sociale corespunzătoare unui grup de beneficiari etc).

**652.** Astfel, o dată cu adoptarea Legii nr. 197/2012, precum și cu introducerea standardelor minime de calitate pentru serviciile sociale pe care furnizorii de servicii trebuie să le aibă în vedere în momentul furnizării serviciului social, nivele de calitate pentru serviciile sociale, s-au realizat **progrese semnificative cu privire la calitatea serviciilor sociale**, noul cadru permitând atât o evidență clară a furnizorilor și serviciilor sociale cât și o claritate asupra întreg sistemului de asistență socială.

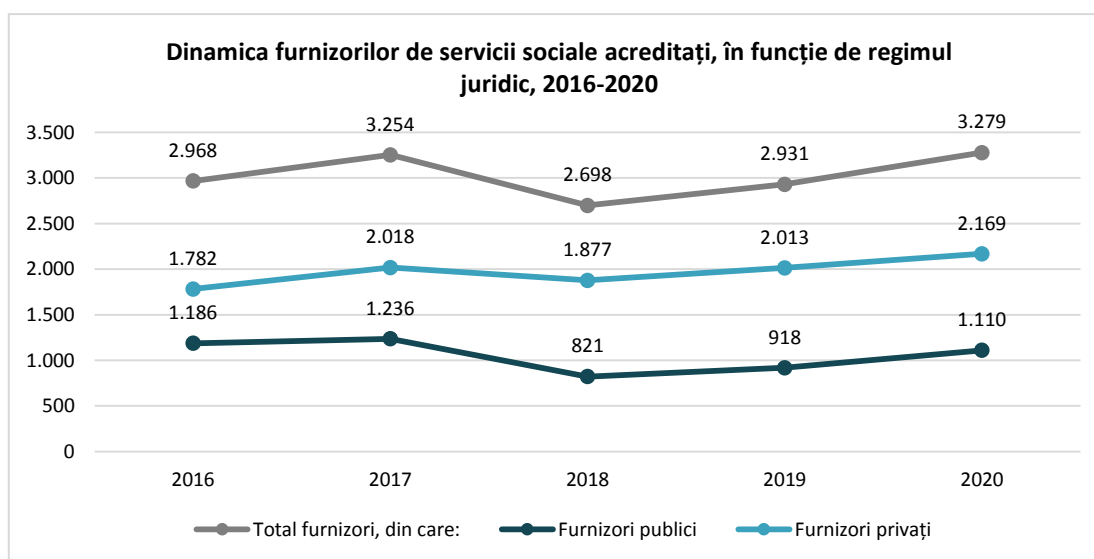
**653.** Totodată, din interviurile realizate la nivel central cu reprezentanții MMPS, măsurile de dezvoltare a serviciilor sociale și a calității acestora continuă prin procesele de reevaluare a standardelor minime de calitate aprobate în anul 2020 și corelarea acestora cu standarde de cost pentru serviciile sociale, prin elaborarea unui sistem de indicatori de performanță privind calitatea serviciilor sociale, aspecte care vor contribui semnificativ la creșterea calității serviciilor.

#### **Progresul principalilor indicatori economici relevanți pentru serviciile sociale**

- Evoluția furnizorilor de servicii sociale în perioada 2014-2020

**654.** Analiza evoluției furnizorilor de servicii sociale în perioada 2016-2020 indică tendințe de creștere în 2017, scădere în 2018-2019 și iar creștere în 2020 față de 2016.

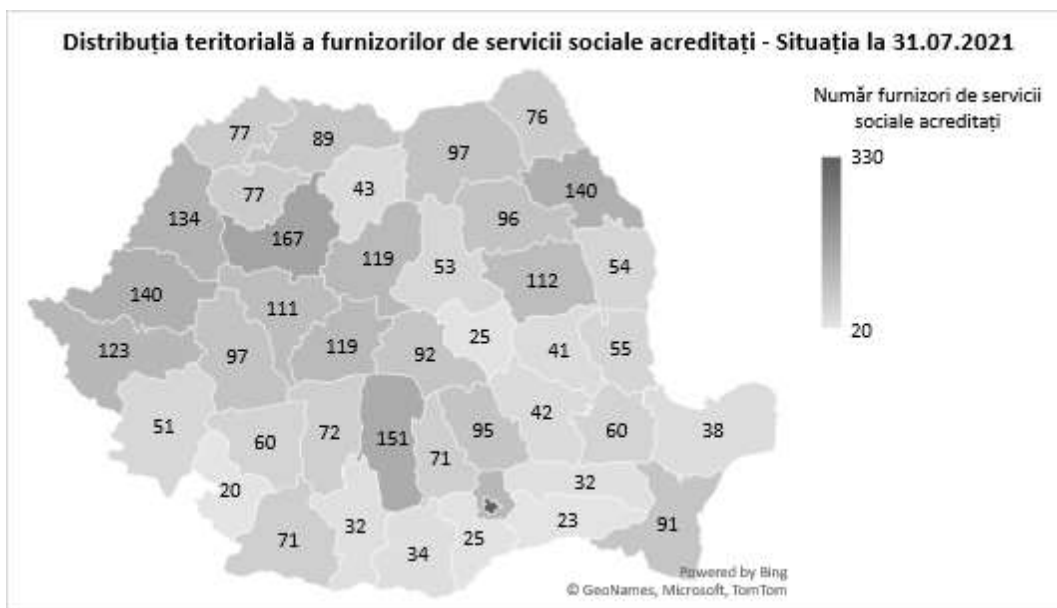
**FIGURA 47.: DINAMICA NUMĂRULUI FURNIZORILOR DE SERVICII SOCIALE ACREDITAȚI ÎN PERIOADA 2016-2020**



Sursa datelor: Ministerul Muncii

**655.** Practic, din punct de vedere numeric situația furnizorilor și a serviciilor sociale pe baza datelor administrative ce se regăsesc în Registrul Unic de evidență al furnizorilor și serviciilor sociale, arată că numărul acestora a crescut foarte mult în ultimi ani, de la 1885 de furnizori de servicii sociale acreditați în februarie 2015, respectiv 7 servicii sociale licențiate. În prezent, la nivelul lunii octombrie 2021 există aproximativ 3600 furnizori acreditați, respectiv 5112 servicii sociale licențiate. Numărul de servicii sociale licențiate este mai ridicat decât numărul furnizorilor de servicii sociale acreditați, întrucât un furnizor de servicii sociale poate oferi unul sau mai multe tipuri de servicii sociale.

**FIGURA 48. DISTRIBUȚIA TERITORIALĂ A FURNIZORILOR DE SERVICII ACREDITAȚI**



Sursa datelor: Ministerul Muncii

- Evoluția numărului de servicii sociale licențiate în funcție de regim, categorie de beneficiar
- ✓ Numărul serviciilor sociale licențiate, în funcție de regimul juridic

**656.** Analiza datelor indică o creștere a numărului total de servicii sociale licențiate în funcție de regim cu 26.27% în 2020 față de 2017. Tendința de creștere se menține atât la nivelul serviciilor sociale publice cât și la nivelul celor private. În 2020 ponderea numărului de servicii publice și private în total număr de servicii sociale licențiate era de 55.43% și respectiv 44.57%. Ponderea numărului de servicii sociale private licențiate în funcție de regimul juridic este în creștere cu 2.21% în 2020 față de 2017.

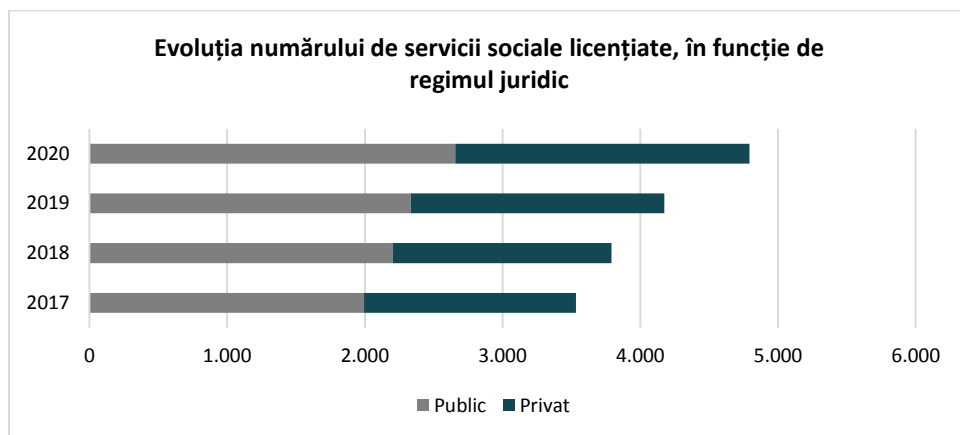
**TABEL 48. NUMĂRUL SERVICIILOR SOCIALE LICENȚIATE, ÎN FUNCȚIE DE REGIMUL JURIDIC, 2017-2020**

Numărul serviciilor sociale licențiate, în funcție de regimul juridic	2017	2018	2019	2020	Evoluție 2020 vs 2017
Public	1,993	2,204	2,334	2,656	24.96%
Privat	1,540	1,587	1,841	2,136	27.90%
<b>Total</b>	<b>3,533</b>	<b>3,791</b>	<b>4,175</b>	<b>4,792</b>	<b>26.27%</b>

Sursa datelor: Ministerul Muncii

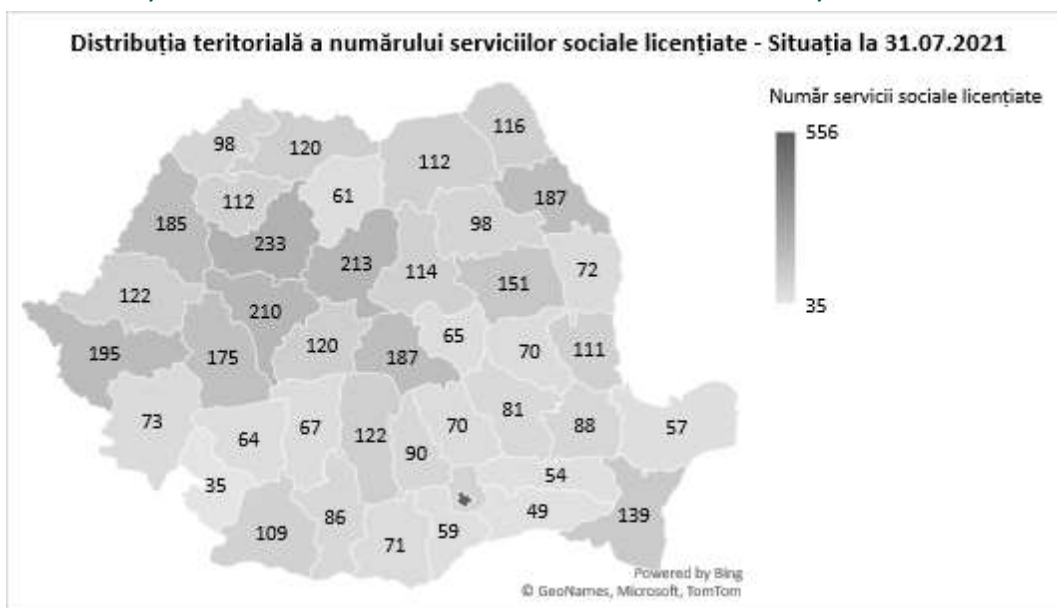


**FIGURĂ 49: EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SERVICII SOCIALE LICENȚIATE, ÎN FUNCȚIE DE REGIMUL JURIDIC**



Sursa datelor: Ministerul Muncii

**FIGURA 50. DISTRIBUȚIA TERITORIALĂ A NUMĂRULUI SERVICIILOR SOCIALE LICENȚIATE**



Sursa datelor: Ministerul Muncii

✓ Numărul de servicii sociale licențiate, în funcție de categoria de beneficiari

**657.** Numărul de servicii sociale licențiate pentru fiecare categorie de beneficiari este în creștere în 2020 față de 2017. Cea mai mare creștere a numărului de servicii sociale licențiate în 2020 față de 2017 au înregistrat-o serviciile pentru victimele violenței în familie (49.51%) și persoanele vârstnice (35.82%).

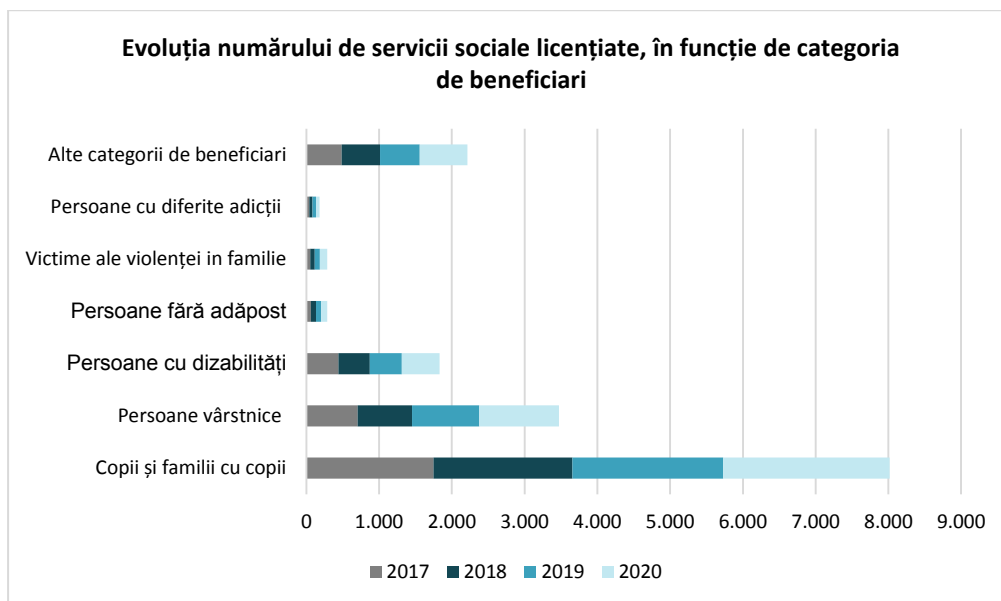
**TABEL 49. NUMĂRUL DE SERVICII SOCIALE LICENȚIATE, ÎN FUNCȚIE DE CATEGORIA DE BENEFICIARI, 2017-2020**

Numărul de servicii sociale licențiate, în funcție de categoria de beneficiari	2017	2018	2019	2020	Evoluție 2020 vs 2017
Copii și familii cu copii	1,747	1,910	2,074	2,285	<b>23.54%</b>
Persoane vârstnice	704	748	923	1097	<b>35.82%</b>
Persoane cu dizabilități	440	432	441	519	<b>15.22%</b>

Persoane fără adăpost	62	69	73	81	<b>23.46%</b>
Victime ale violenței în familie	52	61	72	103	<b>49.51%</b>
Persoane cu diferite adicții	42	44	48	49	<b>14.29%</b>
Alte categorii de beneficiari	486	527	544	658	<b>26.14%</b>
<b>Total</b>	<b>3,533</b>	<b>3,791</b>	<b>4,175</b>	<b>4,792</b>	<b>26.27%</b>

Sursa datelor: Ministerul Muncii

**FIGURA 51. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SERVICII SOCIALE LICENȚIATE, ÎN FUNCȚIE DE CATEGORIA DE BENEFICIARI**



Sursa datelor: Ministerul Muncii

- ✓ Numărul furnizorilor de servicii sociale acreditați care administrau servicii sociale licențiate, în funcție de regimul juridic

**658.** Numărul furnizorilor de servicii sociale acreditați care administrau servicii sociale licențiate în 2020 este în creștere cu aprox. 60% față de 2018, creșterea numărului de furnizori de servicii publice fiind ușor accentuată față de cei privați. În 2020 ponderea furnizorilor publici de servicii sociale acreditați în total număr de furnizori era de 33.85%, iar ponderea celor privați de 66.15%.

**659.** În ceea ce privește furnizorii publici de servicii sociale acreditați care administrau servicii sociale licențiate s-a înregistrat o creștere în 2020 față de 2018 cu 68.48% a furnizorilor aflați în subordinea autorităților administrației publice locale.

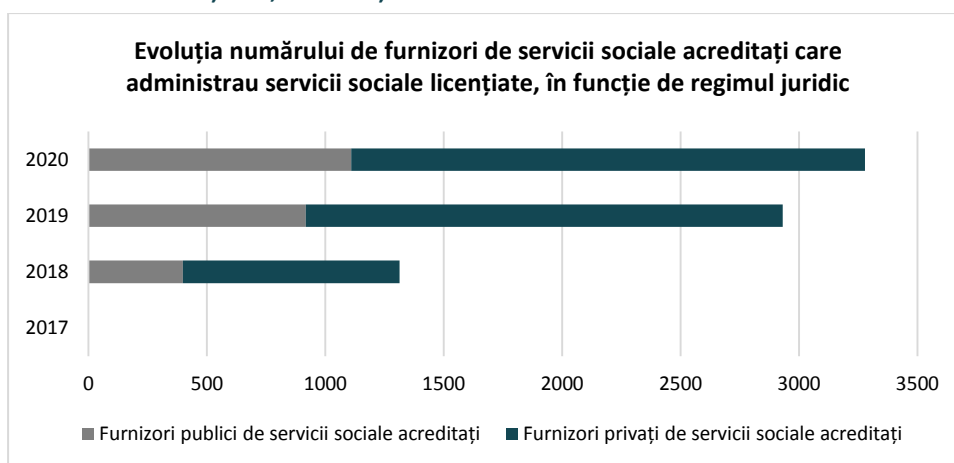
**660.** În ceea ce privește furnizorii privați de servicii sociale acreditați care administrau servicii sociale licențiate s-a înregistrat o creștere în 2020 față de 2018 cu 93.58% a furnizorilor din zona operatorilor economici. De asemenea, la nivelul ONG-urilor și cultelor s-a înregistrat o creștere semnificativă a numărului de furnizori de servicii sociale acreditați, respectiv cu peste 50%.

**TABEL 50. NUMĂRUL FURNIZORILOR DE SERVICII SOCIALE ACREDITAȚI CARE ADMINISTRAU SERVICII SOCIALE LICENȚIATE, ÎN FUNCȚIE DE REGIMUL JURIDIC**

Numărul furnizorilor de servicii sociale acreditați care administrau servicii sociale licențiate, în funcție de regimul juridic	2017	2018	2019	2020	Evoluție 2020 vs 2018
Furnizori publici de servicii sociale acreditați, din care:	:	399	918	1,110	64.05%
• în subordinea autorităților administrației publice locale	:	312	825	990	68.48%
• în subordinea autorităților administrației publice centrale	:	37	20	39	5.13%
• în alte instituții publice	:	50	73	81	38.27%
Furnizori privați de servicii sociale acreditați, din care:	:	914	2,013	2,169	57.86%
• Organizații neguvernamentale	:	830	1,664	1,730	52.02%
• Culte recunoscute de lege	:	65	129	141	53.90%
• Persoane Fizice Autorizate	:	0	2	2	100.00%
• Operatori economici	:	19	218	296	93.58%
<b>Total</b>	:	<b>1,313</b>	<b>2,931</b>	<b>3,279</b>	<b>59.96%</b>

Sursa datelor: Ministerul Muncii

**FIGURA 52. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE FURNIZORI DE SERVICII SOCIALE ACREDITAȚI CARE ADMINISTRAU SERVICII SOCIALE LICENȚIATE, ÎN FUNCȚIE DE REGIMUL JURIDIC**



Sursa datelor: Ministerul Muncii

✓ Structura serviciilor sociale licențiate în funcție de regim, categorie de beneficiar

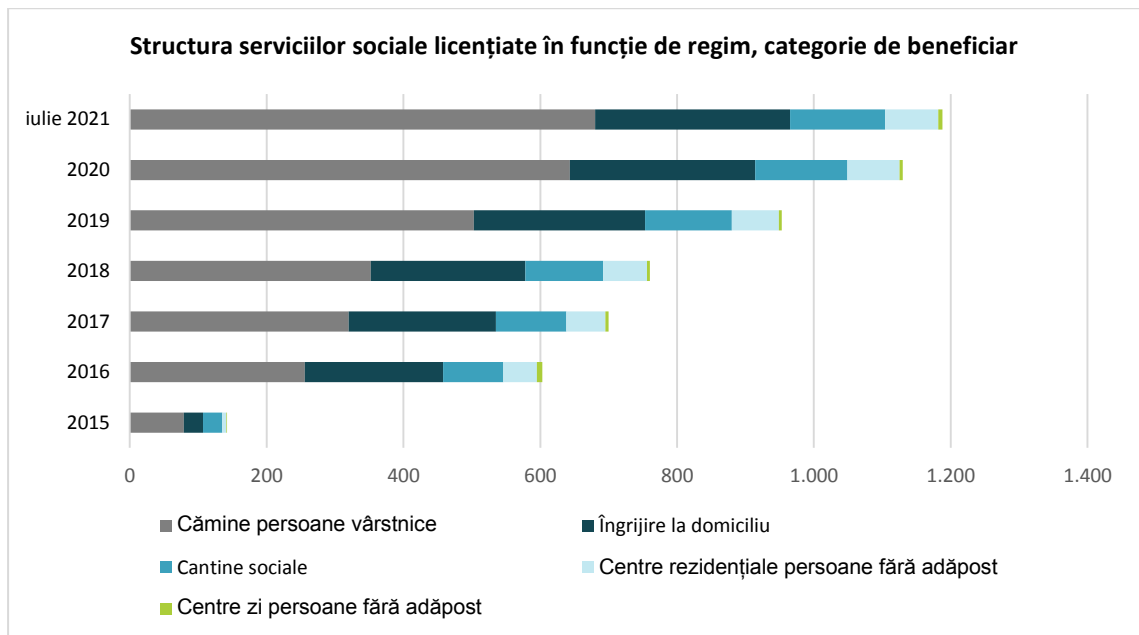
**661.** Serviciile sociale au fost licențiate în funcție de specificul acestora și categoria de beneficiari vizată. Acestea au fost licențiate de MMPS – Direcția de Politici Servicii Sociale (cele mai multe servicii), ANDPDCA – Direcția Protecție Drepturi Copii, ANDPDCA – Direcția Drepturi Persoane cu Dizabilități sau ANES.

**662.** În ceea ce privește structura serviciilor sociale licențiate, datele indică o creștere în 2020 față de 2015 cu 87.43%, tendință ce se menține și în 2021. Acest fapt indică nevoia de servicii sociale adecvate pentru fiecare categorie de beneficiari. În structura serviciilor licențiate cea mai mare pondere o au serviciile pentru persoane vârstnice în unități de tip cămine și serviciile de îngrijire la domiciliu.

**TABEL 51. STRUCTURA SERVICIILOR SOCIALE LICENȚIATE ÎN FUNCȚIE DE REGIM, CATEGORIE DE BENEFICIAR**

Structura serviciilor sociale licențiate în funcție de regim, categorie de beneficiar	2015	2016	2017	2018	2019	2020	iulie 2021	Evoluție 2020 vs 2015
Cămine persoane vârstnice	79	256	320	352	503	643	680	87.71%
Îngrijire la domiciliu	28	202	215	226	250	271	285	89.67%
Cantine sociale	28	88	103	114	127	135	139	79.26%
Centre rezidențiale persoane fără adăpost	6	49	57	64	69	76	78	92.11%
Centre zi persoane fără adăpost	1	8	5	4	4	5	6	80.00%
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>603</b>	<b>700</b>	<b>760</b>	<b>953</b>	<b>1,130</b>	<b>1,188</b>	<b>87.43%</b>

**FIGURA 53. STRUCTURA SERVICIILOR SOCIALE LICENȚIATE ÎN FUNCȚIE DE REGIM, CATEGORIE DE BENEFICIAR**



Sursa datelor: Ministerul Muncii

**663.** La nivel regional, ultimul studiu realizat de MMPS în cadrul unui studiu la nivel național la nivelul anului 2018 „Analiza și evaluarea grupurilor vulnerabile” cu privire la nevoia de servicii sociale de la nivel regional, inclusiv analiza capacității de a furniza servicii sociale la nivel regional, dar și la nivelul fiecărui UAT respectiv pe medii rural versus urban, evidențiază decalajul existent între regiunea București-Ilfov și celelalte regiuni, dar și variația redusă în jurul unei medii de 1170 de solicitări pentru dezvoltarea de servicii sociale în cadrul regiunilor după excluderea din analiză a capitalei. Studiul evidențiază că regiunile cu cel mai mare număr de servicii sociale necesare sunt Nord-Est (19% din totalul național) și Sud-Muntenia (17%), urmate de Nord-Vest și Sud-Est (13% fiecare), Centru și Sud-Vest (12% fiecare), Vest (11%) și București-Ilfov (3%).

**664.** Totodată, analiza tipologiei serviciilor sociale necesare identificate în cadrul fiecăreia dintre cele opt categorii de localități subliniază concentrarea și impactul nevoilor înregistrate (în special în mediul rural), la nivelul a două grupuri vulnerabile: persoane vârstnice și copii.

**665.** Același studiu realizat la nivelul anului 2018, sublinia faptul că structura serviciilor sociale existente diferă substanțial pe cele 2 medii de rezidență, în mediul rural, ponderea majoritară deținând-o serviciile sociale destinate persoanelor vârstnice (care dețineau 45.8% din total), urmate de serviciile sociale pentru copii în familie, copii separați sau în risc de separare/aferețe mamei și copilului (40.1% din total) și cele specifice persoanelor adulte cu dizabilități (6.2%). Totodată, categoriile de grupuri vulnerabile cu gradul cel mai mic de acoperire cu servicii sociale sunt: persoanele fără adăpost, tinerii în dificultate și persoanele în situație de dependență.

**666.** Cu privire la situația la nivel de UAT, studiul releva faptul că mai mult de jumătate din furnizorii de servicii sociale sunt localizați în localitățile urbane cu mai mult de 100.000 locuitori, în localitățile urbane cu peste 100.000 locuitori, revenind în medie aproximativ 77 furnizori de servicii sociale la o UAT, comparativ cu 41 furnizori în cazul localităților urbane cu 60-100.000 locuitori sau 9 pentru localitățile urbane cu 30-60.000 locuitori. La nivel rural, în localitățile rurale cu mai puțin de 3.000 locuitori s-a constatat faptul că un furnizor de servicii sociale deservește în medie 11 UAT, iar în cele cu 3-6.000 locuitori 6 UAT-uri și în cele rurale cu peste 6.000 de locuitori 3 UAT.

✓ Număr de persoane care beneficiază de servicii/(beneficiari finali) ai serviciilor sociale

**667.** Datele statistice cu privire la numărul de beneficiari finali ai serviciilor sociale sunt limitate. De exemplu nu au fost identificate serii de date cu privire la numărul de persoane vârstnice care au beneficiat de servicii sociale în cămine. Astfel nu au putut fi realizate analize relevante cu privire la numărul de persoane care beneficiază de servicii sociale.

**668.** Nevoia de servicii sociale este din în ce mai mare, numărul beneficiarilor de astfel de servicii fiind în creștere în România ca urmare a fenomenului de îmbătrânire a populației sau a fenomenului violenței domestice care se menține la cote foarte ridicate sau a contextului pandemic care a vulnerabilizat anumite categorii de persoane și a contribuit la creșterea numărului celor care au avut nevoie de îngrijiri la domiciliu etc.

**669.** Dat fiind faptul că societățile sunt în curs de îmbătrânire un număr din ce în ce mai mare de persoane în vârstă necesită îngrijire, furnizarea de servicii de îngrijire pe termen lung de calitate - îngrijire care este sigură, eficientă și corespunzătoare nevoilor. Numărul de persoane de peste 80 de ani este așteptat să crească de la 27 milioane de persoane în UE în 2016 la 63 milioane de persoane în 2060. Procentul de persoane între 65 și 79 de ani va crește de la 18.9% în 2015 la 29% în 2060 (Comisia Europeană, „Raport privind îmbătrânirea”, 2015). Această tendință se manifestă și în România, fapt ce indică necesitatea dezvoltării de servicii specializate pentru această categorie de beneficiari.

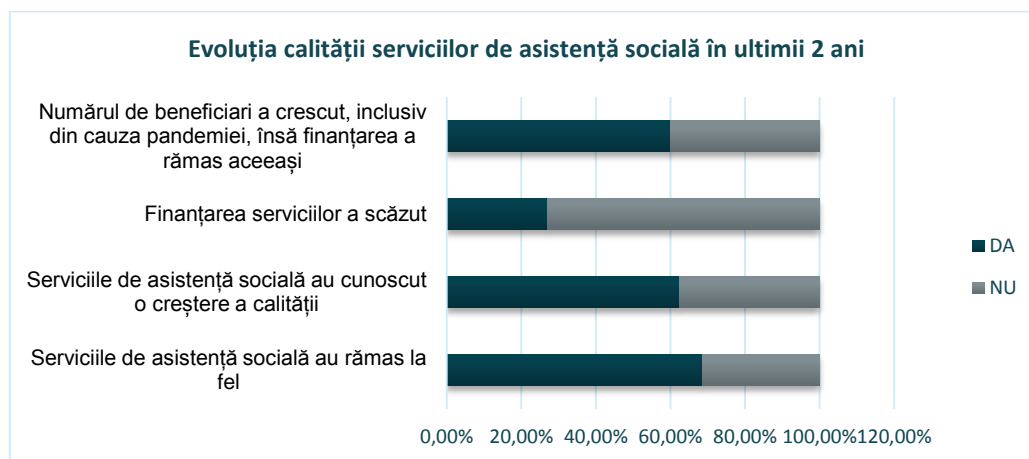
**670.** Statisticile arată în România o creștere cu 7.5% a cazurilor de violență domestică, precum și a victimelor (femei, bărbați, copii minori) în 2019 față de 2015. Însă, datele statistice oficiale nu prezintă dimensiunea reală a fenomenului, ci doar numărul victimelor domestice, beneficiare ale serviciilor sociale, înregistrate și centralizate la nivel național de către ANES, extrase din rapoartele înaintate de către DGSAPC-uri sau alte instituții abilitate. Victimele, în funcție de nevoile fiecăreia, au beneficiat de servicii de găzduire, hrană, asistență medicală și îngrijire, consiliere psihologică și consiliere juridică. Contextul pandemic a contribuit la creșterea numărului de cazuri de violență domestică și a victimelor care au avut nevoie de servicii sociale specializate.

✓ Evoluția calității serviciilor sociale

**671.** Potrivit sondajului realizat la nivelul UAT beneficiare de finanțare în cadrul proiectului „Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, SMIS 126924, percepția respondenților cu privire la evoluția calității serviciilor sociale este că aceasta nu este una pozitivă în contextul creșterii numărului de beneficiari de servicii sociale, inclusiv din cauza pandemiei pe de o parte, iar pe de altă parte din cauza subfinanțării acestor servicii. Astfel, respondenții au apreciat în proporție de 72.83% că serviciile sociale sunt subfinanțate ceea ce afectează calitatea serviciilor sociale din România. 60.11% dintre respondenți indică faptul că deși finanțarea a rămas aceeași,

numărul de beneficiari a crescut, inclusiv din cauza pandemiei, astfel nefiind posibilă oferirea de servicii de calitate pentru toți beneficiarii care au nevoie de servicii sociale.

**FIGURA 54. PERCEPȚIA UAT-URILOR CU PRIVIRE LA EVOLUȚIA CREȘTERII CALITĂȚII SERVICIILOR SOCIALE ÎN ULTIMII ANI**



Sursa: Sondaj realizat la nivelul UAT beneficiare de finanțare în cadrul proiectului „Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, SMIS 126924

**672.** Răspunsurile la sondaj subliniază nevoia de finanțare a serviciilor sociale pe fondul creșterii numărului de beneficiari de astfel de servicii. Este nevoie în continuare de investiții susținute în domeniul serviciilor sociale atât pentru dotări cât și pentru pregătirea personalului de specialitate pentru a putea răspunde numărului tot mai mare de beneficiari și totodată pentru a putea asigura servicii de calitate și adaptate nevoilor acestora.

✓ Gradul de utilizare TIC în procesul de furnizare a serviciilor sociale de către furnizorii de servicii sociale

**673.** Procesarea informației cu privire la asistența socială se bazează masiv pe prelucrarea de documente în format hard /hârtie, iar regulile de eligibilitate și procesare variate impun o serie de costuri private, publice și de conformare cu condițiile, toate aceste aspecte conducând la existența unui sistem greu și ineficient.

**674.** Aceste deficite sunt exacerbate de lipsa infrastructurii ITC în aparatul administrativ al majorității autorităților locale. La nivel de județ - acolo unde se centralizează aplicațiile trimise de autoritățile locale - Agențiile Județene de Plăți și Inspecție Socială utilizează un sistem ITC central (SAFIR) pentru a administra majoritatea beneficiilor. Cu toate acestea, sistemul SAFIR este învechit și prea puțin flexibil și nu oferă suficiente facilități pentru a verifica ex-ante datele. Per total, SAFIR nu este capabil să susțină din punct de vedere tehnic dezvoltarea cerințelor viitoare ale sistemului așa cum apar ele în recomandările făcute în cadrul acestei Strategii.

✓ Evoluția resurselor umane în domeniul serviciilor sociale (număr de asistenți sociali și maternali)

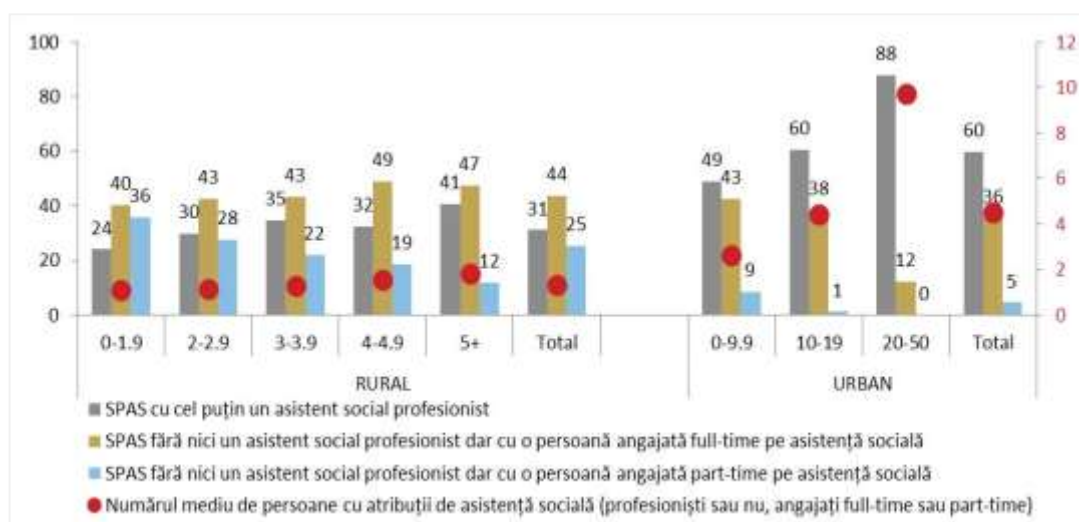
**675.** Cu ocazia studiului realizat în 2014 de Banca Mondială privind serviciilor publice de asistență socială (SPAS) în orașe și în comunitățile rurale din România, au fost adunate informații despre persoanele care lucrează pentru autoritățile locale având responsabilități în domeniul asistenței sociale, numărul acestora, tipul de contract pe care îl aveau, nivelul lor de educație și calificările, precum și funcțiile lor în cadrul organizației.



**676.** Conform acestui studiu, SPAS se confruntă cu o lipsă acută de personal în zonele rural comunitățile urbane mici, în majoritatea comunităților rurale, existând doar unul sau doi angajați cu atribuții în domeniul asistenței sociale (și foarte puțini asistenți sociali profesioniști).

**FIGURA 55. PERSONALUL DIN DOMENIUL ASISTENȚEI SOCIALE LA NIVELUL SPAS**

Sursa: Banca Mondială, „Servicii de asistență socială la nivel comunitar”, mai 2014



**677.** Astfel, conform acestui studiu la nivelul comunităților urbane mici (cu mai puțin de 20.000 de locuitori), SPAS includ, în mod normal, un asistent social profesionist și alte două sau trei persoane cu atribuții în domeniul asistenței sociale. În orașele mai mari, SPAS dețin, de obicei, mai mulți angajați. În mediul urban, inclusiv în orașele mari cu peste 50.000 de locuitori, numărul mediu al angajaților crește până la 25 pe SPAS. Deși există un număr mare de absolvenți de asistență socială în România, puțini sunt angajați în mediul rural și în comunitățile urbane mici.

**678.** Recensământul SPAS realizat de Banca Mondială indica un deficit al resurselor umane la nivelul SPAS din localitățile rurale și cele urbane mici, estimat a fi cuprins între 2.300 și 3.600 de persoane.

### Sinteza constatărilor

**679.** Cadrul legislativ și de construcție instituțională în domeniul serviciilor sociale a înregistrat progrese importante în ultimii ani. Cele mai importante dintre acestea se referă la adoptarea Legii nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, cu modificările și completările ulterioare și a normelor de aplicare a prevederilor acesteia, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 118/2014, aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale, prin Hotărârea Guvernului nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale, cu modificările și completările ulterioare, stabilirea de standarde minime de calitate pentru acreditarea furnizorilor de servicii sociale pentru anumite categorii de beneficiari și structuri de furnizare, prin Ordinul MMFPSPV nr. 2126/2014 privind aprobarea Standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost, tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului și altor categorii de persoane adulte aflate în dificultate, precum și pentru serviciile acordate în comunitate, serviciilor acordate în sistem integrat și cantinelor sociale, precum și operaționalizarea recentă a hărții dinamice a serviciilor sociale licențiate.

**680.** Odată cu aceste evoluții ale cadrului legislativ a crescut și numărul furnizorilor de servicii sociale și a serviciilor licențiate, așa cum arată evoluția ultimilor indicatori în perioada 2015-2020, acest fapt subliniind nevoia în creștere de servicii sociale pentru fiecare categorie de beneficiari. În structura serviciilor licențiate cea mai mare pondere o servicii pentru persoane vârstice în unități de tip cămine și serviciile de îngrijire la domiciliu.

**681.** La nivel regional, potrivit ultimei analize exhaustive realizate de MMPS în 2018, structura serviciilor sociale existente diferă substanțial pe cele 2 medii de rezidență. În mediul rural, ponderea majoritară o dețin serviciile sociale destinate persoanelor vârstnice, urmate de serviciile sociale pentru copii în familie, copii separați sau în risc de separare /aferețe mamei și copilului) și cele specifice persoanelor adulte cu dizabilități. În mediul urban, pe primul loc ca pondere în total servicii existente se află cele pentru copii în familie, copii separați sau în risc de separare /aferețe mamei și copilului (peste 50%), urmate de serviciile sociale destinate persoanelor adulte cu dizabilități ) și cele pentru persoanele vârstnice.

**682.** Din perspectiva distribuției furnizorilor de servicii sociale pe medii de rezidențe, peste jumătate din furnizorii de servicii sociale se regăseau în localitățile urbane cu mai mult de 100.000 locuitori, aici revenind practic aprox. 77 de furnizori de servicii sociale la o UAT, acesta descrescând considerabil odată cu celelalte categorii de localități urbane ajungând la 9 pentru cei cu 30.000-60.000 locuitori, discrepanțele fiind și mai mari în mediul rural unde se înregistra un furnizor de servicii la 11 UAT-uri în localitățile cu mai puțin de 3.000 locuitori și un furnizor la 6 UAT-uri în cazul localităților cu peste 3.000 locuitori. Nevoia este cu atât mai mare la nivelul UAT-urilor cu cât numărul de UAT-uri din mediul rural reprezintă aproximativ 90% din totalul UAT-urilor.

**683.** Cu privire la evoluția calității serviciilor sociale, deși au fost înregistrate modificări ale cadrului legislativ, ale standardelor de calitate, dat fiind discrepanțele distribuției furnizorilor de servicii sociale la nivel regional, pe medii de rezidență și la nivel de UAT precum și în contextul creșterii numărului de beneficiari de servicii sociale atât în contextul demografic al îmbătrânirii, dar și al actualului context pandemic, la nivel de UAT-uri de exemplu nu este percepută o evoluție pozitivă a calității serviciilor sociale. La acestea se adaugă și lipsa acută de personal specializat de la nivelul Serviciilor Publice de Asistență Socială.

**684.** Astfel, decalajele distribuției și numărului de furnizori și servicii sociale la nivel regional, local, respectiv de UAT coroborat cu deficitul de personal, subfinanțarea serviciilor sociale, gradul redus de utilizare a TIC la nivelul autorităților locale și nevoia în creștere de asistență socială, fac ca evoluțiile cadrului strategic și instituțional să nu fie percepute în mod semnificativ la nivelul beneficiarilor de asistență socială.

## 7.2.2. ÎE2. MĂSURA ÎN CARE PROGRESUL OBSERVAT ESTE ATRIBUIT PROGRAMULUI (EFECT NET SAU IMPACTUL INTERVENȚIEI)

**685.** Efectul net al intervențiilor din cadrul Temei 5 a fost analizat prin prisma următoarelor elemente:

- **Analiza implementării financiare, comparând cheltuielile reale raportate cu alocarea financiară orientativă;**
- **Analiza indicatorilor de program, comparând țintele cu valorile atinse;**
- **Analiza participanților vizați și implicați în intervențiile finanțate;**
- **Analiza efectelor din punct de vedere calitativ. *Progresul observat în implementarea programului***

Progresul financiar al implementării intervențiilor aferente TE 5

**686.** Proiectele finanțate prin obiectivele încadrate în această Temă cumulează **2.890.740.641,86 din 5 apeluri**, apeluri care se bazează pe acțiunea integrată (apeluri de tip compozit) a măsurilor prevăzute la

nivelul mai multor OS din cele prevăzute în această temă, inclusiv prin acțiunea conjugată a altor OS-uri: OS 4.10, OS 4.12 și OS 4.13.

**687.** Din punct de vedere al designului intervențiilor din cele 5 apeluri de proiecte lansate, trei apeluri (apelurile 375, 460 și 480) sunt pe mecanismul de tip non-competitiv vizând proiecte integrate și sistemice și 2 apeluri pe mecanismul de tip grant competitiv cu operațiuni compozite pentru obiectivele specifice 4.5, 4.6 și 4.14. Pentru OS 4.7 Creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, servicii electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale, nu a fost lansat niciun apel, deși ghidul solicitantului a fost publicat spre consultare.

**688.** În cadrul apelurilor de tip non-competitiv au fost contractate 3 proiecte de o complexitate mare și cu acoperire națională la nivelul tuturor regiunilor de dezvoltare, demarate în anul 2019 și cu o durată până în anul 2022, iar cele de tip competitiv însumează 27 proiecte contractate și demarate abia în 2020, aspecte ce limitează apariția efectelor în anul 2021. Pentru OS 4.7, deși a fost lansat spre consultare ghidul solicitantului, până la momentul prezentei evaluări nu a fost lansat niciun apel.

**TABEL 52. VALOAREA PROIECTELOR FINANȚATE ÎN CADRUL TEMEI 5**

APELUL	NUMĂR DE PROIECTE PE APELURI	VALOAREA TOTALĂ A PROIECTELOR PE APELURI LEI
POCU/460/4/6/„Consolidarea rețelei publice de asistență socială comunitară”	1	77.689.518,40
POCU/375/4/22/„Servicii comunitare integrate”	1	96.115.237,59
POCU/480/4/19/„Reducerea numărului de copii și tineri plasați în instituții, prin consolidarea rețelei de asistenți maternali”	1	2.575.949.905,00
POCU/478/4/18/„Servicii sociale și socio-profesionale la nivelul comunității pentru copii și tineri”	3	15.602.758,95
POCU/476/4/18/„Servicii sociale și socio-profesionale la nivelul comunității pentru copii și tineri”	24	125.383.221,92
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>2.890.740.641,86</b>

Sursa: preluare echipa de evaluare date MIPE (Plăți AM, FSE+BS)

**689.** Ca distribuție teritorială, în funcție de specificul apelului și de grupurile țintă selectate, proiectele acoperă în general cele 8 regiuni de dezvoltare. Apelurile au fost lansate atât pentru regiunile mai puțin dezvoltate cât și pentru cele mai dezvoltate, de precizat fiind faptul că alocarea financiară a fost distinctă la nivelul celor două categorii de regiuni, distribuția fiind una echilibrată.

**TABEL 53. DISTRIBUȚIA PE REGIUNI DE DEZVOLTARE A PROIECTELOR**

APELUL	NUMĂR DE PROIECTE PE REGIUNE
POCU/460/4/6/„Consolidarea rețelei de asistență socială comunitară” - implementare în cele 8 regiuni de dezvoltare	1
POCU/375/4/22/„Servicii comunitare integrate” - implementare în cele 7 regiuni mai puțin dezvoltate	1
POCU/480/4/19/„Reducerea numărului de copii și tineri plasați în instituții, prin consolidarea rețelei de asistenți maternali”- implementare în cele 8 regiuni de dezvoltare	1
POCU/478/4/18/„Servicii sociale și socio-profesionale la nivelul comunității pentru copii și tineri”	3
București-Ilfov	3
POCU/476/4/18/„Servicii sociale și socio-profesionale la nivelul comunității pentru copii și tineri”	24
Centru	4

APELUL	NUMĂR DE PROIECTE PE REGIUNE
Nord-Est	4
Nord-Vest	5
Sud-Muntenia	3
Sud-Est	3
Sud-Vest Oltenia	1
Vest	4
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

**690.** În privința celor 3 apeluri noncompetitive, se constată următoarele:

- **POCU/460/4/6/„Consolidarea rețelei publice de asistență socială comunitară” - Apelul de proiecte 460** a fost lansat la sfârșitul anului 2018 fiind un apel de tip non-competitiv, în cadrul căruia au fost finanțate proiecte care sunt implementate la nivelul tuturor celor 8 regiuni de dezvoltare, solicitantul eligibil fiind Ministerul Muncii. Astfel, în data de 01.04.2019 a fost contractat de către Ministerul Muncii un proiect, în parteneriat cu Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială, în valoare totală de aprox. **20.000.000 Euro** cu alocare distinctă la nivelul categoriilor de regiuni după cum urmează:
  - pentru **regiunile mai puțin dezvoltate** (Nord-Est, Nord-Vest, Vest, Sud-Vest Oltenia, Centru, Sud-Est și Sud-Muntenia), suma totală disponibilă fiind de **17.741.354,69** euro;
  - pentru **regiunea dezvoltată** (București-Ilfov), suma totală disponibilă fiind de **2.258.645,31** euro.

Principalele acțiuni finanțate în cadrul proiectului au fost identificarea și selectarea zonelor marginalizate, dezvoltarea și consolidarea serviciilor publice de asistență socială din comunitățile marginalizate, furnizarea de programe de formare profesională și schimburi de experiență și bune practici, grupul țintă vizat fiind *personalul specializat din cadrul instituțiilor cu responsabilități în domeniul asistenței sociale*. Apelul a vizat indicatorii de rezultat imediat 4S202, respectiv 4S203.

- **POCU/375/4/22/„Servicii comunitare integrate” - Apelul de proiecte 375** a fost lansat în 02.04.2018, fiind un **apel de tip grant, non-competitiv**, singurul contract semnat fiind cu solicitantul eligibil Ministerul Muncii, în parteneriat cu Ministerul Sănătății și Ministerul Educației Naționale. Apelul a vizat **operațiunea compozită** pentru obiectivele specifice **4.5, 4.6 și 4.10**, cu un buget total de **26.000.000 Euro**.

În cadrul prezentului apel de proiecte, grupul țintă eligibil vizat a fost personalul implicat în echipele comunitare integrate (ex. asistent social, asistent medical comunitar, mediator sanitar, consilier școlar, mediator școlar etc.). Apelul și-a propus să finanțeze măsuri prin care se urmărește pilotarea abordării integrate a serviciilor medicale, sociale și educaționale oferite la nivelul a 139 de comunități cu tip de marginalizare peste medie și severă agreate de Ministerul Muncii, Ministerului Sănătății și a Ministerului Educației Naționale și selectate pe baza unui set de criterii aplicat comunităților marginalizate cu tip de marginalizare peste medie și severă, conform Atlasului Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România. Apelul a vizat indicatorii de rezultat imediat 4S48, 4S50, respectiv 4S49.

- **POCU/480/4/19 „Reducerea numărului de copii și tineri plasați în instituții, prin consolidarea rețelei de asistenți maternali” - Apelul 480** a fost lansat în data de 11.10.2018, fiind un apel de **tip non-competitiv**, destinat tuturor regiunilor de dezvoltare. A fost contractat un singur proiect de către Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții în parteneriat cu alte 47 de Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din țară și de la nivelul sectoarelor Municipiului București. Alocarea financiară stabilită pentru apel a fost fixată

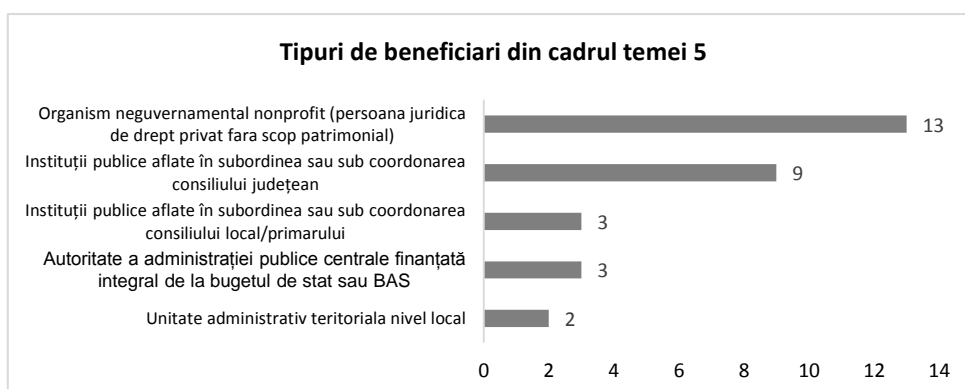
la **290.000.000 euro**, valoarea maximă eligibilă a unui proiect. Apelul a vizat operațiuni de tip compozit aferente **OS 4.5 și OS 4.14**, activitatea obligatorie finanțată fiind susținerea unui program de formare profesională destinat asistenților maternali și personalului specializat din cadrul instituțiilor cu atribuții în domeniul protecției speciale a copilului separat de familie și al prevenirii separării copilului de familie, grupul țintă fiind asistenți maternali și personalul specializat în domeniul asistenței sociale. Apelul a vizat indicatorii de rezultat 4S53, respectiv 4S202. În cadrul acestui apel a fost depus un singur proiect, respectiv Proiectul „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor” de către ANPDCA în parteneriat cu cele 47 de DGASPC-uri (Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului de la nivelul celor 41 de județe și 6 sectoare ale municipiului București).

**691.** Din perspectiva apelurilor competitive au fost lansate 2 apeluri până la data de referință a evaluării, respectiv:

- **POCU/478/4/18/„Servicii sociale și socio-profesionale la nivelul comunității pentru copii și tineri” - Apelul 478** a fost un apel de tip grant competitiv destinat regiunilor mai dezvoltate, bugetul total alocat fiind de **5.022.369,10 euro** (cofinanțarea UE + cofinanțarea națională). În urma acestui apel au fost contractate în anul 2020, 3 proiecte ce vizează operațiuni compozite aferente **OS 4.12, OS 4.13 și OS 4.14**. Activitățile finanțate prin apel au vizat furnizarea de servicii integrate de sprijin în vederea asigurării tranziției de la servicii de îngrijire instituționalizate către servicii la nivelul comunității, sprijin pentru furnizarea de programe de asistență tinerilor, dezvoltarea de programe de identificare și monitorizare a copiilor aflați în risc de separare de familie, inclusiv prin dezvoltare rețelei de asistenți maternali.
- **POCU/476/4/18/„Servicii sociale și socio-profesionale la nivelul comunității pentru copii și tineri” - Apelul 476** a fost un apel de tip grant competitiv dedicat regiunilor mai puțin dezvoltate (Nord-Est, Nord-Vest, Vest, Sud-Vest Oltenia, Centru, Sud-Est și Sud-Muntenia), bugetul total alocat fiind de **39.922.476,14 euro** (cofinanțarea UE + cofinanțarea națională). În urma acestui apel au fost contractate în anul 2020, 24 de proiecte ce vizează operațiuni compozite aferente **OS 4.12, OS 4.13 și OS 4.14**. Activitățile finanțate prin apel fiind furnizarea de servicii integrate de sprijin în vederea asigurării tranziției de la servicii de îngrijire instituționalizate către servicii la nivelul comunității, sprijin pentru furnizarea de programe de asistență tinerilor, dezvoltarea de programe de identificare și monitorizare a copiilor aflați în risc de separare de familie, inclusiv prin dezvoltarea rețelei de asistenți maternali.

**692.** În ceea ce privește tipul de beneficiar, analiza portofoliului de proiecte relevă următoarea distribuție detaliată în figura următoare, de remarcat fiind faptul că cele trei proiecte de tip non-competitiv sunt contractate în parteneriat cu alte ministere sau instituții de stat, cum ar fi Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială, Ministerul Sănătății sau Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului de la nivel județean, pentru a asigura suport în îndeplinirea activităților propuse.

**FIGURA 56. TIPURI DE BENEFICIARI DIN CADRUL TEMEI 5**



Sursa: Prelucrări ale evaluatorilor, pe baza datelor din sistemul MySMIS



### Realizări, rezultate și gradul de îndeplinire a obiectivelor programului

**693.** Indicatorii de realizare imediată au fost analizați în baza raportărilor referitoare la ținte, constatând un progres scăzut. Astfel, așa cum se observă în tabelul de mai jos, țintele propuse la nivelul proiectelor cu privire la indicatorii de realizare nu sunt atinse decât în ceea ce privesc indicatorii 4S206.2 și 4S60.

**694.** Proiectele cu cele mai mari contribuții la aceștia au fost proiectele de tip grant non-competitiv, precum cel aferent apelului 375 pentru indicatorul 4S206.2 și cel aferent apelului 480 pentru indicatorul 4S60. La nivelul ghidurilor solicitantului au fost stabilite ținte minime pentru apelurile necompetitive atât pentru indicatorii de realizare cât și pentru cei de rezultat.

**TABEL 54. GRADUL DE ATINGERE A ȚINTELOR INDICATOILOR DE REALIZARE LA DATA DE 30 IUNIE 2021**

Indicatori de realizare	Valoare Tinta	Valoare Obtinuta	Grad de îndeplinire: realizări raportate la valoare cumulată a țăintelor din proiectele contractate*
4S205 Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici etc	449	0	0.00%
4S205.1 Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici etc, din care: - Din sectorul medical	143	0	0.00%
4S205.2 Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici etc, din care: - Din sectorul de asistență socială	54491	167	0.31%
4S205.3 Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici etc, din care: - Din sectorul socio medical	0	0	0.00%
4S205.4 Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici etc, din care: - Din sectorul educațional	165	0	0.00%
4S206 Servicii comunitare care beneficiază de sprijin	394	0	0.00%
4S206.2 Servicii comunitare care beneficiază de sprijin, din care: - Servicii medicale	139	241	173.38%
4S206.3 Servicii comunitare care beneficiază de sprijin, din care: - Servicii sociale	139	92	18.81%
4S206.4 Servicii comunitare care beneficiază de sprijin, din care: - Servicii socio-medicale	0	0	0.00%
4S206.5 Servicii comunitare care beneficiază de sprijin, din care: - Servicii educaționale	116	0	0.00%
4S207 Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc	42	0	0.00%
4S207.1 Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc, din care: - Din sectorul de asistență socială	26	0	0.00%
4S207.2 Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc, din care: - Din domeniul medical	16	0	0.00%
4S207.3 Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc, din care: - Din domeniul educațional	0	0	0.00%
4S213 Persoane care beneficiază de servicii comunitare	2122	7	0.33%
4S213.1 Persoane care beneficiază de servicii comunitare, din care: Copii	5168	7	0.14%
4S59 Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare	133	0	0.00%



4S59.1 Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare, din care: Copii	668	0	0.00%
4S60 Asistenți maternali care beneficiază de sprijin	4018	3282	81.68%
4S60.1 Asistenți maternali care beneficiază de sprijin, din care: - Din zona rurală	115		0.00%

\* Raportul dintre suma valorilor raportate și suma valorilor țintă stabilite prin contracte

Sursa: Date de monitorizare a programului (SMIS)

**695.** Aceeași situație se constată și în privința indicatorilor de rezultat, țintele fiind atinse doar pentru indicatorul 4S203.2.

**TABEL 55. GRADUL DE ATINGERE A ȚINTELOR INDICATOILOR DE REALIZARE LA DATA DE 30 Iunie 2021**

Indicatori de rezultat	Valoare Tinta	Valoare Obtinuta	Grad de îndeplinire: realizări raportate la valoarea cumulată a țintelor din proiectele contractate*
4S202 Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/certificate urmare a sprijinului primit	449	0	0.00%
4S202.1 Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/certificate urmare a sprijinului primit, din care: - Din sectorul de asistență socială	31621	0	0.00%
4S202.2 Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/certificate urmare a sprijinului primit, din care: - Din sectorul medical	143	0	0.00%
4S202.3 Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/certificate urmare a sprijinului primit, din care: - Din sectorul educațional	165	0	0.00%
4S203 Servicii comunitare funcționale	394	0	0.00%
4S203.2 Servicii comunitare funcționale, din care: - Servicii medicale	139	241	173.38%
4S203.3 Servicii comunitare funcționale, din care: - Servicii sociale	139	92	66.18%
4S203.4 Servicii comunitare funcționale, din care: - Servicii socio-medice	0	0	0.00%
4S203.5 Servicii comunitare funcționale, din care: - Servicii educaționale	116	0	0.00%
4S204 Instrumente/ proceduri/mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor	42	0	0.00%
4S204.1 Instrumente/ proceduri/mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor, din care: - Din sectorul de asistență socială	26	0	0.00%
4S204.2 Instrumente/ proceduri/mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor, din care: - Din sectorul medical	16	0	0.00%
4S204.3 Instrumente/ proceduri/mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor, din care: - Din sectorul educațional	0	0	0.00%
4S211 Copii și tineri sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare (sociale, medicale, socio-profesionale etc.)	1220	7	0.57%
4S42.1 Persoane care aparțin grupurilor vulnerabile care depășesc situația de vulnerabilitate urmare a sprijinului primit, din care: -	35000	0	0.00%

Din zona rurală			
4S52 Copii și tineri sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare (sociale, medicale, socioprofesionale etc.) după părăsirea instituțiilor de tip rezidențial	128	0	0.00%
4S53 Asistenți maternali care rămân în sistem	110	0	0.00%

Sursa: Date de monitorizare a programului (SMIS)

**696.** Cea mai mare contribuție la atingerea indicatorilor de realizare imediată și de rezultat o au cele două proiecte de tip grant non-competitiv de la nivelul apelurilor 375 și 460.

### **Efectul net al intervențiilor**

#### **IP2: Intervențiile finanțate din POCU au contribuit la creșterea calității și accesului la servicii sociale.**

##### **Ipoteze intermediare**

**IP2.1 Intervențiile finanțate au contribuit la dezvoltarea de servicii comunitare integrate prin acțiuni combinate la nivelul sistemului de asistență socială (mecanisme de identificare a nevoilor persoanelor vulnerabile, mecanisme de monitorizare și evaluare a nevoilor de servicii sociale, sisteme/instrumente de intervenție integrate) dar și la nivelul persoanelor care beneficiază de asistență socială (furnizarea de servicii integrate către aceștia) - *Ipoteză parțial validată***

**IP2.2 Intervențiile finanțate au contribuit la creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, servicii electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale - *Ipoteză invalidată***

**IP 2.3 Intervențiile finanțate au contribuit la dezvoltarea resurselor umane din serviciile sociale prin formare și sprijin în vederea creșterii numărului acestora - *Ipoteză parțial validată***

#### **Măsura în care intervențiile finanțate și incluse în TE 5 au contribuit la creșterea calității și accesului la servicii sociale prin acțiuni la nivelul dezvoltării sistemului de asistență socială**

**697.** Această ipoteză de evaluare are în vedere mai multe aspecte, respectiv modul cum **proiectele finanțate au contribuit la dezvoltarea de servicii comunitare integrate atât prin acțiuni la nivel de sistem**, respectiv acțiuni de consolidare a rețelei de asistență socială la nivel comunitar, dezvoltarea echipelor comunitare de intervenție integrată, precum și la nivel orizontal prin dezvoltarea de instrumente și mecanisme de identificare a nevoilor persoanelor vulnerabile, mecanisme de monitorizare și evaluare a nevoilor de servicii sociale, sisteme/instrumente de intervenție integrate).

#### **EFACTE LA NIVELUL SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

**698.** În vedere integrării serviciilor sociale într-o politică coerentă incluzivă menită să sprijine persoanele în cadrul familiilor și al comunităților, Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Gradului de Sărăcie 2015-2020 a identificat șase obiective prioritare: (1) asigurarea mecanismelor de creștere a responsabilității sociale din serviciile sociale; (2) îmbunătățirea sistemelor de evaluare a nevoilor și de management al informațiilor, precum și corelarea acestora cu politica și practicile locale de luare a deciziilor; (3) îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale; (4) consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivel de comunitate; (5) dezvoltarea echipelor comunitare de intervenție integrată, cu precădere pentru comunitățile sărace și marginalizate; (6) dezvoltarea serviciilor destinate grupurilor vulnerabile incluzând copiii, persoanele cu dizabilități, persoanele vârstnice și alte grupuri vulnerabile.

**699.** Pentru a răspunde acestor obiective coroborate și necesității unei abordări integrate privind incluziunea socială în corelare cu obiectivele altor Strategii, precum Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2015-2020, Recomandărilor Specifice de Țară (RTS), **la nivelul POCU au fost**



lansate o serie de apeluri necompetitive, sistemice care au ca scop dezvoltarea unui pachet minim de intervenții la nivel comunitar, prin asigurarea personalului specializat (asistenți sociali) la nivel de unități administrative teritoriale (UAT) și asigurarea cadrului de intervenție integrată a tuturor actorilor relevanți (educație, sănătate, protecție socială și alte servicii publice).

**700.** Cele 3 apeluri necompetitive au dus la contractarea a **3 proiecte sistemice**, astfel:

- Prin Apelul POCU/460/4/6/„*Consolidarea rețelei publice de asistență socială comunitară*” a fost contractat proiectul „**Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale**”, cod SMIS 126924.
- Prin apelul POCU/375/4/22/„*Servicii comunitare integrate*” a fost contractat proiectul „**Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale**”, cod SMIS 122607.
- Prin apelul POCU/480/4/19/„*Reducerea numărului de copii și tineri plasați în instituții, prin consolidarea rețelei de asistenți maternali*” a fost contractat proiectul „**TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor**”, cod SMIS 127169.

#### **DEZVOLTAREA UNUI PACHET MINIM DE INTERVENȚII LA NIVEL COMUNITAR ȘI ASIGURAREA CADRULUI DE INTERVENȚIE INTEGRATĂ A TUTUROR ACTORILOR RELEVANȚI (EDUCAȚIE, SĂNĂTATE, PROTECȚIE SOCIALĂ ȘI ALTE SERVICII PUBLICE)**

**701.** Una din prioritățile Strategiei Naționale privind Incluziunea Socială și Reducerea Gradului de Sărăcie pentru perioada 2015-2020 a constituit-o **crearea unei rețele de centre comunitare integrate**<sup>88</sup>, care să reunească serviciile medicale și sociale, dar și educația, ocuparea, locuirea și accesul la alte servicii publice, în vederea creării unui proces sustenabil de ieșire din starea de sărăcie și integrarea socială și economică a persoanelor vulnerabile.

**702.** Conceptul unor **echipe multidisciplinare de profesioniști la nivel comunitar** reprezintă un prim pas spre acordarea integrată a unor servicii sociale, medicale, educaționale, fiind un concept pilotat prima dată în România în 2014 în cadrul proiectului „Prima prioritate: niciun copil „invizibil”!” finanțate de UNICEF și care vizează acordarea de servicii integrate sociale și medicale printr-un model de echipe multidisciplinare, ce includ un asistent social și un asistent medical comunitar, în 32 de comunități rurale din regiunea Nord-Est. Echipele locale nu includ neapărat asistenți sociali calificați, însă sunt coordonate și monitorizate de profesioniști din cadrul DGASPC și direcțiile județene de sănătate publică (DSP). La baza cooperării comunitare stau metodologii armonizate pentru evaluarea nevoilor și pentru realizarea planurilor personalizate de intervenție ce sunt cuprinse într-o aplicație online (AURORA), care îndrumă și sprijină echipele comunitare și permite actorilor cheie să își monitorizeze activitatea de teren în timp real.

**703.** Mergând pe același concept la nivelul apelului 375 Servicii Comunicare Integrate, a fost depus și finanțat proiectul „**Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale**” ce își propune crearea unui **mecanism de servicii integrate la nivel local**, cu intervenție în ariile considerate relevante în procesul de combatere a excluziunii sociale și a sărăciei și anume participarea socială și accesul la drepturi și resurse, sănătate, educație, ocupare, locuire și obținerea documentelor de identitate prin introducerea unor **echipe integrate în 139 de comunități marginalizate**.

**704.** Proiectul a fost conceput pentru a răspunde unor nevoi acute la nivel național. Potrivit Atlasului Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România, au fost identificate 992 de comune care au una sau mai multe zone de sărăcie și excluziune socială. În 160 de comune (reprezentând

<sup>88</sup> Ordin comun Ministerul Muncii, Ministerul Sănătății și Ministrul Educației Naționale nr. 393/630/4236/2017 din 13 martie 2017 pentru aprobarea Protocolului de colaborare în vederea implementării serviciilor comunitare integrate necesare prevenirii excluziunii sociale și combaterii sărăciei.



5.6% din numărul total al comunelor din țară) mai mult de o treime din populație trăiește în comunități marginalizate.

**705.** În aceste condiții, intervenția derulată prin proiect urmărește îmbinarea serviciilor comunitare (servicii sociale, servicii de asistență medicală comunitară, servicii educaționale) care trebuie să fie acordate în mod integrat, cu beneficii de asistență socială și alte forme de sprijin material și financiar pentru reducerea sărăciei într-un mod eficient și sustenabil. Concret, proiectul și-a propus dezvoltarea și pilotarea serviciilor comunitare integrate în 139 de comunități rurale și mic urbane cu tip de marginalizare peste medie și severă. Grupul țintă al proiectului este constituit din 449 de membri ai echipelor comunitare integrate, respectiv: specialiști în domeniul social (asistenți sociali sau tehnicieni sociali), specialiști din domeniul medical (asistenți medicali comunitari sau mediatori sanitari) și specialiști din domeniul educațional (consilieri școlari sau mediatori școlari).

**706.** Proiectul contribuie la obiectivele specifice POCU OS 4.5 „Creșterea calității sistemului de asistență socială prin introducerea de instrumente/ proceduri/ mecanisme etc. și prin îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sistem”, OS 4.6 „Creșterea numărului de persoane care beneficiază de servicii de asistență socială la nivelul comunității” și OS 4.10 „Creșterea numărului de persoane care beneficiază de servicii de asistență medicală la nivelul comunității”, fiind implementat în parteneriat de 3 instituții: Ministerul Muncii în calitate de beneficiar, având ca parteneri Ministerul Educației și Ministerul Sănătății. Bugetul alocat proiectului este de 113.076.750,09 LEI, iar perioada de implementare este 12.09.2018 - 11.07.2022.

**707.** Intervenția POCU din cadrul proiectului s-a concretizat într-o **serie de activități care susțin dezvoltarea echipelor comunitare integrate în comunitățile selectate**, principalele activități planificate fiind următoarele:

- Elaborarea procedurilor, metodologiilor și instrumentelor de furnizare integrată a serviciilor comunitare și operaționalizarea mecanismului de colaborare;
- Dezvoltarea aplicației online utilizată de echipele comunitare;
- Constituirea și pregătirea echipelor comunitare integrate;
- Aplicarea efectivă a procedurilor, metodologiilor și instrumentelor de furnizare integrată a serviciilor comunitare;
- Pregătirea recomandărilor pentru multiplicarea modelului SCI (Servicii Comunitare Integrate) și pentru transpunerea în documente cu caracter administrativ și normativ.

**708.** Până la data acestei evaluări proiectul a înregistrat progrese în cadrul majorității activităților sale. Au fost semnate 118 protocoale de colaborare cu 118 comunități din cele 139 prevăzute prin proiect, au fost constituite echipele comunitare integrate din cele 118 comunități numărând un total 423 de membri: 52 de asistenți sociali, 56 de tehnicieni sociali, 130 de asistenți medicali, 10 mediatori sanitari, 94 de consilieri școlari și 81 de mediatori școlari. Echipele comunitare constituite în cele 118 comunități, deși nu sunt încă în formulă completă în toate cele 118 comunități, au început desfășurarea activității de furnizare de servicii comunitare integrate (sociale, medicale, consiliere școlară) pilotând astfel procedurile de intervenție elaborate la nivelul proiectului. A fost elaborat un pachet de proceduri care a fost publicat pe site-ul proiectului [www.serviciicomunitare.ro](http://www.serviciicomunitare.ro), fiind în continuare formulate propuneri de îmbunătățire, fiind dezvoltate sau îmbunătățite instrumentele aferente noilor proceduri. Activitatea de dezvoltare a competențelor echipelor comunitare este în curs de desfășurare, fiind prevăzute un număr de 5 module de formare cu un total de 121 ore de formare. Totodată, este în curs de derulare activitatea de dotare a centrelor comunitare integrate cu câte 1 calculator, 1 imprimantă și 3 tablete pentru fiecare centru. În ceea ce privește activitatea privind transpunerea conceptului serviciilor comunitare integrate în documente cu caracter administrativ și normativ, până în prezent a fost adoptată HG 324/2019 privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

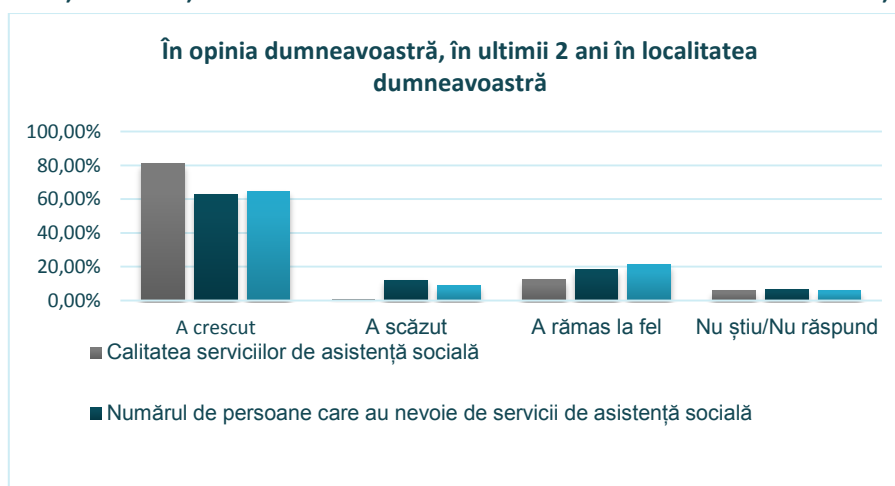
FIGURA 57. DISTRIBUȚIA TERITORIALĂ A CELOR 118 COMUNITĂȚI



Sursa: Prelucrări ale echipei de evaluare pe baza datelor MIPE

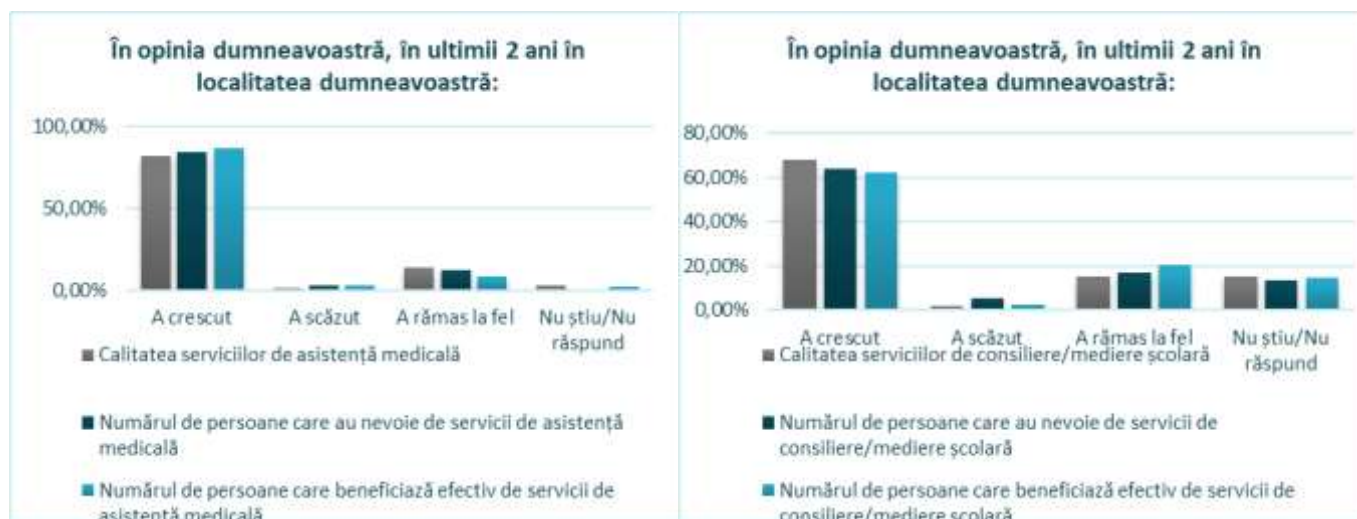
709. În ceea ce privește efectele proiectului înregistrate până la acest moment, se constată faptul că acestea s-au materializat deja în cadrul comunităților în care s-a intervenit, aspect conturat ca urmare a sondajului aplicat la nivelul membrilor echipelor comunitare integrate și a informațiilor colectate în cadrul studiului de caz. Astfel, în cea mai mare parte a situațiilor **calitatea serviciilor comunitare a crescut**, concomitent cu creșterea numărului de persoane care beneficiază de astfel de servicii.

FIGURA 58. EVOLUȚIA CALITĂȚII SERVICIILOR COMUNITARE OFERITE ÎN CELE 118 COMUNITĂȚI



Sursa: Sondajul aplicat la nivelul grupului țintă format din asistenți/tehnicieni sociali, asistenți medicali/mediatori sanitari, consilieri/mediatori școlari

FIGURA 59. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE & NR. PERSOANE BENEFICIARE



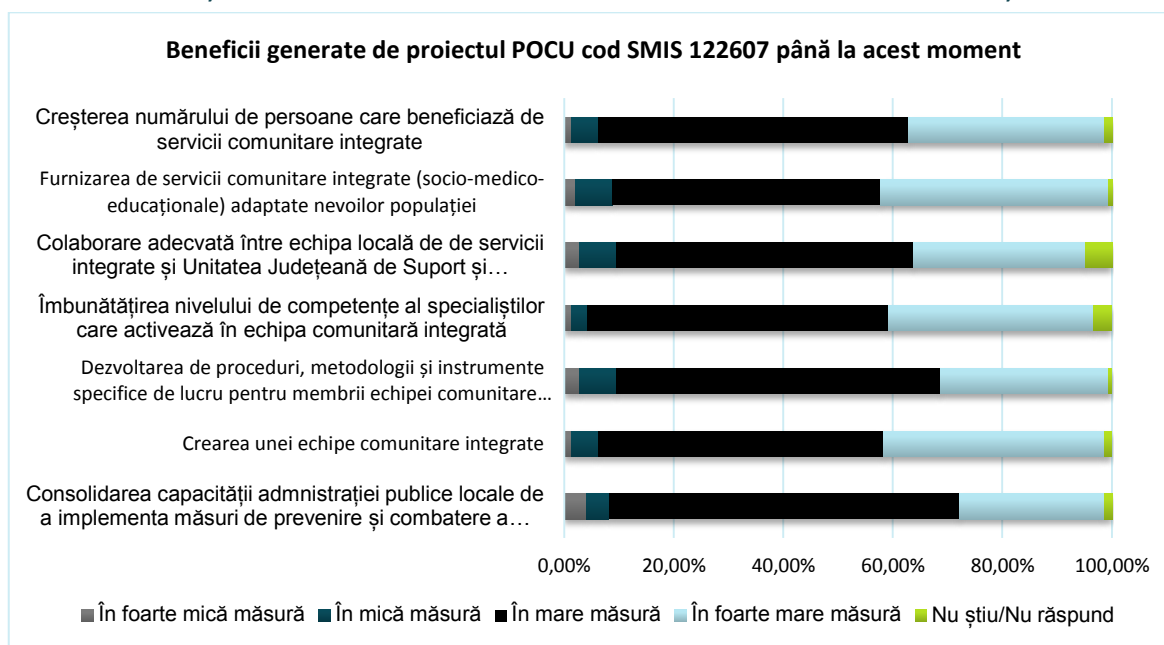
Sursa: Sondajul aplicat la nivelul grupului țintă format din asistenți/tehnicieni sociali, asistenți medicali/mediatori sanitari, consilieri/mediatori școlari

**710.** Informațiile colectate prin interviuri, cercetare documentară, studiul de caz realizat la nivelul proiectului, indică faptul că proiectul a creat pentru prima dată **platforma unei colaborări practice și intense pe tema dezvoltării** serviciilor comunitare integrate între cele 3 instituții partenere în proiect – Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, acesta fiind unul dintre efectele importante ale proiectului. Este clar faptul că **intervenții de anvergură națională necesită implicarea tuturor factorilor responsabili atât de la nivel național cât și de la nivel local**, acest proiect fiind un bun exemplu de situație în care această implicare și colaborare s-au materializat, cu rezultate bune. Este de asemenea evident faptul că testarea prin proiecte de tip pilot este o etapă necesară în vederea implementării pe scară largă a unei noi abordări, proiectul analizat având un astfel de rol pilot foarte important.

**711.** Beneficiile deja obținute la nivelul comunităților și descrise anterior se datorează intervenției POCU, aspect subliniat de membrii echipelor comunitare în cadrul sondajului aplicat acestora.



**FIGURA 60. PERCEPȚIA ECHIELOR COMUNITARE INTEGRATE CU PRIVIRE LA BENEFICIILE OBTINUTE**



Sursa: Sondajul aplicat la nivelul grupului țintă format din asistenți/tehnicieni sociali, asistenți medicali/mediatori sanitari, consilieri/mediatori școlari

**712.** În lipsa intervenției POCU activități de natura celor derulate în cadrul proiectului fie nu ar fi putut să fie implementate, fie ar fi fost implementate la o scară mult mai redusă și într-o perioadă de timp mult mai îndelungată. Rolul esențial al intervenției POCU constă atât în faptul că a asigurat suportul material și financiar necesar constituirii și funcționării echipelor comunitare integrate, dar mai ales în faptul că a asigurat coordonarea tehnică și metodologică necesară funcționării unitare a serviciilor comunitare integrate la nivelul comunităților incluse în proiect, urmărindu-se ca după încheierea proiectului aceeași abordare unitară să fie continuată la nivel național, prin transpunerea conceptului serviciilor comunitare integrate în documente cu caracter administrativ și normativ.

### **CONSOLIDAREA CAPACITĂȚII SPAS-URILOR ȘI A ALTOR STRUCTURI PRIN CONSOLIDAREA ȘI ÎMBUNĂȚĂȘIREA REȚELEI DE ASISTENȚA SOCIALE LA NIVEL COMUNITAR**

**713.** Conform legii (292/2011), autoritățile locale au obligația de a înființa **servicii publice de asistență socială**, care răspund de punerea în practică a politicilor și a strategiilor din domeniul asistenței sociale, precum și de furnizarea serviciilor în comunitate. SPAS identifică nevoile comunității, acordă servicii adecvate categoriilor vulnerabile și dezvoltă servicii de prevenție și de informare pentru a crește gradul de conștientizare a populației cu privire la riscurile și problemele sociale. Se așteaptă ca asistenții sociali din cadrul SPAS, în colaborare cu profesioniștii din cadrul DGASPC-urilor, să monitorizeze situația tuturor copiilor și a adulților ce trăiesc în sărăcie sau situații vulnerabile în comunitățile lor. Totodată, mai sunt încă multe autorități locale care nu s-au conformat cerinței legislative de a înființa SPAS, mai ales în comunitățile rurale mai mici.

**714.** Potrivit recensământului SPAS realizat de Banca Mondială în 2014 printr-un studiu al serviciilor publice de asistență socială (SPAS), peste o treime (34%) dintre administrațiile publice locale din mediul rural și 8% din cele situate în orașele foarte mici (cu sub 10.000 de locuitori) nu înființaseră un SPAS, ci au adăugat atribuțiile respective în fișa postului personalului existent. Acest procent variază semnificativ, de la 47% dintre comunele mici (cele cu sub 2.000 de locuitori) până la 18% dintre comunele mari (cu minim

5.000 de locuitori). Practic, toate autoritățile locale din orașele cu peste 10.000 de locuitori au înființat un SPAS.

**715.** Consolidarea SPAS locale constituie un obiectiv cheie, prin prisma faptului că acestea vor reprezenta principalul promotor al serviciilor integrate prin implementarea activităților de intermediere socială și a celor de teren în beneficiul persoanelor și familiilor ce trăiesc în sărăcie extremă, precum și în zonele marginalizate.

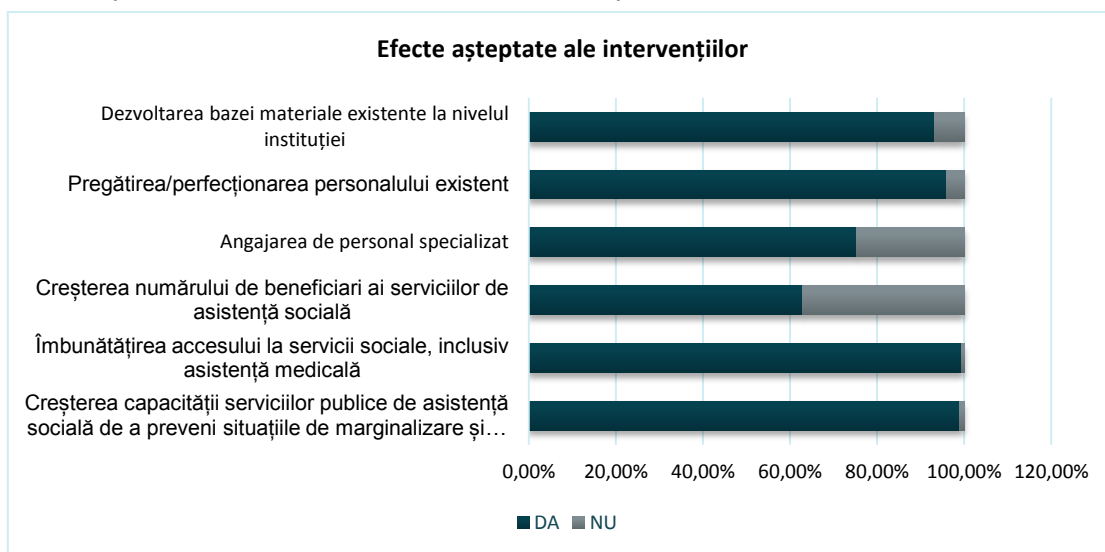
**716.** În acest sens la nivelul apelului POCU 460 „Consolidarea rețelei publice de asistență socială comunitară”, a fost contractat proiectul **”Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, cod SMIS 126924** implementat de MMPS în parteneriat cu ANPIS, al cărui obiectiv general al proiectului îl reprezintă creșterea incluziunii sociale și combaterea sărăciei prin creșterea capacității tehnice și administrative a rețelei publice de asistență socială comunitară. **Obiectivele specifice** ale proiectului urmăresc:

- consolidarea capacității serviciilor publice de asistență socială de a iniția, coordona și implementa măsuri de prevenire și combatere a situațiilor de marginalizare și excludere socială, în 350 de comunități marginalizate prin furnizarea de resurse umane adecvate și formarea acestora;
- îmbunătățirea nivelului de competențe al personalului care activează în sectorul asistenței sociale la nivel național, contribuind astfel la consolidarea rețelei de asistență socială prin furnizarea de servicii adaptate nevoilor populației, prin două tipuri de acțiuni și anume:
  - Dezvoltarea a 350 de comunități prin furnizare de resursă umană adecvată către Serviciile Publice de Asistență Socială ce funcționează în cadrul acestora și
  - Derularea unui program național de formare pentru toți profesioniștii din sistemul de asistență socială din România. Grupul țintă va fi cuantificat din minim 350 persoane (asistenți/tehnicieni sociali) care vor beneficia de formare și care vor activa în cadrul celor 350 UAT selectate și minim 39.000 persoane care vor lua parte la programul național de formare.

**717.** Dat fiind faptul că stadiul proiectului nu este unul foarte avansat, analiza efectelor produse și observabile a fost limitată la potențialul și efectele așteptate ale beneficiarilor la acest moment. Astfel, potrivit sondajului realizat la nivelul celor 350 UAT, **efectele așteptate** de beneficiari sunt următoarele:

- **Îmbunătățirea accesului la servicii sociale, inclusiv asistență medicală (99.49%);**
- **Creșterea capacității serviciilor publice de asistență socială de a preveni situațiile de marginalizare și excludere socială (98.98%);**
- Pregătirea/perfecționarea personalului existent (95.92%);
- Dezvoltarea bazei materiale existente la nivelul instituției (93.23%);
- Angajarea de personal specializat (75.39%);
- Creșterea numărului de beneficiari ai serviciilor de asistență socială (62.89%).

**FIGURA 61. EFECTE AȘTEPTATE ALE INTERVENIILOR SUSȚINUTE PRIN PROIECTUL DEZVOLTAREA SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ PENTRU COMBATerea SĂRĂCIEI ȘI A EXCLUZIUNII SOCIALE**



Sursa: Sondaj realizat la nivelul UAT beneficiare de finanțare în cadrul proiectului „Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, SMIS 126924

**718.** Din punct de vedere al efectelor observabile până la acest moment al proiectului, respondenții au indicat în proporție de peste 60% următoarele efecte:

- Îmbunătățirea accesului la servicii sociale (65.82%);
- Creșterea capacității serviciilor publice de asistență socială de a preveni situațiile de marginalizare și excludere socială (63.96%);
- Îmbunătățirea calității serviciilor de asistență sociale furnizate către grupurile vulnerabile (63.45%);
- Dezvoltarea competenței personalului angajat în asistența socială (60.71%)
- Creșterea numărului de beneficiari ai serviciilor de asistență socială (51.52%).
- Crearea și consolidarea parteneriatelor cu actorii relevanți din administrația locală sau administrația centrală;
- Dezvoltarea bazei materiale a instituției.

**719.** Pentru asigurarea calității și legalității serviciilor prestate în cadrul comunității, ghidul prevede ca obligativitate ca până la finalizarea proiectului toate cele 350 servicii publice de asistență socială sprijinite prin proiect să fie acreditate ca furnizori de servicii sociale și să fie licențiate pentru cel puțin a un serviciu social primar, respectiv Servicii de asistență comunitară, cod 8899 CZ-PNV, conform Nomenclatorului serviciilor sociale, aprobat prin HG nr. 867/2015 cu modificările și completările ulterioare.

**720.** Totodată, o componentă majoră a proiectului este reprezentată de derularea unui program național de formare pentru toți profesioniștii din sistemul de asistență socială din România, grupul țintă vizat la nivelul proiectului fiind format din 39.350 de persoane specializate în domeniul asistenței sociale selectate în proiect, personal specializat din cadrul instituțiilor cu responsabilități în domeniul asistenței sociale/ furnizorilor de servicii sociale publice și privați, în condițiile legii. Potrivit ultimelor rapoarte tehnice de progres, acest program de formare încă nu a fost demarat.

**721.** Un alt proiect care și-a propus creșterea calității sistemului de asistență socială și implicit a DGASPC-urilor prin **dezvoltarea rețelei de asistenți maternali, respectiv** prin creșterea numărului de asistenți maternali la nivelul comunității a fost proiectul non-competitiv „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor” implementat de către ANPDCA în parteneriat cu cele 47 de DGASPC-uri



(Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului de la nivelul celor 41 de județe și 6 sectoare ale municipiului București).

**722.** Nevoia acestui proiect a pornit de la necesitatea asigurării sustenabilității închiderii centrelor de plasament prin dezvoltarea capacității comunității de a sprijini familiile în creșterea și îngrijirea copiilor, prin servicii de asistență maternală. Totodată, numărul în creștere de copii intrați în sistemul de protecție în unele zone ale țării necesită creșterea numărului de asistenți maternali. În contextul în care procesul de dezinstituționalizare trebuie să continue, pentru copiii aflați în prezent în actualele instituții care vor fi închise, precum și pentru copiii nou-intrați în sistemul de protecție, asistența maternală reprezintă cea mai bună soluție.

**723.** Intervenția POCU materializată prin acest proiect **este esențială, susținând recrutarea a 4.000 de noi asistenți maternali la nivel național**, finanțarea salariilor tuturor asistenților maternali din sistem, precum și activitatea de dezvoltare a unui set unitar de proceduri și instrumente în domeniul asistenței sociale destinate activității asistenților maternali, acest cadru metodologic urmând să asigure o abordare unitară a activității de asistență maternală. În același scop metodologic va fi realizată prin proiect o platformă digitală care va permite asistenților maternali și personalului specializat din cadrul partenerilor (instituții cu responsabilități în domeniul asistenței sociale, respectiv cu atribuții în domeniul protecției speciale a copilului separat de familie și al prevenirii separării copilului de familie) să acceseze o serie de surse de informare sau de medii online de dezbatere, pe teme dedicate asistenței sociale și protecției speciale a copilului separat de familie. Prin proiect vor fi de asemenea achiziționate și tabletele electronice necesare pentru conectarea asistenților maternali la această facilitate e-learning.

**724.** Proiectul POCU va susține totodată elaborarea și derularea unui **program de formare profesională destinat asistenților maternali și personalului specializat din cadrul instituțiilor cu atribuții în domeniul protecției speciale** a copilului separat de familie și al prevenirii separării copilului de familie. S-a prevăzut organizarea unui număr de 625 de sesiuni de formare care vor asigura instruirea celor 15.000 de asistenți maternali la nivel național.

**725.** Până la data acestei evaluări au fost angajați 2.309 asistenți maternali dintre cei 4.000 prevăzuți prin proiect. Totodată, în cadrul acestei activități s-a derulat subactivitatea privind finanțarea cheltuielilor salariale aferente remunerației asistenților maternali existenți în sistem din anul 2014 până în anul 2018 și a celor nou angajați începând cu anul 2019.

**726.** Finanțarea acordată prin proiect se situează la un nivel foarte ridicat (aproximativ 500 milioane EUR) și în lipsa acestei finanțări acțiunile prevăzute prin proiect s-ar fi putut desfășura fie parțial, dar într-o perioadă de timp mult mai mare, fie deloc. Importanța proiectului și totodată contribuția POCU se regăsește și în faptul că aduce în aceeași echipă de proiect instituțiile cheie ale sistemului de asistență maternală, respectiv beneficiarul ANDPDCA și partenerii DGASPC. Totodată, finanțarea prin proiect a salariilor asistenților maternali existenți și a celor nou-angajați a adus o degrevare financiară foarte importantă la nivel național. Majoritatea rezultatelor planificate ale proiectului sunt încă în curs de realizare, iar contribuția POCU la realizarea acestora este esențială.

**727.** Proiectul **„Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”** prevede de asemenea înființarea și susținerea funcționării centrelor comunitare care oferă servicii comunitare integrate. Aceste structuri vor fi acreditate ca furnizori de servicii sociale, procesul de acreditare fiind în curs de implementare.

### **CREȘTEREA CALITĂȚII ASISTENȚEI SOCIALE PRIN DEZVOLTAREA UNOR INSTRUMENTE ȘI METODOLOGII LA NIVELUL CELOR 3 PROIECTE SISTEMICE**

**728.** Proiectul **„Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”** a avut în vedere și elaborarea unui set metodologic integrat de proceduri și instrumente pentru furnizarea de servicii comunitare integrate care pot fi extinse la nivel național, fiind prevăzută o colaborare mai strânsă cu alte servicii sociale, inclusiv cu serviciile de ocupare a forței de

muncă. Proiectul a înregistrat progrese semnificative cu privire la următoarele activități ce vin să răspundă OS 4.5 „Creșterea calității sistemului de asistență socială prin introducerea de instrumente/proceduri/ mecanisme etc. și prin îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sistem”, astfel:

- **Elaborarea procedurilor, metodologiilor și instrumentelor de furnizare integrată a serviciilor comunitare și operaționalizarea mecanismului de colaborare** - În cadrul acestei activități a fost constituit în 2018 Grupul de lucru pentru elaborarea procedurilor, metodologiilor și instrumentelor de furnizare integrată a serviciilor comunitare și operaționalizarea mecanismului de colaborare, format din experți nominalizați de către cele 3 instituții partenere în proiect. În acest cadru s-a lucrat la elaborarea procedurilor, metodologiilor și instrumentelor de furnizare integrată a serviciilor comunitare și operaționalizarea mecanismului de colaborare în cadrul echipei comunitare integrate și cu alte instituții specializate, fiind astfel elaborat un pachet de proceduri care a fost publicat pe site-ul proiectului [www.serviciicomunitare.ro](http://www.serviciicomunitare.ro). Activitatea este încă în derulare, fiind în continuare formulate propuneri de îmbunătățire, fiind dezvoltate sau îmbunătățite instrumentele aferente noilor proceduri. Testarea, pilotarea și revizuirea pachetului metodologic este o activitate permanentă, având loc o evaluare permanentă a impactului aplicării în teren a procedurilor și instrumentelor de lucru elaborate, în scopul îmbunătățirii acestora pe baza experienței practice în utilizarea sa în condiții reale.
- **Dezvoltarea aplicației online utilizată de echipele comunitare.** A fost finalizat, în februarie 2019, documentul referitor la Obiectivele, procesele cheie și inter-operabilitatea aplicației online SCI, fiind în curs de desfășurare descrierea arhitecturii sistemului și a infrastructurii modulelor aplicației online SCI. Totodată, a fost finalizată activitatea de stabilire și definire a cerințelor echipei comunitare integrate și este în curs de elaborare caietul de sarcini privind dezvoltarea și adaptarea sistemului informatic de date relevante și într-un mod accesibil echipelor comunitare integrate.
- **Pregătirea recomandărilor pentru multiplicarea modelului SCI și pentru transpunerea în documente cu caracter administrativ și normativ.** Activitatea privind pregătirea pentru multiplicarea modelului serviciilor comunitare integrate este în stadiu incipient. Activitatea privind transpunerea conceptului SCI în documente cu caracter administrativ și normativ urmărește adoptarea unor măsuri legislative sau modificarea unor acte normative existente pentru a asigura astfel o bază legală adecvată pentru implementarea pachetului metodologic dezvoltat prin proiect. În acest scop, până în prezent a fost adoptată HG 324/2019 privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară.

**729.** Creșterea calității asistenței sociale prin dezvoltarea și introducerea unui set de proceduri operaționale destinat activității desfășurate de asistenții maternali este vizată și la nivelul proiectului de grant de tip non-competitiv „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor”. Astfel, la nivelul proiectului este prevăzută dezvoltarea și introducerea de proceduri și instrumente de lucru destinate activității asistenților maternali, precum și în vederea asigurării tranziției copiilor și tinerilor de la îngrijirea în instituții la îngrijirea în comunitate, aceste proceduri urmând să asigure premisele aplicării unitare a modului de desfășurare a activității asistenților maternali la nivel național. Documentația necesară pentru lansarea achiziției de servicii pentru elaborarea procedurilor unitare de lucru este în curs de finalizare și s-au făcut demersurile pentru lansarea la începutul anului 2022 a licitației.

**730.** Procedurile nou create vor asigura premisele aplicării unitare a modului de desfășurare a activității asistenților maternali. Pentru realizarea acestor proceduri de lucru unitare la nivel național au avut loc discuții tehnice în cadrul echipei de proiect, fiind apoi inițiată procedura de achiziție de servicii pentru elaborarea procedurilor. Documentația necesară pentru lansarea achiziției de servicii pentru elaborarea procedurilor unitare de lucru este în curs de finalizare și s-au făcut demersurile pentru lansarea la începutul anului viitor (2022) a licitației.



**731.** Totodată, platforma digitală prevăzută a fi realizată va permite asistenților maternali și personalului specializat din cadrul partenerilor (instituții cu responsabilități în domeniul asistenței sociale, respectiv cu atribuții în domeniul protecției speciale a copilului separat de familie și al prevenirii separării copilului de familie) să acceseze o serie de surse de informare sau de medii online de dezbatere, pe teme dedicate asistenței sociale și protecției speciale a copilului separat de familie. Au fost derulate acțiuni pregătitoare pentru realizarea platformei, prin elaborarea setului de cerințe tehnice ale acesteia. Sunt în curs de pregătire documentațiile pentru achiziția serviciilor de realizare a platformei digitale și a tabletelor necesare pentru conectarea asistenților maternali la această facilitate e-learning.

**732.** Cel de al treilea proiect sistemic care are prevăzută partea de sprijin metodologic pentru dezvoltarea SPAS, este proiectul „Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, SMIS 126924. Pe acest palier de intervenție al proiectului sunt vizate operațiuni privind acordarea de sprijin pentru înființarea și dezvoltarea serviciilor publice de asistență socială (întocmirea documentației necesare obținerii avizului de exercitare a profesiei de asistent social, obținerii unei trepte de competență profesională superioară, obținerii atestatului de liberă practică în asistență socială etc, precum și decontarea costurilor/ taxelor aferente, întocmirea documentației necesare pentru acreditarea SPAS-urilor selectate ca furnizori de servicii sociale și licențierea serviciilor de asistență comunitară). Activitatea de acordare de sprijin pentru UAT-uri este continuă în ceea ce privește înființarea și funcționarea SPAS-urilor. Deși stadiul proiectului nu este încă unul avansat, au fost elaborate o serie de instrumente și metodologii pentru a asigura o abordare unitară în activitatea SPAS-urilor: Ghid de sprijin pentru dezvoltarea și consolidarea serviciilor publice de asistență socială din comunitățile rurale - draft pachet de instrumente - asistent social / tehnician în asistență socială - aplicabile în situația managementului de caz și în realizarea planurilor de servicii atunci când este cazul; suport pentru asistentul social/tehnicianul în asistența socială - date relevante pentru realizarea diagnozei sociale la nivel local; inventar documente de funcționare a serviciului public de asistență socială; instrumente de coordonare metodologică pentru responsabilitățile de asistență socială; direcții de acțiune pentru licențierea serviciilor de asistență comunitară acordate în cadrul SPAS-urilor din comunitățile marginalizate, dar și documente cu rol de informare și conștientizare: Rolul asistentului social în comunitate; sistemul de îngrijire pe termen lung în România - noutăți și provocări. Rolul furnizorilor în dezvoltarea serviciilor sociale-destinate persoanelor vârstnice.

### **CREȘTEREA CALITĂȚII ASISTENȚEI SOCIALE PRIN DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE DIN SERVICIILE SOCIALE PRIN FORMARE ȘI SPRIJIN ÎN VEDEREA CREȘTERII NUMĂRULUI ACESTORA**

**733.** Așa cum este prezentat și în secțiunile de mai sus, dezvoltarea resurselor umane de la nivelul serviciilor sociale cu efecte de asemenea la nivel de sistem, este adresată la nivelul tuturor proiectelor de tip grant non-competitiv, cea mai mare componentă fiind identificată la nivelul proiectului „Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, cod SMIS 126924, implementat de MMPS, prin formarea de 39500 de persoane în domeniul asistenței sociale

**734.** Conform cererii de finanțare, **Categoria I de persoane din grupul țintă este formată din 350 de asistenți sociali** (Cod COR 263501) și asimilații acestora (Cod COR 341201) ce susțin acțiunea de dezvoltare a celor 350 de comunități selectate prin proiect, pe baza Atlasului Zonelor Rurale Marginalizate, prin furnizarea resursei umane adecvate către serviciile publice de asistență socială ce funcționează în cadrul UAT-urilor și care au semnat Protocolul de Colaborare cu MMPS și ANPIS. Din grupul celor 350 de specialiști în asistență socială vor face parte atât personalul recrutat în cadrul proiectului pentru a profesa în comunitățile selectate, cât și personalul angajat în cadrul UAT-ului. **Categoria a II-a de persoane din grupul țintă este formată din 39.000 de persoane specializate în domeniul asistenței sociale** selectate în proiect, personal specializat din cadrul instituțiilor cu responsabilități în domeniul asistenței sociale/furnizorilor de servicii sociale publici și privați, în condițiile legii.



**735.** Formarea celor 39.000 de persoane încadrate în sectorul asistenței sociale va avea la bază cursuri de perfecționare/specializare de minim 40 de ore, conform Legii 129/2000 privind formarea profesională a adulților (republicată) care vor viza dezvoltarea sau completarea cunoștințelor, deprinderilor sau competențelor profesionale ale personalului cu atribuții în domeniul asistenței sociale.

**736.** Dat fiind faptul că la data de referință a evaluării (31.12.2021), programul de formare profesională nu a fost încă demarat deși planul de instruire și curricula de formare a fost finalizată, sondajul derulat la nivelul celor 350 UAT a indicat ca prioritate și efect așteptat la finalul pregătirea/perfecționarea a personalului existent în proporție de 95.98%.

**737.** Un alt proiect de grant de tip non-competitiv care vizează partea de resurse umane în domeniul asistenței sociale prin creșterea numărului de asistenți maternali este proiectul „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor” de către ANPDCA în parteneriat cu cele 47 de DGASPC-uri (Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului de la nivelul celor 41 de județe și 6 sectoare ale municipiului București). Astfel, unul din obiectivele specifice ale acestui proiect, respectiv creșterea numărului de asistenți maternali la nivelul comunității este menit să asigure sustenabilitatea eforturilor de tranziție de la servicii sociale furnizate în sistem instituționalizat către servicii asigurate la nivelul comunității. În condițiile în care plasamentul copiilor sub 7 ani în instituții este interzis prin lege, dezvoltarea prin acest proiect a rețelei de asistență maternală contribuie direct la asigurarea unei alternative de protecție de tip familial pentru copiii care vor necesita o măsură specială de protecție. De asemenea, cei 4000 de noi asistenți maternali ce vor fi recrutați și pregătiți în cadrul proiectului vor contribui la continuarea procesului de închidere a instituțiilor de tip clasic, estimat a se finaliza în 2020.

**738.** Astfel, cu privire la dezvoltarea resurselor umane proiectul prevede **recrutarea a 4.000 de noi asistenți maternali și susținerea programului de formare profesională destinat asistenților maternali și personalului specializat din cadrul instituțiilor cu atribuții în domeniul protecției speciale a copilului separat de familie și al prevenirii separării copilului de familie.**

**739.** Prin activitatea de formare din cadrul proiectului sunt prevăzute elaborarea programului de formare profesională continuă și a suportului de curs, autorizat ANC, inclusiv a curriculelor modulelor din cadrul programului și formarea unui grup țintă de 15.000 de asistenți maternali, dintre care 4.000 asistenți maternali nou-angajați în sistem. Până în prezent s-au stabilit detaliile de ordin tehnic din documentația necesară pentru achiziția serviciilor de consultanță pentru elaborarea programului de formare profesională și s-au făcut demersurile pentru lansarea la începutul anului 2022 a licitației aferente. Totodată sunt în curs de derulare acțiuni pregătitoare ale programului de formare continuă: prioritizarea participării la curs a grupului țintă, înscrierea cursanților și programarea lor, formarea grupelor și definirea orarului în funcție de disponibilitatea acestora ținând cont de nevoile copiilor pe care îi au în îngrijire. Sunt prevăzute a fi organizate un număr de 625 de sesiuni de formare susținute de câte 2 formatori, la fiecare sesiune urmând să participe 24 de persoane din grupul țintă (asistenți maternali existenți în sistem și asistenți maternali nou angajați).

**740.** Dezvoltarea resurselor umane este prevăzută și în cadrul proiectului „**Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale**”. Activitatea de dezvoltare a competențelor membrilor echipelor comunitare din cele 118 comunități este în curs de desfășurare, fiind prevăzute un număr de 5 module de formare cu un total de 121 ore de formare, astfel:

- MODULUL 1: Formare în domeniul managementului de caz și a intervenției integrate (40 ore);
- MODULUL 2: Formare în aplicarea procedurilor, metodologiilor și instrumentelor de lucru în domeniul intervenției asistentului social (20 ore);
- MODULUL 3: Formare în aplicarea procedurilor, metodologiilor și instrumentelor de lucru în domeniul asistenței medicale comunitare (20 ore);
- MODULUL 4: Formare în aplicarea procedurilor, metodologiilor și instrumentelor de lucru în domeniul educațional (21 ore);

- MODULUL 5: Formare în domeniul aplicației on-line SCI pentru administrarea electronică a cazurilor (20 ore).

**741.** Acțiuni de formare a echipelor de proiect sunt de asemenea incluse și la nivelul proiectelor finanțate prin POCU selectate prin mecanismul competitiv dar la o scară mult mai redusă, urmărind dezvoltarea unor zone diverse de competențe de la nivelul anumitor proiecte și în funcție de specificul acestora: de exemplu îngrijirea persoanelor cu handicap sever, perfecționarea personalului prin cursuri specifice din aria comunicării alternative pentru indivizi afectați din spectrul autist - proiect cod SMIS 130478; analiza nevoilor grupurilor țintă, furnizarea de noi servicii sociale etc. sau tehnici de lucru pentru îmbunătățirea procesului de identificare și monitorizare a copiilor expuși riscului de separare, îmbunătățirea procesului de identificare și monitorizare a copiilor expuși riscului de separare etc).

***Măsura în care intervențiile finanțate prin TE 5 au contribuit la creșterea calității și accesului la servicii sociale prin acțiuni la nivelul beneficiarilor de servicii sociale***

**742.** La nivelul proiectelor sistemice, prin activitățile propuse care au ca scop dezvoltarea unor pachete minime de intervenție la nivel comunitar, consolidarea capacității serviciilor de asistență socială, a rețelei de profesioniști (asistenți sociali, maternali, personal al serviciilor de asistență socială), precum și prin asigurarea cadrului de intervenție integrată a tuturor actorilor relevanți (educație, sănătate, protecție socială și alte servicii publice) se vor înregistra efecte și la nivelul beneficiarilor de servicii sociale, însă aceste efecte sunt doar observabile și așteptate la acest moment, manifestarea lor fiind limitată de stadiul încă în implementare al acestor intervenții.

**743.** La nivelul proiectelor competitive, respectiv proiectele finanțate care au vizat obiectivele specifice POCU 4.12, 4.13, 4.14 (apelurile 476, 478), acțiunile finanțate au venit să răspundă unor probleme și nevoi specifice și multiple ale grupurilor țintă vizate, respectiv copii și tineri. Astfel, analizele care au fundamentat intervențiile aferente proiectelor finanțate indică existența unui număr semnificativ de copii în dificultate (copii aparținând unor familii cu probleme materiale severe, copii ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate, copii cu handicap, copii cu probleme de natură școlară) care prezintă risc de separare de familie și care necesită o intervenție personalizată la nivelul întregii familii, în funcție de nevoile identificate, în vederea stabilizării familiei din punct de vedere social, material, educațional și material. În lipsa unor intervenții la nivelul copiilor cu risc de separare de familie și a familiilor lor din aceste localități, o parte din copii riscă separarea de familie, ajungând în sistemul de protecție a copilului. Având în vedere aceste situații și ca o consecință a acestora, în anumite comunități au fost identificate probleme legate de participarea la educație, care se situează la un nivel inferior. Rata abandonului este mare, iar frecvența și performanța școlară sunt de asemenea scăzute.

*Exemplu: Nevoi identificate în cadrul intervenției proiectului „ACASA - Asistarea Copiilor Care Au Părinți Plecați la Muncă în Străinătate Pentru Atenuarea Riscului de Separare de Familie, implementat în județul Maramureș de către ASOCIAȚIA CENTRUL DE CERCETARE ȘI FORMARE A UNIVERSITĂȚII DE NORD BAIA-MARE*

Județul Maramureș are unul dintre cele mai mici PIB/capita din Regiunea Nord-Vest, ceea ce a determinat pe mulți adulți să plece la muncă în străinătate. În județul Maramureș, conform datelor deținute de DGASPC, există 525 de copii care au ambii părinți plecați în străinătate, 1.444 care au un singur părinte plecat și alți 173 de copii din familii monoparentale, iar părintele este și acesta plecat. În total, 2.142 minori din județ se află într-o astfel de situație. Riscul cel mai mare este reprezentat de copiii care au ambii părinți plecați în străinătate și cei care provin din familii monoparentale unde este plecat părintele unic. În Maramureș există la acest moment, oficial, declarat la autorități, 698 de copii care se află în această situație. Tot o situație de risc o reprezintă și copii care au un singur părinte plecat în străinătate dar nu se află în grija celuilalt părinte rămas acasă, practic se află în aceeași situație ca celelate 2 categorii, neavând sprijinul niciunui părinte - peste 1.000 de situații din cele raportate. Pentru prevenirea instituționalizării soluția este sprijinirea persoanelor în grija cărora au copiii până la întoarcerea părintelui în țară. În cele mai multe dintre situații este vorba doar de o perioadă limitată, părintele întorcându-se acasă după câțiva ani sau își iau copiii în străinătate, ceea ce anulează riscul de separare al copilului.

**744.** În ceea ce privește tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului, una dintre cele mai mari nevoi este cea a locuirii, în condițiile în care posibilitatea de a suporta costurile închirierii unei locuințe sunt foarte reduse sau inexistente pentru această categorie de tineri. Doar în foarte puține cazuri există spații oferite de autorități în acest scop, însă oricum acestea sunt insuficiente față de nevoi (spre exemplu DGASPC Baia Mare deține un centru rezidențial pentru tinerii ce părăsesc sistemul de protecție cu o capacitate de 19 locuri, din 2016).

**745.** S-a conturat astfel nevoia de dezvoltare a unor programe de identificare și monitorizare a copiilor aflați în risc de separare de familie, dar și de acompaniere a copilului expus riscului, asigurarea participării directe a copiilor și tinerilor la activități sociale și civice (evenimente sociale, voluntariat, etc.), nevoia de ridicare a nivelului de conștientizare cu privire la nevoile și drepturile copiilor dar și nevoia de măsuri suport pentru familiile aflate în situații de risc. Soluția pentru depășirea situației de criza familială dată de plecarea a cel puțin un părinte în străinătate este sprijinirea familiilor și a copiilor să depășească momentul de criză prin servicii concrete, sprijinirea acestora în a găsi soluții prin care să se redreseze, iar copilul să rămână în continuare în familie. Aceasta înseamnă un sistem rapid și eficient de identificare a copiilor care au părinții plecați și se află într-un risc acut datorită unui „eveniment perturbator” suplimentar, evaluarea complexă a cazului și furnizarea concretă de soluții adaptate fiecărei situații. Aceasta înseamnă mobilitate pentru echipa care implementează serviciile, deplasare la caz în loc de invitarea beneficiarului într-un centru, o colaborare susținută cu toți actorii sociali relevanți pentru siguranța și drepturile copiilor (școală, servicii sociale publice etc).

**746.** Totodată, s-a constatat necesitatea dezvoltării serviciilor sociale, medicale, școlare dedicate copiilor aflați în situații de risc și creșterea nivelului de competențe a specialiștilor care furnizează astfel de servicii.

**747.** Este de asemenea evidentă nevoia de identificare de soluții pentru a sprijini tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului atât privind posibilitatea de a locui independenți cât și posibilitatea de a își găsi un loc de muncă. În același timp, tinerii care părăsesc acest sistem au nevoie de sprijin pentru perioada de tranziție la viața independentă, atât pentru dobândirea abilităților necesare vieții independente cât și pentru găsirea unui loc de muncă sau pentru obținerea unei calificări în vederea obținerii unui loc de muncă.

#### **EFECTE LA NIVELUL BENEFICIARILOR (COPII ȘI TINERI) PRIN DEZVOLTAREA DE SERVICII DE SUPT ȘI SPRIJIN**

**748.** Ca urmare a problemelor și nevoilor identificate de către beneficiarii proiectelor finanțate, intervențiile susținute cele 2 apeluri competitive și-au propus să contracareze sau să atenueze problemele cu care se confruntă copiii și tinerii și să contribuie astfel la nevoile de susținere a acestora,



printr-o serie largă de acțiuni susținute prin finanțare în cadrul proiectelor POCU. Majoritatea acestor acțiuni se concentrează pe diverse forme de sprijin acordat grupurilor țintă de copii și tineri pe plan social, psihologic, material, sprijin acordat pentru a preveni riscul de separare a copiilor de familie, pentru a reduce absenteismul sau abandonul școlar și pentru a ajuta tinerii care părăsesc sistemul de protecție al copilului să dobândească abilitățile necesare vieții independente și să obțină o formă de locuire independentă.

**749.** Spre exemplu, proiectul implementat de către Asociația Centrul de Cercetare și Formare a Universității de Nord Baia-Mare și-a propus înființarea prin licențiere a unui centru de zi pentru copiii aflați în risc de separare de familie care au cel puțin un părinte plecat în străinătate și care trec printr-un „eveniment perturbator” care aduce risc suplimentar (ex. boala persoanei care îl îngrijește, boala copilului, risc de abandon școlar, consum de alcool/drog, comportamente deviate etc); realizarea de activități de evaluare, consiliere, educație parentală atât pentru părinte cât și pentru persoana care are în grijă copilul; monitorizare cazuri, menținerea și medierea relației copil-părinte plecat; organizarea de activități de petrecere a timpului liber al copiilor; sprijin pentru combaterea sărăciei; analize medicale etc pentru copii care sunt în risc de separare de familie. De asemenea, proiectul și-a propus înființarea unui serviciu social care să se adreseze copiilor care se află în situații de risc de separare de familie și care au cel puțin un părinte plecat la muncă în străinătate prin care se vor oferi supraveghere, acțiuni de petrecere a timpului liber, hrană, informare și consiliere, educație parentală, medierea relației copil-părinte.

**750.** Proiectul implementat de către UAT Orașul Flămânzi, județul Botoșani urmărește reducerea riscului de separare de familie prin implementarea unor măsuri de acompaniere în rândul grupului țintă: măsuri de acompaniere pentru asigurarea dreptului la educație (kit-uri cu material didactic pentru 230 de copii; acompaniere personalizată în educație) pentru asigurarea dreptului la sănătate (sesiuni de instruire pentru promovarea unui mod de viață sănătos; pachete de igienă) și respectiv la identitate (evenimente specifice pentru instruirea în spiritul respectului pentru diversitate, interculturalitate și multiculturalism). Proiectul și-a propus de asemenea consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivelul comunității prin crearea unui parteneriat public privat care va presupune elaborarea de metodologii pentru evaluarea și monitorizarea situației grupului țintă relevant, cu accent în special pe cooperarea cu actorii locali relevanți ce pot oferi informații reale și de actualitate cu privire la evoluția situației, mediul privat, organizații non-guvernamentale și alți actori participanți la procesul de dezvoltare socio-economică.

**751.** Proiectul implementat de către Fundația MARA, în parteneriat cu Direcția de Asistență Socială Petrila, județul Hunedoara și-a propus dezvoltarea serviciilor de prevenire a separării copilului de familie și creșterea numărului de asistenți sociali din județul Hunedoara prin înființarea Centrului de zi de consiliere și sprijin pentru părinți și copii Petrila și prin extinderea activității Centrului de zi de consiliere și sprijin pentru părinți și copii al Fundației Mara în municipiile Deva, Hunedoara și Orașul Simeria. Totodată, proiectul și-a propus furnizarea de servicii de consiliere și sprijin pentru un număr de 240 copii cu risc de separare de familie din localitățile Petrila, Hunedoara, Deva și Simeria, astfel încât până la finalul proiectului la cel puțin 70% dintre aceștia să se elimine acest risc.

**752.** Proiectul implementat de către DGASPC Buzău, cu finanțare POCU, este corelat cu implementarea unui alt proiect finanțat prin Programul Operațional Regional și care vizează finanțarea infrastructurii unui centru pentru copii cu dizabilități. Obiectivul general al proiectului finanțat prin POCU este de a îmbunătăți calitatea serviciilor sociale din județul Buzău și de a asigura acces egal pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora la serviciul de tip centru de zi de recuperare. Diferența față de serviciile oferite în cadrul celorlalte centre de zi de recuperare este reprezentată de faptul că în cadrul acestui centru se oferă și servicii de consiliere vocațională pentru familii și copii/ tineri, un aspect foarte important pentru tinerii cu dizabilități mai ales pentru momentul în care aceștia părăsesc centrul de protecție. DGASPC Buzău implementează de asemenea un proiect tip prima cameră pentru tinerii care



părăsesc sistemul de protecție, fiind primul proiect din județ de acest gen, pentru această categorie de beneficiari.

**753.** Majoritatea proiectelor finanțate la nivelul celor două apeluri competitive au o durată de 3 ani (2020 - 2023) aflându-se așadar aproximativ la jumătatea perioadei de implementare. Activitățile sunt în curs de desfășurare, în general proiectele fiind în stadiul în care mai mult de jumătate din grupul țintă a fost recrutat, fiind implementate activitățile planificate pentru aceștia.

**754.** Spre exemplu, proiectul implementat de către Direcția de asistență socială a municipiului Piatra Neamț este adresat copiilor cu vârsta preșcolară și școlară între 6 și 18 ani, având prevăzut un grup țintă de 210 copii. Activitățile au demarat pe 25 mai 2020, durata de acordare a serviciilor fiind de 30 de luni, iar perioada de sustenabilitate de 24 de luni, toate activitățile fiind în prezent în derulare. Plusvaloarea proiectului este reprezentată de echipa multidisciplinară care include 6 educatori, 1 asistent medical, 1 asistent social, 1 psiholog ce își desfășoară activitatea din octombrie 2020. Serviciile furnizate sunt de specialitate, integrate, (sociale, medicale, educaționale) conform standardelor, adresându-se în mod direct nevoilor grupului țintă. Grupul țintă e complet constituit, nu au fost probleme deosebite cu implementarea proiectului, contextul pandemic a determinat suspendarea activităților proiectului timp de o lună, mediul online și vizitele realizate de specialiști la beneficiari în cazul unor probleme mai sensibile fiind soluțiile identificate. De asemenea, deși nu s-a prevăzut astfel inițial în proiect, mâncarea a fost transportată direct la locuințele beneficiarilor, iar transportul a fost asigurat pentru copii la centre și înapoi acasă.

**755.** De asemenea, Direcția de asistență socială Piatra Neamț participă la un alt proiect pilot în calitate de partener, proiect care își propune acordarea de servicii integrate tinerilor care vin din sistemele instituționalizate pentru a se asigura integrarea pe piața muncii a acestora, propunându-și susținerea tinerilor din grupul țintă prin acordarea de sprijin financiar pentru găsirea de locuințe și plata utilităților. Grupul țintă al proiectului a depășit așteptările inițiale, fiind reprezentat de 104 de beneficiari, comparativ cu 90 cât s-a propus inițial, implementarea activităților a demarat pe data de 10 septembrie 2020, durata proiectului fiind de 37 luni, iar perioada de sustenabilitate acoperind 9 luni. Activitățile sunt în derulare, se respectă termenele și alocările financiare, neexistând blocaje.

**756.** Proiectele implementate de către Direcția de asistență socială și medicală Cluj-Napoca sunt de asemenea în plină desfășurare. În cadrul proiectului „Suntem alături de tine” 45 de copii sau tineri au fost recrutați din totalul de 52 prevăzuți în proiect până acum, 27 copii și tineri din Cluj și Satu Mare au beneficiat de servicii de consiliere socială, 24 dintre aceștia servicii de consiliere psihologică, 39 au beneficiat de consiliere juridică, domeniu care pentru tinerii din Cluj a suscit interesul, aceștia confruntându-se cu diverse probleme. De asemenea, 30 din cei 52 de tineri din Cluj și Satu-Mare au beneficiat de servicii de consiliere, orientare și inserție pe piața muncii. Un aspect important din perspectiva păstrării locului de muncă pe termen lung este reprezentat de monitorizarea tinerilor de către experți, deoarece există o tendință de a renunța la locul de muncă (vârsta, plecarea în străinătate sunt factori determinanți ai acestui fenomen). Una dintre problemele apărute la nivel de proiect, în special din cauza pandemiei, a fost reprezentată de demararea primului curs de calificare nivel 3 pentru 10 tineri (11 tineri din Satu-Mare au beneficiat deja de un curs de calificare nivel 2). Având în vedere faptul că 3 dintre aceștia nu sunt vaccinați, singura soluție pentru organizarea acestui curs este de a testa în mod periodic participanții, neexistând buget alocat pentru aceste testări, în condițiile în care incidența cazurilor de infectare este în continuă creștere. S-a agreat astfel ca organizarea acestor cursuri să fie amânată până în luna decembrie. În cazul beneficiarilor de servicii de locuire, s-au încheiat contracte de închiriere pentru doar 6 din cei 32, apărând în acest caz o problemă generală, în sensul identificării cu greutate a proprietarilor dispuși să încheie astfel de contracte.

**757.** Cel de-al doilea proiect implementat de către Direcția de asistență socială și medicală Cluj-Napoca a înregistrat următoarele progrese: sprijinirea copiilor și tinerilor între 10 și 18 ani, proiectul având un grup țintă de 150 de copii. În medie, 120 de copii beneficiază lunar de servicii de informare,





consiliere psihologică, medicală, juridică și socială și de ateliere de animație. Toți copiii care participă la activități beneficiază de masă gratuită prin contractarea unor servicii de catering la domiciliu (deși acestea erau prevăzute inițial a fi oferite la sediul instituției, s-a optat ulterior pentru această variantă din cauza pandemiei). Toți copii din grupul țintă au primit ghiozdane, rechizite și produse de igienă, 48 dintre aceștia tablete deși inițial acestea nu erau prevăzute în proiect, fiind ulterior incluse prin act adițional. Acest proiect vine și în sprijinul familiei, 60 de familii în dificultate primind subvenții lunare în valoare de 250 lei pentru încurajarea participării copiilor la activitățile din cadrul proiectului. O dificultate a fost reprezentată de activitatea de organizare de excursii pentru grupul țintă, din cauza pandemiei.

**758.** În cadrul proiectului implementat de către Asociația Centrul de Cercetare și Formare a Universității de Nord Baia-Mare au fost realizate documentațiile pentru acreditarea serviciilor sociale nou-dezvoltate, fiind parcurse toate etapele pentru obținerea acreditărilor. Echipa proiectului a realizat macheta programului structurat, modular, de intervenție pentru prevenirea riscului de separare a copiilor de familie când aceștia au un părinte sau ambii părinți plecați în străinătate. În ceea ce privește furnizarea de servicii sociale pentru copiii aflați în risc de separare de familie având părinții plecați la muncă în străinătate și care se confruntă cu situații de criză familială, au fost selectați 75 de copii din totalul de 180 din grupul țintă preconizat cu care se desfășoară activitățile planificate. Un alt aspect important este acela că, pe fondul relaxării restricțiilor, 41 de copii au participat la tabere în zona Baia-Mare - Borșa, în care au desfășurat activități și ateliere de lucru sub îndrumarea experților implicați în implementarea proiectului.

**759.** Se poate constata faptul că proiectele finanțate au înregistrat progrese semnificative ale activităților planificate, înregistrându-se rezultate în sensul că o bună parte din grupul țintă a beneficiat deja de serviciile oferite în cadrul acestor proiecte. Nu se poate încă vorbi despre efecte în sensul obiectivelor finale ale acestor intervenții - ex. reducerea riscului separării copiilor de familie, o mai bună adaptare a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție al copilului la viața independentă, reducerea abandonului școlar etc - astfel de efecte necesitând derularea sistematică și pe o perioadă mai lungă a activităților finanțate în prezent prin proiectele POCU. Din acest punct de vedere, măsura în care astfel de activități pot continua după încheierea proiectelor reprezintă un element cheie al succesului intervențiilor, acest aspect al sustenabilității fiind analizat într-o secțiune dedicată a raportului.

**Măsura în care intervențiile finanțate și incluse în TE 5 au contribuit la creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, serviciile electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale**

**760.** Deși a fost prevăzut la nivelul OS 4.7 *Creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, servicii electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale*, un ghid al soliciantului care a fost publicat și spre consultare, nu a fost lansat niciun apel la nivelul acestui OS.

**761.** Cu toate acestea, în cadrul a 2 din cele 3 proiecte sistemice finanțate sunt prevăzute activități destinate utilizării de soluții TIC în furnizarea serviciilor sociale.

**762.** În cadrul proiectului „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor” platforma digitală prevăzută a fi realizată va permite asistenților maternali și personalului specializat din cadrul partenerilor (instituții cu responsabilități în domeniul asistenței sociale, respectiv cu atribuții în domeniul protecției speciale a copilului separat de familie și al prevenirii separării copilului de familie) să acceseze o serie de surse de informare sau de medii on-line de dezbateri, pe teme dedicate asistenței sociale și protecției speciale a copilului separat de familie. Utilizarea platformei nou create va conduce la ușurarea procesului instructiv-educativ prin însușirea unor procese de învățare active și autonome, creșterea interesului asistenților maternali pentru instruire, crearea unor medii noi de învățare formală sau nonformală, individuală și în grup. Până la realizarea acestei evaluări au fost derulate acțiuni pregătitoare pentru realizarea platformei, prin elaborarea setului de cerințe tehnice ale acesteia. Sunt în curs de pregătire documentațiile pentru achiziția serviciilor de realizare a platformei digitale și a tabletelor necesare pentru conectarea asistenților maternali la această facilități e-learning.



**763.** În cadrul proiectului „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale” este prevăzută dezvoltarea unei aplicații on-line care va fi utilizată de echipele comunitare pentru managementul de caz. Până la realizarea acestei evaluări fusese finalizat documentul referitor la obiectivele, procesele cheie și inter-operabilitatea aplicației online, fiind în curs de desfășurare descrierea arhitecturii sistemului și a infrastructurii modulelor aplicației online. Totodată, a fost finalizată activitatea de stabilire și definire a cerințelor echipei comunitare integrate și este în curs de elaborare caietul de sarcini privind dezvoltarea și adaptarea sistemului informatic de date relevante și într-un mod accesibil echipelor comunitare integrate. Toate echipele comunitare vor fi dotate cu tablete digitale pentru utilizarea aplicației.

### **Sinteza constatărilor**

**764.** Principalele constatări ale echipei de evaluare privind contribuția POCU la creșterea calității și accesului la servicii sociale sunt distinct conturate pe cele 2 categorii de intervenție - cele 3 proiecte sistemice și respectiv proiectele finanțate prin mecanism competitiv.

**765.** Cele 3 proiecte sistemice reprezintă intervenții extrem de necesare, care răspund unor nevoi sociale acute. Proiectele au fost concepute ca intervenții pe termen lung, de anvergură națională, la nivel de sistem, cu implicarea instituțiilor cheie în domeniile vizate, urmărind schimbări importante prin creșterea la nivel național a calității sistemelor sociale existente care fac obiectul celor 3 proiecte, respectiv asistență comunitară, asistență comunitară integrată, asistență maternală. Combinația de activități planificate este adecvată obținerii efectelor planificate, sunt prevăzute atât dezvoltarea cadrului metodologic, recrutarea de personal nou cât și formarea grupului țintă, 2 dintre cele 3 proiecte vizând formarea întregului personal la nivel național. Pentru 2 din cele 3 proiecte este de asemenea prevăzută dezvoltarea de aplicații informatice dedicate personalului din sistem și vizând astfel creșterea calității serviciilor oferite. Au fost deja înregistrate rezultate ale intervențiilor, cel mai avansat din punct de vedere al implementării fiind proiectul privind asistența comunitară integrată. Acest proiect a înregistrat deja rezultate și din punct de vedere al transpunerii într-un act normativ a cadrului metodologic privind funcționarea asistenței medicale comunitare.

**766.** Colaborarea între instituțiile partenere în cadrul proiectelor funcționează bine și este un factor esențial în implementarea acestor intervenții de anvergură.

**767.** Proiectele finanțate în cadrul mecanismului de selecție competitiv răspund de asemenea unor nevoi clare la nivel local și sunt încă în curs de derulare, aflându-se aproximativ la jumătatea perioadei de implementare planificate. Proiectele au înregistrat progrese semnificative ale activităților planificate, înregistrându-se rezultate în sensul că o bună parte din grupul țintă a beneficiat deja de serviciile oferite în cadrul acestor proiecte. Nu se poate încă vorbi despre efecte în sensul obiectivelor finale ale acestor intervenții - ex. reducerea riscului separării copiilor de familie, o mai bună adaptare a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție al copilului la viața independentă, reducerea abandonului școlar etc - astfel de efecte necesitând derularea sistematică și pe o perioadă mai lungă a activităților finanțate în prezent prin proiectele POCU. Din acest punct de vedere, măsura în care astfel de activități pot continua după încheierea proiectelor reprezintă un element cheie al succesului intervențiilor, acest aspect al sustenabilității fiind analizat într-o secțiune dedicată a raportului.

**768.** Contribuția POCU la progresul acestor proiecte și la rezultatele obținute este indiscutabil. În absența finanțării POCU majoritatea activităților proiectelor nu ar fi putut fi implementate din cauza resurselor materiale și financiare insuficiente.

**769.** Din punct de vedere al atingerii țintelor indicatorilor, progresul înregistrat de toate proiectele analizate este încă limitat, existând însă șanse ridicate pentru atingerea în cea mai mare parte a acestor ținte, dacă proiectele vor continua să progreseze adecvat în perioada de implementare rămasă.

### 7.2.3. ÎE3. ALTE EFECTE INTENȚIONATE SAU NEINTENȚIONATE, POZITIVE SAU NEGATIVE

#### **Ipoteza 3: Proiectele au produs și alte efecte neintenționate, pozitive sau negative.**

**770.** Prin această întrebare de evaluare s-a urmărit realizarea unei evaluări exploratorii a măsurii în care intervențiile finanțate în cadrul Temei 5 pe cele două nivele, respectiv proiecte sistemice și proiecte competitive au produs efecte pozitive sau negative în afara celor prevăzute la nivel proiectelor implementate și a celor identificate în Logica de Intervenție.

#### **Efecte pozitive neintenționate de la nivelul proiectelor sistemice**

**771.** În cazul proiectului „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor”, până la data realizării acestui studiu de caz, implementarea activităților proiectului a dus și la înregistrarea altor efecte decât cele sociale planificate, efecte benefice pentru sistemul național de asistență maternală:

- **Întinerirea rețelei de asistenți maternali** prin angajarea noilor asistenți maternali în paralel cu ieșirea din sistem prin pensionare a unor asistenți maternali;
- **Dezvoltarea capacității unor DGASPC-uri privind managementul proiectelor**, unele dintre DGASPC-uri neavând experiență anterioară în implementarea de proiecte finanțate în cadrul unor programe operaționale;
- **Conștientizarea**, la nivelul instituțiilor implicate în proiect, a importanței colaborării și comunicării adecvate între instituțiile responsabile din sistemul de asistență maternală pentru succesul unei intervenții de anvergură națională și pentru sustenabilitatea rezultatelor obținute.

**772.** Proiectul „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale” a înregistrat de asemenea anumite efecte neplanificate:

- Faptul că activitatea de promovarea la nivel de UAT a nevoii serviciilor comunitare integrate a adus rezultate mai bune decât se anticipa în majoritatea situațiilor, chiar dacă există încă UAT reticente la implementarea acestui concept;
- Dedicția membrilor echipelor comunitare reprezintă de asemenea un efect secundar foarte important al proiectului și totodată un factor favorizant al implementării intervenției.

#### **Efecte pozitive neintenționate de la nivelul proiectelor competitive**

**773.** Și la nivelul proiectelor competitive s-au înregistrat anumite efecte neplanificate, aspect reliefat în special prin studiile de caz. Spre exemplu, proiectul implementat de către Asociația Centrul de Cercetare și Formare a Universității de Nord Baia-Mare a generat ca și efect neplanificat o colaborare foarte bună între beneficiar, DGASPC Maramureș și DAS-urile, respectiv SPAS-urile din județ. La momentul demarării cercetării și culegerii datelor în vederea realizării studiului, aceste instituții au furnizat date factuale legate de copiii care se confruntă cu riscul separării de familie, aspect care a ușurat activitatea și a permis o structurare a intervenției în acord cu realitatea din teren. De asemenea, instituțiile școlare au trimis, din proprie inițiativă, date legate de elevii din grupul țintă și situația lor școlară, astfel încât intervenția să fie centrată pe nevoile acestor copii. Nu în ultimul rând, s-a creat o rețea de sprijin între administrația publică locală și beneficiar, pe baza căreia au putut fi desfășurate taberele pentru copii planificate în proiect, cu respectarea tuturor măsurilor de distanțare socială impuse de pandemia COVID-19.

**774.** Proiectul implementat de către UAT Flămânzi a dus la o creștere neașteptată a interesului pentru activitățile proiectului, manifestată prin numărul de cereri transmise Primăriei de către părinții elevilor din comunitate de a participa la activitățile proiectului. Prin proiect s-a acordat sprijin pentru toți elevii în efectuarea temelor, obținându-se efecte neașteptate prin proiect – scăderea numărului absențelor înregistrate de școli, reducerea abandonului școlar și creșterea performanței școlare.

### **Sinteza constatărilor**

**775.** Analiza informațiilor disponibile relevă faptul că au fost identificate efecte neașteptate pozitive ale intervențiilor, principalele efecte observate fiind: consolidarea colaborării și comunicării dintre instituțiile de la nivelul parteneriatului proiectului cu alte instituții responsabile din sistemul de asistență socială; consolidarea capacității de gestionare a unor astfel de proiecte de la nivelul organizațiilor participante în proiecte (fie proiecte sistemice de anvergură mare, fie proiecte la o scară mai mică, cele competitive); creșterea conștientizării cu privire la nevoia de servicii comunitare integrate.

#### **7.2.4. ÎE4. EFECTUL DE PROPAGARE**

##### **Ipoteza 4: Efectele proiectelor se propagă în afara ariei de acțiune a intervențiilor**

**776.** Având în vedere stadiul de implementare a intervențiilor, informațiile colectate cu privire la efectele propagate ale intervenției sunt limitate de la nivelul studiilor de caz.

**777.** Totodată este important de menționat faptul că la nivelul proiectelor, în special a celor sistemice, nu s-a avut în vedere o monitorizare a afectelor propagate asupra creșterii calității vieții persoanelor care beneficiază de un acces mai bun la servicii sociale.

**778.** Cu toate acestea, informațiile colectate prin studii de caz, evidențiază efecte de propagare/contagiune la nivelul activităților de promovare a proiectelor, în special a celor sistemice. De exemplu, activitățile de promovare de la nivelul proiectului „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, evidențiază faptul că s-a realizat o conștientizare pe scară largă a conceptului de echipă comunitară integrată, ca un concept nou introdus la nivelul mai multor UAT-uri și altor grupuri țintă care poate inițial erau reticente cu privire la implementarea acestui concept. Totodată a crescut nivelul de conștientizare a autorităților locale cu privire la necesitatea asigurării de servicii comunitare integrate.

**779.** Un alt exemplu este campania de conștientizare cu privire la identificarea potențialilor asistenți maternali cu privire la importanța profesiei de asistent maternal la nivel național în scopul creșterii calității sistemului de asistență socială care împreună cu celelalte evenimente de diseminare a rezultatelor proiectului la nivel regional și național vor contribui la un nivel crescut de informare și conștientizare privind proiectul și beneficiile sale pentru grupul țintă, oferind astfel posibilitatea unei implicări crescute la nivelul comunităților locale.

**780.** Un alt efect propagat important al intervențiilor POCU TE5 se referă la transmiterea unor cunoștințe și competențe de la membrii grupului țintă către alte persoane care nu au participat la intervenții, de exemplu de la nivelul echipelor comunitare integrate către alți colegi, sau de la nivelul asistenților maternali formali către alți colegi.

### **Sinteza constatărilor**

**781.** Efectele intervențiilor POCU incluse în TE5 depășesc granița sectoarelor sau grupurilor vizate de intervenție. Acestea s-au manifestat în primul rând prin efecte pozitive la nivelul altor grupuri țintă și comunităților cu privire la concepse dezvoltate la nivelul proiectelor sistemice, cum ar fi echipa comunitară integrată sau creșterea nivelului de conștientizare al autorităților publice locale cu privire la necesitatea serviciilor comunitare integrate.

#### **7.2.5. ÎE5. DURABILITATEA EFECTELOR**

##### **Ipoteza 7: Efectele proiectelor sunt durabile dincolo de momentul intervenției**

**782.** Dat fiind faptul că proiecte sunt încă în curs de implementare la data prezentei evaluări, majoritatea dintre proiectele din cadrul Temei 5 mai având de parcurs încă 1-2 ani până la finalizarea



activităților, abordarea metodologică a presupus **explorarea potențialelor efecte durabile** ale intervenției POCU.

**783.** În acest sens, prin anchetele realizate la nivelul proiectelor sistemice, prin ateliere de lucru cu beneficiarii finanțării și studiile de caz s-au investigat **premisele/elementele necesare de asigurare a sustenabilității proiectelor.**

#### **SUSTENABILITATEA ACTIVITĂȚILOR DE DEZVOLTARE DE PROCEDURI/INSTRUMENTE/MECANISME ÎN DOMENIUL ASISTENȚEI SOCIALE**

**784.** La nivelul proiectului „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor”, sustenabilitatea activităților de dezvoltare de proceduri/instrumente se va realiza prin integrarea de către partenerii din proiect, respectiv ANDPCA și partenerii DGASPC-uri a acestor proceduri și metodologii în activitatea proprie. Totodată, setul de proceduri/metodologii/instrumente vor fi utilizate în activitățile și proiectele ulterioare. Setul de proceduri dezvoltat în cadrul proiectului va fi diseminat de către ANDPDCA în rețeaua DGASPC și către alte entități publice și private cu atribuții în domeniul asistenței sociale relevante (de exemplu ANPIS, AJPIS, etc.) și utilizat în mod unitar în activitățile ulterioare din domeniu, susținând astfel calitatea serviciilor de asistență socială. Totodată după finalizarea proiectului, setul de proceduri va putea fi îmbunătățit/adaptat nevoilor în continuă schimbare, ANDPDCA fiind principalul responsabil pentru realizarea acestei operațiuni, conform cadrului legal de organizare și funcționare.

**785.** Totodată, la nivel instituțional se va avea în vedere menținerea funcțională a colaborării între parteneri, planificând direcții de acțiune comună, utilizând rezultatele proiectului (set de proceduri, materiale de instruire, resurse umane etc.) în scopul creșterii calității serviciilor sociale furnizate ulterior finalizării proiectului. Parteneriatul constituit pentru proiect va asigura sustenabilitatea proiectului prin continuarea procesului de dezvoltare a rețelei de asistenți maternali, în virtutea atribuțiilor legale.

**786.** Proiectul „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, mai are de parcurs aproximativ 1 an din perioada de implementare (cu posibilitate de prelungire) la data prezentei evaluări. În ceea ce privește **sustenabilitatea aplicării instrumentelor** create în cadrul proiectului, corelat astfel cu principiul transferabilității, faptul că se prevede aprobarea acestora printr-o serie de acte normative/și sau administrative crează premisele necesare și suficiente pentru asigurarea implementării adecvate a cerințelor privind sustenabilitatea resurselor și a mecanismelor create prin această intervenție financiară.

**787.** Astfel, **mecanismul de colaborare inter-instituțională** pentru furnizarea serviciilor comunitare integrate și procedurilor de intervenție integrată a serviciilor comunitare elaborate și pilotate în cadrul proiectului vor fi transferate spre alte comunități. Transferul și multiplicarea abordării integrate se va face prin intermediul proiectelor necompetitive, precum și prin intermediul centrelor comunitare integrate:

- a. în cadrul obiectivului specific 4.6 prin proiectul necompetitiv ce va fi depus și implementat de către Ministerul Muncii. Prin intermediul proiectului necompetitiv ce va fi depus în cadrul obiectivului specific 4.6, Ministerul Muncii va implementa abordarea integrată a serviciilor comunitare în celelalte comunități identificate în Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România publicată de către Banca Mondială cu tip de marginalizare peste medie și severă.
- b. în cadrul obiectivului specific 6.3. prin proiectul necompetitiv ce va fi depus și implementat de către Ministrul Educației.

**788.** La nivel general, pe baza propunerilor de modificare a actelor normative în vigoare, ministerele implicate vor face demersurile necesare pentru **îmbunătățirea legislației** care să permită multiplicarea acestui proiect, având în vedere angajamentele asumate. Din punct de vedere metodologic, la finalul proiectului se va realiza pachetul metodologic pentru servicii comunitare integrate, standardul comun de furnizare a serviciilor comunitare integrate. Astfel, toate documentele elaborate la nivelul proiectului vor



fi transpuse în documente cu caracter administrativ și normativ care vor fi implementate la nivel național, asigurându-se astfel implementarea modelului de servicii comunitare integrate la nivel național.

#### **SUSTENABILITATEA PROGRAMELOR DE FORMARE PROFESIONALĂ/INVESTIȚIILOR ÎN RESURSA UMANĂ**

**789.** La nivelul proiectului **TEAM-UP**, competențele achiziționate în cadrul programului de formare de către asistenții maternali și personalul specializat din sistem vor produce efecte pe termen lung, și după finalizarea proiectului, în ceea ce privește creșterea calității serviciilor oferite copiilor din sistemul de protecție prin aplicarea la nivelul intervențiilor ulterioare (serviciilor viitoare pentru copiii din sistemul de protecție) a noilor standarde și cunoștințe acumulate prin program, inclusiv în zonele rurale și comunitățile de romi. ANDPDCA va monitoriza anual pentru o perioadă de 3 ani formarea profesională continuă a asistenților maternali în baza programului de formare elaborat prin proiect, având la bază parteneriatul cu rețeaua DGASPC.

**790.** Din perspectiva consolidării rețelei de asistenți maternali, după finalizarea proiectului, în virtutea atribuției de coordonare și îndrumare metodologică, ANDPDCA va organiza întâlniri semestriale cu DGASPC, pe o perioadă de cel puțin 3 ani, în cadrul cărora vor analiza funcționarea rețelei de asistență maternală, astfel încât să se asigure de valorificarea competențelor dobândite de asistenții maternali în cadrul programului de formare. De asemenea, continuarea colaborării dintre ANDPDCA și DGASPC va pune accent pe menținerea în sistem a noilor asistenți maternali angajați prin proiect pe o perioadă de cel puțin 3 ani după finalizarea implementării acestuia.

**791.** Proiectul „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, și-a propus sustenabilitatea în ceea ce privește investiția în resursele umane, prin mecanisme instituționale care funcționează la acest moment, fie vor fi create în cadrul proiectului. Astfel, cu privire la asistenții sociali care vor fi recrutați în cadrul proiectului, aceștia vor fi parțial remunerați prin subvențiile plătite, iar parțial vor fi remunerați de la bugetele locale, ei fiind angajați cu normă parțială, aceasta fiind o condiție necesară pentru acreditarea structurii ca furnizor de servicii sociale. Astfel, obținându-se acest angajament financiar încă din cadrul proiectului, se creează premisele sustenabile pentru preluarea specialiștilor în organigramele proprii ale UAT.

**792.** Cu privire la asistenții medicali comunitari, cadrul legislativ și instituțional actual care reglementează activitatea acestora prevede plata lor de la bugetul de stat, astfel încât nu există riscul ca autoritatea publică locală să renunțe la aceste servicii din cauza lipsei resurselor financiare. La nivelul celor 139 de comunități, prin Hotărârea Consiliului Local, autoritatea administrației publice locale se angajează să asigure resursele necesare în perioada de sustenabilitate în ceea ce privește obligațiile sale conform actelor normative în vigoare.

#### **DURABILITATEA EFECTELOR ASUPRA CREȘTERII CALITĂȚII SERVICIILOR SOCIALE**

**793.** La nivelul proiectelor sistemice, din studiile de caz realizate, a rezultat că există o serie de măsuri planificate menite să asigure sustenabilitatea efectelor proiectelor asupra creșterii calității serviciilor pe termen lung.

**794.** De exemplu, la nivelul proiectului TEAM-UP, măsurile de asigurare a sustenabilității au în vedere:

- **Planificarea sau atragerea de noi surse de finanțare** încă din faza de implementare a proiectului (bugete proprii, oportunități de finanțare existente în cadrul fondurilor structurale, granturile SEE etc.). Se vor avea în vedere măsuri prin care se asigură sustenabilitatea financiară după finalizarea proiectului. Acestea vor fi asigurate prin continuarea activității de bază a ANDPDCA și partenerilor DGASPC, care au un istoric dovedit de finanțări rambursabile și nerambursabile atrase.
- **Diseminarea rezultatelor proiectului** la nivel național, regional și local, în cadrul evenimentelor de informare organizate, pe pagina web a instituțiilor partenere în proiect, precum și prin materialele resursă utilizate vor contribui la un nivel crescut de informare și conștientizare



privind proiectul și beneficiile sale pentru grupul țintă, oferind astfel posibilitatea unei implicări crescute la nivelul comunităților locale, precum și a societății per ansamblu.

- **Rezultatele obținute vor fi multiplicat ulterior** la nivelul asistenților maternali care vor intra în sistem după data de finalizare a proiectului, fiecare partener DGASPC va multiplica la nivelul județului/sectorului rezultatele obținute, iar ANDPDCA va asigura multiplicarea rezultatelor la nivel național asigurând cadrul necesar pentru dezvoltarea sustenabilă a rețelei de asistență maternală.

**795.** În opinia evaluatorilor, combinația de elemente planificate în vederea asigurării sustenabilității rezultatelor proiectului este adecvată, existând așadar șanse ridicate ca aceste elemente să asigure menținerea rezultatelor obținute după încheierea proiectului. Totodată, informațiile colectate pentru acest studiu de caz la nivel DGASPC, privind posibilitatea și motivația acestora de menținere a rezultatelor proiectului, în special privind posibilitatea de a susține salariile asistenților maternali nou-angajați, indică un nivel ridicat al șanselor privind sustenabilitatea rezultatelor proiectului.

**796.** În ceea ce privește proiectul „**Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale**” susținerea financiară a serviciilor în perioada de sustenabilitate, în cazul Ministerului Sănătății, este reglementată la acest moment. În ceea ce privește Ministerul Muncii, se are în vedere modificarea legislativă care să permită plata personalului încadrat la SPAS de la bugetul de stat, această măsură regăsindu-se și în Programul de Guvernare 2018-2020. Cu privire la celelalte elemente prezentate și mai sus, respectiv a aplicării instrumentelor, a mecanismelor inter-institutionale, faptul că se prevede aprobarea acestora printr-o serie de acte normative și/sau administrative crează premisele necesare și suficiente pentru asigurarea implementării adecvate a cerințelor privind sustenabilitatea resurselor și a mecanismelor create prin această intervenție financiară.

**797.** În opinia evaluatorilor, combinația de elemente planificate în vederea asigurării sustenabilității rezultatelor proiectului este adecvată dar insuficientă. Cele mai mari șanse de sustenabilitate există în cazul personalului medical din cadrul echipei comunitare integrate (asistenți medicali și medieri sanitari) în cazul acestora bugetul de stat urmând să preia plata salariilor. Totodată, interesul ridicat al celor care au aplicat pentru aceste poziții din proiect reprezintă un factor important în sprijinul continuității pe post a acestor persoane după încheierea proiectului. În privința asistenților sociali comunitari nou recrutați sunt conturate 2 variante - preluarea salariilor de către bugetele locale ale primăriilor sau plata acestora de la bugetul de stat, pe baza unui act normativ care ar urma să fie emis - ambele variante fiind prevăzute prin planul proiectului. Există însă un risc ridicat ca activitatea consilierilor și mediatorilor școlari din perioada proiectului să se diminueze sau să înceteze odată proiectul încheiat. Acești consilieri sunt angajați ai altor instituții județene (CJRAE) iar pe perioada proiectului exercită în plus față de atribuțiile normale și activitate în comunitățile proiectului, fiind remunerați pentru această activitate suplimentară prin subvențiile primite prin proiect. Mediatorii școlari sunt în prezent retribuiți din subvențiile acordate prin proiect. În lipsa continuării finanțării după încheierea proiectului pentru această activitate suplimentară pe care o desfășoară pe perioada proiectului în cadrul comunităților, foarte probabil consilierii școlari vor reveni la activitatea anterioară proiectului, adică nu vor mai activa în comunitățile care fac parte din proiect. Una dintre posibilități se referă la crearea unor noi posturi de consilier și mediator școlar în organigrama CJRAE, pentru localitățile din proiect, cu condiția existenței unui număr minim de 500 de elevi per post de consilier. Însă în condițiile în care numărul posturi de consilier școlar sunt oricum insuficiente la momentul actual, șansele de a crea noi posturi de consilieri școlari cărora să le fie arondate populația școlară din comunitățile din proiect sunt reduse.

**798.** **La nivelul proiectelor competitive**, având în vedere diversitatea activităților derulate și nivelul relativ ridicat al finanțării acordate proiectelor implementate, măsura în care beneficiarii pot continua implementarea acestor activități după încheierea proiectelor devine un aspect foarte important al intervenției POCU. Informațiile colectate de către echipa de evaluare cu privire la șansele de menținere a activităților după încheierea proiectelor prezintă o imagine mixtă. Toți beneficiarii intenționează



menținerea activităților post-proiect, există o serie de acțiuni deja întreprinse de către unii beneficiari pentru a integra aceste activități specifice proiectului în activitatea de rutină a organizației, existând în același timp conștientizarea faptului că resursele materiale și financiare disponibile vor permite continuarea activităților la un nivel mai redus decât cel din perioada proiectului. Există de asemenea și beneficiari care estimează posibilități foarte limitate de continuare a activităților post-proiect, principala cauză fiind nivelul foarte redus de resurse pe care îl au la dispoziție în acest scop. De aceea, una dintre principalele pârghii avute în vedere de către beneficiari pentru continuarea activităților post-proiect este reprezentată de accesarea unor viitoare surse de finanțare.

**799.** De exemplu, în cazul DGASPC Baia-Mare, activitatea de consiliere și sprijin a fost inclusă în organigrama centrului de zi, fiind astfel asigurată pe perioadă nedeterminată. De asemenea, sustenabilitatea este asigurată și cu sprijinul unui proiect complementar privind asistenței maternale, prin includerea în organigramă a unui număr de asistenți maternali ale căror salarii să poată fi acoperite în continuare, după finalizarea proiectului în 2023.

**800.** În cazul DASM Cluj, sustenabilitatea pentru proiectul PROTECT va continua prin intermediul Centrului de Resurse pentru Părinți și Familie, probabil nu la capacitatea oferită prin proiect (fără a se acoperi subvențiile sau alte facilități) însă cu siguranță prin furnizarea în continuare a serviciilor de bază, respectiv consilierea psihologică și socială. Din perspectiva celui de-al doilea proiect privind finanțarea locurii pentru tineri, sustenabilitatea va fi asigurată prin programul de chirii dezvoltat de Primăria Cluj, prin intermediul Centrului de Incluziune Specială din cadrul DASM și prin intermediul serviciilor de specialitate oferite de DGASPC Satu-Mare. Atât DASM, cât și DGASPC sunt furnizori publici de servicii sociale și au responsabilități conform legii în acest sens.

**801.** DGASPC Buzău va continua furnizarea serviciilor de integrare socio-profesională și vocațională pentru tinerii care părăsesc sistemul de protecție. În ceea ce privește cele 9 apartamente închiriate prin proiectul curent, nu s-a decis încă păstrarea sau renunțarea la acestea, decizia urmând a fi luată în funcție de numărul tinerilor care vor avea nevoie de apartamente la momentul finalizării proiectului. Pentru asigurarea sustenabilității activităților, s-au stabilit de asemenea parteneriate cu organizații și fundații.

**802.** În cazul Fundației pentru Dezvoltarea Serviciilor Sociale, sustenabilitatea va fi asigurată, dar nu la aceeași dimensiune din punct de vedere al numărului de beneficiari. Există însă speranța de a perpetua bunele practici și de a conștientiza lecția cea mai importantă care s-a desprins în urma implementării activităților proiectului și anume că prevenția e mult mai eficientă decât tratarea ulterioară a problemei.

**803.** Asociația Centrul de Cercetare și Formare a Universității de Nord Baia-Mare asigură sustenabilitatea proiectului prin cumularea a două metode, respectiv transferul centrelor către administrația publică locală și sprijinul acordat de către Universtate pentru continuarea activității prin punerea la dispoziție a personalului și dotărilor centrelor. Administrația publică locală și-a exprimat interesul de a continua activitatea după finalizarea finanțării prin preluarea centrelor de către DAS Baia-Mare, pentru ca activitatea să poată continua în condiții optime. Prin parteneriatul existent la nivel local, Universitatea va continua să identifice și să acceseze alte surse de finanțare care să permită obținerea fondurilor necesare pentru finanțarea activității centrelor.

**804.** Sustenabilitatea se va dovedi dificilă pentru beneficiarul UAT Flămânzi. În acest moment se estimează că din cauza resurselor materiale inexistente, sustenabilitatea proiectului poate fi realizată prin voluntariat din partea membrilor echipei de implementare, atragerea de sponsori sau un alt proiect complementar. Voluntariatul din partea membrilor echipei de proiect presupune participarea acestora la activități ulterior încheierii perioadei de finanțare a proiectului, fără plată, aspect care nu este de natură a încuraja desfășurarea acestor activități. O altă soluție luată în calcul la nivelul beneficiarului este aceea de a diminua activitățile desfășurate, astfel încât acestea să poată fi implementate. Atragerea sponsorizărilor reprezintă o altă variantă, care însă este puțin probabil a fi utilizată din cauza lipsei agenților economici cu posibilități financiare ridicate în zonă. Posibilitatea luată în calcul ca și soluție de asigurare a sustenabilității este aceea de a continua activitatea printr-un proiect complementar, finanțat din



viitoarele programe operaționale. În acest sens, UAT oraș Flămânzi a încheiat un acord de parteneriat cu o firmă de consultanță care să se ocupe de atragerea de fonduri, astfel încât să poată fi asigurată sustenabilitatea proiectului aflat în implementare.

### **Sinteza constatărilor**

**805.** Durabilitatea efectelor intervențiilor POCU este un element cheie care poate influența conceperea unor intervenții similare viitoare. Analizele echipei de evaluare indică o imagine mixtă a șanselor de durabilitate ale proiectelor finanțate. În cazul proiectelor sistemice, elementele prevăzute prin planurile proiectelor pentru susținerea efectelor proiectelor după încheierea acestora sunt adecvate, dar nu neapărat suficiente, cel puțin în cazul proiectului care vizează dezvoltarea serviciilor comunitare integrate. În cazul acestui proiect, asigurarea menținerii în formulă completă a echipelor comunitare integrate după încheierea proiectului va reprezenta o provocare, riscurile cele mai mari existând în ceea ce privește posturile de consilieri școlari și mediatori școlari.

**806.** În cazul proiectelor competitive, se poate estima faptul că sustenabilitatea va fi mai ușor de asigurat în cazul localităților mari și al organizațiilor cu putere financiară mai ridicată. În cazul în care se dispune de resurse, decizia autorităților locale de a aloca resurse pentru menținerea unor structuri și activități dezvoltate prin proiectele finanțate depinde în bună parte de măsura în care nevoile astfel adresate sunt percepute ca fiind acute. Dacă în schimb există alte nevoi locale considerate prioritare, atunci resursele vor fi direcționate către acele nevoi. Cu alte cuvinte, dacă proiectele au fost concepute pentru că existau nevoi acute locale, șansele de continuare a activităților după încheierea proiectului sunt mai ridicate decât în situația în care proiectele au fost generate preponderent de existența unei surse de finanțare. În condițiile în care nevoile sunt multiple iar resursele limitate, au șanse mai ridicate de a fi continue după încheierea proiectelor acele intervenții care răspund celor mai acute nevoi din această multitudine.

### **7.2.6. ÎE6. MECANISMELE CARE AU FACILITAT/ÎMPIEDICAT EFECTELE ȘI CARACTERISTICILE CHEIE CONTEXTUALE ALE ACESTORA**

***Ipoteza 8: Mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile.***

**807.** O serie de factori interni și externi au influențat apariția și manifestarea efectelor Temei 5. În funcție de nivelul la care au acționat au fost distinși factori externi la nivel de context și factori la nivelul programului/proiectelor.

La nivel general

#### ***Factori contextuali***

**808.** Unul dintre factorii contextuali externi **care au împiedicat manifestarea efectelor atât la nivelul proiectelor sistemice cât și a celor competitive este pandemia COVID-19.** Contextul pandemiei, restricțiile din perioada stării de urgență/stării de alertă, în ciuda eforturilor depuse de solicitanți și parteneri pentru a menține proiectele în parametrii graficelor de implementare asumate, a însemnat o perioadă de impredictibilitate și incertitudine.

**809.** La nivelul proiectelor sistemice, contextul pandemic s-a reflectat în întârzieri inevitabile ale procesului de implementare a activităților proiectului, iar echipele de management ale proiectelor au adoptat măsurile necesare pentru a răspunde nevoilor implementării proiectului, însă aceste măsuri au necesitat timp suplimentar față de graficul de lucru inițial.

**810.** Studiul de caz realizat la nivelul proiectului „**TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor**” a evidențiat în acest context dificultățile cu organizarea și derularea programului de formare pentru aproximativ 15.000 de asistenți maternali (625 de grupe de cursanți) într-o perioadă care probabil

nu va fi mai mare de 18 luni va reprezenta o provocare considerabilă, mai ales în condițiile și a altor posibile viitoare restricții cauzate de pandemie. Totodată, la nivelul echipei de proiect a apărut și necesitatea creșterii nivelului de resurse umane alocate proiectului dar care a avut drept cauză o subdimensionare la momentul planificării proiectului a necesarului de resurse umane. Astfel a fost necesară extinderea echipei de proiect la nivelul Beneficiarului prin crearea unor poziții noi (expert IT, expert comunicare, 2 contabili); demisia responsabilului achiziției și dificultatea înlocuirii acestuia, postul fiind vacant pentru o perioadă de peste 6 luni; necesitatea contractării unor servicii de consultanță în achiziții pentru a putea face față unui volum ridicat de achiziții într-o perioadă cât mai scurtă de timp.

**811.** La nivelul proiectelor competitive, pandemia a influențat nu doar implementarea proiectelor ci a generat totodată o creștere a problemelor grupului țintă, care de cele mai multe ori nu are nevoile de bază asigurate, lipsa resurselor financiare și a libertății de mișcare generând creșterea gradului de neglijare, a riscului de abandon școlar și totodată a riscului de separare a copiilor de familii datorită amplificării problemelor intrafamiliale (violență domestică, consumul de alcool etc.).

**812.** Din activitatea de cercetare documentară, atelierelor regionale cu beneficiarii finanțării și de la nivelul studiilor de caz realizate, a reieșit faptul că **pandemia a afectat semnificativ implementarea proiectelor** analizate, însă totuși nu la un nivel care să determine probleme insurmontabile în implementare. Există o singură excepție, un proiect care dintr-un cumul de cauze, inclusiv influența negativă a pandemiei, a fost reziliat. În afară de acest exemplu particular, influența pandemiei a putut fi contracarată la nivelul proiectelor finanțate. În general, activitățile proiectelor au fost adaptate continuu în funcție de contextul pandemic și de nevoile grupului țintă. Exemple privind modul în care pandemia a afectat implementarea proiectelor:

- Proiectul implementat de DASM Cluj a întâmpinat anumite dificultăți în procesul de recrutare a grupului țintă, inclusiv în contextul pandemiei, și mai ales din cauza faptului că în momentul scrierii proiectului s-au folosit o serie de statistici (numărul de tineri care urmau să părăsească sistemul de protecție specială în următorii 2 ani) statistici care ulterior s-au modificat. În același proiect, una dintre probleme a fost reprezentată de demararea primului curs de calificare pentru tineri. Având în vedere faptul că 3 dintre aceștia nu sunt vaccinați, singura soluție pentru organizarea acestui curs este de a testa în mod periodic participanții, neexistând însă buget alocat pentru aceste testări.
- În cazul DGASPC Buzău, proiectul a demarat mai târziu din cauza declanșării pandemiei, însă graficul de activități se încadrează în termenele stabilite. DGASPC Buzău participă de asemenea la un proiect privind dezvoltarea rețelei de asistenți maternali, în cadrul căruia a fost dificilă recrutarea de asistenți maternali din cauza contextului creat de pandemie.
- În cazul DAS Piatra-Neamț grupul țintă e complet constituit, nu au fost probleme deosebite cu implementarea proiectului, contextul pandemic acut a determinat suspendarea activităților proiectului timp de o lună, mediul online și vizitele realizate de specialiști la beneficiari în cazul unor probleme mai sensibile fiind soluțiile identificate pentru depășirea problemei.

**813. Alți factori contextuali identificați din mixul de metode de evaluare aplicate, au fost cei legați de participarea grupului țintă la intervențiile vizate datorită scăderii numărului acestora sau factori specifici tipului de intervenție.**

**814.** De exemplu, la nivelul proiectului sistemic „TEAM-UP: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor” cei **doi factori contextuali principali** cu efecte asupra rezultatelor planificate ale proiectului sunt: **scăderea, în unele județe, a numărului de copii care intră în sistemul de protecție și scăderea, în unele județe, a numărului de asistenți maternali. Deși primul dintre factori** este unul pozitiv și dezirabil din punct de vedere social, duce totodată la scăderea numărului de asistenți maternali necesari. În consecință, numărul de asistenți maternali existenți în sistem scade în județele unde are loc acest fenomen de scădere a numărului de copii intrați în sistem și totodată scade necesitatea angajării de noi asistenți maternali. Cel de al doilea factor are alte cauze decât cea menționată mai sus, printr-un proces

de rulaj natural al forței de muncă, spre exemplu prin pensionare sau prin dorința de ieșire din sistem a unor asistenți maternali.

**815.** Astfel, scăderea numărului de asistenți maternali existenți din cauzele menționate duce la dificultăți în atingerea țintei de 15.000 asistenți maternali instruiți, prin simplul fapt că nu vor mai exista 15.000 de asistenți maternali în sistem până la finalul proiectului. Totodată, scăderea nevoii de asistenți maternali duce la dificultăți în atingerea țintelor privind numărul de noi asistenți maternali angajați stabilite la nivelul fiecărui județ și prin urmare la un potențial risc de neatingere a țintei la nivel național de 4.000 de noi asistenți maternali angajați. Acest risc poate fi însă redus prin redistribuirea țăntelor privind numărul de noi asistenți maternali între județe în funcție de nevoi (în unele județe nevoia de noi asistenți maternali fiind în creștere) și păstrând aceeași țintă de 4.000 de noi asistenți maternali la nivel național.

**816.** Un alt exemplu de factor contextual specific tipului de intervenție în cazul proiectelor competitive adresate copiilor și tinerilor, a fost cel legat de serviciile de locuire. De exemplu, în cazul proiectului de tip „Prima cameră” implementat de către DASM Cluj, în cazul beneficiarilor de servicii de locuire, s-au încheiat contracte de închiriere pentru doar 6 din cei 32 tineri, din cauza identificării cu greutate a proprietarilor dispuși să încheie astfel de contracte (obligativitatea înregistrării contractului la ANAF, imposibilitatea finanțatorului de a achita o garanție pentru proprietar și un comision pentru agenția imobiliară, alte aspecte ce derivă din faptul că acest contract se încheie cu o instituție publică). O variantă luată în calcul este introducerea posibilității de a achita garanția solicitată de către proprietari prin act adițional și totodată prevederea unui comision pentru agenții.

#### **La nivel de proiecte**

**817.** Dintre factorii care au influențat pozitiv, informațiile colectate în cadrul interviurilor și atelierelor regionale și studiile de caz, au subliniat **colaborarea dintre organizațiile care implementează intervențiile, nivelul ridicat al motivației și angajamentul insitituțiilor implicate în proiect**, precum și experiența anterioară a organizațiilor în implementarea de proiecte similare, ca factori esențiali în atingerea rezultatelor. În cadrul studiilor de caz, au fost identificate atât exemple de bună colaborare între instituțiile din cadrul parteneriatului proiectului cât și cu alte instituții.

**818.** În acest sens, exemple relevante sunt cele de la nivelul proiectelor sistemice unde **mecanismele de colaborare inter-insituțională reprezintă principalii vectori de succes** pentru obținerea unor rezultate sistemice prin crearea unor cadre ulterioare de lucru la nivel național.

**819.** De exemplu, la nivelul proiectului „Team-up: Progres în calitatea îngrijirii alternative a copiilor”, studiul de caz a evidențiat **buna colaborare în cadrul parteneriatului proiectului, între beneficiarul ANDPDCA și DGASPC, colaborare susținută și de o bună organizare a echipelor de proiect de la nivel național și de la nivel județean**. Totodată, faptul că în proiect sunt implicate toate DGASPC la nivel național, demonstrează o abordare exhaustivă a proiectului care creează un cadru unitar de lucru la nivel național. La acestea se adaugă și nivelul ridicat al motivației și angajamentului instituțiilor implicate în proiect (ANDPDCA și DGASPC) privind implementarea acestui proiect, beneficiile acestui proiect sunt clare pentru cei implicați, prin urmare nivelul de implicare și eforturile depuse pentru succesul proiectului situându-se la un nivel ridicat.

**820.** Un alt exemplu în acest sens este și proiectul „**Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale**”, care evidențiază **eficiența mecanismului de colaborare inter-insituțională dintre cele 3 instituții partenere** în proiect - Ministerul Muncii, Ministerul Educației, Ministerul Sănătății, creând pentru prima dată **platforma unei colaborări practice și intense pe tema dezvoltării serviciilor comunitare integrate între aceste 3 instituții**.

**821.** Totodată de la nivelul studiului de caz realizat s-au evidențiat și alți factori cu influență pozitivă precum:

- **experiența anterioară a Ministerului Sănătății** acumulată prin implementarea unei intervenții pilot care a urmărit crearea de proceduri de lucru pentru serviciile medicale comunitare și s-a derulat cu finanțare norvegiană în 6 județe, 45 de comunități, Institutul Național de Sănătate Publică fiind organizația care a implementat acest proiect a reprezentat de asemenea un factor cu influență pozitivă.
- reglementarea prin act normativ (HG 324/2019) a activității de asistență medicală comunitară.
- **motivația și dedicația membrilor echipelor comunitare** privind dezvoltarea serviciilor comunitare integrate în sprijinul celor care au nevoie de aceste servicii.

**822.** Totodată, la nivelul acestui proiect sistemic, s-a evidențiat și **mecanismul de asigurare a complementarității, corelării** dintre prezenta intervenție finanțată prin POCU și POR pentru susținerea serviciilor comunitare integrate. A existat o colaborare strânsă între principalii actori implicați (AM POCU, AM POR, Ministerul Muncii, Ministerul Sănătății, Ministerul Educației) pentru a contura conceptul de asistență comunitară integrată și a defini în consecință scopul proiectelor finanțate și modul de a asigura complementaritatea între intervenția POCU și intervenția POR.

**823.** Pe de altă parte un factor cu influență mai puțin favorabilă reieșit ca urmare a studiului de caz a fost cel legat de **nivelul de conștientizare din partea tuturor autorităților administrației publice locale privind necesitatea serviciilor comunitare integrate este încă insuficient**. În consecință procesul de convingere a celor 139 de UAT aferente comunităților prevăzute în proiect privind necesitatea serviciilor comunitare integrate a fost de lungă durată, iar 21 din cele 139 de UAT prevăzute în proiect încă nu au semnat protocoalele de colaborare necesare pentru a intra în proiect. Se depun în continuare eforturi din partea echipei de proiect pentru a semna aceste protocoale cu un număr cât mai mare de UAT dintre cele care încă nu au semnat acest document.

**824.** La nivelul proiectelor competitive, una dintre problemele sesizate preponderent de către evaluatori și în mică măsură de către beneficiari se referă la numărul ridicat de activități prevăzute în cadrul proiectelor. În opinia evaluatorilor, un număr excesiv de activități creează riscuri majore de disipare a eforturilor și totodată de disipare a efectelor intervenției, sporește dificultatea implementării și duce la dificultăți în atingerea multiplelor ținte asociate acestor multiple activități.

*Pentru al doilea proiect s-au organizat foarte multe consultări cu experții și grupul țintă, încă din faza de scriere, problema care a apărut însă este legată de numărul mare de activități și subactivități. O reducere a numărului (acestora) ar fi binevenită pentru o implementare de succes.*

Manager de proiect

**825.** În ceea ce privește relația beneficiarilor cu Organismele Intermediare, au existat și experiențe pozitive și experiențe negative, predominând însă cele din urmă. Unul dintre aspectele benefice menționate de un beneficiar a fost relația cu OIR, care le-a permis clarificarea aspectelor neclare, depășirea rigorilor și înțelegerea aspectelor tehnice, identificarea soluțiilor, precum și deschiderea din partea ofițerilor de a înțelege în detaliu problematica și specificul domeniului social. Aspectele negative în relația beneficiarilor cu OIR se referă în principal la sarcina administrativă foarte ridicată, aspect amplificat de alți factori precum:

- Perioade prea scurte de soluționare a solicitărilor de clarificări, respectiv 3-5 zile, perioadă care devine extrem de solicitantă, în special în contextul în care membrii echipei de proiect desfășoară deja o altă activitate principală, în calitate de angajați ai beneficiarului;
- Aprobarea lentă a actelor adiționale (în prezent se poate ajunge la 40 de zile, din cauza numărului mare de semnături necesare, uneori chiar și din partea ministrului);
- Cerințele ofițerilor de monitorizare sunt neunitare (existând diferențe atât de la o regiune la alta, cât și în cadrul aceluiași OIR, în funcție de ofițerul de monitorizare/financiar implicat) și nu țin de



multe ori cont de realitatea de pe teren (de exemplu, se solicită uneori documente ce conțin informații personale sensibile din perspectiva beneficiarilor finali - dosarul personal al acestora).

**826.** În anumite cazuri s-au înregistrat de asemenea dificultăți în crearea și păstrarea echipei la nivelul solicitat în proiect, în sensul că fiecare dintre membrii echipei de proiect desfășoară deja o altă activitate principală în cadrul organizației beneficiarului, iar proiectul reprezintă o activitate suplimentară.

### **Sinteza constatrilor**

**827.** La nivelul proiectelor sistemice, apariția unor dificultăți cauzate de anvergura proiectelor era inevitabilă, contextul nefavorabil creat de efectele pandemiei sporind aceste dificultăți. Măsurile adoptate de către managementul proiectelor, împreună cu influențele pozitive ale unor factori diverși, au contribuit major la atenuarea problemelor și menținerea proiectelor pe direcția planificată.

**828.** Dintre factorii cu influență pozitivă se numără mecanismele de colaborare inter-instituțională în special de la nivelul proiectelor sistemice, motivația echipelor de proiect, experiența anterioară în derularea unor proiecte similare.

**829.** În ceea ce privește proiectele competitive, în ansamblu informațiile colectate indică faptul că implementarea acestor proiecte decurge bine însă nu fără dificultate. Dificultățile cauzate de pandemie au dus la întâzieri în implementare dar în general echipele de proiect au reușit să mențină proiectul pe direcție și au căutat în permanență soluții pentru adaptarea activităților la noul context. Similar, se caută permanent soluții pentru probleme specifice anumitor intervenții și se poate estima că astfel de probleme vor avea în final o influență moderată asupra atingerii rezultatelor planificate. În schimb problemele generate de relația beneficiarilor cu Organismele Intermediare și derivate din cerințele administrative adresate beneficiarilor nu par să se diminueze în timp și continuă să afecteze implementarea proiectelor prin eforturile necesare din partea echipei de proiect pentru a răspunde acestor cerințe, eforturi care ar fi putut în schimb să fie investite în activitățile de bază ale proiectelor.

## **7.2.7. ÎE7: DACĂ ȘI ÎN CE MĂSURĂ LUCRURILE AR FI PUTUT FI FĂCUTE MAI BINE?**

### **Ipoteza 7: Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare**

#### **NIVELUL PROIECTELOR SISTEMICE**

**830.** Experiența de până acum a implementării **proiectelor sistemice** finanțate prin POCU au dus la formularea următoarelor lecții:

- O intervenție la nivel național, care cuprinde toate instituțiile responsabile ale sistemului, creează premise adecvate pentru succesul intervenției și sustenabilitatea rezultatelor acesteia, efortul conjugat al tuturor factorilor responsabili la nivel central și local contribuind decisiv la crearea și menținerea schimbărilor vizate prin intervenție.
- Testarea prin proiecte de tip pilot este o etapă necesară în vederea implementării pe scară largă a unei noi abordări, proiectul privind dezvoltarea serviciilor comunitare integrate având un astfel de rol pilot.
- Intervenții de anvergură națională necesită o perioadă lungă de implementare, generată de nevoia de antrenare și aliniere a unui număr ridicat de instituții, precum și de amploare a activităților la nivel național. Prin urmare programul operațional ar trebui să permită durate de minim 5 ani ale unor astfel de proiecte pilot și cu acoperire națională, iar în funcție de situație chiar și perioade mai lungi de 5 ani.
- Nivelul de resurse necesare unei intervenții de anvergură națională trebuie bine analizat și corect dimensionat la momentul proiectării intervenției, în caz contrar măsurile de corecție necesare ulterior pot crea întâzieri semnificative ale procesului de implementare.



## NIVELUL PROIECTELOR COMPETITIVE

**831.** Una dintre cele mai importante lecții desprinse din experiența de până acum a implementării proiectelor se referă la necesitatea unei bune analize a nevoilor grupurilor țintă vizate, care să fundamenteze mai bine atât ghidul solicitantului cât și planurile proiectelor. Există situații, spre exemplu în localitățile mai mici, unde datele necesare unor astfel de analize sunt deficitare, ceea ce sporește problema. Indiferent de disponibilitatea datelor, este clar că o bună analiză a nevoilor, bazată chiar și pe date aproximative sau pe date calitative colectate ad-hoc ar contribui mult la elaborarea unor planuri ale intervențiilor mai relevante, cu efecte mai clare în relație cu nevoile reale ale grupurilor țintă vizate. Obținerea astfel a unor rezultate vizibile ar reprezenta totodată cel mai important stimulent pentru factorii de decizie locali pentru continuarea cu resurse proprii ale intervențiilor, după finalizarea proiectelor finanțate din fonduri europene.

*De asemenea, este necesară o analiză mai temeinică și vremelnică a nevoilor grupului țintă, evitând riscul de a implementa proiecte care nu se pliază pe nevoile reale ale beneficiarilor.*

Manager de proiect

*Oportunitățile de finanțare au fost valorificate la maxim, ar fi totuși utilă identificarea nevoilor reale ale beneficiarilor în momentul elaborării ghidului de finanțare, astfel încât ghidul să nu devină un document limitativ, fiind mai importantă adaptarea activităților la realitatea existentă și nu la rigorile ghidului.*

Manager de proiect

*O lecție foarte importantă este aceea că încă există unități administrativ teritoriale în care nu există date care să fundamenteze analizele și identificarea corectă a nevoilor, procesul de scriere a unui proiect fiind determinat de apariția unor surse de finanțare, și nu de o identificare corectă a nevoilor.*

Studiu de caz al echipei de evaluare

**832.** Alte lecții punctuale formulate de către beneficiarii proiectelor finanțate colectate cu ocazia derulării atelierelor de lucru regionale și a studiilor de caz se referă la:

- necesitatea implicării specialiștilor din cadrul instituției în elaborarea pachetelor de activități ale proiectelor, în condițiile în care aceștia vor fi persoanele direct responsabile de implementarea activităților proiectului și totodată implicarea responsabililor de achiziții încă din momentul conceperii proiectului.
- rolul parteneriatului din cadrul proiectului, ca factor cheie în buna implementare a activităților proiectului. Rolurile și sarcinile partenerilor fiind clare, implementarea poate fi facilă cu condiția implicării tuturor membrilor echipei.
- rolul activităților de comunicare de la nivelul proiectului, ca vector esențial ce poate determina o schimbare a atitudinii actorilor din comunitate și un sprijin necondiționat asigurat de aceștia, fiindcă înțeleg utilitatea proiectului și mijloacele prin care aceste activități conduc la rezolvarea unor probleme existente în comunitate.
- Necesitatea unei atitudini participative și colaborative tuturor factorilor implicați pentru a asigura atingerea rezultatelor și obținerea de efecte vizibile, atitudinea autorităților fiind la fel de importantă ca și cea a beneficiarilor, iar o schimbare în privința abordării intervențiilor în domeniul serviciilor sociale fiind absolut necesară din partea autorităților locale.
- experiența anterioară în implementarea de proiecte similare, fără aceasta fiind extrem de dificilă și riscantă implementarea unui proiect consistent din punct de vedere financiar și al activităților asumate.

**833.** Din punctul de vedere al echipei de evaluare, cele mai importante lecții învățate sunt următoarele:

- Înțelegerea cât mai bună a nevoilor locale și alegerea celor prioritare pentru a fi adresate printr-o intervenție în cadrul unui proiect reprezintă un factor cheie în succesul proiectului.
- Doar printr-o abordare sistemică pot fi dezvoltate și perfectate în timp toate elementele necesare unor intervenții eficiente: înțelegerea nevoilor grupurilor țintă vizate de intervenții, dezvoltarea de parteneriate pe plan local, implicarea adecvată a specialiștilor, dezvoltarea proceselor eficiente de comunicare între toți factorii interesați, inclusiv cu grupul țintă etc. Prin urmare proiectele finanțate ar trebui să susțină politici locale existente și să contribuie la buna implementare a acestora, luând astfel forma unor intervenții sistematice și de durată, mai degrabă decât să reprezinte intervenții punctuale care încetează odată cu finalizarea proiectului. Uneori este preferabilă lipsa unei intervenții punctuale decât situația în care se acordă un anumit sprijin unui anumit grup țintă pe o perioadă limitată, urmată de dezamăgirea celor sprijiniți și revenirea la situația anterioară proiectului. Decizia de a lansa o intervenție trebuie să fie cântărită în relație cu posibilitatea și nevoia de a o continua după încheierea finanțării.
- Un număr excesiv de activități incluse în planul proiectului nu este de natură să contribuie la obținerea unor efecte notabile la nivelul comunității locale. Sunt preferabile mai puține activități orientate spre mai puține obiective, pentru a crește șansele de a obține efecte importante.
- Dezvoltarea economică locală susținută de politici locale adecvate, crearea organică de noi locuri de muncă (mai degrabă decât finanțarea creării de noi locuri de muncă) reprezintă un factor sine-qua-non pentru reducerea sărăciei și incluziunea socială. În lipsa acestei dezvoltări economice, intervențiile finanțate din fonduri europene vor continua să reprezinte „colace de salvare” punctuale, limitate, perpetuând mentalitatea conform căreia soluția trebuie să vină din exterior, nu din eforturile responsabililor locali.

#### **Sinteza constatărilor**

**834.** Proiecte de tip sistemic, cu acțiune la nivel național, necesită perioade lungi de implementare, stabilite în relație directă cu numărul de instituții implicate și cu amploarea schimbărilor vizate de intervenție. Pilotarea unor schimbări la nivel sistemic reprezintă un element necesar pentru succesul implementării pe scară largă a schimbărilor astfel vizate.

**835.** Proiectele finanțate la nivel regional și local ar trebui să susțină politici regionale sau locale existente și să contribuie la buna implementare a acestora, luând astfel forma unor intervenții sistematice și de durată, mai degrabă decât să reprezinte intervenții punctuale care încetează odată cu finalizarea proiectului. Uneori este preferabilă lipsa unei intervenții punctuale decât situația în care se acordă un anumit sprijin unui anumit grup țintă pe o perioadă limitată, urmată de dezamăgirea celor sprijiniți și revenirea la situația anterioară proiectului. Decizia de a lansa o intervenție trebuie să fie cântărită în relație cu posibilitatea și nevoia de a o continua după încheierea finanțării.

**7.2.8. ÎE8. EXISTĂ CAZURI DE BUNE PRACTICI ÎN CEEA CE PRIVEȘTE INTERVENȚIILE DE PROMOVARE A INOVĂRII SOCIALE ȘI TEMELE SECUNDARE? (DE EXEMPLU, SUSȚINEREA LA O ECONOMIE CU EMISII REDUSE DE CARBON, ECONOMIA EFICIENTĂ A RESURSELOR, INOVAREA SOCIALĂ, ÎMBUNĂTĂȚIREA ACCESIBILITĂȚII, A UTILIZĂRII ȘI A CALITĂȚII TEHNOLOGIILOR INFORMAȚIEI ȘI COMUNICAȚIILOR, NON-DISCRIMINAREA)?**

**Ipoieza 8: Experiența implementării oferă modele de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și temele secundare**

**836.** Inovarea socială presupune dezvoltarea de idei, servicii și modele prin care pot fi mai bine abordate provocările sociale, cu participarea actorilor publici și privați, inclusiv a societății civile, cu

scopul îmbunătățirii serviciilor sociale și are o importanță deosebită mai ales în contextul inițiativelor din domeniul incluziunii sociale și a combaterii sărăciei,

**837.** Conform ghidurilor soliciantului lansate, exemplele de inovare sociale au inclus:

- crearea și consolidarea de parteneriate relevante pentru soluționarea problemelor cu care se confruntă comunitățile marginalizate/ persoanele aflate în risc de sărăcie/ persoane aparținând grupurilor vulnerabile, dar și pentru identificarea unor soluții practice, viabile, inovative de a răspunde problemelor identificate, bazate inclusiv pe valorificarea de bune practici la nivel național sau din alte State Membre;
- metode inovative de implicare activă a membrilor comunității în operațiunile sprijinite, inclusiv pentru depășirea barierelor de ordin moral sau care țin de cutumele din societate/etnice;
- metode inovative de combatere a discriminării;
- valorificarea oportunităților locale în identificarea soluțiilor propuse;
- activități și inițiative care vizează promovarea egalității de șanse, non discriminarea.

**838.** Din analiza cererilor de finanțare precum și a informațiilor colectate în cadrul studiilor de caz, abordările utilizate cu privire la promovarea inovării sociale și a temelor secundare, au luat mai multe forme și anume:

- Abordarea acestor aspecte cu ocazia activităților de informare și publicitate cu scopul creșterii gradului de informare pe lângă activitățile și rezultatele proiectelor și a acestor domenii precum și cu ocazia altor activități desfășurate cu grupurile țintă (evenimente de informare, formare profesională etc).
- Introducerea în cadrul programelor de formare a unor secțiuni privind temele secundare și orizontale.
- **Îmbunătățirea accesibilității și utilizării tehnologiilor informației și comunicațiilor** a fost sprijinită prin dezvoltarea unei platforme digitale ca în cazul proiectului TEAM UP. Platforma digitală prevăzută a fi realizată va permite asistenților maternali și personalului specializat din cadrul partenerilor (instituții cu responsabilități în domeniul asistenței sociale, respectiv cu atribuții în domeniul protecției speciale a copilului separat de familie și al prevenirii separării copilului de familie) să acceseze o serie de surse de informare sau de medii online de dezbatere, pe teme dedicate asistenței sociale și protecției speciale a copilului separat de familie.
- Un alt exemplu este cel al aplicației online pentru echipele comunitare, dezvoltată în cadrul proiectului „**Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale**” pe baza unui sistem informatic dezvoltat și adaptat cu date relevante și într-un mod accesibil echipelor comunitare integrate. Aplicația online SCI este un instrument de lucru mobil ce sprijină echipa comunitară integrată și facilitează procesul de colectare a datelor, identificare, evaluare, informare și monitorizare online a fiecărui caz. Soluțiile bazate pe tehnologia informației și comunicațiilor pentru a deservi nevoile echipei comunitare integrate și care va permite integrarea bazelor de date pentru identificarea indicatorilor sociali, medicali, educaționali etc. monitorizați reprezintă un alt exemplu de bună practică relevantă pentru temele secundare privind inovarea socială și îmbunătățirea accesibilității, a utilizării și a calității tehnologiilor informației și comunicațiilor.

**839.** Totodată, selecția grupurilor țintă în cadrul intervențiilor POCU TE5 a urmărit să răspundă principiilor nediscriminării, prin elemente precum transparența și popularizarea activităților și condițiilor de selecție, dezvoltarea de proceduri clare, bazate pe criterii obiective și nediscriminatorii, pe analiza nevoilor grupurilor țintă.

**840.** La nivelul implementării intervențiilor, se pot identifica de asemenea o serie de practici ce sprijină tranziția către o economie cu emisii scăzute de dioxid de carbon și eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor cum ar fi reducerea consumului de materiale necesare desfășurării activităților în favoarea suporturilor electronice (reducerea consumului de hârtie, tonner în special cu ocazia derulării



cursurilor de formare profesională), activități desfășurate în spațiul virtual care permit diminuarea transportului și a efectelor acestuia, achiziția de echipamente la nivelul proiectelor cu respectarea atributelor de eficiență energetică și grad redus de poluare.

### **Sinteza constatărilor**

**841.** Intervențiile din cadrul Temei 5 au promovat inovarea socială și temele secundare, atât la nivelul conținutului intervențiilor (secțiuni dedicate aspectelor orizontale, temelor secundare incluse la nivelul activităților proiectului, în special a celor de informare și publicitate precum și la nivelul programelor de formare profesională, selecția grupului țintă cu respectarea principiilor nediscriminării etc) dar și prin modalitățile de implementare ale proiectelor (comunicare electronică, utilizarea eficientă a consumului de materiale, reducerea transportului, achiziția de echipamente eficiente energetic etc).

**842.** Cazurile de bune practici identificate se referă la **îmbunătățirea accesibilității și utilizării tehnologiilor informației și comunicațiilor prin dezvoltarea unor aplicații specifice la nivelul proiectelor: platforma digitală pentru asistenți maternali, aplicația SCI pentru echipele comunitare integrate.**

## **7.3. Principalele concluzii și recomandări**

### **7.3.1. CONCLUZII**

#### **La nivel strategic și de reglementare**

**C1. Cadrul strategic și de reglementare în domeniul serviciilor sociale, deși a înregistrat progrese semnificative** în ultimii ani, în special din perspectiva reformelor pe partea de creștere a calității serviciilor sociale (Legea 197/2012, aprobarea nomenclatorului de servicii sociale și stabilirea de standarde minime de calitate pentru acreditarea furnizorilor de servicii sociale), **prezintă în continuare lacune care afectează eficacitatea și sustenabilitatea intervențiilor:**

- Sub-finanțarea serviciilor sociale care afectează calitatea acestor servicii: lipsa resurselor financiare pentru investiții în stabilirea și dezvoltarea serviciilor sociale;
- Deficitul de personal în sectorul social, atât ca număr, cât și ca pregătire profesională care duce la inechități în furnizarea serviciilor către toate categoriile de beneficiari;
- Lipsa unor reforme pentru creșterea atractivității profesiei de asistent social din perspectiva salarizării, a lacunelor din cadrul normativ actual privind această profesie.

**C2. Există în continuare o abordare fragmentată de asigurare a serviciilor sociale la nivelul comunității.**

La nivelul României lipsește încă o abordare incluzivă și integrată a serviciilor sociale centrate pe persoană la nivelul comunității, conform progreselor deja înregistrate la nivelul multor State Europene, în special în contextul unei cereri de servicii sociale în creștere, ținând cont de principalele tendințe demografice din România, de îmbătrânire a populației.

#### **La nivel de design al intervenției și al sistemului de implementare**

**C3.** Intervențiile de tip sistemic implementate la nivelul Temei 5 (OS 4.5, 4.6, 4.14) prin apeluri de tip necompetitiv sunt **relevante și corelate cu Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Gradului de Sărăcie 2015-2020** contribuind la atingerea obiectivelor principale ale acesteia prin **consolidarea capacității locale de a acorda servicii de asistență socială** prin asigurarea personalului specializat (asistenți sociali) și a resurselor materiale necesare la nivelul fiecărei unități administrativ-teritoriale (UAT) și **dezvoltarea unui pachet minim de intervenții la nivel comunitar și asigurarea cadrului de intervenție integrată a tuturor actorilor relevanți** (educație, sănătate, protecție socială și alte servicii publice).

**C4.** Proiectele implementate prin apeluri competitive (proiecte care au vizat OS 4.12, 4.13, 4.14) răspund unor **nevoi multiple ale grupurilor țintă vizate, respectiv copii și tineri** adresând probleme specifice identificate pentru aceștia la nivelul comunității (programe de identificare și monitorizare a copiilor aflați în risc de separare de familie, necesitatea dezvoltării serviciilor sociale, medicale, școlare dedicate copiilor aflați în situații de risc, servicii de prevenire a separării copilului de familie, nevoia de identificare de soluții pentru a sprijini tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului etc). Aceste proiecte deși se află la jumătatea perioadei de implementare, reușesc să adreseze problemele identificate pentru aceste grupuri țintă pentru a produce efectele așteptate.

**C5.** OS 4.7 legat de Creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-asistență socială, servicii electronice etc.) în furnizarea serviciilor sociale, nu au fost considerate de AM POCU o prioritate, nefiind lansat niciun apel, deși ghidul solicitantului a fost publicat spre consultare.

**C6.** Implementarea intervențiilor sistemice produc un **impact mai mare la nivelul sistemului de asistență socială** (de ex. proiectele „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, „Dezvoltarea sistemului de asistență socială pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, „Team up”) prin consolidarea capacității locale de a furniza asistență socială prin asigurarea cadrului de funcționare (SPAS-urile), crearea unui set de instrumente și metodologii, crearea unei mase critice de profesioniști în domeniul asistenței sociale, prin acoperirea unui număr mai mare de beneficiari de asistență socială (inclusiv prin acțiuni complementare cu POR).

**C7.** Dintre efectele pozitive deja observabile la nivelul acestor proiecte pot fi menționate:

- **Crearea unui parteneriat și colaborări practice în domeniul serviciilor comunitare integrate** la nivelul Ministerului Muncii, Ministerului Sănătății și Ministerul Educației, parteneri la nivelul proiectului sistemic „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”.
- **Îmbunătățirea calității serviciilor comunitare și a numărului de persoane care beneficiază de acestea** prin introducerea mecanismului integrat de servicii la nivel comunitar (proiectul „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale” prin introducerea unor echipe integrate în 139 de comunități marginalizate).
- **Elaborarea și introducerea unor instrumente/metodologii pentru furnizarea de servicii integrate inclusiv aplicații online;** proceduri și instrumente de lucru destinate activităților asistențelor maternale (proiectul „Team up”).
- **Consolidarea capacității serviciilor de asistență socială locală (asistență pentru înființarea lor, recrutarea de personal, asigurarea bazei materiale) (proiect 350 UAT-uri).**

**C8.** Din punct de vedere al mecanismelor de implementare la nivel de design al intervențiilor, implementarea unor proiecte sistemice de tipul celor menționate anterior prin intermediul unor apeluri de tip non-competitiv care își propun să piloteze noi tipuri de intervenții integrate la nivel de sistem, au capacitatea de a produce efecte vizibile și un impact la nivel național, însă este nevoie de intervenții susținute și de lungă durată. La nivelul proiectelor, principalii factori favorizanți de producerea efectelor sunt: colaborarea bună între partenerii din proiect, experiența anterioară în implementarea proiectelor, elaborarea unor proiecte calitative focusate pe nevoile grupului țintă (copii, tineri).

**C9.** Dintre factorii cu influență negativă pandemia Covid-19 și restricțiile aferente, au influențat contextul de implementare al proiectelor și calendarul inițial al acestora, fiind necesare numeroase adaptări ale activităților proiectelor la situația concretă, în special în ceea ce privește partea de impredictibilitate, incertitudine și instabilitate legislativă pentru luarea unor decizii legate de organizarea licitației pentru un program de formare de anvergura și natura celor vizate la nivelul proiectelor sistemice. Alți factori contextuali cu posibilă influență negativă în atingerea rezultatelor proiectelor sunt legați de scăderea în anumite regiuni a numărului de copii care intră în sistemul de protecție și implicit a numărului de asistenți maternali.



**C10.** De asemenea, informațiile privind efectele neașteptate, propagate sau despre durabilitatea efectelor așteptate sunt limitate și nu permit în prezent formularea unor concluzii decât prin prisma elementelor necesare pentru asigurarea sustenabilității. Astfel la nivel de sistem asigurarea măsurilor legislative, instituționale pentru transferul și multiplicarea mecanismelor de servicii integrate la nivelul altor comunități, de asigurarea resurselor financiare de finanțare a salariilor asistenților sociali angajați prin intermediul proiectelor, a transpunerii unor metodologii elaborate la nivelul proiectelor pilot în documente cu caracter normativ pentru a se putea asigura implementarea acestor la nivel național; mecanisme de monitorizarea a sustenabilității programelor de formare de anvergură a specialiștilor (asistenți sociali, maternali - planuri de monitorizarea a formării profesionale continue etc).

### 7.3.2. RECOMANDĂRI

#### La nivel strategic

**R1.** Cadrul strategic și de reglementare al serviciilor sociale trebuie revizuit astfel încât să contribuie la:

- Asigurarea cadrului normativ pentru adoptarea mecanismelor și instrumentelor pilotate la nivelul proiectelor sistemice deja finanțate prin POCU, cum ar fi crearea cadrului pentru transferul și multiplicarea mecanismelor de servicii integrate la nivelul altor comunități, precum și a altor instrumente și metodologii elaborate cu scopul de a crește capacitatea de intervenție a personalului din domeniul asistenței sociale.
- Crearea de echipe multidisciplinare formate din lucrători comunitari la nivel local care să asigure cooperare intersectorială și multi-instituțională la toate nivelurile.
- Creșterea atractivității profesiei de asistent social, dar și a altor profesioniști prin reglementarea statutului precum și salarizării acestora.
- Îmbunătățirea cadrului formării resurselor din domeniul asistenței sociale (formarea inițială și continuă a asistenților sociali).

**R2.** Viitoarele programe 2021-2027 ar trebui să adopte o **abordare sistemică în domeniul asistenței sociale prin intervenții care sprijină aplicarea strategiilor naționale și locale în domeniul incluziunii sociale**, pe două nivele:

- la nivel de sistem, axate pe continuarea abordării integrate și de colaborare între Ministerul Muncii, Ministerul Educației și Ministerul Sănătății (așa cum este reflectată de actele legislative, Ordinul comun al miniștrilor nr. 393/630/4236 din 2017 pentru aprobarea Protocolului de colaborare în vederea implementării serviciilor comunitare integrate necesare prevenirii excluziunii sociale și combaterii sărăciei) și pilotată la nivelul proiectului sistemic „Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale”, prin: măsuri ulterioare de planificare bugetară și dezvoltare de instrumente pentru integrarea serviciilor de asistență socială, medicale și educaționale la nivel comunitar; prin elaborarea instrumentelor de lucru și mecanismelor necesare asigurării unei abordări unitare în practica asistenței sociale și în îmbunătățirea capacității de intervenție a profesioniștilor din domeniu; prin elaborarea unor instrumente de monitorizare a programelor de formare profesională a specialiștilor în domeniu.
- la nivelul beneficiarilor de asistență socială prin intervenții axate pe nevoile specifice ale acestora, în concordanță cu planurile de dezvoltare locale în acest domeniu. Mai precis, se recomandă finanțarea acelor proiecte care susțin în mod direct planurile de dezvoltare locale, în loc de finanțarea de proiecte concepute ad-hoc pentru a accesa fonduri europene.

#### La nivelul logicii intervenției și sistemului de implementare

**R3.** Se recomandă ca finanțarea din noul POIDS să sprijine preponderent finanțarea unor proiecte sistemice și de durată, care contribuie la susținerea și implementarea politicilor naționale și locale în domeniul incluziunii sociale prin măsuri integrate, mai degrabă decât finanțarea unor intervenții punctuale ale căror efecte riscă să se diminueze considerabil odată cu finalizarea proiectului. În plus și





Într-o măsură limitată pot fi susținute anumite proiecte de tip pilot, care testează anumite abordări, în vederea dezvoltării unor politici pe baza rezultatelor acestora. Se recomandă AM POCU și Organismelor Intermediare introducerea unor astfel de prevederi în ghidurile solicitantului și a unor criterii de selecție a proiectelor care să susțină punerea în practică a acestei recomandări.

## 8. TEMA DE EVALUARE 6 - CREȘTEREA CALITĂȚII ȘI ACCESULUI LA SERVICIILE MEDICALE (OBIECTIVE SPECIFICE 4.8, 4.9, 4.10, 4.11)

### 8.1. Contextul evaluării

**843.** Acest raport este unul dintre cele șapte rapoarte tematice aferente primului exercițiu de evaluare a Programului Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020 din cadrul proiectului „Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 Lotul 1: Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale”.

**844.** Raportul tematic se referă la tema 6 POCU (TE 6):

- TE 6 Creșterea calității și accesului la serviciile medicale

**845.** Celelalte șase rapoarte tematice acoperă alte șase teme ale evaluării și anume:

- TE 2: Reducerea numărului de persoane ce se confruntă cu riscul de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunităților marginalizate (Aria de acoperire – obiectivul specific 4.1, 4.2, 5.1, 5.2)
- TE 3: Îmbunătățirea alfabetizării digitale a populației din comunitățile dezavantajate (Aria de cuprindere – obiectivul specific 4.3)
- TE 4 Depășirea situațiilor de vulnerabilitate (Aria de cuprindere – obiectivul specific 4.4)
- TE 5: Creșterea calității și accesului la serviciile sociale (Aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.5, 4.6, 4.7 și 4.14)
- TE 7: Asigurarea tranziției de la sistemului instituționalizat la servicii la nivelul comunității (Aria de cuprindere – obiectivele specifice 4.12, 4.13, 4.15)
- TE 8: Consolidarea capacității entităților din cadrul economiei sociale de a funcționa în mod auto-sustenabil (Aria de cuprindere: obiectivul specific 4.16)

**846.** Informații privind contextul întregului ciclu de evaluare se regăsesc în Raportul de sinteză, din care prezentăm selectiv aspectele relevante evaluării temei 6, obiect al prezentului raport tematic.

**847.** Conform CdS, opt (8) întrebări de evaluare (ÎE) au stat la baza acestui exercițiu:

**ÎE1.** Care este progresul observat în ceea ce privește calitatea și accesul la serviciile medicale?

**ÎE2.** În ce măsură progresul observat este atribuit POCU?

**ÎE3.** În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?

**ÎE4.** În ce măsură efectul depășește granița comunităților sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?

**ÎE5.** În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?

**ÎE6.** Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme?

**ÎE7.** Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?

**ÎE8.** Există cazuri de bune practici?

**848.** Evaluarea s-a desfășurat în perioada aprilie 2021 – noiembrie 2021. Data limită a datelor



administrative de program analizate este 31.12.2020, dacă nu se specifică o altă dată.

## 8.2. Prezentarea intervenției evaluate

### 8.2.1. TEMA DE EVALUARE NR. 6 ÎN CONTEXTUL PROGRAMULUI

**849.** TE 6 POCU – Creșterea calității și accesului la serviciile medicale, face parte din Axa Prioritară (AP) 4 - *Incluziunea socială și combaterea sărăciei*, acoperind aria de cuprindere a patru obiective specifice, formulate astfel:

- OS 4.8 - Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical
- OS 4.9 - Creșterea numărului de persoane care beneficiază de programe de sănătate și de servicii orientate către prevenție, depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce pentru principalele patologii
- OS 4.10 - Creșterea numărului de persoane care beneficiază de servicii de asistență medicală la nivelul comunității
- OS 4.11 - Creșterea utilizării/aplicării de soluții TIC (e-sănătate, telemedicină etc.) în furnizarea serviciilor medicale

**850.** Problemele în sectorul medical sunt multiple, necesitând intervenții multi-dimensionale susținute pentru soluționarea dificultăților. Astfel, România prezintă disparități substanțiale față de media UE pentru majoritatea indicatorilor de sănătate, înregistrând aproape cele mai scăzute performanțe dintre țările europene. România înregistra în 2013 al 3-lea cel mai mare procent de populație cu nevoi de sănătate nesatisfăcute, Principala barieră autodeclarată este costul prea mare al serviciilor, identificată de 1 din 10 români (9,7%). O importantă deficiență o reprezintă serviciile de sănătate subdezvoltate și neadaptate nevoilor beneficiarilor; inegalitățile privind accesul la servicii de calitate se adaugă acestor provocări, constituindu-se în factori agravanți ai sărăciei și excluziunii sociale. Deficitul de personal, inclusiv în contextul migrației externe, disparitățile în distribuția furnizorilor de servicii și echiparea deficitară se constituie în cauze principale ale acestor evoluții. La rândul său, epidemia SARS-COV-2, a adus cu sine noi provocări în sistemul medical, determinate de nevoia crescută de protecție pentru a reduce riscul de infecție, dar și de necesitatea consolidării capacității de testare a populației și tratament a bolnavilor de COVID-19.

**851.** În POCU 2014 – 2020 sunt menționate, provocările din domeniul sănătății care au condus la calitatea scăzută a serviciilor de sănătate și la accesul inegal la acestea cu precădere în rândul persoanelor vulnerabile sau a celor din mediul rural. Situația la data elaborării POCU este descrisă în documentul de program<sup>89</sup>, fiind surprinse aspectele problematice și subliniată necesitatea măsurilor adecvate nevoilor specifice pentru îmbunătățirea calității și accesului la servicii medicale, în special a persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile:

- Nivel ridicat de sărăcie sau excluziune socială, în special în rândul persoanelor din grupurile vulnerabile;
- Rata ridicată de deprivare materială, în special în rândul anumitor grupuri vulnerabile;
- Fenomenul anticipat al îmbătrânirii demografice, mai ales în ruralul sărac;
- Disparități importante la principalii indicatori de sănătate față de media UE și la nivel regional;
- Servicii de sănătate subdezvoltate și insuficient adaptate nevoilor beneficiarilor;
- Distribuție inegală a serviciilor la nivel teritorial, cu acoperire redusă în mediul rural;

<sup>89</sup> POCU 2014 – 2020, versiunea decembrie 2020

- Deficit de personal medical specializat și concentrare în zonele urbane;
- Calitate sub-optimală a serviciilor medicale (din perspectiva cadrului tehnic, metodologic, a cunoștințelor și a competențelor personalului etc.);
- Infrastructura fizică deficitară;
- Nivel redus utilizare TIC;
- Risc crescut de infectare cu virusul SARS COV-2 pentru anumite grupuri vulnerabile.

**852.** Sectorul de sănătate trebuie să răspundă adecvat provocărilor pentru a se adresa inegalităților privind sănătatea, prin investiții în resursa umană pentru îmbunătățirea cadrului tehnic și metodologic, a cunoștințelor și a competențelor, prin dezvoltarea serviciilor medicale comunitare pentru creșterea acoperirii cât mai aproape de individ și prin creșterea accesului persoanelor vulnerabile la programe și servicii esențiale de prevenire, depistare precoce (screening) pentru diagnostic și tratament precoce menite să reducă povara îmbolnăvirilor.

**853.** Prin POCU 2014 – 2020 au fost stabilite următoarele operațiuni orientative aferente TE 6, OS 4.8 – 4.11:

- **OS 4.8:** creșterea capacității tehnice a personalului implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate la nivel național și local; creșterea capacității tehnice a profesioniștilor din specialitățile de sănătate publică din autoritățile de sănătate publică, institutele și instituțiile medicale, a celor ce contribuie direct sau indirect la asigurarea calității serviciilor esențiale;
- **OS 4.9:**
  - a) furnizarea unor servicii preventive/diagnosticare precoce, inclusiv prin formarea personalului implicat în îngrijirea pacienților; sprijin pentru furnizarea unor programe și servicii de sănătate esențiale cu o componentă puternic orientată către prevenire, depistare precoce, depistare și tratament al patologiilor prioritare, precum și al epidemiilor (ex. COVID-19), inclusiv prin formarea profesioniștilor implicați și dezvoltarea cadrului metodologic; intervenții și activități de informare, educare, conștientizare, comunicare la nivel de individ, grup și/sau comunitate cu accent pe grupurile vulnerabile;
  - b) acordarea unui stimul de risc aplicat salariului existent pentru medici, personalul medico-sanitar, personalul paramedical, inclusiv personalul auxiliar, implicat direct în transportul, echiparea, evaluarea, diagnosticarea și tratamentul pacienților infectați cu COVID-19 pe perioada stării de urgență; decontarea echipamentelor și materialelor de protecție pentru personalul din sănătate implicat direct în transportul, echiparea, evaluarea, diagnosticarea și tratamentul pacienților infectați cu COVID-19; sprijin pentru personalul implicat în testarea populației în ceea ce privește infecția cu COVID 19, inclusiv decontarea testelor și altor materiale necesare;
- **OS 4.10:** consolidarea rețelei de asistență medicală comunitară (asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari) prin asigurarea resurselor adecvate pentru furnizarea de servicii medicale comunitare adaptate nevoilor populației, inclusiv prin furnizarea de programe de formare adaptate nevoilor acestora;
- **OS 4.11:** operaționalizarea aplicării de soluții TIC (e-sănătate, telemedicină, etc.) în sectorul medical. Acestea se vor realiza prin schimb de bune practici/ furnizarea programelor de formare necesare pentru personalul implicat în utilizarea noilor echipamente și tehnologii, elaborarea de proceduri, etc., inclusiv în baza valorificării experienței altor SM în contextul cooperării transnaționale.

**854.** Intervențiile definite în cadrul diferitelor obiective specifice au în vedere o abordare complementară prin prisma rezultatelor așteptate. Astfel, în timp ce sprijinul acordat în cadrul OS 4.8 vizează creșterea per ansamblu a capacității tehnice a personalului implicat în implementarea

programelor prioritare de sănătate la nivel național și local (prin sprijin pentru formare, cât și de mobilități, schimburi de bune practici și alte tipuri de activități care sporesc nivelul de cunoaștere și de competențe), O.S. 4.9 urmărește formularea unui răspuns cât mai eficace la problemele în creștere privind îmbolnăvirile pe anumite patologii (identificate ca principale cauze ale problemelor de sănătate întâmpinate sau ca având un nivel ridicat de morbiditate). În acest sens, sunt susținute intervenții care vizează prevenția, diagnosticarea și tratamentul acestor afecțiuni în faze cât mai incipiente. Intervențiile sunt diferențiate în funcție de tipul de patologie și intervenție medicală, pentru o abordare care să răspundă cât mai bine nevoilor identificate. În plus, programul formulează o abordare fazată, care urmărește într-o primă etapă crearea capacității pentru furnizarea acestui tip de servicii de screening și tratament (etapa1) (prin formarea personalului, dezvoltarea de instrumente și metodologii, achiziționarea echipamentelor necesare), urmată de furnizarea efectivă a serviciilor de screening și tratament la nivelul principalelor grupuri vulnerabile, pe principalele patologii (etapa 2). În același mod, intervențiile care vizează consolidarea rețelei de asistență medicală comunitară (O.S 4.10) și cele susținute prin O.S 4.11 care vizează sprijin cu caracter transversal (avându-se în vedere operaționalizarea aplicării de soluții TIC la nivelul întregului sistem medical) sunt complementare și susțin intervențiile finanțate prin celelalte două O.S.

**855.** Acțiunile cuprinse în cadrul **OS 4.8 - 4.11** au vizat dezvoltarea sistemului de asistență medicală cu scopul facilitării accesului persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile la servicii medicale de calitate. Intervențiile promovate se adresează:

- personalului din autorități publice;
- personalului implicat în furnizarea de servicii medicale, servicii paramedicale, servicii privind soluționarea situațiilor de urgență, precum și serviciilor conexe actului medical;
- specialiștilor în furnizarea de serviciilor medicale;
- persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile care vor beneficia de programe de sprijin (ex. programe de screening).

**856.** Premisa de la care s-a pornit este aceea că îmbunătățirea competențelor personalului din domeniul sanitar și derularea programelor de sănătate și de servicii orientate către prevenție, depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce pentru principalele patologii pot conduce la creșterea calității și accesului la servicii medicale.

### 8.2.2. DESCRIEREA SUCCINTĂ A TE 6

**857.** TE 6 (OS 4.8 și 4.9), face parte alături de alte 7 teme de evaluare din cadrul AP 4, o axă ce a avut o alocare de 36,76% din total program.

**858.** La nivelul AP 4 poate fi observată o supracontractare (de aproximativ 121%), valoarea contractată depășind valoarea alocată cu aproximativ 386 milioane euro, iar cheltuielile aferente finanțării publice au fost rambursate în proporție de aproximativ 49%. Valoarea contractată publică a OS 4.8 și 4.9, reprezintă 18,23% din AP 4, iar valoarea autorizată spre rambursare 18,12%. La nivelul OS 4.8 și 4.9, 47,25% din cheltuielile nerambursabile au fost autorizate spre rambursare.

**TABEL 56 ALOCĂRI ȘI CHELTUIELI CERTIFICATE, TE 6**

	Total alocat (contribuție publică) (EUR)	Valoare contractată publică (EUR)	Valoare nerambursabilă autorizată rambursare (EUR)
<b>AP 4</b>	1.873.603.870,00*	2.260.000.000,00**	1.110.000.000,00**
<b>TE 6 (OS 4.8 + 4.9)</b>	n/a	425.604.702,46***	201.104.730,64***
<b>Pondere TE 6, (OS 4.8 + 4.9)</b>	n/a	18,83%	18,12%

Surse: \*POCU 2014- 2020, versiunea decembrie 2020I, \*\* Raport Anual de Implementare 2020, \*\*\* calcule autori pe baza datelor furnizate de MIPE (SMIS)

**859.** Implementarea TE 6, OS 4.8 – 4.9 se bazează pe o **paletă largă de beneficiari eligibili**<sup>90</sup> și anume:

1. Ministerul Sănătății/autorități publice/Universități publice de Medicină și Farmacie/Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali (inclusiv cei din autoritățile de sănătate publică, instituturile și instituțiile medicale) singure sau în parteneriat cu actori relevanți (alte autorități publice centrale și locale, universități, ONG-uri etc.);
2. Administratorii schemelor de tip grant global (posibil a fi utilizate pentru implementarea programelor de screening), în situația în care se optează pt. acest mecanism de implementare;
3. Ministerul Afacerilor Interne prin Departamentul pentru Situații de Urgență și structurile din coordonare;
4. Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate.

**860.** TE 6 este implementat prin **17 apeluri de propuneri de proiecte și 64 de proiecte**, după cum urmează:

- 44 proiecte prin O.S. 4.8, PI (iv) creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general:
  1. *Apelul POCU/91/4/8/* - Formarea personalului implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate.
  2. *Apelul POCU/640/4/8* – Creșterea nivelului de competențe al profesioniștilor din domeniul situațiilor de urgență.
- 20 proiecte prin O.S. 4.9, PI (iv) creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general:
  3. *Apelul non-competitiv POCU/225/4/9/* - Organizarea de programe de depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce al tuberculozei, inclusiv al tuberculozei latente, a inclus activități eligibile precum: tratamentul precoce al persoanelor bolnave de tuberculoză, inclusiv tuberculoza latentă, activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.
  4. *Apelul competitiv POCU/257/4/9/* - Fii responsabilă de sănătatea ta: sprijin pentru derularea programelor de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - etapa I, a inclus activități eligibile precum elaborarea metodologiei pentru programele de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin, furnizarea programelor de formare/ instruire profesională specifică pentru specialiștii implicați în derularea programelor de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament al leziunilor precanceroase ale colului uterin, activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.
  5. *Apelul competitiv POCU/258/4/9/* - Sprijin pentru derularea programelor de îngrijire a gravidei și copilului - etapa I, a inclus activități eligibile de dezvoltare a cadrului metodologic și a registrelor naționale pentru programele regionale de îngrijire a gravidei și copilului, furnizarea programelor

<sup>90</sup> DCI POSDRU, versiunea 11, decembrie 2015



- de formare profesională specifică pentru personalul implicat, activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.
6. *Apelul competitiv POCU/259/4/9/* - Fii responsabilă de sănătatea ta: sprijin pentru derularea programelor de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de sân - etapa I, a inclus activități eligibile de organizare a centrului de referință pentru programele regionale de screening al cancerului mamar, elaborarea metodologiei pentru programele de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de sân, furnizarea programelor de formare/ instruire profesională specifică pentru specialiștii, activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.
  7. *Apelul competitiv POCU/308/4/9/* - Sprijin pentru derularea programelor de depistare (screening), stadializare și acces la tratament al pacienților cu boli hepatice cronice secundare, infecțiilor virale cu virusuri hepatitice B/D și C- etapa I, a inclus printre activitățile eligibile elaborarea metodologiei de screening al populației pentru depistarea infecțiilor cronice cu virusuri hepatitice B /D și C, Furnizarea programelor de formare profesională specifică pentru profesioniști, Activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.
  8. *Apelul competitiv POCU/468/4/9/* - Sprijin pentru derularea programelor de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului colorectal - etapa I, a inclus ca și activități eligibile elaborarea metodologiei pentru programele de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului colorectal, furnizarea programelor de formare/ instruire profesională specifică pentru specialiștii implicați și activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.
  9. *Apelul non-competitiv POCU/475/4/9/* - Tratamentul precoce al persoanelor infectate cu HIV/SIDA, a inclus activități eligibile ca tratamentul precoce al persoanelor infectate cu HIV/SIDA incluse în Programul național de prevenire, supraveghere și control al bolnavilor cu infecție HIV/SIDA, și activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.
  10. *Apelul competitiv POCU/755/4/9/* - Organizarea de programe regionale de prevenire, depistare precoce (screening), diagnostic și direcționare către tratament al pacienților cu boli hepatice cronice secundare infecțiilor virale cu virusuri hepatice B/D și C etapa II, a inclus activități eligibile precum furnizarea serviciilor de sănătate esențiale orientate către prevenire, depistare (screening), diagnostic și acces la tratament al pacienților cu boli hepatice cronice secundare infecțiilor virale cu virusuri hepatitice B/ D și C și activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă privind screeningul în cazul bolilor hepatice cronice secundare infecțiilor virale cu virusuri hepatitice B/ D și C.
  11. *Apelul competitiv POCU/756/4/9/* - Programe de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului colorectal - etapa II, Regiuni mai puțin dezvoltate - VEST, SUD-VEST OLTENIA, SUD MUNTENIA, SUD-EST, a inclus ca activități eligibile furnizarea serviciilor de sănătate din programele de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al leziunilor precanceroase colorectale.
  12. *Apelul competitiv POCU/757/4/9/* - Programe de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului colorectal - etapa II - Regiunea mai dezvoltată BUCUREȘTI – ILFOV, a inclus ca activități eligibile furnizarea serviciilor de sănătate din programele de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al leziunilor precanceroase colorectale
  13. *Apelul competitiv POCU/759/4/9/* - Fii responsabilă de sănătatea ta, programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - etapa II - Regiuni mai puțin dezvoltate: Nord Vest, Centru, Sud Muntenia, Nord Est, a inclus activități eligibile ce constau în furnizarea serviciilor de sănătate din programele regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament al leziunilor precanceroase ale colului uterin și

activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.

14. *Apelul competitiv POCU/760/4/9/* - Fii responsabilă de sănătatea ta - programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de sân - etapa II - Regiuni mai puțin dezvoltate - Nord-Vest, Vest, Nord-Est, Sud-Est, a inclus ca și activități eligibile furnizarea de servicii de sănătate prin programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament al leziunilor mamare incipiente și activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă al serviciilor de screening al cancerului de sân.
15. *Apelul non competitiv POCU/805/4/9/* - Totul pentru inima ta - Program de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular, a inclus activități eligibile precum elaborarea metodologiei pentru programul național de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular, furnizarea programelor de formare/ instruire profesională specifică pentru specialiști, furnizarea de servicii medicale prin programul național de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular, activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă și sprijin pentru înființarea și funcționarea centrelor de screening.
16. *Apelul competitiv POCU/826/4/9/* - Fii responsabilă de sănătatea ta - programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - etapa II, Regiunea de dezvoltare Centru, a inclus activități eligibile ce constau în furnizarea serviciilor de sănătate din programele regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament al leziunilor precanceroase ale colului uterin și activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.
17. *Apelul competitiv POCU/856/4/9/* - Fii responsabilă de sănătatea - programe regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - etapa II Regiunea de dezvoltare Nord Vest, a inclus activități eligibile ce constau în furnizarea serviciilor de sănătate din programele regionale de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament al leziunilor precanceroase ale colului uterin și activități de informare, educare, conștientizare a grupului țintă.

**861.** În cadrul **O.S. 4.10**, respectiv **O.S. 4.11**, nu fost lansate apeluri de proiecte.

**862.** Proiectele contractate s-au adresat următoarelor **categoriilor de persoane vulnerabile și personalului din domeniul medical (specialiști, medici de familie, asistenți medicali, personal al IGSU)**.

**863.** În cadrul OS 4.8, cele mai multe proiecte (44 proiecte) au fost finanțate printr-un singur apel care viza intervenții privind formarea profesională a implicat în implementarea programelor prioritare de sănătate, pe când în ceea ce privește OS 4.9 proiectele au fost finanțate prin numeroase apeluri de proiecte care vizau în principal derularea programelor de screening pentru populație, cu accent asupra persoanelor din grupurile vulnerabile, pentru o serie de afecțiuni (cardiologice, tuberculoză, cancer la sân, colorectal, etc.), dar și programe de îngrijire a mamei și copilului și de tratament pentru persoanele infectate cu HIV.

**TABEL 57 TIPOLOGIA PROIECTELOR TE 6, OS 4.8 ȘI 4.9 DUPĂ GRUP ȚINTĂ ȘI TIP DE INTERVENȚIE**

Nr.	Apel / Tip proiect Competitiv (C), Non- competitiv (NC)	Nr. proiecte/ grup țintă				Nr. proiecte/ tip de intervenție		
		Personal - programe prioritare de sănătate	Profesioniști din domeniul situațiilor de urgență	Populația / grupuri vulnerabile	Formare profesională / Creșterea nivelului de competențe	Programe de prevenție, depistare precoce/screening, diagnostic și tratament precoce	Programe de îngrijire a gravidei și copilului	Tratamentul precoce al persoanelor infectate cu HIV/SIDA
1	(C)POCU/91/4/8/	44	0	0	44	0	0	0
2	(NC)POCU/640/4/8	0	1	0	1	0	0	0
3	(NC)POCU/225/4/9/	0	0	1	0	1	0	0
4	(C)POCU/257/4/9/	0	0	1	0	1	0	0
5	(C)POCU/258/4/9/	0	0	1	0	0	1	0
6	(C)POCU/259/4/9/	0	0	1	0	1	0	0
7	(C)POCU/308/4/9	0	0	1	0	1	0	0
8	(C)POCU/468/4/9/	0	0	1	0	1	0	0

9	(NC)POCU/475/4/9/	0	0	1	0	0	0	1
10	(C)POCU/755/4/9/	0	0	2	0	2	0	0
11	(C)POCU/756/4/9/	0	0	3	0	3	0	0
12	(C)POCU/757/4/9/	0	0	1	0	1	0	0
13	(C)POCU/759/4/9/	0	0	2	0	2	0	0
14	(C)POCU/760/4/9/	0	0	2	0	2	0	0
15	(NC)POCU/805/4/9/	0	0	1	0	1	0	0
16	(C)POCU/826/4/9/	0	0	1	0	1	0	0
17	(C)POCU/856/4/9/	0	0	1	0	1	0	0
<b>Total</b>		<b>44</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>45</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Sursa: prelucrări autori pe baza datelor furnizate de MIPE

**864.** Dintre categoriile de beneficiari de finanțare eligibili cele mai multe proiecte au fost contractate în cazul OS 4.8 de autorități ale administrației publice centrale finanțate parțial din venituri proprii și bugetul de stat sau BAS (16 proiecte) urmate de Instituțiile publice aflate în subordinea consiliilor județene și cele aflate în subordine primăriilor și consiliilor locale (8 proiecte). Similar în cazul OS 4.9 cele mai multe proiecte au fost contractate tot de autorități ale administrației publice centrale finanțate parțial din venituri proprii și bugetul de stat sau BAS (7 proiecte), de institute, centre sau stațiuni de cercetare-dezvoltare organizate ca instituții publice sau ale Academiei Române și de cercetare-dezvoltare ale academiilor de ramură (7 proiecte).

**TABEL 58 BENEFICIARI DE FINANȚARE OS 4.8 ȘI 4.9**

Nr.	Tip beneficiar	Număr proiecte	
		O.S. 4.8	O.S. 4.9
1	Autoritate a administrației publice centrale, finanțată integral de la bugetul de stat sau BAS	5	2
2	Autoritate a administrației publice centrale finanțate parțial din venituri proprii și bugetul de stat sau BAS	16	7
3	Instituție publică aflată în subordinea sau sub coordonarea Consiliului Județean	8	1
4	Instituție publică aflată în subordinea sau sub coordonarea Consiliului Local/Primăriei	8	n/a
5	Institut, centru sau stațiune de cercetare-dezvoltare organizate ca instituții publice sau ale Academiei Române și de cercetare-dezvoltare ale academiilor de ramură	4	4
6	Unitate cu personalitate juridică aflată în subordinea, sub autoritatea sau în coordonarea Ministerului Sănătății	3	1
7	Instituție de învățământ superior de stat acreditat	n/a	1
8	Institut, centru sau stațiuni de cercetare-dezvoltare organizate ca instituții publice	n/a	3
9	Servicii medicale performante de prevenție, diagnostic și tratament endoscopic în cancerul colorectal	n/a	1
<b>Total</b>		<b>44</b>	<b>20</b>

Sursa: prelucrări autori pe baza datelor furnizate de MIPE

**865. Distribuția teritorială nu este echilibrată,** proiectele acoperă fie o singură regiune, fie mai multe regiuni, în funcție de specificul intervențiilor. În cadrul OS 4.8, cele mai multe proiecte sunt contractate de beneficiari din regiunea București-Ilfov (25 proiecte), beneficiarii din regiunile Nord-Est (6 proiecte), Vest (4 proiecte), Sud-Vest Oltenia (3 proiecte), Sud-Muntenia (3 proiecte), Nord -Vest (2 proiecte) contractând un număr redus de proiecte, pe când beneficiari din regiunile Centru și Sud –Est nu au fost contractate proiecte. În cazul OS 4.9 de asemenea cele mai multe proiecte au fost contractate de beneficiari din Regiunea București – Ilfov (10 proiecte), alte 4 proiecte au fost contractate de beneficiari din regiunea Nord-Vest, iar 3 din Nord-Est. Beneficiari din regiunile Sud-Est, Sud-Vest Oltenia și Centru au contractat câte un proiect, iar de către cei din regiunile Vest și Sud-Muntenia nu au fost contractate proiecte.

FIGURĂ 62 DISTRIBUȚIA PROIECTELOR FINANȚATE



PRIN TE 6, OS 4.8 LA NIVEL REGIONAL

FIGURĂ 63 DISTRIBUȚIA PROIECTELOR FINANȚATE PRIN TE 6, OS 4.9 LA NIVEL REGIONAL



Sursa: prelucrări autori pe baza datelor furnizate de MIPE

### 8.2.3. APLICAREA METODELOR SI INSTRUMENTELOR DE EVALUARE

**866.** Pentru a răspunde întrebărilor de evaluare (ÎE) s-a elaborat o metodologie de evaluare bazată pe o combinație de metode și instrumente adaptate specificului TE 6. Conform Raportului Inițial (RI), instrumentele de evaluare au fost proiectate astfel încât să sprijine formularea răspunsurilor la mai multe întrebări de evaluare. Contribuția metodelor și instrumentelor de evaluare la formularea răspunsurilor este vizualizată în tabelul 4.

TABEL 59 INSTRUMENTE DE EVALUARE ȘI CONTRIBUȚIA LOR ÎN PROCESUL DE EVALUARE

TE 6 (OS 4.8 / 4.9)									
Abordare metodologică	Instrumente	ÎE1	ÎE2	ÎE3	ÎE4	ÎE5	ÎE6	ÎE 7	ÎE 8
Metode de colectare și procesare a datelor	Cercetare documentară	x	x	x	x	x	x	x	x
	Interviuri	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sondaj la nivelul beneficiarilor de finanțare POCU	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sondaj la nivelul personalului din unitățile medicale	x	x	x	x	x	x	x	x
	Studii de caz		x	x	x	x	x	x	x
Metode de procesare și analiză a datelor	Procesarea și analiza statistică a seriilor de date	x	x						
	Analiza datelor primare și secundare	x	x	x	x	x	x	x	x
	Benchmarking/analiză bune practici							x	x
Metode de consultare și analiză	Ateliere de lucru regionale		x	x	x	x	x	x	x
	Focus grup național	x	x	x	x	x	x	x	x
	Panel de experți	x	x	x	x	x	x	x	x
Tehnici de vizualizare	Hărți GIS / Reprezentare vizuală	x	x						

Sursa: autori

**TABEL 60 METODOLOGIA DE EVALUARE PENTRU TE 6**

Metoda de evaluare	Aplicare și contribuție la evaluare
<b>Cercetare documentară</b>	<p>Analiza documentelor privind cadrul strategic, legislativ și instituțional, la nivel european și național, privind specificul intervențiilor vizate.</p> <p>Analiza documentelor – cheie de politică sectorială și a celor cu caracter strategic, documente de programare (document de program POCU, Rapoartele Anuale de Implementare (RAI), etc.).</p> <p>Analize și studii de specialitate, precum și alte documente identificate pe parcursul evaluării, așa cum sunt prezentate în secțiunea referitoare la sursele de date.</p>
<b>Colectarea de date din baze de date publice, date de program, date administrative</b>	<p>Date administrative privind proiectele finanțate (furnizate prin intermediul sistemelor /platformelor, SMIS<sup>91</sup>, fonduri-ue.ro, etc.);</p> <p>Date privind contextul intervențiilor, preluate din baze de date statistice și rapoarte de monitorizare și evaluare, planuri, strategii aferente domeniului, alte baze de date și surse de date statistice relevante (Institutul Național de Statistică (INS), Eurostat OMS, baze de date ale MS și alte instituțiilor subordonate din domeniul sănătății incluziunii sociale), precum și surse de date la nivel local/regional.</p>
<b>Interviuri</b>	<p>Interviurile au avut ca scop colectarea de date pentru triangularea și completarea informațiilor obținute anterior din prelucrarea și analiza documentelor și datelor administrative.</p> <p>Au fost realizate în total 15 interviuri, prin video-conferință și telefonic, prin care s-a urmărit atât surprinderea efectelor la nivel de sistem, cât și surprinderea impactului intervențiilor la nivel de proiecte.</p> <p>Interviurile au implicat atât reprezentanți ai celor mai importante instituții din domeniile vizate de intervenții de la nivel central, regional și local (AM POCU, MIPE, MS, IGSU, Colegiul Medicilor Timiș), cât și beneficiari ai finanțărilor și parteneri ai acestora (Spitalul Clinic Dr. I. Cantacuzino; Fundația Romanian Angel Appeal (RAA), Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate (CPSS), Asociația Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România (COPAC RO), UMF Iași, Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta, Institutul Oncologic Prof. Dr. I. Chiricuță Cluj-Napoca, , etc.).</p>
<b>Ateliere de lucru regionale</b>	<p>Atelierele regionale au avut scopul de a sprijini procesul de colectare de informații cu privire la impactul intervențiilor și contextul de implementare.</p> <p>Dat fiind numărul redus al proiectelor aflate în implementare, finanțate prin OS 4.8 și 4.9 în regiunile de dezvoltare, pentru eficiență organizare atelierelor a fost realizată pe mai multe regiuni, păstrând caracterul regional. Astfel au fost organizate 2 ateliere de lucru, aferente OS 4.8 și 4.9 (Atelier 1 - regiunea BI; Atelier 2 - regiunile Centru, NE, NV, SM, SE, SV Oltenia și Vest), în cadrul acestora participând 9 persoane, între care reprezentanți ai beneficiarilor din fiecare regiune vizată, reprezentanți ai ONG-urilor cu activitate în domeniul de intervenție, ai furnizorilor de servicii sociale și medicale, precum și alți stakeholderi relevanți identificați și echipa de evaluare.</p> <p>Întâlnirile s-au desfășurat online, sub formă de webinar.</p>
<b>Focus Grup (FG) național</b>	<p>Obiectivul principal: completarea și validarea informațiilor colectate pe parcursul evaluării.</p> <p>FG național a fost organizat la nivelul celor 7 teme de evaluare (TE2 -TE8) și a avut 23 de participanți, între care reprezentanți ai factorilor decizionali (AM POCU,OI), dar și ai altor structuri de la nivel național responsabile în sănătății și incluziunii sociale (Ministerul Sănătății, DGASPC-uri, etc.) și echipa de evaluare.</p> <p>Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p>
<b>Sondaj în rândul beneficiarilor de finanțare</b>	<p>Sondajul a avut ca scop colectarea de date în vederea realizării analizelor și a fundamentării răspunsurilor la întrebările de evaluare privind impactul așteptat al intervențiilor la nivelul unităților medicale sprijinite:</p> <p>Tip: chestionar online cu 22 itemi diseminat prin intermediul platformei Survey Monkey;</p> <p>Perioada derulării sondajului: sondajul a fost derulat în perioada septembrie 2021 – noiembrie 2021.</p> <p>Tip de eșantionare: eșantionare neprobabilistică, cuprinzând toți indivizii din universul investigat.</p> <p>Număr de invitații de participare: 45 beneficiari unici de finanțare identificați;</p> <p>Număr de răspunsuri: 23;</p> <p>Rata de răspuns: 51,11% (din totalul de 45 beneficiari unici);</p> <p>Răspunsuri valide și invalide/non răspunsuri: 23 de răspunsuri valide;</p> <p>Metode de asigurare a calității: remindere periodice pe e-mail, contactare telefonică.</p>
<b>Sondaj în rândul</b>	<p>Sondajul a avut ca scop colectarea de date în vederea realizării analizelor și a fundamentării răspunsurilor la întrebările de evaluare privind impactul așteptat al intervențiilor la nivelul grupurilor țintă vizate.</p>

<sup>91</sup> Sistem electronic de management al informației utilizat pentru toate Instrumentele Structurale în România începând cu perioada de programare 2007-2013. Acronimul SMIS corespunde denumirii în limba engleză Single Management Information System.



<b>personalului unităților medicale sprijinite</b>	<p>Tipul sondajului: chestionar online prin intermediul platformei Survey Monkey;</p> <p>Perioada derulării sondajului: sondajul a fost derulat în perioada septembrie 2021 – noiembrie 2021.</p> <p>Tip de eșantionare: eșantionare neprobabilistică, cuprinzând participanții la formarea prin cele 64 de proiecte în implementare (18.744 conform datelor înregistrate în POCU Form, datorită condițiilor speciale generate de pandemia Covid 19 și a faptului că sondajul s-a derulat în perioada unui vârf al pandemiei, invitațiile au fost transmise către managerii de proiecte, cu solicitarea de a le redirectiona către participanți; un singur manager de proiect a confirmat redirectionare invitației către o lista de aproximativ 400 de adrese de e-mail. Cu toate că nivelul de răspuns a fost sub așteptări am retransmis doar de două ori solicitarea către managerii de proiecte, înțelegând situația dificilă din sistemul medical).</p> <p>Număr de răspunsuri: 60;</p> <p>Răspunsuri valide și invalide/non răspunsuri: 60 de răspunsuri valide.</p>
<b>Panel de experți</b>	<p>Obiectiv principal: colectarea de informații cu privire la impactul intervențiilor și contextul de implementare; identificarea efectelor pozitive și negative pe care intervențiile le-au generat la nivel sectorial și la nivelul altor sectoare de activitate; aprecierea sustenabilității efectelor înregistrate și a mecanismelor care favorizează sustenabilitatea; evaluarea eficienței mecanismelor de implementare și a condițiilor favorabile acestora.</p> <p>Panelul de experți a fost realizat la comun pe 4 teme de evaluare – TE 4 (OS 4.4), TE 5 (OS 4.5, 4.6, 4.7), TE 6 (OS 4.8, 4.9) și TE 8 (OS 4.16). Au participat 14 persoane, experți în domeniul incluziunii persoanelor vulnerabile, în domeniul economiei sociale, cadre universitare și experți în domeniul evaluării. Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p>
<b>Studii de caz</b>	<p>8 studii de caz (4 simple și 4 multiple, incluzând în total 15 proiecte) au fost realizate cu scopul de a colecta dovezi de la nivelul proiectelor, implicând beneficiari de finanțare și beneficiari finali, privind efectele și mecanismele de producere a acestora, identificarea de bune practici și lecții învățate.</p>
<b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b>	<p>Analiza datelor privind progresul fizic și financiar.</p> <p>Au fost urmărite aspectele privind numărul de proiecte aprobate/ contractate/ finalizate, rezultatele financiare înregistrate.</p> <p>Analiza gradului de atingere a indicatorilor.</p> <p>A fost urmărit gradul de realizare a indicatorilor la nivel de proiect/pe tipuri de intervenții, precum și la nivelul teritorial relevant; se va urmări gradul de realizare al indicatorilor de rezultat și raportul față de indicatorii de realizare.</p>
<b>Matricea factorilor influență</b>	<p>Matricea a fost utilizată pentru a surprinde și sintetiza factorii care au intervenit în mecanismele de producere a realizărilor și generare a rezultatelor și impactului așteptat. Contribuie în principal la IE6 dar răspunsurile la celelalte întrebări fac referire la acești factori. Matricea evidențiază factorii și intensitatea influenței lor.</p>
<b>Tehnici vizuale</b>	<p>Au fost realizate hărți în sistem GIS pentru a prezenta nivelul de acoperire teritorială a proiectelor implementate în cadrul OS 4.8 și 4.9 la nivel regional și reprezentări grafice atât în corpul principal al raportului, cât și în anexe.</p>

Surse: autori

**867.** Evaluarea și toate aspectele legate de analiza logicii intervenției TE 6 (OS 4.8/ 4.9) a urmărit reconstrucția teoriei schimbării ce stă la baza explicării producerii realizărilor, rezultatelor, impactului și a altor efecte. În Anexa 13 este prezentată Teoria Schimbării reconstruită pe baza datelor din program și a datelor colectate și analizate în procesul de evaluare.

**868.** Au fost realizate interviuri cu beneficiari și/sau parteneri ai proiectelor OS 4.8 și 4.9 pentru a obține date calitative cu privire la modul în care a decurs implementarea proiectelor, efectele acestora, intenționate și neintenționate, factorii care au afectat implementarea, pozitiv sau negativ, implicarea factorilor interesați, modul în care s-a adresat și s-a urmărit realizarea sustenabilității rezultatelor. Interviurile au avut o acoperire adecvată a beneficiarilor și stakeholderilor relevanți pentru implementarea programului, proiectelor și a beneficiarilor finali ai efectelor intervenției. Lista interviurilor se găsește în Anexa 6.

**869.** S-au realizat ateliere de lucru regionale cu participarea beneficiarilor OS 4.8 și 4.9 și a factorilor interesați, unde s-au aprofundat aspecte legate de efectele produse la nivel de proiect, factori care au influențat implementarea, sustenabilitatea și producerea altor efecte pe termen lung sau în afara ariei intervenției.

**870.** Metodologia a fost completată cu opt studii de caz, selectate pe baza unei metodologii prezentată în Anexa 1. Instrumente de evaluare. Au fost selectate 4 studii de caz simple și 4 studii de caz



multiple, care se regăsesc în Anexa 8 a prezentului raport.

**871.** Pentru validarea constatărilor și concluziilor inițiale s-a organizat un Panel de experți și un Focus Grup cu reprezentanți ai autorităților și instituțiilor implicate în implementarea POSDRU, experți în domeniul ocupării și incluziunii grupurilor vulnerabile și experți în domeniul evaluării. Lista instituțiilor reprezentate în cadrul acestor întâlniri este prezentată în Anexele 9, respectiv 10.

**872.** Pentru standardizarea aprecierii cu privire la validarea prin metode cantitative și calitative a ipotezelor formulate s-a folosit următoarea clasificare:

- **Ipoteză invalidată**, dacă cercetarea nu oferă argumente pentru validarea ipotezei sau oferă argumente care conduc la contrazicerea enunțului din ipoteză.
- **Ipoteză validată parțial**, dacă cercetarea oferă argumente doar pentru anumite variabile, dacă există limitări semnificative ale grupului țintă pentru care se dovedește impactul sau dacă efectele s-au produs doar în anumite condiții și situații.
- **Ipoteză validată**, dacă cercetarea oferă argumente pentru toate variabilele de impact sau oferă argumente multiple pentru validarea ipotezei respective.

#### 8.2.4. PROBLEME ÎNTÂMPINATE ȘI LIMITĂRI ÎN APLICAREA METODOLOGIEI DE EVALUARE, ROBUSTEȚEA CONCLUZIILOR

**873.** Pe parcursul evaluării s-au manifestat constrângeri semnificative privind disponibilitatea, accesibilitatea și calitatea datelor și interacțiunea cu părțile interesate. Acest lucru a impus adaptarea metodologiei de colectare a datelor și analiză, identificând noi surse, adăugând verificări a calității datelor, iar interpretarea constatărilor a fost adaptată limitărilor metodologice, așa cum se explică în continuare.

**874.** Cea mai importantă dificultate a fost contactarea părților interesate ce prin specificul temei sunt cadre medicale, și care în condițiile pandemiei COVID au fost foarte greu contactabile.

- Un număr mare de beneficiari, membrii ai echipelor de proiect sau participanți la activități și-au schimbat locul de muncă, datele de contact nu au mai fost valide.
- Disponibilitatea de a participa la interviuri a fost foarte scăzută: unele instituții contactate nu au răspuns la niciun email sau telefonic, alții au declarat ca nu dispun de timpul necesar unui interviu, alții au confirmat inițial însă nu au mai putut fi contactați ulterior. Totuși, pentru a colecta datele necesare a fost transmisă structura de interviu prin email la care unele persoane au transmis răspunsuri în scris.

**875.** La nivelul programului problemele întâmpinate în procesul de evaluare au inclus disponibilitatea, accesibilitatea și calitatea limitată a datelor administrative. O parte a datelor administrative de program nu sunt defalcate pe obiective specifice, ci sunt raportate global pe axe prioritare. Există neconcordanțe între datele privind realizările colectate din surse agregate (Raport Anual de Implementare) și valori agregate de la nivelul proiectelor. Datele privind grupul țintă au prezentat lacune și erori.

**876.** Pentru asigurarea acurateții datelor, analiza s-a făcut prin coroborarea/ verificarea încrucișată a diferitelor baze de date puse la dispoziție. Tipurile de date folosite au constat în ținte ale indicatorilor, bugetele executate ale proiectelor, informații referitoare la grupurile țintă.

**877.** În faza inițială de pregătire a metodologiei s-a analizat posibilitatea asigurării unei reprezentativități a respondenților corespunzătoare unui eșantion probabilistic cu un grad de încredere de 95% și marjă de eroare de 5%. În cazul sondajului în rândul participanților la formare contactarea participanților s-a făcut prin intermediul managerilor de proiecte. Având în vedere condițiile de lucru din sistemul medical în timpul pandemiei COVID puțini manageri de proiecte au confirmat transmiterea chestionarelor spre grupurile de participanți și doar 60 de răspunsuri au fost înregistrat pe platforma

online. Au fost făcute reînnoiri ale solicitării, au fost contactați managerii de proiecte telefonic, însă situația dificilă din spitale justifică lipsa de reacție. Prin urmare constatările rezultate din acest sondaj nu au fost generalizate și au fost folosite doar pentru exemplificări ale percepției participanților la formare.

**878.** În cazul sondajului în rândul beneficiarilor de finanțare, la o populație totală de 45 de beneficiari rata de răspuns a fost de 51,1 %. Menționăm ca și managerii de proiecte contactați pentru sondaj (sau celelalte instrumente) sunt medici în cea mai mare parte, având aceleași constrângeri de disponibilitate ca și cele menționate mai sus. Apreciem că rata de răspuns este acceptabilă pentru utilizarea informațiilor în scopul exemplificării și triangulărilor necesare în procesul de analiză. În aceste condiții speciale nici contactarea beneficiarilor finali nu a fost posibilă. În ansamblu mijloacele de colectare a datelor primare au fost extrem de limitate.

**879.** Datorită măsurilor luate pentru asigurarea datelor necesare și a calității acestora, conștientizarea limitărilor și interpretarea lor adecvată, efortul suplimentar pentru triangulare și validare, apreciem că robustețea concluziilor este suficientă pentru acceptarea lor și a recomandărilor formulate.

### 8.3. Răspunsuri la întrebările de evaluare

#### 8.3.1. ÎE 1. CARE ESTE PROGRESUL OBSERVAT ÎN CEEA CE PRIVEȘTE CALITATEA ȘI ACCESUL LA SERVICIILE MEDICALE?

##### Abordarea metodologică

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 1):** accesul la servicii medicale, inclusiv la nivel de comunitate și, respectiv, că atât competențele personalului medical, cât și utilizarea TIC s-au îmbunătățit de la momentul adoptării PO.

Ipoteza 1.1. Competențele profesioniștilor în domeniul medical s-au îmbunătățit.

Ipoteza 1.2: Accesul la servicii medicale de prevenție, diagnosticare și tratament pentru principalele patologii (inclusiv epidemia SARS-COV-2) pentru grupurile vizate de program s-a îmbunătățit.

Ipoteza 1.3: Accesul la servicii medicale la nivel de comunitate s-a îmbunătățit

Ipoteza 1.4: Gradul de utilizare al soluțiilor TIC în sectorul medical a crescut.

Ipoteza 1.5. Calitatea serviciilor medicale s-a îmbunătățit.

**Variabilele de analiză:** indicatori privind nivelul de sănătate al populației (global și pe principalele afecțiuni; indicatori natalitate: mortalitatea pe principale afecțiuni etc.), indicatori privind speranța de viață (sănătoasă), percepția populației privind starea de sănătate și nevoile medicale nesatisfăcute, indicatori privind accesul la servicii medicale, distribuția serviciilor medicale (la nivel regional, urban-rural, pe tipuri de servicii, inclusiv AMC), nivelul de satisfacție al utilizatorilor privind serviciile medicale, evoluția capacității de a răspunde nevoilor specifice (la nivel de sistem și la nivelul persoanelor afectate de epidemie) în contextul epidemiei SARS-COV-2, performanța individuală a personalului medical, soluții TIC telemedicina funcționale/ implementate.

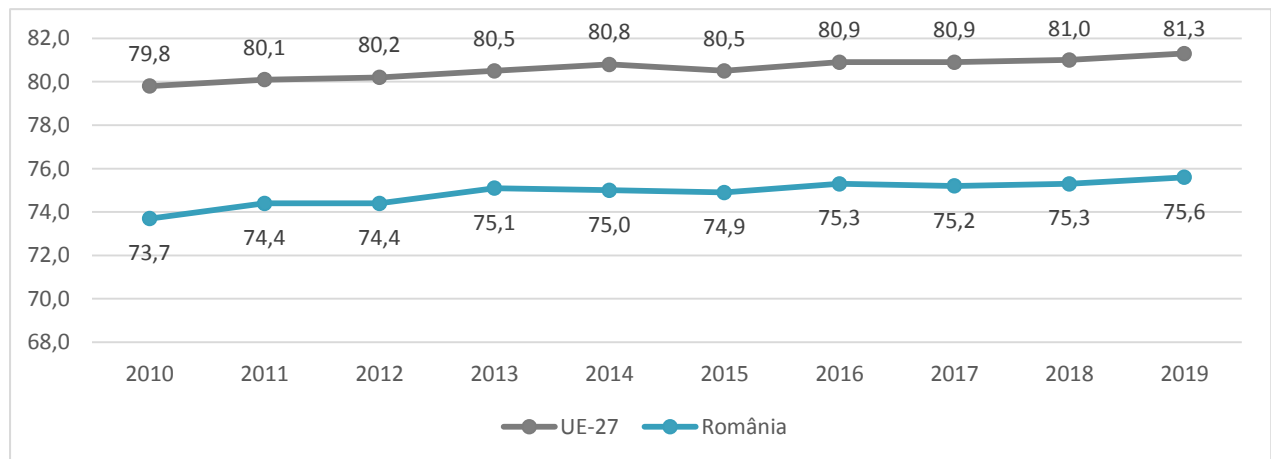
**880.** Pentru a formula un răspuns la ÎE 1 s-a efectuat o analiză la nivel sectorial (Anexa 3) pentru a descrie evoluția indicatorilor care reflectă situația grupurilor țintă a intervențiilor finanțate prin OS 4.8 și 4.9. Acestea sunt cadrele medicale și persoane aparținând grupurilor vulnerabile, iar indicatorii selectați privind îmbunătățirea nivelului de competențe și creșterea calității și accesului la servicii medicale sunt speranța de viață sănătoasă, durata medie a vieții, percepția stării de bine, rata mortalității, evoluția unităților medicale și a numărului de cadre medicale.

## PROGRESUL ATINS ÎN ZONELE, SECTOARELE ȘI GRUPURILE VIZATE ÎN RAPORT CU OBIECTIVELE SPECIFICE

### Speranța de viață sănătoasă

**881.** Speranța de viață este un indicator important al dezvoltării unei societăți. Speranța de viață a populației României a crescut cu 1.9 ani în perioada 2010 – 2019, de la 73.7 ani la 75.6 ani. În continuare speranța de viață a românilor este mult sub media Uniunii Europene de 81.3 ani, România având a doua cea mai scăzută speranță de viață la nivelul UE-27.

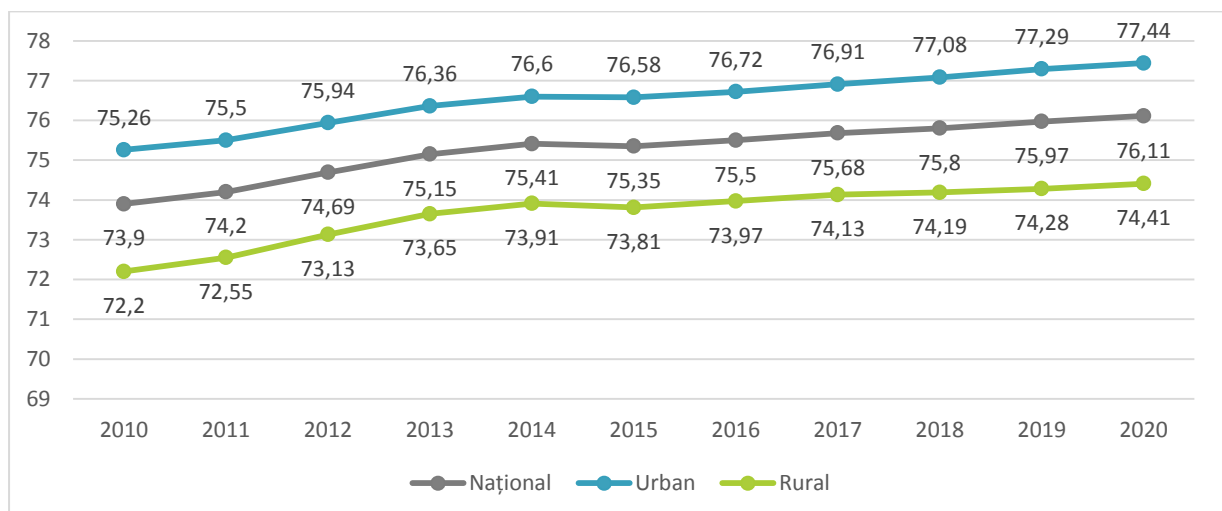
**FIGURA 64. SPERANȚA DE VIAȚĂ LA NAȘTERE**



Sursa: Eurostat, Speranța de viață pe sexe și vârstă, [demo\_mlexpec]

**882.** Există diferențe între mediile de rezidență în ce privește durata medie a vieții, aceasta fiind mai redusă cu 3 ani în mediul rural decât în cel urban. În perioada 2010 – 2020, durata medie a vieții a crescut în mediul urban de la 75.26 ani la 77.44 ani (+2.18 ani), iar în rural de la 72.2 la 74.41 (+2.21 ani).

**FIGURA 65. DURATA MEDIE A VIEȚII PE MEDII DE REZIDENȚĂ**

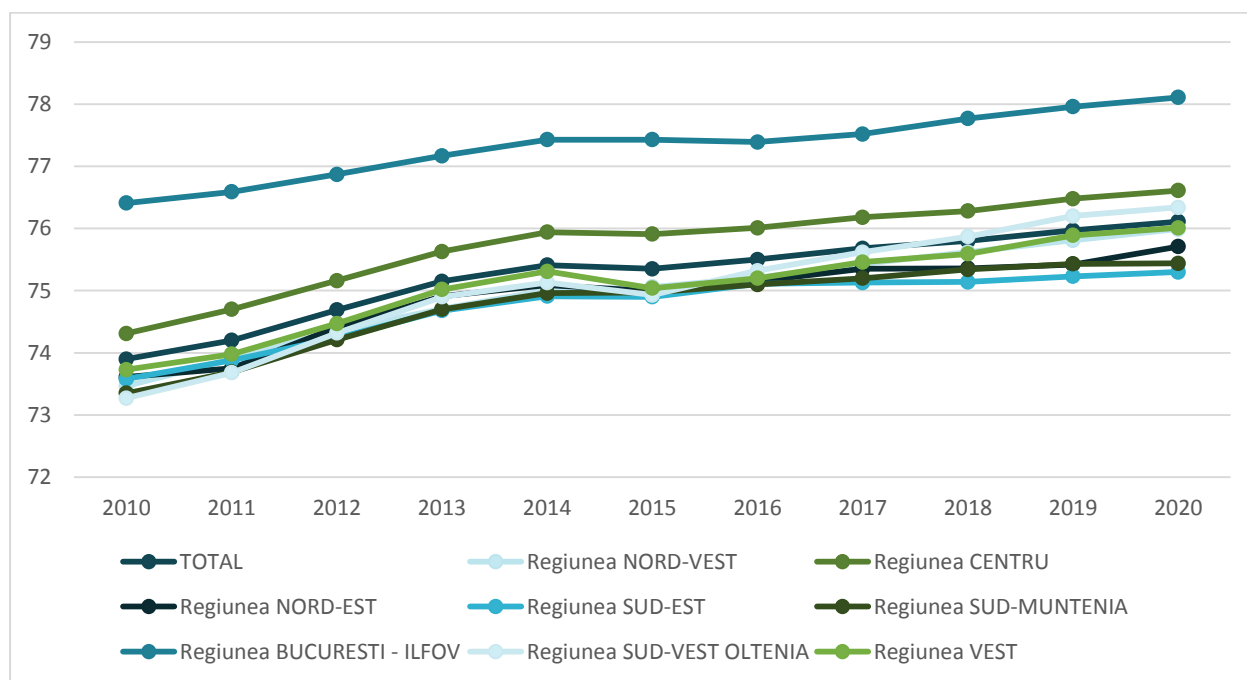


Sursa: INS, Durata medie a vieții pe medii de rezidență, sexe, pe macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [POP217A]

**883.** Există mici diferențe și între regiunile de dezvoltare în ce privește durata medie a vieții, regiunea

București-Ilfov fiind cea care înregistrează valori mai ridicate comparativ cu media națională. Astfel, în regiunea București Ilfov durata medie a vieții a fost în 2020 de 78.11 comparativ cu 76.11 la nivel național. Valori peste media națională se înregistrează și în regiunea Centru (76.61), cele mai mici valori se înregistrează în regiunea Sud Est (75.3), Sud Muntenia (75.44) și Nord Est (75.71).

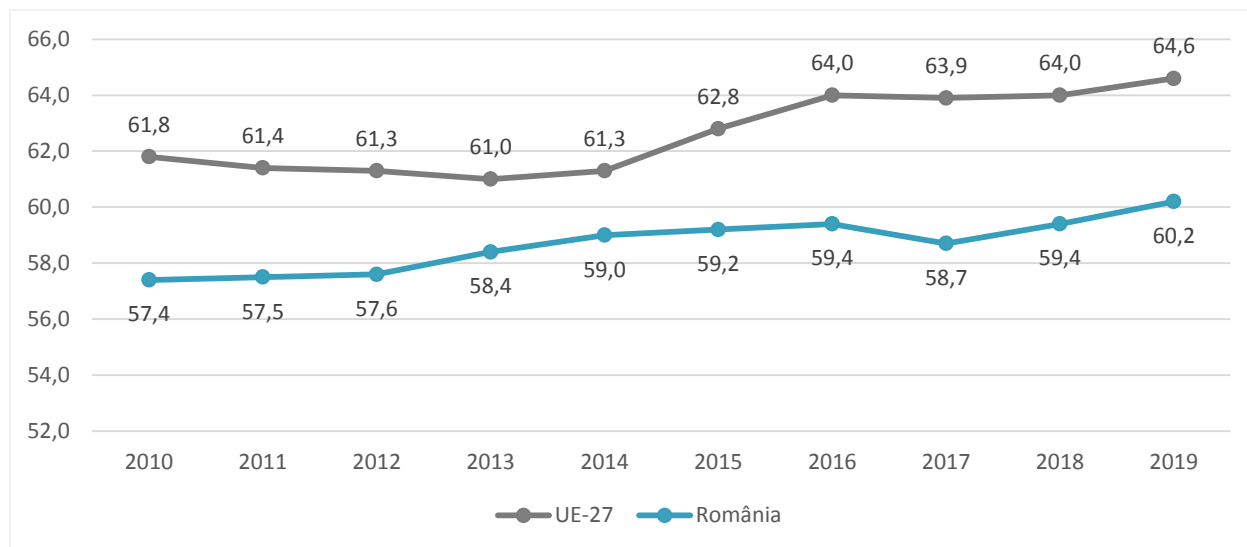
FIGURA 66. DURATA MEDIE A VIEȚII PE REGIUNI DE DEZVOLTARE



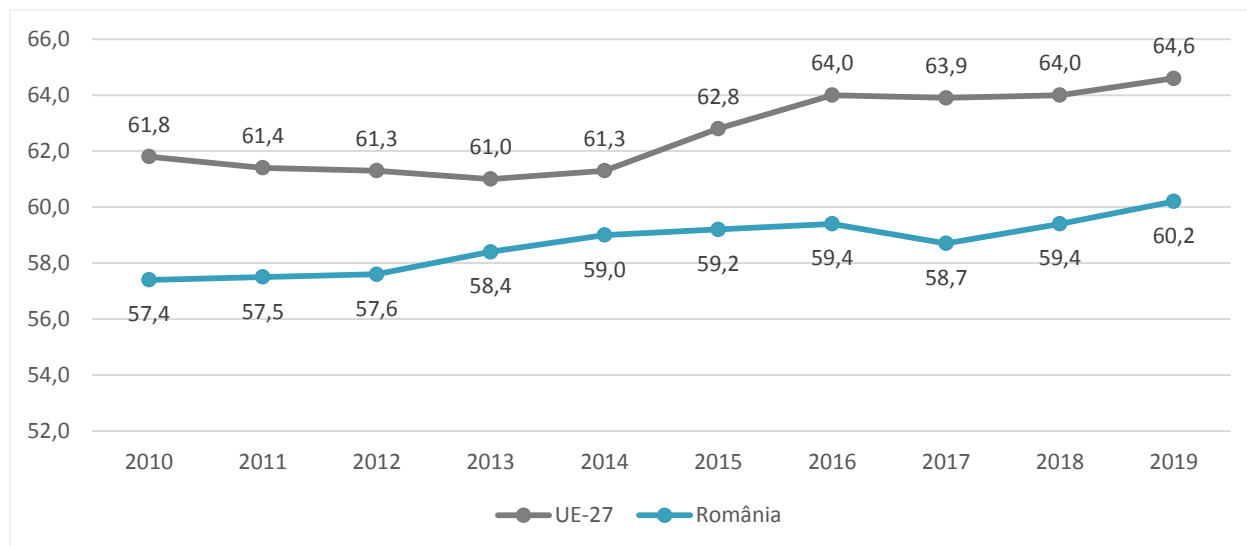
Sursa: INS, Durata medie a vieții pe medii de rezidență, sexe, pe macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [POP217A]

**884.** Pentru a stabili nivelul de sănătate al unei populații este important de stabilit numărul de ani sănătoși pe care aceasta îi are de trăit. În condițiile progresului tehnologic, a reducerii industriilor poluante, dar și a dezvoltării serviciilor de sănătate, numărul anilor de viață sănătoși a crescut la nivelul UE-27 de la 61.8 la 64.6 ani. Cele mai mici valori sunt înregistrate de țările baltice, Slovacia, Finlanda, Croația. Numărul de ani sănătoși la naștere au crescut în perioada 2010-2019 de la 57.4 la 60.2 în România.

**FIGURA 67. ANI DE VIAȚĂ SĂNĂTOȘI**



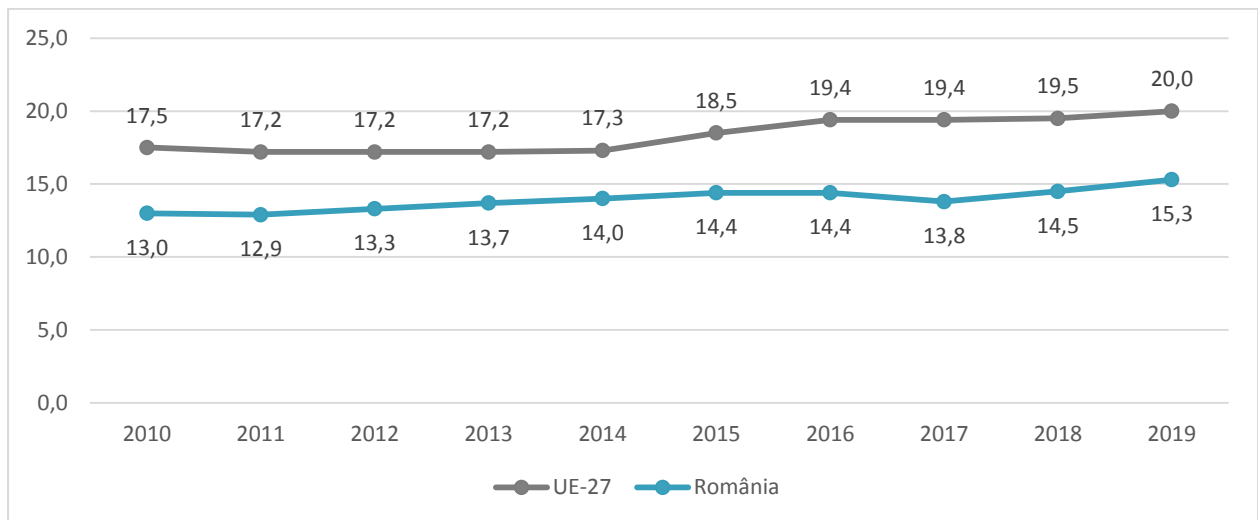
**FIGURA 68. ANI DE VIAȚĂ SĂNĂTOȘI LA NAȘTERE ÎN FUNCȚIE DE SEX**



Sursa: Eurostat, Ani de viață sănătoși în funcție de sex, [hlth\_hlye]

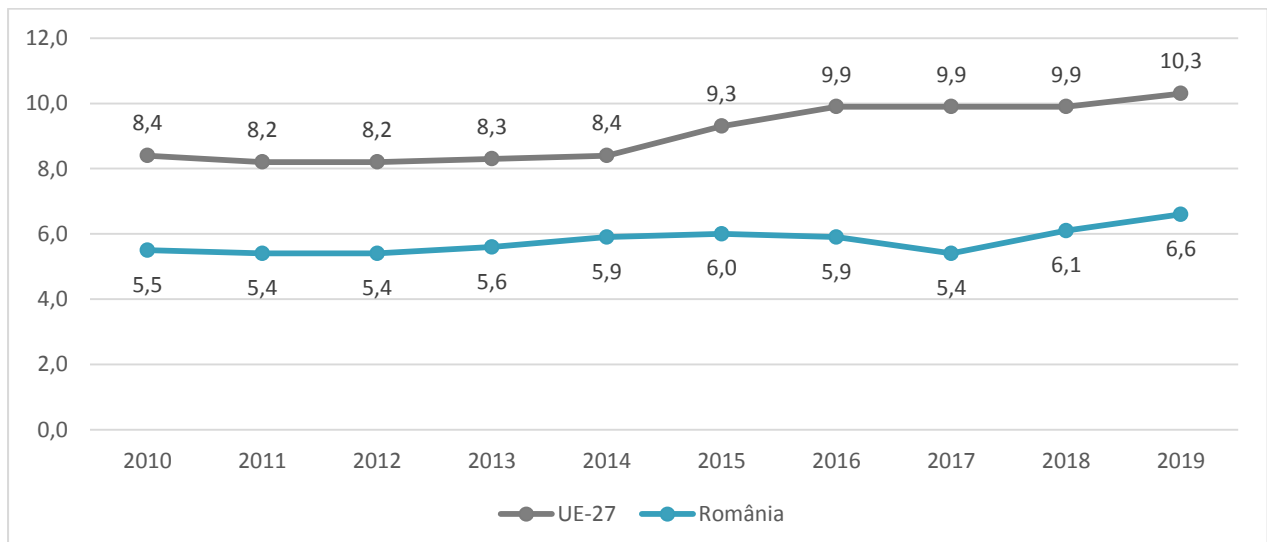
**885.** Numărul de ani de viață sănătoși este măsurat la diferite vârste tocmai pentru a urmări progresul înregistrat de diversele măsuri adoptate pentru a reduce riscurile asociate sănătății populației. La vârsta de 50 de ani numărul de ani sănătoși este de 15.3 în România în anul 2019, în creștere față de 2010. Și la vârsta de 65 de ani a crescut numărul de ani sănătoși de la 5.5 în 2010 la 6.6 ani în 2019.

**FIGURA 69. ANI DE VIAȚĂ SĂNĂTOȘI LA VÂRSTA DE 50 DE ANI**



Sursa: Eurostat, Ani de viață sănătoși în funcție de sex, [hlth\_hlye]

**FIGURA 70. ANI DE VIAȚĂ SĂNĂTOȘI LA 65 DE ANI**



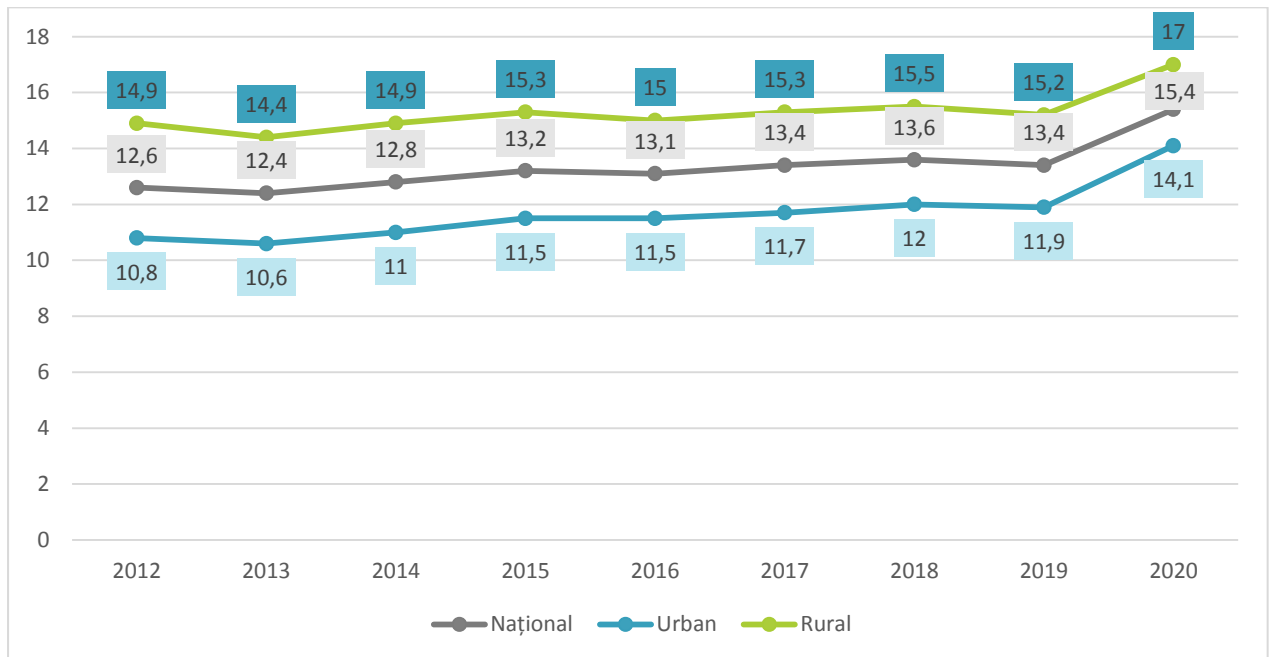
Sursa: Eurostat, Ani de viață sănătoși în funcție de sex, [hlth\_hlye]

### Mortalitate

**886.** Rata mortalității a crescut în România de la 12.6% în 2012 la 13.4% în 2019 și la 15.4% în 2020. Există disparități pe medii de rezidență în ce privește rata mortalității. Astfel, în mediul rural rata mortalității în 2019 a fost de 15.2% în rural și 11.9% în urban. În anul 2020, rata mortalității a crescut mult în condițiile pandemiei de COVID-19.

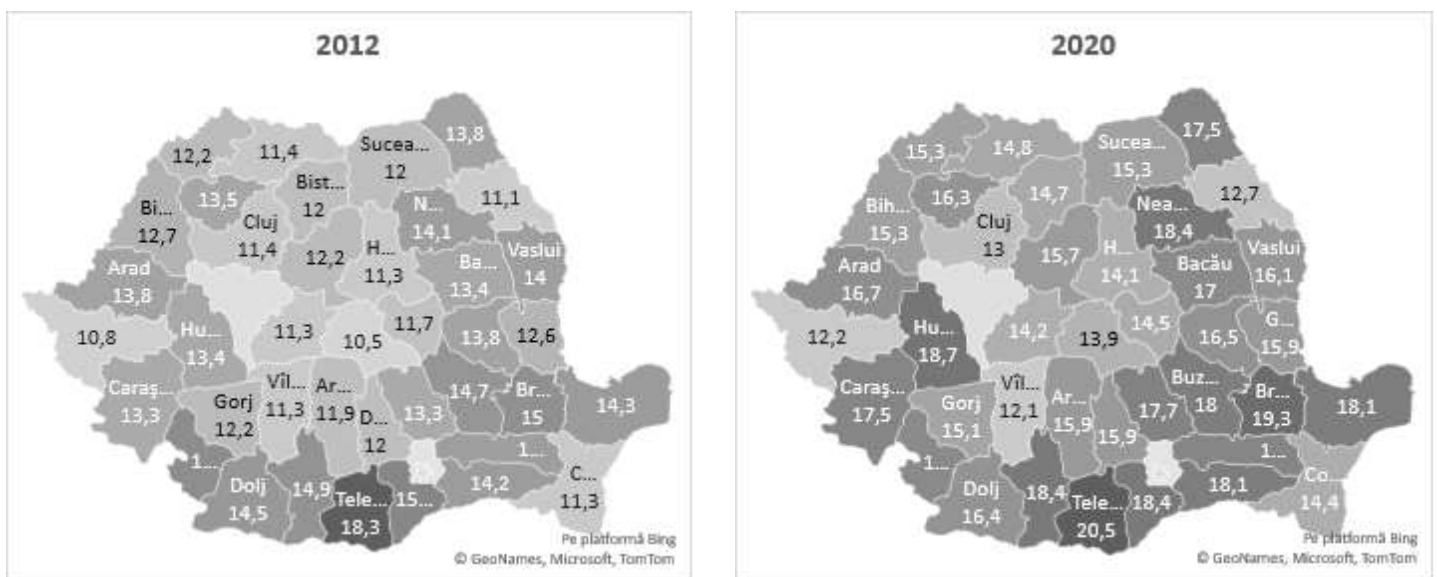


FIGURA 71. RATA MORTALITĂȚII PE MEDII DE REZIDENȚĂ



Sursa: INS, Rata mortalității pe medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [POP207C]

FIGURA 72. RATA MORTALITĂȚII PE JUDEȚE, LA NIVELUL ANILOR 2012 ȘI 2020

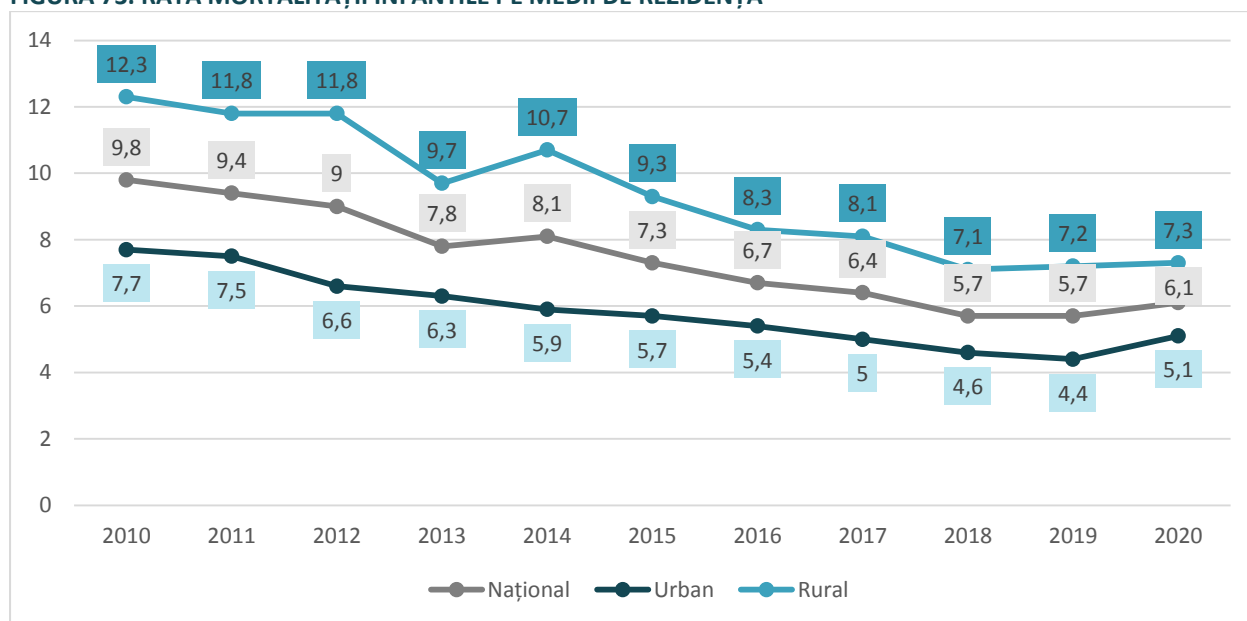


Sursa: INS, Rata mortalității pe medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [POP207C] și prelucrări autori

**887.** Mortalitatea infantilă a scăzut în ultimii 10 ani la nivel național, deși se situează încă peste media europeană de 3,4% în 2019. În România, rata mortalității infantile a scăzut de la 9,8% în 2010 la 5,7% în 2019 și 6,1% în 2020. Rata mortalității infantile este mai mare în mediul rural de cât în cel urban – 7,3%,

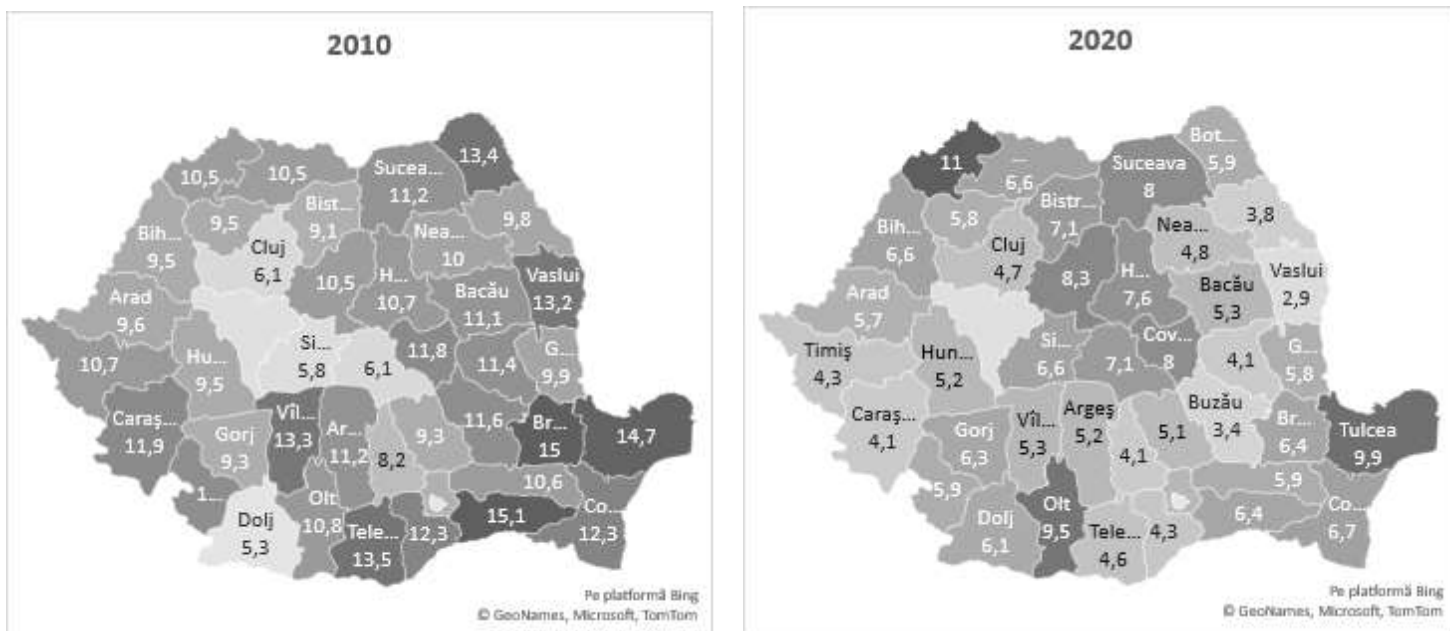
respectiv 5.1%.

**FIGURA 73. RATA MORTALITĂȚII INFANTILE PE MEDII DE REZIDENȚĂ**



Sursa: INS, Rata mortalității infantile pe medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [POP209A]

**FIGURA 74. RATA MORTALITĂȚII INFANTILE PE JUDEȚE, LA NIVELUL ANILOR 2010 ȘI 2020**

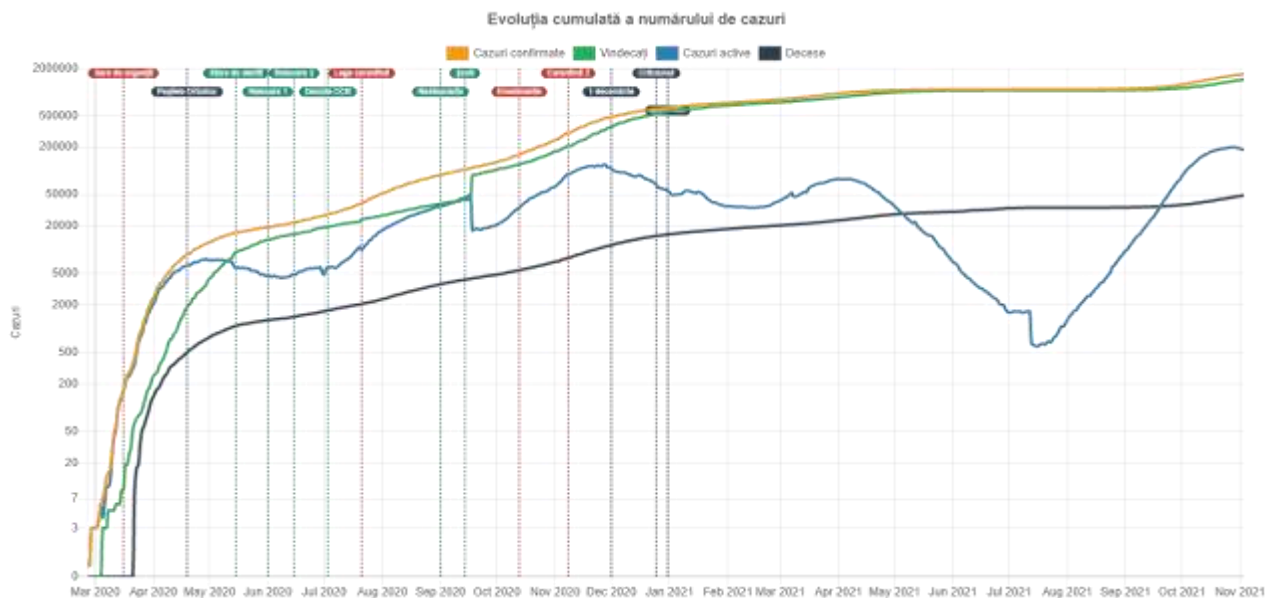


Sursa: INS, Rata mortalității infantile pe medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [POP209A] și prelucrări autori

### COVID-19

**888.** În perioada 11 martie 2020 - 3 noiembrie 2021, la nivel național au fost înregistrate 1.676.293 de cazuri de infectare cu noul coronavirus (COVID – 19), dintre care 1.441.340 de pacienți au fost declarați vindecați, iar 49.115 persoane au decedat (Grupul de Comunicare Strategică, BULETIN DE PRESĂ, 3 noiembrie 2021).

**FIGURA 75. EVOLUȚIA CUMULATĂ A NUMĂRULUI DE CAZURI, PERSOANE VINDECATE, DECESE ÎN PERIOADA MARTIE 2020 – NOIEMBRIE 2021**



Sursa: Coronavirus COVID-19 România, noiembrie 2021, <https://covid19.geo-spatial.org/statistici/statistici-generale?chart=ziua-fata-de-cazuri-cumulative>

## ACCESUL LA SERVICII MEDICALE

### Starea sistemului de sănătate

**889.** Unitățile medicale existente în România includ spitale, ambulatorii de specialitate, policlinici, dispensare medicale, centre de sănătate, centre de sănătate mintală, sanatorii TBC, sanatorii balneare, unități medico-sociale, centre de diagnostic și tratament, centre medicale de specialitate, centre medicale de medicină generală, cabinete medicale școlare, cabinete medicale de familie, cabinete stomatologice, cabinete stomatologice școlare și alte tipuri de unități medicale. Numărul spitalelor a crescut cu 24 la nivel național, dar creșterea se datorează mediului privat care a dublat numărul spitalelor lor (de la 75 în 2010 la 159 în 2020), în timp ce numărul celor din sistemul public s-a redus cu 60 în perioada 2010 – 2020. În cazul ambulatoriilor de specialitate se înregistrează o scădere cu 20 de unități a celor din sistemul public (de la 59 în 2010 la 39 în 2020), în timp ce în cel privat asistăm la o creștere de 18 ori a numărului (de la 16 în 2010 la 289 în 2020). Numărul cabinetelor școlare aproape s-a dublat în perioada 2010 – 2020, ajungând la 2012 unități, creșterea cea mai mare fiind între 2013-2014. Cabinetele medicale de familie s-au redus cu 518 unități.

**TABEL 61. EVOLUȚIE NUMĂR UNITĂȚI MEDICALE ÎN PERIOADA 2010 – 2020**

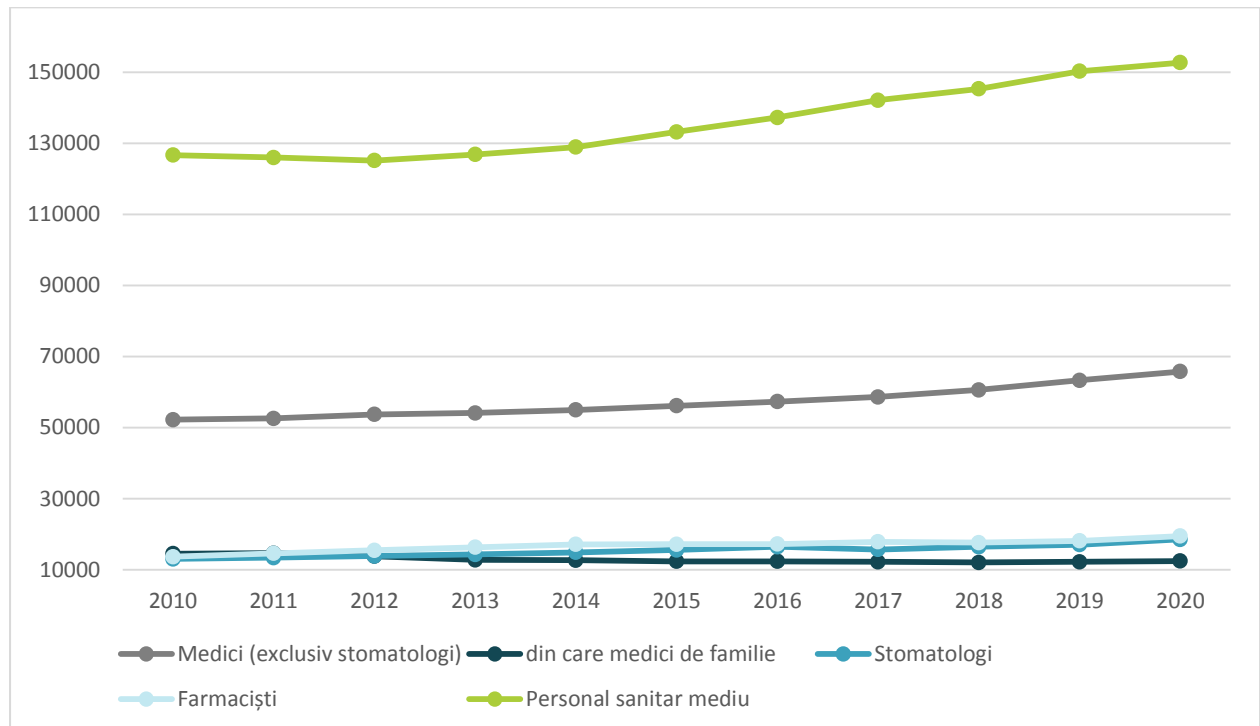
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Spitale</b>	503	464	473	499	527	554	567	576	515	523	527
<b>Ambulatorii de specialitate</b>	75	80	85	92	97	100	108	99	110	125	328
<b>Ambulatorii integrate spitalului</b>	397	334	337	341	351	358	361	362	363	366	364
<b>Policlinici</b>	311	262	282	298	297	143	146	144	154	152	85
<b>Dispensare medicale</b>	204	187	191	191	186	187	187	184	185	184	184

Centre de sănătate	40	18	20	18	19	18	17	15	17	18	17
Centre de sănătate mintală	86	86	84	85	86	86	80	80	82	80	80
Sanatorii TBC	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sanatorii balneare	9	9	11	11	11	10	11	10	10	10	10
Unități medico-sociale	68	64	64	64	64	65	67	66	67	66	66
Centre de diagnostic și tratament	26	29	34	35	37	30	30	26	24	24	23
Centre medicale de specialitate	188	221	243	249	309	626	667	692	670	675	681
Cabinete medicale de medicină generală	1000	990	988	966	795	770	752	776	726	728	746
Cabinete medicale școlare	1235	1312	1335	1365	1722	1735	1878	1875	1902	1989	2012
Cabinete medicale de familie	11170	11211	11151	11158	11163	11397	11274	11055	10944	10866	10652
Cabinete stomatologice	12036	12613	12904	13458	14052	14763	14879	15095	15203	15542	15650
Cabinete stomatologice școlare	424	433	431	432	431	428	440	442	454	467	468
Alte tipuri de cabinete medicale	662	541	531	515	519	693	749	737	744	741	719

Sursa: INS, Unități sanitare pe categorii de unități, forme de proprietate, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [SAN101A]

**890.** Numărul personalului medical a înregistrat o creștere în ultimii 10 ani, atât în ceea ce privește medicii, cât și stomatologii, farmaciștii și personalul sanitar mediu. În cazul medicilor se observă o creștere cu peste 25% (13536) a numărului lor. O scădere de 2086 persoane se înregistrează în cazul medicilor de familie. Creștere de 5501 persoane se înregistrează în cazul stomatologilor și de 5846 de persoane în cazul farmaciștilor. Cu peste 20% a crescut și numărul personalului sanitar mediu.

FIGURA 76. EVOLUȚIA NUMĂRULUI PERSONALULUI MEDICAL



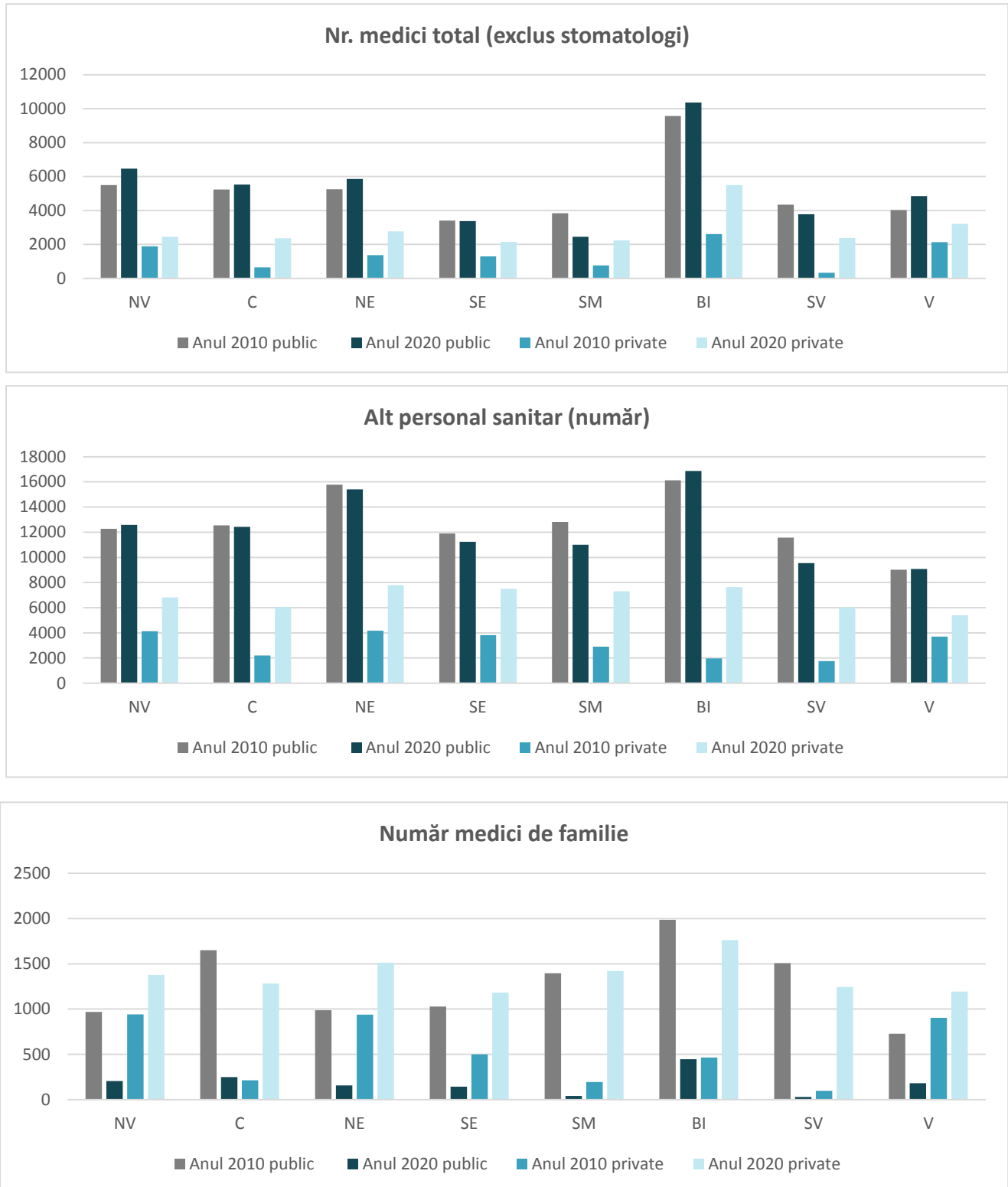
Sursa: INS, Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, sexe, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [SAN104A]

TABEL 62. EVOLUȚIA NUMĂRULUI PERSONALULUI MEDICAL

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Medici (exclusiv stomatologi)</b>	52204	52541	53681	54086	54929	56110	57304	58583	60585	63303	65740
<b>din care medici de familie</b>	14510	14616	13767	12736	12655	12333	12334	12185	12027	12187	12424
<b>Stomatologi</b>	12990	13355	13814	14282	14879	15556	16442	15653	16457	17003	18491
<b>Farmaciști</b>	13624	14575	15435	16301	17099	17135	17180	17833	17620	18093	19470
<b>Personal sanitar mediu</b>	126656	125992	125141	126860	128899	133173	137246	142103	145317	150251	152686

Sursa: INS, Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, sexe, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [SAN104A]

**FIGURA 77. DISTRIBUȚIE TERITORIALĂ PERSONAL MEDICAL**



Sursa: INS, Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, sexe, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [SAN104A]

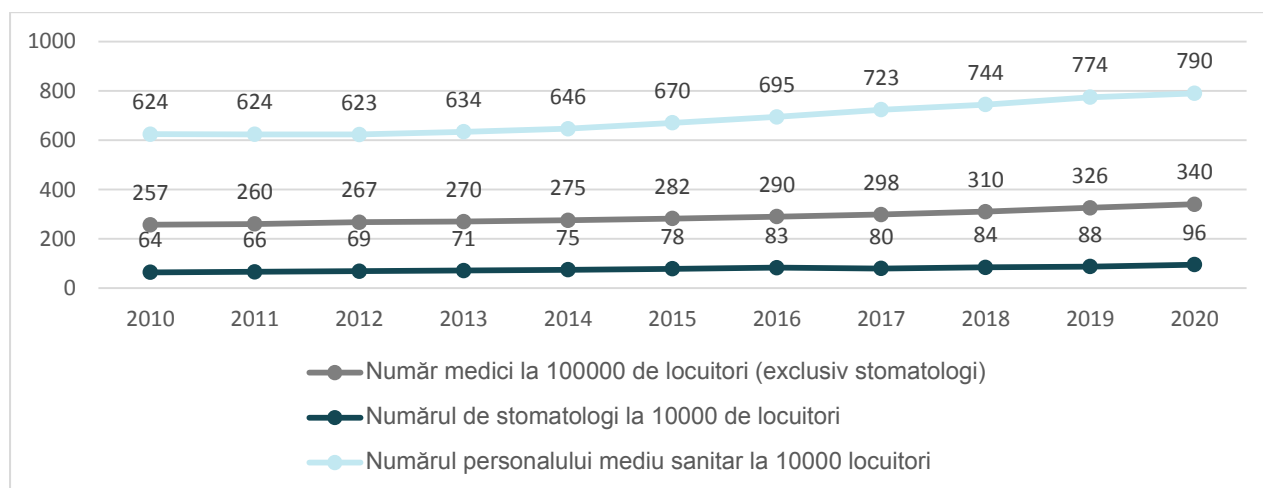


**891.** Evoluția personalului medical în regiuni arată pentru perioada 2010-2020:

- o ușoară creștere a numărului de medici din toate regiunile cu excepția regiunilor Sud Vest și Sud Muntenia cu scăderi accentuate și regiunea SE o scăderi foarte mică;
- o trecere semnificativă a serviciilor de medicină de familie din mediul public în mediul privat în toate regiunile;
- în ceea ce privește celelalte categorii de personal sanitar, în timp ce în mediul public se înregistrează scăderi în toate regiunile mai puțin BI și NV în timp ce în mediul privat se înregistrează creșteri accentuate, cele mai mari în BI 285%, SUD Vest 244% și Centru 151%.

**892.** În 2020, în România exista un număr de 340 de medici, 96 de stomatologi și 101 farmaciști la 100.000 de locuitori. Dintre aceștia aproximativ 20% sunt medici de familie. Peste 80% dintre stomatologi și 90% dintre farmaciști profesează în mediul privat. Numărul medicilor la 100.000 de locuitori a crescut cu 32% în perioada 2010 – 2020, ajungând la 340 de medici/100.000 de locuitori. Comparativ cu alte țări europene, România se află pe ultimele locuri la numărul de medici raportat la 100.000 de locuitori. În perioada 2010 – 2020 numărul personalului mediu sanitar a crescut de la 624 la 790 la 100.000 de locuitori. Cu toată această creștere, comparativ cu alte state europene, România se afla pe la mijlocul clasamentului în ce privește numărul de asistente.

**FIGURA 78. PERSONALUL MEDICO-SANITAR LA 100.000 DE LOCUITORI**



Sursa: INS, Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, sexe, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, [SAN104A], Populația rezidentă [POP105A], calcule proprii

*Asistența medicală comunitară*

**893.** Numărul asistențelor medicali comunitari a crescut în ultimii ani de la 982 în 2014 la 1695 în iunie 2020 și la 1821 în octombrie 2021. Această creștere a numărului asistențelor medicali comunitari este extrem de importantă pentru asigurarea accesului la servicii medicale primare persoanelor aflate în situații de vulnerabilitate. În același timp, pe perioada pandemiei COVID-19 asistenții medicali comunitari au fost cei care au oferit servicii medicale primare, în condițiile limitării accesului populației la servicii medicale. În mediul rural sunt 1452 de asistenți medicali comunitari, iar în urban 369. Există județe unde numărul asistențelor medicali comunitari este mare, acestea având o acoperire de aproape 100% a unităților administrativ teritoriale – Botoșani, Gorj, Olt, Dolj. Sunt însă și județe cu un număr foarte mic de asistenți medicali comunitari – Brașov, Caraș – Severin, Covasna, Cluj, Satu Mare, Timiș. Și numărul mediatorilor sanitari a crescut de la 351 în 2014 la 465 în 2021. Dintre aceștia 194 sunt în mediul urban și 271 în rural. Județele cu cei mai puțini mediatorii sanitari sunt Teleorman, Hunedoara, Ialomița, Timiș.

**TABEL 63. ASISTENȚI MEDICALI COMUNITARI ȘI MEDIATORI SANITARI PE JUDEȚE**

Nr. crt	Județ	Asistenți Medicali Comunitari			Mediatori sanitari		
		Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
1	ALBA	64	25	39	4	3	1
2	ARGES	11	3	8	6	1	5
3	ARAD	21	10	11	7	5	2
4	BACAU	42	7	35	11	4	7
5	BISTRITA NASAUD	28	4	24	9	2	7
6	BRASOV	4	3	1	9	3	6
7	BRAILA	28	2	26	10	4	6
8	BIHOR	25	6	19	12	4	8
9	BOTOSANI	107	17	90	17	7	10
10	BUCURESTI	6	6	0	4	4	0
11	BUZAU	59	3	56	12	5	7
12	CARAS SEVERIN	5	0	5	6	6	0
13	CLUJ	7	0	7	8	5	3
14	COVASNA	5	1	4	10	3	7
15	CONSTANTA	23	8	15	11	7	4
16	CALARASI	34	14	20	14	2	12
17	DAMBOVITA	37	9	28	6	3	3
18	DOLJ	99	9	90	16	2	14
19	GALATI	44	23	21	19	6	13
20	GIURGIU	31	8	23	24	10	14
21	GORJ	138	32	106	14	9	5
22	HARGHITA	48	20	28	18	6	12
23	HUNEDOARA	20	10	10	2	2	0
24	IALOMITA	39	13	26	3	2	1
25	IASI	39	2	37	15	4	11
26	ILFOV	13	3	10	16	6	10
27	MARAMURES	42	22	20	5	4	1
28	MEHEDINTI	82	12	70	19	4	15
29	MURES	55	7	48	27	9	18
30	NEAMT	57	5	52	7	4	3
31	OLT	108	24	84	10	9	1
32	PRAHOVA	12	4	8	19	10	9
33	SALAJ	31	3	28	5	0	5
34	SATU MARE	7	0	7	6	3	3
35	SIBIU	59	18	41	25	7	18
36	SUCEAVA	72	5	67	6	4	2
37	TELEORMAN	52	6	46	1	1	0
38	TIMIS	9	0	9	2	1	1
39	TULCEA	73	11	62	13	8	5

40	VALCEA	58	0	58	7	4	3
41	VASLUI	72	10	62	22	9	13
42	VRANCEA	55	4	51	8	2	6
<b>TOTAL</b>		<b>1821</b>	<b>369</b>	<b>1452</b>	<b>465</b>	<b>194</b>	<b>271</b>

Sursa: Ministerul Sănătății, 2021

Distribuția echipelor comunitare integrate dezvoltate în cadrul proiectului *Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale*, (POCU/375/4/22/122607) este neuniformă la nivel național. Conform datelor furnizate de Ministerul Sănătății, la data de 5 noiembrie 2021, din cele 139 de comunități în care proiectul și-a propus să ajungă inițial, în 130 există asistenți medicali comunitari, în 52 asistent social, în 10 mediator sanitar, în 94 consilier școlar, iar în 81 mediator școlar. O imagine sintetică este oferită și de harta de mai jos, la nivelul lunii aprilie 2021.

**FIGURA 79. Distribuția echipelor comunitare integrate, proiect POCU/375/4/22/122607**



Sursa: <http://serviciicomunitare.ro/evenimente/eveniment-33>

### Percepții privind viața sănătoasă

**894.** Ponderea persoanelor care declară că au nevoi medicale nesatisfăcute s-a redus în perioada 2010 – 2020 de la 13.8% la 6.9%. Cu toate acestea, procentul celor care declară că au nevoi medicale nesatisfăcute este mai ridicat decât media europeană. Cel mai important motiv invocat de români când declară că au nevoi medicale nesatisfăcute îl reprezintă costul acestora (3.6% în 2020) și timpul lung de așteptare până când pot beneficia de serviciu (0.8% în 2020). Se observă o scădere a ponderii celor pentru care costul serviciilor reprezintă motivul principal pentru care nu și-au satisfăcut nevoile medicale de la 10% în 2010 la 3.6% în 2020.

**TABEL 64. EVOLUȚIA PONDERII NEVOILOR MEDICALE NESATISFĂCUTE**

Motive pentru care nu au fost satisfăcute nevoile medicale		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EU-27	Prea scumpe	2.3	2.6	2.6	2.8	2.8	2.4	1.9	1.0	1.1	0.9	:
România		10.0	11.0	10.5	9.6	8.8	8.3	5.3	3.5	3.4	3.5	3.6
EU-27	La distanță mare	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	:
România		0.6	0.7	0.7	0.6	0.5	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.3
EU-27	Prea scumpe, la distanță prea mare sau existența listelor de așteptare	3.5	3.7	3.8	4.0	3.9	3.3	2.8	1.6	1.8	1.7	:
România		11.1	12.2	11.7	10.9	9.8	9.4	6.5	4.7	4.9	4.9	4.7
EU-27	Lipsa timpului disponibil	1.1	1.0	1.0	1.0	0.9	0.5	0.5	0.3	0.3	0.3	:
România		0.6	0.5	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
EU-27	Nu sunt nevoi medicale neacoperite	92.9	92.9	93.0	92.5	92.8	94.8	95.3	97.0	96.8	97.0	:
România		86.2	85.4	86.0	86.9	88.1	88.5	91.4	93.3	93.1	93.1	93.3

Sursa: Eurostat, *Nevoi nesatisfăcute auto-raportate de examinare medicală în funcție de sex, vârstă, motiv principal declarat și stare de muncă* [hlth\_silc\_13]

**895.** Ponderea persoanelor din România care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate s-a redus ușor în ultimii 10 ani, de la 21% la 19.7% comparativ cu 2019, procentul a crescut cu 0.8% pe fondul problemelor de acces la serviciile medicale din perioada pandemiei COVID-19. Comparativ cu media UE-27, procentul românilor care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate este mult mai mic. Există diferențe între mediile de rezidență, procentul fiind mai mare în mediul rural. Procentul celor care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate este mai mare în cazul celor aflați în primele două quintile de venit (reprezentând persoanele cu cele mai mici venituri într-o proporție de 40% din total).

**TABEL 65. PERSOANE CARE AU O BOALĂ DE LUNGĂ DURATĂ SAU O PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE**

România	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Total</b>	21.0	21.6	21.3	20.6	19.9	20.1	19.2	20.4	19.5	18.9	19.7
<b>Municipii</b>	20.8	22.3	20.6	20.4	18.7	19.6	20.2	20.4	19.1	18.0	19.3
<b>Orașe</b>	21.0	18.1	20.9	18.6	17.2	17.1	16.2	18.9	18.1	17.5	18.3
<b>Comune</b>	21.1	21.2	22.2	21.8	21.7	22.2	20.1	21.3	20.5	20.3	21.0
<b>Quintila 1</b>	18.2	16.1	16.6	17.2	16.8	16.5	16.7	19.1	21.8	20.5	23.3
<b>Quintila 2</b>	22.0	22.0	23.0	22.1	21.1	23.2	21.8	25.2	24.7	26.6	26.6
<b>Quintila 3</b>	23.9	24.9	24.0	22.6	24.9	22.5	21.3	22.7	23.3	20.3	21.5

Sursa: Eurostat, *Persoane care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate* [hlth\_silc\_11]

**896.** Percepția asupra stării de sănătate a populației României este bună și foarte bună (73%). Doar 1.4% consideră că starea de sănătate este foarte proastă, iar 6% că este proastă.

**TABEL 66. PERCEPȚIA STĂRII DE SĂNĂTATE**

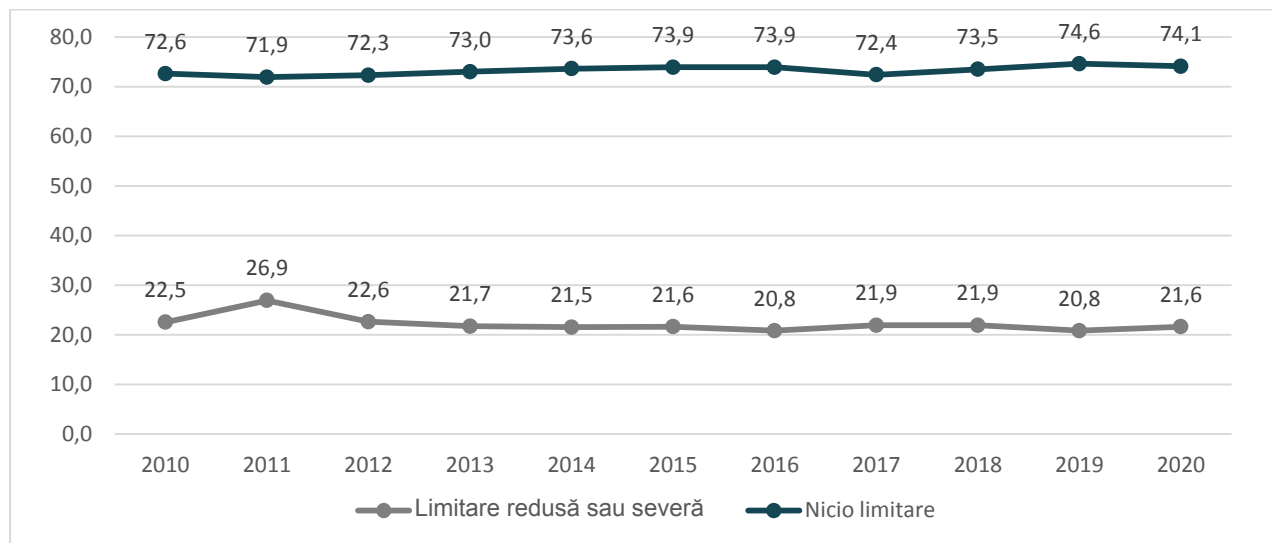
Percepție		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
UE-27	Foarte bună	20.5	20.5	21.4	20.4	20.5	20.2	19.4	21.0	21.1	20.5	23.3
Romania		26.5	25.6	26.7	27.4	26.9	26.6	26.5	27.8	26.4	27.9	31.7
UE-27	Bună	46.2	46.1	45.9	46.1	46.7	46.5	48.0	47.9	47.4	48.0	45.3
Romania		42.2	42.3	41.5	41.3	42.3	43.3	43.9	43.0	44.2	43.2	41.3

UE-27	Nici bună, nici proastă	23.5	23.1	22.5	23.5	22.9	23.6	23.8	22.6	23.0	22.9	22.5
Romania		21.8	22.4	21.6	21.4	21.6	21.6	22.3	21.8	22.3	21.6	19.7
UE-27	Proastă	8.0	8.1	8.1	8.1	8.0	7.9	7.2	6.9	6.9	7.0	7.0
Romania		7.8	7.9	8.2	7.9	7.6	7.1	6.0	6.0	5.8	5.9	6.0
UE-27	Foarte proastă	1.9	2.1	2.1	2.0	1.9	1.9	1.6	1.6	1.6	1.6	1.8
Romania		1.7	1.8	2.0	1.9	1.7	1.4	1.2	1.3	1.2	1.3	1.4

Sursa: Eurostat, Percepția stării de sănătate pe sexe, vârste și statut pe piața muncii, [hlth\_silc\_01]

**897.** Un procent de 21.6% dintre români au o limitare redusă sau severă în desfășurarea activităților uzuale, iar 74.1% nu au nicio limitare, conform propriilor percepții.

**FIGURA 80. PERCEPȚIA ASUPRA LIMITĂRILOR PE TERMEN LUNG ÎN DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚILOR UZUALE**



Sursa: Eurostat, Percepția asupra limitărilor pe termen lung în desfășurarea activităților uzuale [hlth\_silc\_20]

#### Sinteza constatărilor

**898.** Starea de sănătate s-a îmbunătățit în ultimii 5 – 10 ani sub multiple aspecte în România, dar rămânem sub media europeană și cu o diferență semnificativă pe medii de rezidență în defavoarea mediului rural. Această situație este reflectată de cei mai relevanți indicatori cum ar fi speranța de viață, anii de viață sănătoși, rata mortalității infantile. Totuși, rata mortalității nu a avut o evoluție pozitivă.

**899.** În ceea ce privește accesul la servicii de sănătate un prim aspect îl reprezintă unitățile medicale care au crescut ca număr în principal datorită extinderii unităților private.

**900.** Constatăm și o creștere a personalului medico-sanitar, mai accentuată în cazul medicilor. Cu toată această creștere, comparativ cu alte state europene, România se afla pe la mijlocul clasamentului în ce privește numărul de asistente și moașe la 100.000 de locuitori. Deficiențe și o distribuție teritorială neuniformă se constată în cazul personalului medical comunitar.

**901.** Ponderea persoanelor cu nevoi medicale nesatisfăcute a scăzut, însă este mai ridicată decât media UE, dar ponderea populației cu o boală de lungă durată sau probleme de sănătate este mai mica decât media UE. Sunt mai dezavantajate persoanele cu venituri mai scăzute și din mediul rural unde accesul la servicii medicale și de depistare a bolilor este mai scăzut.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 1):** Accesul la servicii medicale, inclusiv la nivel de comunitate și, respectiv că atât competențele personalului medical cât și utilizarea TIC s-au îmbunătățit de la momentul adoptării PO - este **PARTIAL VALIDATĂ**. Analiza pe baza datelor colectate arată că creșterea calității și accesului la servicii medicale s-a îmbunătățit doar în anumite aspecte, fiind dezavantajate persoanele cu venituri scăzute și din mediul rural, a fluctuat pe perioada de analiză fiind influențată în special de criza cauzată

de infecția cu virusul SARS – COV -19.

### 8.3.2. ÎE 2. ÎN CE MĂSURĂ PROGRESUL OBSERVAT ESTE ATRIBUIT POCU?

#### Abordarea metodologică

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 2):** Intervențiile finanțate au avut o contribuție la creșterea calității și accesului la servicii medicale.

Ipoteza 2.1: Intervențiile finanțate au avut o contribuție la îmbunătățirea calității serviciilor medicale

Ipoteza 2.2: Intervențiile finanțate au avut o contribuție importantă la creșterea accesului la servicii medicale, cu precădere pentru grupurile vulnerabile.

**Variabile de analiză:** variația indicatorilor de program, variația impactului perceput de părțile interesate, variația principalilor indicatori privind starea de sănătate a populației, variația accesului la servicii medicale la nivel regional, pe dimensiunea urban-rural, performanța individuală a personalului medical

#### Corelarea analizei cu teoria schimbării

**902. ÎE 2 „În ce măsură progresul observat este atribuit POCU?”, este o întrebare tipică unei evaluări de impact și se referă la efectul net sau impactul net al intervențiilor finanțate prin OS 4.8 și OS 4.9 asupra beneficiarilor finali din perspectiva obiectivelor OS 4.8 și 4.9 și efectelor așteptate. Având în vedere că această evaluare este o evaluare intermediară a unor intervenții cu un progres scăzut în implementare, răspunsul este limitat la rezultate și contribuții nete ale finanțării la nivelul proiectelor implementate.**

**903.** Răspunsul la întrebare este construit pe teoria schimbării cu focalizare pe partea superioară a lanțului causal și combină analizele cantitative și calitative. Cu toate că în acest răspuns ne vom referi la lanțul rezultatelor OS 4.8 și 4.9 (realizări – rezultate – impact), pentru coerența explicațiilor nu se poate evita legătura cu tipologia intervențiilor (activitățile implementate) și factorii de influență. Mecanismul de producere a efectelor va fi reluat în răspunsul la întrebarea de evaluare ÎE6 unde se va explica cum s-au produs sau de ce nu s-au produs rezultatele și efectele așteptate.

**904.** Conform teoriei schimbării (Anexa 13) rezultatele așteptate prin implementarea acțiunilor programului au inclus atât (i) îmbunătățiri privind nivelul de competențe al personalului medical, cât și (ii) îmbunătățiri privind condițiile de acces la servicii medicale preventive și (iii) capacitatea actorilor relevanți de a facilita accesul la servicii medicale. Astfel se aștepta un nivel de competențe îmbunătățit în rândul cadrelor medicale, un interes crescut pentru derularea programelor de sănătate, precum și interesul populației de a lua parte la acestea.

#### Măsura în care OS 4.8 și 4.9 a produce realizările și rezultatele așteptate

**905.** Un prim pas în analiza și măsurarea impactului brut și a impactului net (contribuția) este cunoașterea realizărilor și rezultatelor efectiv produse, respectiv generate de intervenții, ca premisă și condiție în lanțul rezultatelor pentru generarea efectelor pe termen lung, a impactului.

**906.** Analiza cantitativă a realizărilor și rezultatelor pleacă de la măsurarea lor prin indicatorii de program, conform datelor de monitorizare a programului. Tabelele 67 și 68 sumarizează „ce a reușit să producă și să genereze programul”, ce a îndeplinit, raportat la ceea ce și-a propus pentru fiecare indicator de program până la date de 31.12.2020.

**907.** În tabelul 67 este surprins gradul de îndeplinire al indicatorilor de program, aferenți OS 4.8 și 4.9, conform RAI 2020, dar care nu defalcă indicatorii pe OS-uri.



**TABEL 67. GRADUL DE ÎNDEPLINIRE A ȚINTELOR INDICATORILOR DE PROGRAM (OS 4.8 ȘI 4.9) CONFORM RAI**

Indicatori de program		Valori țintă	Valori realizate la 31.12.2020	Grad de realizare
<b>Cod</b>	<b>Indicatori de realizare</b>			
<b>4S226/4S205/4S55</b>	Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici / stimulent de risc etc., din care: sectorul medical/ sectorul asistenței sociale/ sectorul socio-medical/ sectorul educațional	260.464,00	19.453,00	7,47%
<b>4S207/4S57</b>	Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc., din care: din domeniul asistenței sociale/ din domeniul medical/din domeniul educațional	40	10	25,00%
<b>4S208/4S58</b>	Persoane (din care: din zona rurală) care au beneficiat de servicii medicale de prevenție/ diagnosticare precoce etc., din care grupuri vulnerabile	1.193.268,00	3.962,00	0,33%
<b>Cod</b>	<b>Indicatori de rezultat</b>			
<b>4S202/4S48</b>	Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificate urmare a sprijinului primit, din care: din sectorul de asistență socială/ din sectorul medical/ din sectorul educațional	187.453,00	19.021,00	10,15%
<b>4S204/4S50</b>	Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor, din care: din sectorul de asistență socială / din sectorul medical / din sectorul educațional	n/a	10	n/a
<b>4S51</b>	Persoane (din care: din zona rurală) cu trimitere la specialist după ce au beneficiat de serviciul preventiv/ diagnosticare precoce, din care: din zona rurală	n/a	290	n/a

Sursa: RAI 2020

**908.** Gradul de îndeplinire a indicatorilor de realizare regăsiți în cadrul proiectelor OS 4.8 și 4.9 este scăzut (7%, 25%), pe când în cazul singurului indicator de rezultat care are stabilite valori țintă (4S202) gradul de realizare al acestuia este de doar 10%. Pentru ceilalți doi indicatorii de rezultat nu au fost stabilite ținte pentru 2023 deoarece în perioada de programare 2007-2013 nu au existat intervenții similare/ indicatori de rezultat similari pentru intervențiile finanțate.

**909.** Tabelul 68 surprinde progresul indicatorilor asumați în cadrul proiectelor contractate la nivelul OS 4.8 și 4.9, fiind analizate datele disponibile în baza de date SMIS și puse la dispoziție de autoritatea contractantă. Deoarece nu s-a putut stabili o coerență deplină între datele din RAI și SMIS, au fost analizate doar acele date care nu au prezentat diferențe neverosimile.

**TABEL 68. GRADUL DE ÎNDEPLINIRE A ȚINTELOR INDICATORILOR DE PROGRAM LA NIVELUL OS 4.8 ȘI 4.9**

Indicatori de program		Valori țintă	Valori realizate la 31.12.2020	Grad de realizare	
<b>Cod</b>	<b>OS</b>	<b>Indicatori de realizare</b>			
<b>4S226/4S205/4S55</b>	4.8	Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici /stimulent de risc etc., din care:	42.112,00	n/a*	n/a*
		• Sectorul medical	37.261,00	n/a*	n/a*
		• Sectorul asistenței sociale	-	-	-
		• Sectorul socio-medical	-	-	-
<b>4S226/4S205/4S55</b>	4.9	Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici /stimulent de risc etc., din care:	2.606	1.499	57,52%
		• Sectorul medical	3.085	1.315	42,63%

		• Sectorul asistenței sociale	0	0	-
		• Sectorul socio-medical	380	136	35,79%
		• Sectorul educațional	0	0	-
4S207/4S57	4.9	Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc., din care:	27	n/a*	n/a*
		• din domeniul asistenței sociale	0	0	-
		• din domeniul medical	35	n/a	n/a*
		• din domeniul educațional	0	0	-
4S208 /4S58	4.9	Persoane (din care: din zona rurală) care au beneficiat de servicii medicale de prevenție/ diagnosticare precoce etc. din care:	1.437.426	11.749	0,82%
		• grupuri vulnerabile	745.812	0	0,00%
		• din zona rurală	556.186	10.858	1,95%
<b>Cod</b>	<b>OS</b>	<b>Indicatori de rezultat</b>			
4S202 /4S48	4.8	Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificare urmare a sprijinului primit, din care:	33.742	n/a*	n/a*
		• din sectorul de asistență socială	-	-	-
		• din sectorul medical	30.577	n/a*	n/a*
		• din sectorul educațional			-
4S202/ 4S48	4.9	Persoane care și-au îmbunătățit nivelul de calificare/ certificate urmare a sprijinului primit, din care:	2.870	1.350	47,04%
		• din sectorul de asistență socială	-	-	-
		• din sectorul medical	2.849	1.302	45,70%
		• din sectorul educațional	-	-	-
4S204 / 4S50	4.9	Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor, din care:	26	n/a*	n/a*
		• din sectorul de asistență socială	-	-	-
		• din sectorul medical	34	n/a	n/a*
		• din sectorul educațional	-	-	-
4S51	4.9	Persoane (din care: din zona rurală) cu trimitere la specialist după ce au beneficiat de serviciul preventiv/ diagnosticare precoce, din care:	50.047	n/a*	n/a%
		• din zona rurală	24.238	n/a*	n/a*

Sursa: SMIS și prelucrări autori (\*valoarea rezultată din prelucrarea datelor din SMIS prezintă o diferență neverosimilă față de RAI 2020, care primează fiind un document asumat de Autoritatea de Management)

**910.** Analiza valorilor țintă contractate față de țintele indicatorilor de program (la care pot contribui și alte OS relevă următoarele):

- Pentru indicatorul Persoane (din care: din zona rurală) care au beneficiat de servicii medicale de prevenție/ diagnosticare precoce, valoarea contractată depășește ținta programului cu 20%. Cu toate că activitățile de formare la fel ca toate celelalte activități din sistemul medical sunt afectate de pandemia COVID, acest nivel de contractare este o premisă pozitivă pentru îndeplinirea țintei programului.
- Pentru ceilalți indicatori putem evalua contribuția la ținte alături de proiectele altor intervenții, contribuția pe baza valorilor contractate până la 31.12.2021 variind între 17% pentru Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici /stimulent de risc și 67% Instrumente/ proceduri/ mecanisme etc. validate și utilizate în furnizarea serviciilor.

**911.** Analiza grupului țintă pe baza datelor înregistrate în instrumentul POCU FORM (sursă MIPE) pentru fiecare proiect până la 31.12.2021 relevă o structură a beneficiarilor cu segmentul dominant specialiști în furnizarea serviciilor de formare. Ca distribuție teritorială județele cu cei mai mulți beneficiari sunt București, Iași, Timiș, Constanța, Cluj și Dolj.

**912.** Beneficiarii "persoane vulnerabile care beneficiază de programe de sprijin" au un nivel modest

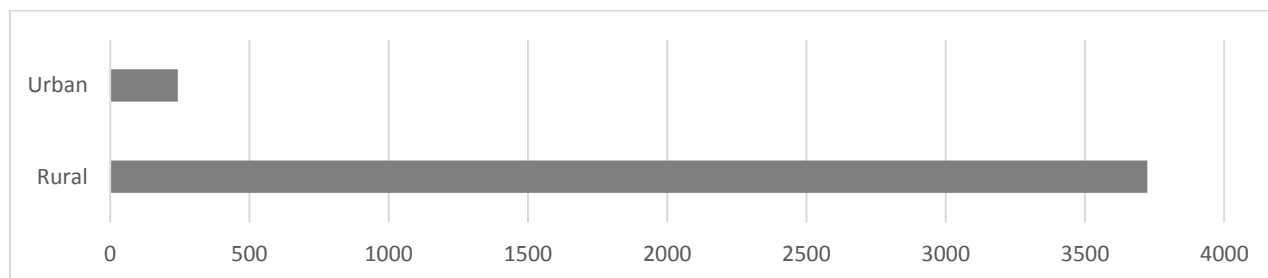
datorită avansului limitat în implementarea screeningurilor dar se observă dominanța persoanelor din mediul rural, unde accesul la servicii medicale este mai scăzut decât în mediul rural.

**TABEL 69. GRUP ȚINTĂ 4.8 ȘI 4.9**

Categorie grup țintă	Nr.
Medicii de familie implicați în furnizarea de servicii medicale într-unul dintre domeniile programelor prioritare de sănătate aflați în relații contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate	53
Specialiști în furnizarea de servicii medicale	18.744
Persoane aparținând grupurilor vulnerabile care vor beneficia de programe de sprijin (ex. programe de screening)	3.967

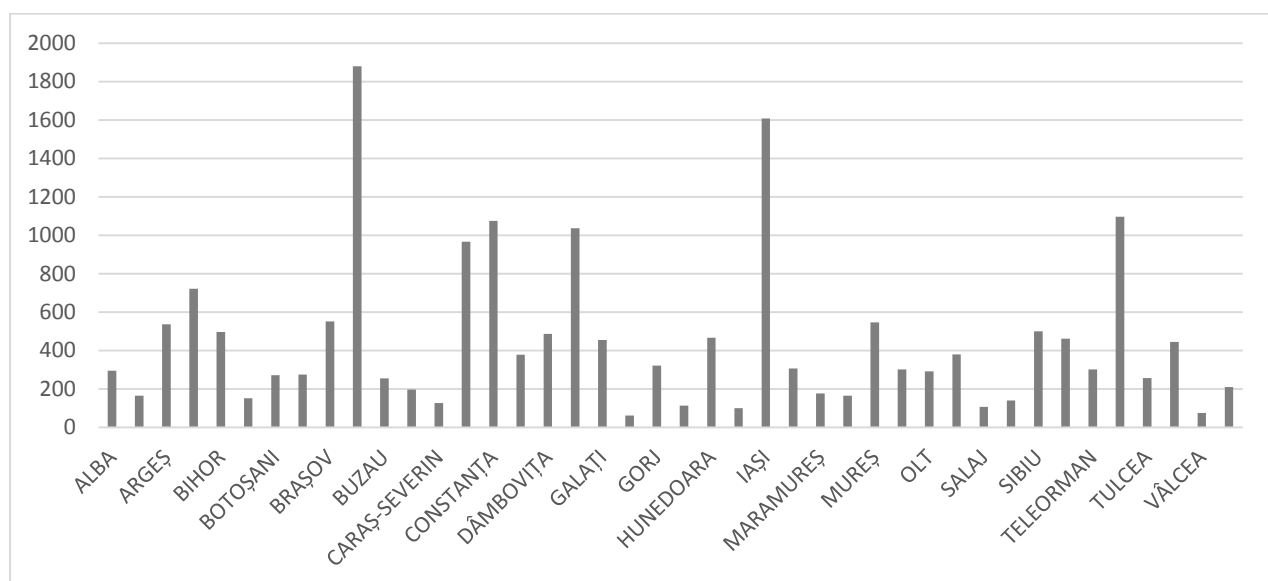
Sursa: date furnizate MIPE, pe baza înregistrărilor în instrumentul POCU Form

**FIGURA 81. DISTRIBUȚIA PERSOANELOR VULNERABILE CARE BENEFICIAZĂ DE PROGRAME DE SPRIJIN, PE MEDII DE REZIDENȚĂ**



Sursa: date furnizate MIPE, pe baza înregistrărilor în instrumentul POCU Form

**FIGURA 82. DISTRIBUȚIA PE JUDEȚE A SPECIALIȘTILOR ÎN FURNIZAREA DE SERVICII MEDICALE**



Sursa: date furnizate MIPE, pe baza înregistrărilor în instrumentul POCU Form

**913.** Analiza calitativă pe baza datelor primare colectate confirmă rezultatele generate de program,



dar le și nuanțează sub aspect calitativ și a potențialului de a produce efecte pe termen lung și în mediul mai larg al grupurilor vulnerabile.

**914.** Astfel, persoanele intervievate, participanții la sondaje, ateliere de lucru, focus grup și panel de experți (la care ne vom referi în continuare ca persoane consultate), au confirmat și au exemplificat efecte pozitive generate asupra beneficiarilor finali ai OS 4.8 și 4.9. Astfel au fost confirmate: îmbunătățirea competențelor personalului medical și facilitarea accesului populației, în special a persoanelor din mediul rural și a celor dezavantajate la servicii de medicale.

**915.** Intervențiile POCU OS 4.8 satisfac nevoile de formare ale cadrelor medicale, respectiv ale personalului implicat în intervențiile de răspuns la situații de urgență în mare măsură. În ciuda nevoilor accentuate în ceea ce privesc dotările de infrastructură medicală sau de natura dotărilor tehnice pentru oferirea de răspuns în situațiile de urgență (în cazul serviciilor IGSU) la nivelul personalului din domeniul medical și cel al IGSU persistă nevoia constantă de îmbunătățire a competențelor și actualizare a cunoștințelor pentru creșterea calității actului medical și creșterea capacității și calității de răspuns în situații de urgență. Resursele financiare alocate de instituțiile publice pentru activitățile de formare ale acestor categorii de personal sunt limitate, în acest sens POCU având o contribuție semnificativă, prin faptul că a oferit oportunitatea de a furniza programe de formare profesională cadrelor medicale cu scopul îmbunătățirii competențelor acestora. În lipsa finanțării, programele de formare profesională sunt organizate doar din inițiativa unor universități sau asociații contra cost.

**916.** În cazul medicilor de familie, până la momentul implementării intervențiilor activitățile de formare de care aceștia beneficiau constau în anumite prezentări susținute de diverse companii farmaceutice, care nu satisfac nevoile de formare în totalitate, fiind vorba de anumite prezentări a unor posibile scheme de tratament la diversele afecțiuni. Medicii de familie necesită un update constant în domeniu, aceștia reprezentând deseori prima sau singura opțiune a pacientului pentru aflarea unei informații medicale valide, a unei trimeri către medicul specialist sau către un serviciu de specialitate. Prin programele de formare derulate prin POCU au fost adresate unele tematici mai puțin accesibile formării continue a personalului medical (ateliere despre autism, adicții, boli genetice, probleme cardiace, afecțiuni asociate diabetului, etc.), ceea ce a facilitat obținerea de mai multe răspunsuri la întrebările și nevoile de cunoaștere ale medicilor de familie, atât din mediul rural, cât și din urban.

**917.** Personalul medical de specialitate a beneficiat, de asemenea, de programe particularizate pe specialități, nevoile acestora în materie de formare profesională fiind satisfăcute prin activitățile derulate în cadrul proiectelor. Prin intervenții a fost acoperită o paletă largă de specialități, în special a celor care vizează diversele patologii oncologice, dar și specializări precum cele din domeniul neonatal, fiind acordată o atenție deosebită medicilor rezidenți care prezintă nevoi mai accentuate în ceea ce vizează pregătirea profesională.

**918.** În cazul personalului specializat al IGSU intervenția a reprezentat șansa instituției de a susține pregătirea personalului din domeniile de intervenție, având un impact pozitiv asupra structurii, dar mai ales asupra cetățenilor prin contribuția adusă asupra îmbunătățirii situației acestora în momente critice. Date fiind atribuțiile pe care personalul operativ le are în legătura cu siguranța populației, lipsa pregătirii acestuia și incompetența pot avea rezultate negative, care pot conduce la situații de pierdere de vieți omenești. În acest sens îmbunătățirea competențelor este definitorie, iar în lipsa POCU ar fi dificil de atins acest obiectiv, suficiența fondurilor nefiind asigurată.

**919.** Intervențiile în materie de formare profesională au fost binevenite prin acestea punându-se accentul asupra activității practice (93,33% dintre respondenți au participat la un program de formare care a inclus și o componentă practică, conform respondenților la sondajul adresat participanților la formare), dar nu numai, proiectele fiind considerate a fi de succes și prezentând interes față de personalul implicat, feedback-ul primit fiind unul pozitiv, în special în ceea ce privește utilitatea pentru îmbunătățirea performanței profesionale și utilitatea pentru dezvoltarea competențelor (pentru 86% din respondenți aceștia au reprezentat factorii determinanți pentru participarea la formarea

profesională).

**920.** Efectele intervențiilor derulate prin OS 4.8 constau în creșterea nivelului de competențe și actualizarea cunoștințelor cadrelor medicale (medici de familie, medici specialiști, asistenți medicali) și ale personalului IGSU și implicit creșterea calității serviciilor medicale și a celor care vizează oferirea de răspuns în situații de urgență. Nu există evidențe privind o focalizare a formării pe grupuri țintă sau arii cu deficit de competențe cum ar fi asistența medicală comunitară, zone rurale, sau roluri noi în contextul unor noi abordări ale sistemului.

**921.** Ca urmare a participării la formare s-au constatat exemple de utilizare în practica medicală a cunoștințelor dobândite la cursuri și tendința aplicării unor noi scheme de tratament, existând situații în care după primele sesiuni pacienții au fost îndreptați de către participanții la formare spre investigații suplimentare relaționate cu posibile patologii nebănuite până la acel moment (în cazul participanților din cadrul proiectului Spitalului Clinic Dr. I. Cantacuzino). Cu toate acestea, conform estimărilor managerilor de proiect doar aproximativ 15% - 20% din participanți aplică în practica medicală ceea ce au învățat la cursuri, existând limitări corelate cu disponibilitatea redusă a materialelor sau a echipamentelor medicale (în cazul proiectului implementat de Spitalului Clinic de Urgență București).

**922.** În rândul resurselor umane care au responsabilități față de întreaga paletă de operațiuni care se află în atribuția IGSU, dar și a celor care decurg din colaborarea pe care această instituție o are cu serviciile de ambulanță, SALVAMONT, SALVASPEO, în funcție de fiecare risc/urgențe la care trebuie să răspundă, s-au observat, de asemenea, efecte care constă în îmbunătățirea competențelor acestora. Personalului operativ care intervine în situații de urgență (din domeniul pirotehnic, urgențe complexe, accidente cu victime multiple, dispecerate ingrate, descarcerare zone greu accesibile), personalul medical, personalul cu atribuții în asigurarea primului ajutor și îngrijire la nivel de traumă, dețin capacitatea de a răspunde rapid și oferind servicii calitative ca urmare a activităților de formare la care au participat. Activitățile de formare au constat în derularea de programe de formare, pe diverse tematici cu referire la acțiunile de salvare și preluarea de bune practici, etc.

**923.** POCU, OS 4.9 prin intervențiile finanțate se adresează cu precădere serviciilor de prevenție, ce țin de diagnosticare și tratament precoce al diverselor afecțiuni medicale. Programele de sănătate publică sunt laborioase și prezintă o serie de nevoi pentru care este necesară alocarea de resurse financiare în mod constant, iar în acest sens finanțarea POCU reprezintă o modalitate de asigurare a necesităților în materie de servicii preventive.

**924.** În domeniul sănătății publice, programele de screening sunt deosebit de importante, în vederea asigurării bunăstării fizice a persoanelor, iar finanțarea pentru proiectele ce presupun diagnosticarea precoce a unor afecțiuni grave (de ex. cancer de col, sân, tuberculoza, probleme cardiace, hepatita virală (virusul B/C, etc.) este esențială dată fiind incidența ridicată a acestora în rândul populației și necesitatea eradicării acestora.

**925.** POCU oferă oportunități cu impact major asupra societății prin derularea unor activități complexe pentru îmbunătățirea accesului persoanelor la servicii medicale de înaltă calitate – screening, informare cu privire la păstrarea stării de sănătate, în cazul în care în urma screeningului rezultatul este negativ și modalități de îngrijire, direcționare și acordare tratament în cazul în care rezultatul este unul pozitiv, contribuind astfel la îmbunătățirea stării sănătății populației în general.

**926.** În condițiile actuale sistemul medical al unei țări nu poate rămâne doar la stadiul pasiv (omul se îndreaptă spre medic), ci este nevoie de un sistem activ (sistemul medical se îndreaptă spre om). Astfel, programele de screening și ulterior de diagnosticare și tratament precoce devin absolut necesare, iar POCU a oferit posibilitatea derulării acestora, satisfăcând în special nevoile persoanelor din mediul rural și a celor vulnerabile în materie de servicii medicale și facilitând accesul acestor categorii de persoane la acestea.

**927.** Programele de screening, diagnostic și tratament precoce se află la începutul implementării, încă

în faza pregătire a metodologiei de screening, asigurarea sistemelor de testare, derularea campaniilor de informare și educare, etc., și într-o mai mică măsură derularea efectivă a procedurii de screening, ceea ce limitează observarea efectelor așteptate ale acestor intervenții.

**928.** Conform interviurilor cu manageri de proiecte care au desfășurat și activități de screening, au fost observate cazuri în care mod evident persoane aparținând grupurilor vulnerabile au participat la testări pentru diverse patologii (de exemplu hepatita virală, TBC), având o probabilitate foarte mică să fi beneficiat de astfel de servicii de prevenție și tratament după caz, în absența programului de screening. Furnizarea de informații privind păstrarea stării de sănătate complementar serviciilor de screening contribuie la creșterea gradului de conștientizare privind un stil de viață sănătos.

**929.** În ceea ce privește accesul grupurilor vulnerabile la servicii medicale, acesta nu a fost niciodată condiționat, în schimb lipsa de informare și de educație medicală la nivelul populației ca întreg și în special a grupurilor vulnerabile determină solicitarea întârziată a acestor servicii ceea ce complică foarte mult conduita terapeutică. Interviurile (managerii de proiecte, reprezentanții Colegiul Medicilor) intervievați consideră că un prim beneficiu al programelor de sănătate implementate prin POCU este creșterea nivelului de informare și conștientizare a populației, tragerea unor semnale de alarmă în ceea ce privesc importanța diagnosticului precoce, a screeningului pentru anumite patologii, și bineînțeles nu în ultimul rând cunoașterea opțiunilor de tratament la care pacienții pot avea acces. Măsurile de informare au fost implementate la nivel regional, au demarat cu întârzieri la fel ca programele de screening, de exemplu transmiterea invitațiilor prin canal poștal a fost întârziată de limitări legate de protecția datelor personale.

**930.** În ceea ce privește eficacitatea programelor de formare, organizate în cadrul OS 4.9 (dedicate competențelor relevante programelor de screening și tratament precoce) opiniile colectate prin interviuri (manageri de proiect și reprezentanți ai partenerilor), din sondaj și ateliere de lucru, converg spre concluzia că acestea au condus la îmbunătățirea competențelor personalului medical (medici de familie, asistenți medicali, mediatori sociali/sanitari, medici de specialitate). Totuși, nu există evidențe privind măsura în care nevoia de competențe a fost satisfăcută pentru toți beneficiarii care implementează programe de screening.

**931.** Conform opiniilor exprimate de respondenții sondajului adresat beneficiarilor de finanțare prin OS 4.8 și 4.9, toate activitățile de formare desfășurate sunt apreciate de cea mai mare parte a respondenților ca având un impact pozitiv asupra furnizării serviciilor de sănătate: (Întrebarea sondajului a fost: "Vă rugăm să bifați tipurile de activități incluse în proiect/e și măsura în care acestea au contribuit la impactul pozitiv privind furnizarea de servicii de sănătate calitative dedicate beneficiarilor finali (1 = deloc; 5 = în foarte mare măsură). Altele (vă rugăm, specificați)").

Activitate	%
actualizarea ghidurilor/protocoalelor/ procedurilor	78%
formarea teoretica si practica a personalului din domeniul medical / personalului IGSU	70%
schimbul de experienta / bune practici	65%
activitățile de informare, educare, conștientizare, comunicare la nivel de individ, grup si/ sau comunitate cu accent pe grupurile vulnerabile	61%
furnizarea unor programe organizate de servicii medicale de prevenire si diagnosticare precoce a unor boli cronice	61%

**932.** Totodată, respondenții consideră ca intervențiile au contribuit în mare și foarte mare măsură la producerea de efecte:

- Creșterea și dezvoltarea aptitudinilor personalului medical (91%);
- Îmbunătățirea practicilor medicale (91%);
- Creșterea calității serviciilor medicale (83%);
- Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a populației, cu accent pe grupurile vulnerabile cu privire la starea de sănătate și la tratamentele existente (70%);



- Creșterea accesului la servicii medicale calitative, în special a persoanelor vulnerabile (70%);
- Îmbunătățirea ofertei serviciilor medicale/ programelor de depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce (65%);
- Îmbunătățirea stării de sănătate a populației (61%);
- Reducerea ratei mortalității (52%);
- Dobândirea de noi specializări de către personalul medical (52%);
- Reducerea incidenței bolilor (43%).

**933.** Opiniile exprimate ale participanților la programele de formare relevă îmbunătățirea performanței la locul de muncă ca urmare a participării la cursurile de formare profesională, care constă în:

- îndeplinirea de sarcini curente mai bine (93% din respondenți);
- îndeplinirea de noi sarcini (73%);
- mai multă încredere în capacitatea profesională proprie (83%);
- creativitate și capacitatea de a identifica soluții noi la probleme ne mai întâlnite până la acel moment (68%).

**934.** 91,30% dintre respondenți consideră sprijinul financiar POCU ca fiind esențial, în lipsa acestuia activitățile proiectului neputând a fi desfășurate, pe când în cazul a 21,74% dintre beneficiari acest sprijin a contribuit la îmbunătățirea calității și volumului serviciilor finanțate din alte surse. Conform opiniilor exprimate de participanții la sondaj, în lipsa finanțării POCU accesul persoanelor din mediul rural și a celor vulnerabile la servicii medicale de prevenție ar fi îngreunat, date fiind posibilitățile financiare ale acestora, iar depistarea diferitelor boli ar fi la un nivel redus, ceea ce ar fi favorizat răspândirea accelerată a acestora, în cazul acestora cu potențial de transmitere ridicat.

**935.** Cursurile de formare finanțate prin POCU au crescut oferta de formare pentru personalul medical, cursurile efectiv desfășurate fiind apreciate pentru calitatea aplicațiilor practice. Persoanele intervievate au arătat că în absența proiectelor POCU, foarte probabil nu ar fi avut acces la astfel de formări, considerate peste nivelul unor formări limitate la aspecte mai puțin practice. Aceștia au considerat și faptul că participarea la cursurile organizate curent ar fi implicat un cost, accesul ar fi fost limitat. Informații suplimentare cu privire la opiniile exprimate ale respondenților se regăsesc în raportul sondajului adresat beneficiarilor de finanțare (Anexa 4 – TE6).

#### *Sinteza constatărilor*

**936.** Gradul de îndeplinire a țintelor indicatorilor de program este la un nivel scăzut. Realizările cumulate de la nivelul proiectelor nu asigură atingerea indicatorilor de program privind formarea însă ar putea depăși pe cel privind persoanele beneficiare de servicii medicale de prevenție. Supra sau sub-realizările semnificative atât la nivel de program cât și la nivel de proiect indică probleme, dificultăți de estimare a nevoii și cererii reale și a efectelor în cazul rezultatelor sau de interpretare a indicatorilor.

**937.** Nevoile de formare sunt foarte ridicate, bugetele instituțiilor sunt limitate motiv pentru care finanțarea POCU a fost esențială pentru a acoperi aceste nevoi. Interviuurile au oferit evidențe privind aplicarea în practică a competențelor dobândite prin formare, atât pentru personalul medical din spitale, medici de familie, cât și pentru personal IGSU. Totuși formarea nu a fost direcționată spre zonele critice ale sistemului de sănătate vizate de reforme și afectate de deficit de competențe cum ar fi asistența medicală comunitară sau roluri noi definite. Cunoștințele dobândite în formare sunt aplicate în practică, însă într-o proporție scăzută.

**938.** Cu toate că programele de screening sunt la început de desfășurare, se pot constata la nivel individual efecte în termeni de îmbunătățire a accesului la servicii de prevenție, investigații suplimentare și tratament. Un efect notabil este cel de informare și conștientizare, cu toate că acțiunile au demarat

târziu, sistemul de invitare și reinvitare nefiind funcțional la data colectării datelor.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 2):** Intervențiile finanțate au avut o contribuție la creșterea calității și accesului la servicii medicale - este **VALIDATĂ**.

### 8.3.3. ÎE 3. ÎN CE MĂSURĂ EXISTĂ ȘI ALTE EFECTE, POZITIVE SAU NEGATIVE?

#### Abordarea metodologică

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 3):** Proiectele au produs și alte efecte neintenționate, pozitive sau negative.

**Variabile de analiză:** identificarea altor efecte ale intervențiilor finanțate prin POCU, în afara celor urmărite de program și cuantificarea celor pentru care este posibil acest lucru.

**939.** Răspunsul la ÎE 3 se bazează pe informații colectate prin interviuri, studiile de caz ateliere regionale și panelul de experți, precum și prin sondajul în rândul beneficiarilor.

**940.** Conform teoriei schimbării efectele așteptate au fost cele de natură îmbunătățirii competențelor personalului din sectorul medical și a creșterii accesului populației la programe de sănătate și de servicii orientate către prevenție, depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce pentru principalele patologii, direct legate de obiectivele OS 4.8 și 4.9. Acestea fac parte din logica intervenției la nivel înalt și au fost analizate ca parte a rezultatelor și impactului așteptat în cadrul întrebării de evaluare 2. Alte efecte generate de activitățile, realizările și rezultatele descrise în teoria schimbării vor fi identificate și analizate în această parte a evaluării.

**941.** Efectele urmărite atât de natură pozitivă, cât și negativă, care se manifestă ca efecte indirecte ale intervențiilor, deci care nu au fost intenționate în momentul programării, în sensul că nu au fost incluse în lanțul causal, dar care s-au produs pe parcursul implementării OS 4.8 și 4.9, și care au generat consecințe asupra grupurilor țintă și altor părți interesate. Cunoașterea acestora este importantă pentru a înțelege modul în care intervențiile influențează aspecte mai largi ale grupurilor țintă, modul în care aceste efecte indirecte potențează efectele așteptate pe parcursul derulării intervenției și a post intervenție.

**942.** Atât OS 4.8 cât și OS 4.9 au creat premisele unei bune colaborări și a unui parteneriat extins, aspecte confirmate de reprezentanții beneficiarilor de finanțare în cadrul interviurilor. Întărirea legăturilor a avut loc pe de-o parte între participanții la programele de formare, dar și între aceștia și formatori, pentru identificarea de soluții adecvate cazurilor particularizate în practica medicală, contribuind totodată, la creșterea calității serviciilor medicale și pe de altă parte între personalul implicat în derularea programelor de screening, medici de familie, personal laborator / specializat și personal cu atribuții în sfera socială – mediator social/sanitar, asistent social/ medical, care contribuie indirect la facilitarea accesului persoanelor vulnerabile la investigații medicale suplimentare.

**943.** Un câștig colateral este și colaborarea între ONG-uri și instituțiile de stat, relațiile care se creează între cele două tipuri de entități în vederea sprijinirii persoanelor vulnerabile fiind extrem de importante. Întărirea colaborării dintre autoritățile locale și echipa de implementare cu scopul asigurării accesului persoanelor vulnerabile la servicii medicale de prevenție, este un alt efect observat până la acest moment (în cazul proiectelor în care sunt implicate CPSS și COPAC RO).

**944.** Ca urmare a derulării activității de screening au fost identificate și diagnosticate și alte afecțiuni secundare decât cele vizate de programul de prevenție, implicând îndrumarea pacienților spre investigații suplimentare, tratament adecvat și identificarea de resurse financiare suplimentare (proiectul implementat de UMF Iași).

**945.** Efectele neintenționate pot fi observate și în sprijinul acordat persoanelor defavorizate, care nu au beneficiat de servicii medicale până la derularea campaniilor de screening și care sunt depistate ca fiind pozitive. Pentru acestea sunt întreprinse măsuri suplimentare, în care sunt implicate și autoritățile

locale pentru asigurarea suportului de la momentul depistării până la momentul însănătoșirii, prin echipe multidisciplinare implicate (analiza personală a situației persoanei, realizată de asistentul social, scheme individualizate de intervenție prin implicarea unui psiholog după caz, medic, asistent social, posibilitatea de acordare a unui ajutor social, etc.) (proiectele implementate de Institutului de Pneumoftiziologie Marius Nasta și UMF Iași).

**946.** O mai bună comunicare în relația medic-pacient și implicit o diagnoză mai rapidă și corectă, diversificarea anumitor servicii, referirea pacienților către rețeaua de specialiști și îndrumarea lor către serviciile de suport psiho-social, practicarea mai eficientă a consultului interdisciplinar sunt o serie de alte efecte neașteptate care sunt manifestate ca urmare a derulării intervențiilor OS 4.8 și 4.9.

**947.** Un efect neașteptat de o importanță covârșitoare, menționat de reprezentanții beneficiarilor de finanțare este conștientizarea la o scară largă a importanței derulării programelor de screening, dar în special în rândul decidenților politici și al medicilor, acesta producând un impact pe termen mediu și lung, fiind de dorit ca investițiile în acest sens să fie mult mai consistente și să beneficieze de suportul legal necesar.

**948.** În cadrul atelierelor de lucru au fost confirmate efecte neintenționate care constă în manifestarea interesului față de oportunitatea de ași îmbunătăți competențele, personalul medical fiind foarte entuziasmat de oportunitatea de a fi implicat în activități (programe de formare; congrese de specialitate), unde se învață aspecte practice. Programele de formare au produs sentimentul de încântare în rândul participanților cadrele medicale putând explica cu o mai mare ușurință pacientului și familiei acestuia aspectele referitoare la afecțiunea de care suferă. Feedback-ul oferit de participanți cu privire la programele de formare profesională este unul pozitiv, existând interes față de derularea acestora în continuare și extinderea paletelor de programe de formare asupra a numeroase afecțiuni.

**949.** Efectele neintenționate menționate de respondenții sondajului adresat beneficiarilor de finanțare contă în:

- Schimbul de experiență, legături între spitale, experiența în materie de accesare fonduri;
- Creșterea gradului de conștientizare a efectelor bolii oncologice și importanța diagnosticării precoce pentru asigurarea unui tratament eficient și eficient;
- Creșterea interesului grupului țintă cu privire la practici europene, dezvoltarea de parteneriate și relații profesionale;
- Creșterea conștientizării importantei patologiei, dorința de implicare mai mare, entuziasm;
- Creșterea interesului specialiștilor în medicina de laborator pentru genetică moleculară;
- Implicarea personalului, crearea unor rețele de specialiști, identificarea altor necesități de formare în rândul grupului țintă;
- creșterea nivelului de educație, conștientizare descoperirea unor afecțiuni ignorate (altele decât cele cuprinse în scopul proiectului);
- atitudine revizuita fata de vaccinare in general si vaccinarea anti HPV in particular.

**950.** Conform opiniilor participanților la formare efectele neintenționate ale intervențiilor sunt dezvoltarea de relații mai bune cu aparținătorii pacienților și colegii și o mai bună comunicare cu pacienții.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 3)** este integral validată. Proiectele au produs și alte efecte neintenționate, pozitive cu un potențial ridicat de a influența pozitiv schimbarea dorită prin intervenție, iar efectele negative sunt cunoscute pentru a fi gestionate în programe viitoare.

#### 8.3.4. ÎE 4. ÎN CE MĂSURĂ EFECTUL DEPĂȘEȘTE GRANIȚA COMUNITĂȚILOR SAU A SECTORULUI SAU AFECTEAZĂ ALTE GRUPURI, NEVIZATE DE INTERVENȚIE?

**Ipoteza 4:** Efectele proiectelor se propagă în afara ariei de acțiune a intervențiilor.

**Ipoteză de cercetare intermediară:** Intervențiile au produs schimbări pozitive în rândul grupului țintă, au generat efecte pozitive în comunitate, au inspirat sau mobilizat alte entități, persoane pentru a contribui la creșterea calității și accesului la servicii medicale.

**951.** ÎE 4 vizează propagarea efectelor asupra altor grupuri țintă sau în afara ariei vizate în momentul programării intervențiilor, factorii interesați ajutând la stabilirea modului de manifestare și la gradul de intensitate al manifestării lor.

**952.** Ipoteza intermediară de la care s-a pornit în cercetare a fost aceea că intervențiile au produs schimbări pozitive în rândul grupului țintă, au generat efecte pozitive în comunitate, au inspirat sau mobilizat alte entități și/sau persoane pentru a contribui la creșterea calității și accesului la servicii medicale pentru populația defavorizată, dar și pentru îmbunătățirea competențelor cadrelor medicale. Evaluarea a adus în prim plan exemple de astfel de efecte din afara zonei vizate, culese pe parcursul interviurilor, FG și atelierelor regionale și realizării studiilor de caz, precum și cu ajutorul sondajului în rândul beneficiarilor de finanțare.

**953.** Efectul de propagare al intervențiilor OS 4.8 și 4.9 a fost confirmat din discuțiile derulate cu beneficiarii de finanțare, din opiniile exprimate în cadrul sondajului și aprofundate prin intermediul studiilor de caz.

**954.** Intervențiile implementate prin OS 4.8 asigură propagarea efectelor prin faptul că vizează pregătirea profesională și îmbunătățirea competențelor cadrelor medicale, care furnizează servicii medicale de calitate întregii populații, mai ales în rândul medicilor de familie, asistenților medicali și mediatorilor sanitari din mediul rural și comunitățile defavorizate unde nevoia este extrem de ridicată.

**955.** În cazul intervențiilor OS 4.9 un efect observabil este cel cu privire la diseminarea metodologiilor de screening a ghidurilor de proceduri către medicii de familie, medici ginecologi, diabetologici, rețea de laboratoare de recoltare, etc. și buna colaborare a acestora pentru extinderea serviciilor de prevenție în rândul persoanelor cu cel mai înalt grad de vulnerabilitate și pentru facilitarea accesului acestora la servicii medicale în general.

**956.** 69,57% dintre respondenți consideră că rezultatele intervențiilor se propagă în comunitate și în rândul altor membri din grupurile vulnerabile în mare și foarte mare măsură. Conform opiniilor exprimate ale acestora, datorită derulării intervențiilor a crescut interesul și al altor persoane din comunitate, care nu se încadrau în grupul țintă al proiectului, pentru efectuarea de investigații medicale de specialitate, ca urmare a conștientizării importanței prevenției.

**957.** În ceea ce privesc programele de formare profesională se constată un interes crescut față de acestea, în special în rândul asistenților medicali și a medicilor din cadrul altor specializări față de cele incluse în grupul țintă și manifestarea dorinței de a participa la astfel de programe în viitor, utilitatea acestora fiind apreciată în rândul cadrelor medicale pentru îmbucățirea competențelor.

**958.** Cu toate că participarea la cursurile de formare a fost asigurată doar pentru o parte din personalul unităților medicale, sunt exemple privind transferul de cunoștințe în rândul întregului colectiv.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 4):** Efectele proiectelor se propagă în afara ariei de acțiune a intervențiilor - **IPOTEZĂ VALIDATĂ INTEGRAL.**



### 8.3.5. ÎE 5. ÎN CE MĂSURĂ SUNT EFECTELE DURABILE PE O PERIOADĂ MAI LUNGĂ DE TIMP?

**Ipoteza 5:** Efectele proiectelor sunt/ vor fi durabile dincolo de momentul intervenției.

**959.** Pentru a formula răspunsul la **ÎE5** a fost analizată măsură în care realizările sunt/au fost funcționale după finalizarea proiectelor, care sunt efectele care se manifestă/s-au manifestat după acest moment și care sunt condițiile în care rezultatele și efectele produse în urma intervențiilor sunt sustenabile, plecând tocmai de la ipoteza că prin proiectele finanțate prin OS 4.8 și 4.9 au fost prevăzute măsuri pentru ca efectele să fie durabile dincolo de momentul intervenției. Răspunsurile au fost formulate pe baza informațiilor culese de la factorii interesați, pe parcursul interviurilor și focus-grupurilor/atelierelor de lucru, precum și prin sondaj în rândul beneficiarilor de finanțare.

**960.** La nivelul programului durabilitatea este asigurată de faptul că aceste programe de screening fac parte din strategia din domeniul sănătății și abordarea lor ca programe pilot cu potențial de extindere și transfer în rândul programelor naționale de sănătate ale Ministerului Sănătății. Gradul de acoperire a grupurilor țintă la aceste programe este de până în 20% din total, în condițiile în care un nivel de cost - eficiență rezonabil poate fi atins doar prin extinderea programelor și creșterea gradului de acoperire, de exemplu până la 50%.

**961.** Analiza durabilității s-a realizat la nivelul proiectelor implementate și a fost aprofundată prin interviuri, ateliere de lucru, sondaj și studiile de caz.

**962.** Pe termen lung sustenabilitatea programelor de formare este greu de susținut, deoarece unitățile spitalicești nu au resurse pentru activități de asemenea anvergură, deși teoretic ar trebui să aloce resurse financiare pentru formarea profesională a cadrelor medicale.

**963.** Cu toate acestea, sustenabilitatea intervențiilor care vizează formarea profesională a personalului din domeniul medical este asigurată prin organizarea în continuare a unor sesiuni de formare. Sustenabilitatea intervențiilor a fost prevăzută prin replicarea programelor de formare, prin implicarea unor grupuri țintă noi, dar au fost întâmpinate probleme în ceea ce privesc normele metodologice impuse de Colegiului Medicilor din România pentru condițiile de acreditare ca furnizori de formare, care nu sunt favorabile DSP-urilor și anumitor ONG-uri, ceea ce împiedică oferirea de credite cu puncte EMC.

**964.** Pentru a putea asigura continuitatea cursurilor se au în vedere și măsuri de derulare a acestora contra cost, acolo unde există interes și disponibilitate din partea participanților.

**965.** Pentru multiplicarea rezultatelor formării, s-a adoptat o procedură de diseminare a cunoștințelor prin transmiterea materialelor de formare sau alte surse pentru actualizarea cunoștințelor cadrelor medicale. Pe site-urile proiectelor sunt actualizate în mod constant informații medicale specializate pe care medicii de familie le pot accesa facil, însă aceștia nu sunt educați într-o mare măsură în a consulta astfel de surse. În acest sens ar fi utile anumite cursuri pentru dezvoltarea competențelor TIC a medicilor de familie.

**966.** Totodată, participanții la formare sunt invitați să participe la evenimentele, congresele pe care instituțiile medicale le organizează și se au în vedere și organizarea de reuniuni pentru a fi împărtășite experiențele participării, dacă aceasta a schimbat ceva în practica medicală, viziunea de a trata pacienții.

**967.** În cazul IGSU, ulterior finalizării proiectului se are în vedere continuarea activităților de pregătire. În acest sens a fost creată baza oferirii de facilități de formare, prin dezvoltarea unei rețele de centre de formare profesională și prin pregătirea formatorilor care să deruleze programele în cadrul instituției pentru ca beneficiile generate de proiect să fie amplificate ulterior.

**968.** În ceea ce privesc programele de prevenție, diagnosticare și tratament precoce, există instituții medicale care au dezvoltat strategii de atragere a fondurilor nerambursabile pentru derularea programelor de screening, existând și în perioada anterioară de programare intervenției finanțate, care



sunt continuate și dezvoltate în prezent, iar sustenabilitatea acestora urmează a fi asigurată prin aplicarea în vederea obținerii de finanțare în următoarea perioadă de programare, POS 2021 – 2027 (Institutului Oncologic Prof. Dr. I. Chiricuță Cluj-Napoca). În cazul acesteia sustenabilitatea intervențiilor se va realiza prin colaborările dintre specialiștii implicați în proiect, precum și prin utilizarea infrastructurii, capacitatea crescută și experiența deținută de experți în derularea programelor de screening.

**969.** Ulterior finalizării proiectelor centrele de testare vor funcționa în continuare, fiind avută în vedere susținerea financiară a activităților de către unitățile medicale de care aparțin, un aport important fiind adus de experiența dobândită de specialiști în derularea acestor tipuri de programe.

**970.** Intervențiile în zonele rurale pot asigura, printr-o programare eficientă, prin conjugarea eforturilor de screening și acoperirea unor alte zone de interes pentru sănătatea publică (cancer col/sân, cancer colo-rectal, etc.) având rolul de a crește accesul populației la servicii de sănătate esențiale. O alocare judicioasă și o programare coerentă pentru întreaga paletă de servicii medicale ar putea îmbunătăți în timp starea de sănătate a populației din mediul rural care este, adesea și în cel mai bun caz (acolo unde există), deservită doar de medicul de familie. O implementare pe scară largă a asistenței medicale comunitare, existența de asistenți medicali comunitari sau mediatori sanitari în fiecare sat/comună este un element absolut necesar pentru asigurarea urmăririi pacienților odată identificați. În acest sens parteneriatele dezvoltate între cadrele medicale și competențele dobândite vor asigura servicii medicale calitative și pentru întreaga populație.

**971.** În vederea asigurării sustenabilității intervențiilor în materie de prevenție medicală, unitățile medicale au în vedere aplicarea pentru finanțare în perioada următoare de programare, vizând extinderea arealului de testare, precum și extinderea paletei de afecțiuni pentru care se vor derula programe de screening.

**972.** Este avută în vedere și atragerea de fonduri pentru derularea programelor de formare profesională, prin implicarea unui număr crescut de cadre medicale, din diverse specializări, dar și a personalului operativ pentru asigurarea calității serviciilor de răspuns la situații de urgență, dată fiind mediatizarea acestor activități și interesul crescut manifestat de personalul medical în vederea participării la formare.

**973.** În proporție ridicată, 91,31% din respondenții sondajului adresat beneficiarilor de finanțare consideră că rezultatele proiectelor sunt sustenabile într-o mare și foarte mare măsură. Exemplele referitoare la măsurile avute în vedere pentru asigurarea sustenabilității, activitățile derulate sau realizările utilizate după finalizarea proiectului/lor au constat în:

- Funcționarea și ulterior finalizării proiectului a centrelor de prevenție înființate, iar pacienții care se vor adresa acestuia vor beneficia de consiliere din partea experților medicali, pentru a produce un impact social;
- Crearea cadrului și instrumentelor pentru screeningul cardiovascular populațional;
- Manechinele și dispozitivele medicale au fost și vor fi folosite în activități medicale și de instruire; protocoalele și procedurile vor fi utilizate de spitale, cărțile vor fi utilizate în viitor, generațiile viitoare vor folosi achizițiile din proiect;
- Prin proiect au fost puse bazele programelor de screening în domeniul cancerului colorectal, prin dezvoltarea platformei prin care se va desfășura screeningul, prin crearea metodologiei de screening și prin programele de formare la care au participat medicii de familie și specialiștii gastroenterologi. Toate aceste instrumente de lucru vor putea fi îmbunătățite, dezvoltate și utilizate și după finalizarea proiectului, având în vedere că programele de screening vor continua și după terminarea finanțării.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 5):** Efectele proiectelor sunt /vor fi durabile dincolo de momentul intervenției. - **IPOTEZĂ VALIDATĂ PARȚIAL.**



### 8.3.6. ÎE 6. CE MECANISME FACILITEAZĂ EFECTELE? CARE SUNT CARACTERISTICILE CHEIE CONTEXTUALE PENTRU ACESTE MECANISME?

**Ipooteza 6:** Mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile

**974.** **ÎE6** se referă la modul în care coerența internă și externă s-a manifestat, modalitatea prin care componentele interne ale intervențiilor au interacționat și factorii externi (contextuali, externi programului/proiectelor) au influențat derularea proiectelor și obținerea impactului așteptat, fie în sens negativ, fie în sens pozitiv. Analiza include și intensitatea acestora și consecințele acestor influențe. Influența a fost judecată prin prisma variației caracteristicilor proiectelor (termene, indicatori, resurse etc.), variația caracteristicilor entităților în care sunt implementate proiectele, variația factorilor externi.

**975.** Analiza se bazează pe premisele teoriei schimbării cu intenția de a valida legăturile cauzale sau de influență identificate în faza de construire a modelului de evaluare. O parte dintre aceste legături au fost folosite și în analizele dedicate ÎE2. Astfel ipoteza de cercetare este aceea că mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile. Ca în cazul tuturor întrebărilor de evaluare, au fost formulate recomandări pentru îmbunătățirea aspectelor problematice. Pentru evaluarea mecanismelor, au fost triangulate informațiile colectate prin toate metodele, din analiza documentară și de la factorii interesați.

**976.** Ca prim pas analiza identifică și stabilește intensitatea influenței factorilor interni și externi, elementele componente ale mecanismului de producere a efectelor și așteptate.

**977.** Din analiza contextului de implementare pentru OS. 4.8 și 4.9 coroborată cu informații culese în cadrul interviurilor și a FG-ului cu autoritățile implicate și beneficiarii proiectelor, dar și prin intermediul sondajului, și cu analiza aprofundată a proiectelor care au făcut obiectul studiilor de caz, s-au identificat o serie de factori de influență. Aceștia au avut efect atât asupra implementării OS 4.8 și 4.9, cât și asupra sustenabilității și impactului proiectelor. Distincția „extern” – „intern” arată în ce măsură acești factori țin de logica / designul de program sau sunt mai degrabă factori ce țin de contextul mai larg al domeniului vizat sau de aspecte structurale ale acestuia.

**TABEL 70. MATRICEA FACTORILOR DE INFLUENȚĂ PENTRU OS 4.8 ȘI 4.9**

Nr.	FACTORI DE INFLUENȚĂ ASUPRA EFICACITĂȚII ȘI IMPACTULUI	EXTERN	INTERN	EFACTE CONSTATATE	GRADUL DE INFLUENȚĂ <sup>92</sup>
1.	Existența strategiilor în domeniul la nivel regional/național/european	X		Alinierea la standarde internaționale	mediu
2.	Proceduri rigide de acreditare a cursurilor cu credite EMC	X		Dificultăți întâmpinate în procesul de acreditare a cursurilor, lipsă de comunicare între MS și Colegiul Medicilor.	major
3.	Implicarea autorităților locale/județene/centrale	X		Identificarea facilă a persoanelor vulnerabile. Conștientizarea importanței derulării programelor de screening.	major
4.	Absența unui cadru strategic clar privind persoanele vulnerabile	X		Incoerența și discontinuitatea măsurilor	major
5.	Slaba pregătire a resurselor umane și disponibilitatea redusă în mediul rural	X		Lipsa resurselor umane în mediul rural (medici de familie, asistenți sociali, mediatori sanitari)	major
	<b>FACTORI DE INFLUENȚĂ ASUPRA IMPLEMENTĂRII PROIECTELOR</b>	<b>EXTERN</b>	<b>INTERN</b>	<b>EFACTE CONSTATATE</b>	<b>GRADUL DE INFLUENȚĂ</b>

<sup>92</sup> Minor, mediu, major

6.	Implicarea limitată a autorităților locale în derularea proiectelor	X		Implementarea dificilă a intervențiilor de screening. Implicarea cu dificultate a grupurilor țintă în cadrul proiectelor.	mediu
7.	Contextul pandemic	X		Întârzieri sau impunerea de modificări și adaptări ale diverselor strategii de implementare și de obținere a rezultatelor scontate.	
8.	Buna gestionare / dificultăți în managementul grupului țintă		X	Interesul crescut al grupului țintă față de programele de formare profesională. Interesul crescut al persoanelor de a lua parte la programele de testare, diagnosticare și tratament precoce. Neprezentarea la testare / menținerea cu dificultate a grupului țintă în cadrul activității de screening, diagnostic și tratament precoce, mai ales a persoanelor vulnerabile (mediul rural, comunități sărace, persoane dependente, etc.). Imposibilitatea cuantificării grupului țintă în cadrul indicatorilor.	mediu
9.	Supraîncărcarea personalului din domeniul social și a cadrelor medicale, în special în mediul rural	X		Dificultăți în implicarea personalului cu atribuții în domeniul incluziunii sociale și în domeniul medical în derularea programelor de screening	mediu
10.	Comunicarea, buna colaborare și experiența partenerilor		X	Implementarea proiectelor și producerea efectelor așteptate, în concordanță cu planificarea inițială.	major
11.	Slaba dezvoltare a instrumentului POCU Form		X	Incapacitatea participării cadrelor medicale la programe de formare profesională din cadrul aceleiași specializări, dar cu o tematică diferită. Generarea de blocaje în cazul proiectelor cu un grup țintă mare.	minor
12.	Sprijinul OI/ AM		X	Buna derulare a activităților, identificarea de soluții în cazul situațiilor problematice	mediu
13.	Grad ridicat de birocratizare		X	Grad ridicat de control și exces în solicitarea documentelor justificative. Alocarea de timp suplimentar în vederea realizării activității de raportare, pregătirii livrabililor, introducerii grupului țintă în POCU Form, pregătirii documentelor de grup țintă, etc. Întârzieri în procesarea notificărilor, actelor adiționale și aprobarea rapoartelor de progres. Limitarea participării grupului țintă la formare.	major
14.	Dificultate în gestionarea mecanismului financiar de prefinanțare/rambursare		X	Întârzieri în efectuarea plăților. Incapacitatea susținerii cash flow-ului de către parteneri (ONG-uri).	major
15.	Lipsa expertizei în domeniul sănătății la nivelul AM/OI		X	Lipsa unei abordări unitare la nivelul AM/ OI. Incapacitatea înțelegerii practicilor medicale și solicitarea de documente justificative în vederea dovedirii derulării activităților.	mediu
16.	Discrepanțe majore rural urban, în defavoarea ruralului	X		Acces îngreunat pentru persoanele vulnerabile la servicii medicale.	major
	<b>FACTORI DE INFLUENȚĂ ASUPRA SUSTENABILITĂȚII</b>	<b>EXTERN</b>	<b>INTER N</b>	<b>EFECTE CONSTATATE</b>	<b>GRADUL DE INFLUENȚĂ</b>
17.	Dezvoltarea unei rețele de centre		X	Asigurarea dezvoltării programelor de	major

	de formare profesională			formare profesională și continuității derulării acestora	
18.	Fluctuația personalului	X		Lipsa asigurării producerii efectelor ulterior finalizării intervențiilor.	major
19.	Intervenții fragmentate implementate pe termen limitat		X	Risipă crescută de resurse, durabilitate scăzută a efectelor pozitive.	major
20.	Reducerea semnificativă a nivelului de furnizare a programelor de formare / serviciilor de screening după finalizarea proiectelor		X	Asigurarea educației medicale continue / asigurarea stării de sănătate nu este de durată	major

Sursa: autori

**978.** Teoria schimbării (TS) (două reprezentări grafice în anexa 13, TS corespunzătoare elaborării programului și TS reconstruită post-evaluare) evidențiază mecanismul pe care s-a bazat producerea efectelor așteptate structurate și modul în care factorii interni și externi au afectat funcționalitatea mecanismului.

**979.** Logica intervenției s-a bazat pe legăturile cauzale între cele două categorii de intervenții (activități) (vizualizate în anexa 13), realizările, rezultatele și impactul generat. Ca răspuns la întrebarea de evaluare 2 a fost testată logica intervenției în partea superioară și anume aceea de producere a efectelor ca urmare a rezultatelor intervențiilor. Din acest motiv răspunsul la această întrebare se va concentra pe coerența internă activităților (între ele) și legătura cu factorii externi. În reprezentarea grafică a TS reconstruită sunt evidențiate cu săgeți de culoare verde legăturile cauzale validate prin evaluare, iar cu linii punctate legăturile potențiale care nu au făcut obiectul validării prin evaluare.

**980.** Cercetarea în teren a confirmat o **bună coerență internă la nivel conceptual a activităților eligibile**, cu o convergență a activităților spre trei tipuri de realizări și două tipuri de rezultate. Menționăm că față de versiunea TS bazată pe datele de program au fost redefinite atât realizările cât și rezultatele. Astfel unele rezultate au fost interpretate și transferate la nivelul impact chiar impact de nivel mai înalt decât impactul privind ocuparea. TS reconstruită evidențiază elementele esențiale ale mecanismului de producere a impactului într-un lanț simplificat al rezultatelor.

**981.** În practica implementării intervențiilor OS 4.8, derularea programelor de formare profesională s-a bucurat de un interes crescut din partea cadrelor medicale și a personalului implicat în gestionarea situațiilor de urgență (IGSU) existând solicitări de participare, chiar și ulterior finalizării proiectelor. Cu toate acestea, supraîncărcarea cadrelor medicale (medici de familie) din mediul rural a făcut imposibilă participarea acestora la formare. Procesul de implementare a fost îngreunat de o serie de factori, precum contextul pandemic care a impus reorganizarea programelor de formare și procedurile rigide de acreditare a cursurilor care presupun acordarea de puncte EMC, acestea reprezentând una din motivațiile pe care participanții le au în vederea participării la formare pe lângă oportunitatea îmbunătățirii competențelor și actualizarea cunoștințelor în domeniu.

**982.** Intervențiile OS 4.9 au întâmpinat dificultăți relaționate cu implicarea limitată a autorităților locale (asistent social, mediator social) în cadrul activităților de screening, dar și ca urmare a gradului ridicat de supraîncărcare în rândul cadrelor medicale (medici de familie) ceea ce implică a limitat și implicarea persoanelor vizate de aceste intervenții.

**983.** Grupurile vulnerabile au fost interesate să participe la procesul de testare, însă ca urmare a manifestării unor factori externi (lipsa resurselor materiale, munca câmpului, diferite credințe/ tradiții, etc.) au îngreunat participarea efectivă sau menținerea acestora până la finalizarea întregului proces.

**984.** Buna derulare a procesului este asigurată de colaborarea dintre diversele instituții medicale și cadrele medicale, de implicarea autorităților acolo unde acestea au conștientizat gravitatea afecțiunilor medicale și importanța facilitării accesului la screening pentru asigurarea stării de sănătate a comunităților.

**985.** Slaba pregătire a resurselor umane și disponibilitatea redusă a acestora de a activa în mediul rural influențează considerabil implementarea activităților și producerea efectelor. Mai mult decât atât blocajele în implementare, schimbarea reglementărilor pe parcursul implementării și utilizarea instrumentului POCU Form au creat confuzie. Birocrația excesivă, capacitatea limitată a personalului AM și OIR de a înțelege aspecte specifice domeniului medical, mecanismul de prefinanțare și rambursare au afectat modul de implementare a activităților.

**986.** Producerea efectelor pe termen lung și propagarea efectelor sunt influențate de o serie de factori ce acționează la nivelul rezultatelor diminuând sustenabilitatea și capacitatea ca într-un mediu favorabil să genereze efectele în termeni de beneficii pentru beneficiarii finali. În ceea ce privește îmbucătățirea competențelor cadrelor medicale/ personal IGSU, dezvoltarea de rețele de centre de formare asigură sustenabilitatea intervențiilor, dar date fiind resursele limitate de care instituțiile din domeniul medical și cele din domeniul situațiilor de urgență dispun are loc reducerea semnificativă a nivelului de furnizare a programelor de formare împiedicând asigurarea educației medicale continue. Intervențiile care vizează facilitarea accesului populației la servicii medicale calitative sunt dificil a fi susținute în lipsa unor alocări consistente de la bugetul de stat în vederea derulării programelor de screening, diagnosticare și tratament precoce, având loc o reducere semnificativă a nivelului de derulare a acestor programe, ulterior finalizării proiectelor.

**987.** Fluctuația de personal, fragmentarea finanțării, predictibilitatea scăzută a lansărilor de apeluri limitează accesul la servicii medicale a grupurilor vulnerabile.

**988.** Mecanismul de generare a rezultatelor și impactului se bucură de un set de factori care au acționat pozitiv în mecanism și includ: finanțarea unor nevoi complementare (transport, cazare, investigații suplimentare, etc.), existența unor strategii în domeniu la nivel regional, național și european, derularea campanii de informare și conștientizare și existența unor ONG-uri capabile să se implice în proiecte, după cum reiese din sondajul adresat beneficiarilor de finanțare.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 6):** Mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile. - **IPOTEZĂ VALIDATĂ PARȚIAL.**

### 8.3.7. ÎE 7. DACĂ ȘI ÎN CE MĂSURĂ LUCRURILE AR FI PUTUT FI FĂCUTE MAI BINE?

**Ipoteza 7:** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare.

**989.** ÎE7 pornește de la ipoteza că experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare și astfel evaluarea va putea prezenta exemple de bune practici, fie proiecte, fie acțiuni cu rezultate bune, fie contextele în care efectele sunt potențate. De asemenea, aici sunt prezentate lecții învățate, care să fie utile în implementarea intervențiilor din actuala și viitoare perioadă de programare.

**990.** Una dintre lecțiile principale constă în nevoia majoră de a implica stakeholderii relevanți pe toate nivelurile și din toate domeniile. Programele de prevenție, screening, diagnostic și tratament precoce au efecte prevenirii apariției unor afecțiuni și în vederea îmbunătățirii stării de sănătate a persoanelor, în special cele aparținând grupurilor vulnerabile în condițiile în care marea majoritate a acestora nu dețin resursele necesare pentru derularea investigațiilor, dar mai ales nu dețin informațiile și educația medicală de baza pentru a solicita ajutor în materie de investigații medicale, ceea ce influențează considerabil conduita medicală. Este subliniată nevoia continuă de educare medicală a populației, precum și de standardizare și perfecționare a actului medical.

**991.** Externalizarea serviciilor de suport/ management al proiectului, inclusiv cel financiar și juridic ar duce pe viitor la evitarea blocajelor și a supraîncărcării instituționale, mai ales în rândul unităților spitalicești. La nivelul unităților medicale angajații cu atribuții pe partea administrativă trebuie să îndeplinească sarcinile curente, la care se adaugă cele aferente proiectelor și fiind puși în situația



efectuării de ore suplimentare pentru săptămâni la rând.

**992.** Demararea apelurilor de proiecte ar trebui să se realizeze de AM în colaborare cu Ministerul Sănătății. Un aspect critic îl reprezintă complementaritatea cu alte investiții și programe ale Ministerului Sănătății care să asigure de exemplu capacitatea sporită de diagnostic și tratament pentru persoanele testate și coordonarea beneficiarilor de finanțare pentru consecvența metodologiilor, dar și pentru îmbunătățirea mecanismelor și metodologiilor de screening și de informare. Domeniul medical este foarte specializat, fiind nevoie de implicarea specialiștilor, în acest se recomandă ca pentru pregătirea programelor operaționale și elaborarea ghidurilor de finanțare ca AM să implice un cor de experți/specialiști independenți din domeniul de referință care știu ce presupune fiecare activitate, iar aceștia să fie remunerați pentru efortul depus în mod suplimentar.

**993.** Sunt necesare măsuri care să ducă la întărirea capacității în teritoriu prin atragerea personalului din domeniul social și de sănătate spre derularea activităților în mediul rural în care predomină lipsa medicilor de familie, a asistenților medicali și sociali și a mediatorilor sanitari, precum și măsuri care vizează formarea profesională a personalului din teritoriu. Aceste categorii de personal se află în contact direct cu persoanele vulnerabile și influențează în mod direct implementarea intervențiilor.

**994.** În ceea ce privesc programele de formare profesională a cadrelor medicale nevoia desfășurării acestora este una constantă în condițiile în care resursele financiare pentru susținerea acestora sunt limitate, iar costurile derulării acestora din inițiativa cadrelor medicale sunt ridicate pentru anumite categorii de personal medical (medici de familie, asistenți din mediul rural). Indiferent de tematica abordată, cursurile au prezentat un interes crescut în rândul profesioniștilor. În context se impun măsuri de simplificare a procedurii de autorizare a cursurilor de către Colegiul Medicilor, pentru a lărgi paleta de entități care le pot organiza.

**995.** Abordarea uniformă la nivel național ar trebui să fie și în materie de stimulare a angajării în domeniul serviciilor medicale preventive pentru atragerea de resurse umane competente și pentru siguranța structurilor dedicate sănătății publice. În acest sens ar fi de mare ajutor un plan pentru asigurarea resurselor necesare și exportul de know how din țările cu experiență în acest domeniu

**996.** Domeniul sănătății necesită proiecte mature, în acest sens durata de implementare a proiectelor ar putea fi majorată (pana la 5 ani).

**997.** Armonizarea legislației în domeniul sănătății cu programele privind finanțările europene (inclusiv reglementările instituțiilor medicale cu documentația POCU) (de ex. teste rapide de detectare a tuberculozei se achiziționează doar de Ministerul Sănătății, a fost necesară o procedură greoaie pentru achiziționarea prin proiect a acestora).

**998.** În ceea ce privesc serviciile medicale de prevenție, pot fi obținute rezultate notabile doar în cazul în care este asigurată continuarea derulării programelor de screening. Astfel la nivel național este nevoie de o strategie pe termen mediu și lung, proiectele pentru sănătate publică în materie de prevenție ar trebui să fie susținute în mod natural, nu prin eforturi uriașe pe care diferitele instituții le depun pentru asigurarea stării de bine în rândul populației.

**999.** Este necesară acordarea unui sprijin sporit din partea OIR-urilor și o abordare unitară. Cu toate că personalul de la nivelul OIR-urilor a fost deschis și flexibil, au fost generate interpretări diferite de la un OIR la altul și chiar de la un ofițer la altul).

**1000.** Scurtarea termenelor de aprobare a notificărilor și de încheiere a actelor adiționale, dar și a termenelor privind prefinanțarea și rambursarea cheltuielilor.

**1001.** Majorarea procentului de prefinanțare (la 30%) este de dorit pentru a putea asigura fluxul financiar și derularea fără blocaje a activităților.

**1002.** Simplificarea sistemului de raportare și a livrabilelor aferente, prin solicitarea a mai puține



documente justificative. Acordarea încrederii îndeplinirii activităților asumate, atât timp cât obiectivele sunt îndeplinite și rezultatele propuse atinse.

**1003.** Debirocratizarea sistemului de atragere a fondurilor europene și facilitarea accesului la finanțare pentru beneficiari (depunere, contractare, implementare) prin reducerea numărului de documente și a volumului de informații solicitate. Cu toate că au fost sesizate îmbunătățiri, nivelul birocrăției este încă ridicat (ștampile, scan-uri, multe formulare, semnături necesare, încărcarea dificilă în MySMIS, necesitatea notificării OIR a încărcării documentelor printr-un email și primirea unui număr de înregistrare), lucruri care contribuie la povara birocratică. Este nevoie urgentă de digitalizare și de operaționalizare în procesul de implementare a proiectelor. Debirocratizarea poate fi realizată și prin solicitarea a mai puține documente (spre exemplu a documentelor personale a persoanelor din grupurile țintă) sau prin înființarea unei baze de date la nivel național. Este de dorit simplificarea formularelor de grup țintă, prin eliminarea informațiilor cu caracter sensibil (etnie, apartenența la un grup vulnerabil, etc.) care implică opțiuni de refuz a furnizării acestora (da, nu, nu răspund), pentru că ar atrage o stigmatizare suplimentară (Anexa 14).

**1004.** Digitalizarea transferului de informații și identificarea posibilității de a importa datele din registrele de screening în POCU FORM este absolut necesară. Completarea POCU Form este dificilă, implicând introducerea manuală a datelor din formulare, iar echipa de implementare nu are capacitatea de a derula această sarcină (proiecte cu grupuri țintă mari - comunități sărace, programe de screening cu registre specifice, care se derulează pe o perioadă îndelungată).

**1005.** Folosirea fondurilor de asistență tehnică pentru acțiuni de pregătirea a ghidurilor de finanțare. Spre exemplu pentru perioada actuală de finanțare, specialiștii Ministerului Sănătății au elaborat ghidurile aferente lansării programelor de screening, fiind utilizată resursa ministerului care este suprasolicitată mai ales în contextul prezent (capacitate redusă, efectele pandemice, etc.).

**1006.** Apelurile de proiecte cu alocări financiare mari ar trebui lansate cât mai repede posibil după începerea exercițiului financiar, pentru a nu exista perioade extinse în care intervenții precum cele care vizează formarea profesională, dar mai ales derularea programelor de prevenție să nu poată fi implementate.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 7):** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare. - **IPOTEZĂ VALIDATĂ INTEGRAL.**

### 8.3.8. ÎE 8. EXISTĂ CAZURI DE BUNE PRACTICI?

**Ipoteza 8:** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare.

**1007.** Exemplele de bune practică privind intervențiile POCU și mecanismele aferente au fost identificate în baza informațiilor colectate în cadrul studiilor de caz.

**1008.** Exemplul de bună practică identificat provine în cadrul proiectului implementat de IGSU, privind pregătirea resurselor umane pentru întreaga paletă de operațiuni care se află în atribuția IGSU, dar și a celor care decurg din colaborarea pe care această instituție o are cu serviciile de ambulanță, SALVAMONT, SALVASPEO, în funcție de fiecare risc și urgențe la care trebuie să răspundă.

**1009.** Proiectul aflat în implementare este esențial, fiind o șansa instituției de a susține pregătirea personalului din domeniile de intervenție, având un impact pozitiv asupra structurii, dar mai ales asupra cetățenilor prin contribuția adusă asupra îmbunătățirii situației acestora în momente critice. Date fiind atribuțiile pe care personalul operativ le are în legătura cu siguranța populației, incompetența acestuia este extrem de periculoasă, putând să coste vieți omenești, în acest sens îmbunătățirea competențelor fiind definitorie. În acest sens are loc optimizarea procesului de pregătire a personalului în funcție de specificul misiunilor noi și conform standardelor de calitate impuse.



**1010.** Proiectul implementat este gândit în mod complementar cu alte intervenții care vizează acoperirea unei palete variate de necesități, ce țin atât de aspecte legislative, dar mai ales de infrastructură.

**1011.** Ulterior finalizării proiectului se are în vedere continuarea activităților de pregătire a resurselor umane. În acest sens au fost creată baza oferirii de facilități de formare, prin dezvoltarea unei rețele de centre de formare profesională și prin pregătirea formatorilor care să deruleze programele în cadrul instituției pentru ca beneficiile generate de proiect să fie amplificate ulterior. Pentru viitoarea perioadă de programare, 2021 – 2027 rămân prioritare intervențiile în materie de dezvoltarea capitalului uman, pentru asigurarea continuității și dezvoltării activităților începute în prezentul exercițiu financiar.

**Ipoteza de cercetare (Ipoteza 8):** Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare- **IPOTEZĂ VALIDATĂ.**

## 8.4. Concluzii și recomandări

### 1012. Concluzii

**C1.** Accesul la serviciile medicale în ansamblu s-a îmbunătățit, sistemul de sănătate din România s-a bucurat de premise favorabile în ceea ce privește personalul medical în creștere, asistenți medicali comunitari, centrele medicale de specialitate. Pe de altă parte se înregistrează discrepanțe mari în ceea ce privește accesul la servicii în mediul rural, unde se înregistrează deficiențe semnificative atât din punct de vedere a infrastructurii cât și a personalului medical.

**C2.** Accesul grupurilor vulnerabile la serviciile medicale s-a îmbunătățit acolo unde măsurile au avut o abordare integrată, implicând părțile interesate pe toate nivelurile, cum ar fi UAT, sau Ministerul Sănătății la nivel de program și apeluri de proiecte. Adresându-se atât vulnerabilităților sociale cât și problemelor medicale, acolo unde UAT poate îndeplini un rol integrator real, pot fi mobilizate multiple resurse din comunitate contribuind la crearea unui context favorabil inclusiv legat de educația medicală.

**C3.** Stadiul de implementare a programului explică nivelul limitat al realizărilor și resurselor. Implementarea proiectelor a fost puternic afectată de pandemia COVID, aceasta afectând și colectarea de date pentru această evaluare. Situația actuală relevă fie sub-realizări fie supra-realizări semnificative indicând o problemă de estimare a țintelor. Pentru obiective specifice OS 4.10 și OS 4.11 nu a fost lansat niciun apel iar informațiile colectate nu pot indica un plan privind aceste obiective specifice.

**C4.** Formarea profesională este tipul de intervenție cel mai avansat în implementare. Există evidențe a impactului formării asupra performanței profesionale, exemplificate prin aplicarea cunoștințelor, introducerea unor noi proceduri. Instabilitatea personalului accentuată în perioada pandemiei reprezintă cel mai puternic factor de limitare a impactului așteptat. Se remarcă inițiative ale beneficiarilor pentru sustenabilitatea formării fie prin rețele de formare sau sisteme de facilitare a accesului la cunoștințe noi. Nevoile de finanțare în continuare se mențin, iar beneficiarii conștientizează nevoia atragerii de finanțări viitoare. Cu certitudine prin proiectele finanțate a crescut oferta de formare în sistem și volumul formării fără însă ca aceasta să fie direcționată spre zonele critice ale sistemului care se confruntă cu deficit de competențe cum ar fi asistența medicală comunitară sau noi roluri.

**C5.** Întârzierea lansării apelurilor pentru intervențiile vizând Rețeaua de asistență medicală comunitară și Soluțiile TIC în sistemul medical privează beneficiarii finali de posibilitatea accesului la servicii tocmai prin aceste două abordări cu un potențial impact major, evidențiat și în condițiile pandemiei COVID.

**C6.** Intervențiile implementate au condus la efecte pozitive neintenționate cum ar fi: colaborări ulterioare cursurilor de formare prin care participanții între ei și cu formatorii continuă să schimbe experiențe și cunoștințe contribuind la dezvoltarea competențelor; colaborarea dintre ONG-uri și unitățile medicale de stat îndeosebi pentru sprijinirea persoanelor vulnerabile.

**C7.** Programele de screening finanțate au caracter strategic al sistemului de sănătate, motiv pentru care Ministerul Sănătății reprezintă un actor cheie în implementarea lor. Pe de o parte rolul pozitiv jucat în asigurarea competențelor la nivel operațional al unității de implementare a proiectelor, nu a fost suficient pentru evitarea întârzierii lansării apelurilor, rezolvarea constrângerilor care au întârziat registrele de screening, demararea informării și transmiterea invitațiilor. Un aspect critic în reprezintă complementaritatea cu alte investiții și programe ale Ministerului Sănătății care să asigure de exemplu capacitatea sporită de diagnostic și tratament pentru persoanele testate, coordonarea beneficiarilor de finanțare pentru consecvența metodologiilor, dar și pentru îmbunătățirea mecanismelor și metodologiilor de screening și de informare.

**C8.** Evaluarea oferă numeroase lecții învățate, experiențe ce trebuie multiplicare sau probleme ce trebuie evitate. Acestea includ implicarea unei palete largi de participanți la formare, inclusiv medici de familie, rezidenți, formatori cadre medicale cu experiență, abordare tematică focalizată, dezvoltarea unei strategii de implementare a screening-urilor prin care se pot asigura resursele necesare pe termen lung, îndeosebi resurse umane, o alocare predictibilă a resurselor programului pentru a acoperi nevoile și a asigura fluența proceselor. În ceea ce privește formarea sistemului de acreditare al colegiului medicilor prezintă și dezavantaje cum ar fi proces dificil, care avantajează instituțiile medicale în defavoarea DSP și a furnizorilor privați, sistemul de credite limitează interesul participanților datorită pragului stabilit. Nevoia de simplificare este stringentă, evaluarea evidențiind practici în implementare consumatoare de timp ce pot fi evitate printr-o reconceptualizare și simplificare a justificărilor privind activități, realizări, livrabile, modificări. Specific acestei teme numărul foarte mare de beneficiari de servicii de screening pot genera un consum extrem de resurse doar pentru raportare. Simplificarea va contribui și la reducerea duratelor de aprobare a modificărilor, actelor adiționale și asigurarea unui proces fluent de implementare.

### **1013. Recomandări**

**R1. AM și MS trebuie să clarifice viziunea privind implementarea OS 4.10., 4.11, replanificarea lansărilor în condițiile bugetului rămas disponibil și a perioadei de implementare, sau acoperirea nevoilor prioritare privind rețeaua comunitară de asistență medicală și implementarea soluțiilor TIC din surse complementare. Cele două obiective specifice fac parte din logica intervenției și absența lor poate afecta impactul așteptat. (termen sem I 2022)**

**R2. MS trebuie să își întărească rolul strategic privind programele de screening finanțate vizând asigurarea capacității pentru lansarea programelor fără întârzieri, asigurarea complementarităților cu alte programe, integrarea programelor pilotate în programele naționale, inclusiv în campaniile naționale de informare. (termen: 2022)**

**R3. AM și MS trebuie să asigure continuarea și extinderea programelor de screening pentru a crește gradul de acoperire a populației eligibile și a eficienței costurilor intervenției. Pentru perioada rămasă în implementare este necesară accelerarea implementării proiectelor de screening care înregistrează întârzieri mari, datorită efectelor pandemiei COVID și constrângerilor specifice implementării. (termen: sem I 2022, aprobarea PO Sănătate 2021-2027)**

**R4. AM trebuie să asigure în implementarea proiectelor privind formarea, focalizarea programelor de formare pe zonele critice cu deficit de competențe cum ar fi asistența medicală comunitară, roluri noi în sistem, conform strategiei adoptate.**

**R5. AM și MS trebuie să implementeze modalitățile practice de simplificare a înregistrării grupurilor țintă foarte mari cum ar fi beneficiarii de servicii de screening, reducerea documentelor solicitate pentru grupul țintă, eliminarea unor date nerelevante pentru realizări și rezultate; datele privind beneficiarii pot fi preluate din registrele de screening, înregistrate automat prin instrumente digitale evitând dublarea intrărilor, volumul excesiv al muncii administrative și implicit ineficiența (termen: 2022).**

## 9. TEMA DE EVALUARE 7 – ASIGURAREA TRANZIȚIEI DE LA SISTEMUL INSTITUȚIONALIZAT LA SERVICII LA NIVELUL COMUNITĂȚII (OBIECTIVELE SPECIFICE 4.12, 4.13 ȘI 4.15)

Evaluarea a vizat intervențiile din cadrul temei 7- Asigurarea tranziției de la sistemul instituționalizat la servicii la nivelul comunității, respectiv obiectivele specifice 4.12, 4.13 și 4.15 din domeniul incluziunii sociale aferente priorității de investiții 9iv- "Creșterea accesului la servicii accesibile, sustenabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general".

**1014.** Metodologia de evaluare aferentă acestei etape a fost centrată pe metode calitative, respectiv interviuri, studii de caz, panel de experți, metode care au furnizat o parte semnificativă a informațiilor privind modul în care cele 61 de proiecte finanțate au fost implementate până la data limită a evaluării. Datele calitative au fost triangulate prin informații provenite de la experți, analiză de documente, analiză secundară de date și analiză de date administrative.

**1015.** Ancorarea metodologiei de evaluare într-un trunchi majoritar calitativ a fost argumentată de două elemente principale: a) faza de debut a proiectelor evaluate, cea mai mare parte a acestora debutând în anul 2020, cu întârzieri datorate atât perioadei de programare a apelurilor (a doua jumătate a anului 2019) cât și pandemiei și efectelor în lanț ale acesteia și b) orientarea evaluării spre obținerea unor răspunsuri valorificabile în pregătirea perioadei următoare de implementare a POIDS. Informațiile obținute calitativ au fost coroborate cu informații cantitative obținute din analiza secundară a datelor și din analiza datelor administrative.

**1016.** Perioada evaluată este durata implementării Programului Operațional Capital Uman (POCU) de la demarare până la data de 31.12.2020.

**1017.** Limitările metodologice pornesc din tipul de metode utilizate, respectiv metode calitative care, deși au acoperit toate categoriile de stakeholderi semnificativi ai evaluării (autorități de management, actori decizionali de la nivel local și central, autorități publice locale și centrale, beneficiari publici și privați, reprezentanți ai grupurilor țintă) ele nu pot cuprinde exhaustiv tot palierul problematic întâlnit în implementare. Astfel, aspectele reliefate pe parcursul raportului sunt cele care au în vedere observațiile și argumentele recurente, cu un număr relativ mare de apariții, fără a considera însă ca aspectele punctuale, apărute doar în cazul unuia sau a unui număr mic de respondenți sunt mai puțin semnificative. Din acest motiv raportul este însoțit de documente suport care detailează informațiile obținute.

### Aspecte generale privind intervențiile evaluate

**1018.** Sprijinul acordat de POCU pentru procesul de dezinstituționalizare, a avut ca obiective: reducerea numărului de copii și tineri, al persoanelor vârstnice al acelor cu dizabilități plasați în instituții prin furnizarea de servicii la nivelul comunităților; (OS4.12, OS4.15), creșterea numărului tinerilor care părăsesc sistemul instituționalizat (cu vârsta de până în 18 ani) pregătiți pentru a avea o viață independentă; (OS4.13) și generalizarea măsurilor de prevenire menite să reducă riscul de separare a copilului de familie și de instituționalizare a lui, prin îngrijire comunitară pentru copii lipsiți de îngrijire părintească, dezvoltând servicii comunitare care să prevină abandonul și abuzul asupra copiilor (OS4.12)

**1019.** Acțiunile au fost proiectate în corelație cu investițiile sprijinite prin POR-AP 8, PNDR-Măsura 06 și POCA.

**1020.** Procesul de dezinstituționalizare înregistrează o dinamică ascendentă. El s-a accelerat, mai ales după 2018, fiind susținut de o serie de intervenții legislative în domeniu. Sistemul de protecție specială

înregistrează disparități semnificative la nivel național pentru majoritatea indicatorilor care îl caracterizează, atât sub aspect regional, cât și în interiorul aceleiași regiuni. Dezinstituționalizarea este un proces care se realizează într-un context de presiune socială cauzată de creșterea numărului de copii cu risc de abandon, creșterea cheltuielilor în sistem rezidențial și nerezidențial atât pentru copii cât și pentru adulți și creșterea numărului de persoane cu handicap la nivel național.

**1021.** Până la sfârșitul anului 2020 în aria de implementare a OS.12-15 au fost lansate patru apeluri de proiecte în urma cărora au fost aprobate 61 cereri de finanțare

**1022.** Gradul de implementare a POCU la decembrie 2020 era scăzut (sub 1%), în special din cauza debutului târziu al intervențiilor (2020) și pandemiei COVID19. Cu toate acestea, atât din punct de vedere al numărului de beneficiari (adulți și copii), cât și din punct de vedere al alocării financiare POCU are premisele de a reprezenta un pilon major de susținere a procesului de dezinstituționalizare, mai ales pentru dezinstituționalizarea copiilor domeniu în care proiectele contractate sunt mai consistente decât cele destinate adulților cu handicap. Programul "Prima cameră" este o componentă a intervenției care evidențiază utilitatea majoră a acestora și nevoia de integrare cu alte tipuri de activități. Majoritatea beneficiarilor au apreciat calitatea bună a relației cu OIR POCU și îmbunătățirea semnificativă a colaborării și parteneriatului cu aceste instituții.

**1023.** Principalele beneficii economice generate de intervenție provin, pe termen scurt, din intervențiile de prevenire a abandonului, iar pe termen mediu din programul "Prima cameră", prin sprijinul acordat integrării pe piața forței de muncă a tinerilor.

**1024.** Intervențiile POCU au generat o serie de efecte conexe pozitive precum dezvoltarea capacității instituționale a DAGSPC-urilor, creșterea capacității de colaborare inter-instituțională necesară gestionării proiectelor multi-fond și creșterea integrării pe piața forței de muncă a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție specială. Principalele efecte negative provin frustrările generate de durata relativ scăzută a intervențiilor (real 1,5 ani) percepută de către beneficiari ca insuficientă de cele mai multe ori pentru depășirea riscurilor de abandon în cazul copiilor și din reacțiile negative ale unora dintre angajații centrelor care urmează să se încheie. În plan interinstituțional colaborarea cu POR, deși s-a stabilit relativ târziu (2018) printr-o serie de instrumente comune (liste de centre care urmează a fi închise) este apreciată la nivel central și local ca fiind de foarte bună calitate.

**1025.** În afara zonei de intervenție au fost semnalate efecte, a căror intensitate se va putea măsura la sfârșitul perioadei de implementare astfel: a) la nivel național, în ceea ce privește creșterea cererii de asistență socială, creșterea capacității instituționale a beneficiarilor și a competențelor individuale ale personalului implicate în proiecte din rândul beneficiarilor și b) la nivel local prin reconversia profesională a personalului din centrele închise, prin creșterea randamentului economic al furnizorilor de masă caldă, servicii de închiriere și construcții civile.

**1026.** Intervențiile POCU din aria dezinstituționalizării întrunesc condițiile necesare și suficiente obținerii unor efecte de lungă durată prin cadrul legislativ care susține acest proces. Intervențiile conexe (Programul "Prima cameră" și activitățile de prevenire a abandonului) nu au suficientă maturitate pentru măsurarea durabilității efectelor și nici instrumentele de monitorizare post implementare a acestora. Cu toate acestea indiciile din studiile de caz arată ca efectele au șanse semnificative să se mențină pe termen mediu și lung.

**1027.** Principalii factori care facilitează succesul proiectelor și obținerea efectelor proiectare sunt: capacitatea instituțională și disponibilitatea beneficiarilor eligibili, sprijinul acordat de către autoritățile locale și județene, cunoașterea prealabilă a grupului de intervenție, reglementări clare din punct de vedere normativ și o atitudine pozitivă din partea comunității locale. Utilizarea apelurilor competitive cu beneficiari atât instituții publice (DGASPC-uri) cât și alte instituții creează punctual tensiuni din cauza diferențelor de acces la resursele informaționale necesare (de exemplu liste de copii). O serie de factori precum pandemia, legislația în domeniul achizițiilor, întârzierile în procesarea cererilor de rambursare și creșterea prețurilor în sectorul construcțiilor au încetinit ritmul de implementare a proiectelor.

**1028.** Intervențiile au răspuns unor nevoi acute și întrunesc condițiile necesare pentru atingerea rezultatelor proiectate o serie de aspecte pot fi îmbunătățite precum: o mai bună targetare a nevoilor

acute generate de realitățile sistemului de protecție specială, scăderea birocrăției și creșterea gradului de adecvare a procedurilor din cadrul proiectelor (mai ales în componenta de gestionare a resurselor umane implicate), încurajare a parteneriatelor trans-naționale, identificarea de mecanisme de măsurare a calității intervențiilor din prisma grupului țintă sau a comunității. Programul "Prima cameră" este, în opinia noastră, un exemplu de intervenție inovativă. Elemente inovative s-au identificat și la nivelul comunicării publice, în special pentru a obține susținerea comunitară a intervențiilor. Îmbunătățirea accesibilității grupurilor vulnerabile în vederea utilizării tehnologiilor informației și comunicațiilor a fost, în contextul școlii online, o componentă importantă pentru majoritatea proiectelor care au vizat copiii. Adiacent intervențiile au sprijinit tranziția către o economie cu emisii scăzute de dioxid de carbon și eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor.

## Concluziile și recomandările evaluării

### Concluzii

**1029.** Susținerea legislativă pentru stabilirea cadrului de intervenție a constituit un factor major de facilitare a obținerii rezultatelor.

**1030.** Dezinstituționalizarea este un proces care se realizează într-un context de presiune socială și într-un sistem care a moștenit numeroase disparități la nivel național. În cadrul evaluării s-a remarcat faptul că nu au fost vizate de niciun proiect o parte semnificativă din zonele problematice atât în ceea ce privește dezinstituționalizarea, cât, mai ales în ceea ce privește prevenirea riscului de abandon și nevoia de sprijin prin programul "Prima cameră".

**1031.** Implicarea comunității locale (APL, ONG, societate civilă) reprezintă un factor major de susținere a dezinstituționalizării și prevenție a abandonului.

**1032.** Gradul de implementare a proiectelor în domeniul TE7-Asigurarea tranziției de la sistemului instituționalizat la servicii la nivelul comunității este scăzut (sub 1%), în special din cauza debutului târziu al intervențiilor (2020) și pandemiei COVID19, prin urmare există risc de nerealizare a indicatorilor de rezultat până la sfârșitul perioadei de programare.

**1033.** Intervențiile POCU/ POR în domeniul dezinstituționalizării au constituit un pilon principal al implementării politicii publice în acest domeniu și, implicit, a strategiilor naționale: „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități” și a „Strategiei naționale pentru protecția și promovarea Drepturilor copilului”. Însă, caracterul competitiv al apelurilor și eterogenitatea beneficiarilor nu asigură la nivel național, în toate cazurile, echitatea intervențiilor.

**1034.** Intervențiile în domeniul prevenirii abandonului și programul "Prima cameră" sunt intervenții cu o probabilitate mare de a aduce beneficii economice consistente la nivel public, pe termen scurt și mediu.

**1035.** Deși se înregistrează un progres semnificativ în raport cu POSDRU, intervențiile POCU rămân tarate de un nivel ridicat de birocratizare, de exces justificativ și de raportare.

**1036.** Programul "Prima cameră" este una dintre cele mai de succes intervenții în domeniul incluziunii sociale a copiilor instituționalizați, având caracter inovativ și evidențiind mecanisme care pot fi valorificate în proiectarea intervențiilor din următoarea perioadă de finanțare.

**1037.** Logica de intervenție poate fi îmbunătățită printr-o serie de măsuri care să vizeze: creșterea duratei intervențiilor pentru copii la minim un ciclu educațional (5 ani), integrarea intervențiilor care vizează dezinstituționalizarea cu măsuri de reconversie profesională acolo unde este cazul, utilizarea hărților de nevoi și resurse necesare pentru adresarea nevoilor (mai ales resurse umane) în instrumentarul de proiectare a intervenției, utilizarea de instrumente informatice (de exemplu Revisal/ReGES) pentru măsurarea durabilității intervențiilor (în acest caz "Prima cameră"), prioritizarea intervențiilor (prin coeficienți) în raport cu intensitatea problematicei, încurajarea parteneriatelor trans-naționale, utilizarea de instrumente de măsurare a calității intervențiilor din perspectiva grupului țintă, utilizarea costurilor standard în fiecare situație în care acest lucru este posibil.



## Recomandări

**1038.** La nivel strategic și al cadrului de reglementare recomandăm:

- Stabilirea anticipată, încă din faza de proiectare, a nevoilor de reglementare care condiționează intervenția (spre exemplu criteriile de eligibilitate a centrelor "clasice", care urmează a fi închise) și derularea de demersuri care să accelereze procesul decizional (spre exemplu listele de centre care urmează a fi închise, liste comune POR/POCU);
- Implicarea instituțiilor centrale (ANDPDCA, MMSS, MFTES<sup>93</sup>) în procesul de alocare necompetitivă a fondurilor pentru proiecte care vizează domeniul incluziunii sociale a grupurilor speciale (cum este dezinstituționalizarea copiilor și persoanelor cu handicap), pentru a asigura orientarea fondurilor către zonele cu nevoile cele mai mari. În același scop recomandăm și susținerea constantă de către ministerul de resort (MMSS/MFTES) de sesiuni de pregătire a personalului din DGASPC-uri pentru creșterea și consolidarea competențelor în atragerea de fonduri europene;
- Finanțarea, în următoarea perioadă de programare, a campaniilor publice de conștientizare și implicare socială a publicului larg și a instituțiilor societății civile în procesul de incluziune socială a copiilor (inclusiv adopții).

**1039.** La nivelul programului și sistemului de implementare recomandăm:

- Luarea în considerare în următoarea perioadă de programare a depunerilor "ongoing" pentru intervențiile care vizează incluziunea copiilor aflați în situații speciale.
- Mai bună definire de către MIPE a rolului pe care intervențiile din fonduri europene îl ocupă în implementarea cadrului strategic la nivel național și asigurarea coerenței instrumentale a acestui rol. De exemplu, în cazul în care intervenția se dorește a fi pilon principal, ca în cazul de față, recomandarea vizează apeluri necompetitive, instrumente de orientare către zonele intens problematice, instrumente de inventariere anticipativă a nevoilor și resurselor. În cazul în care intervenția se dorește a avea rol de "plasă" de siguranță, recomandarea vizează apeluri competitive, destinate unei categorii omogene de beneficiari (public/privat).
- Luarea în considerare de către MFTES a unor programe de încurajare a investițiilor private (în parteneriat public/ privat) pentru susținerea în următoarea perioadă a intervențiilor de tipul "Prima cameră", sau a intervențiilor în vederea prevenirii abandonului copiilor de către familii prin facilități fiscale proporționale beneficiului economic estimat.
- Debirocratizare și simplificare (mai ales în componenta de gestionare a resurselor umane implicate –experți, specialiști, manageri).

**1040.** La nivelul logicii de intervenție recomandăm:

- Continuarea programului "Prima Camera" în următoarea perioadă de programare/intervenție prin valorificarea experiențelor acumulate în acest exercițiu de programare.
- Proiectarea intervențiilor pentru perioada următoare de programare a) prin valorificare lecțiilor învățate din POCU (de exemplu: o mai bună targetare către zonele care au mai mare nevoie, elaborarea din timp a criteriilor de selecție a grupurilor țintă, reglementarea accesului ONG-urilor la listele de grup țintă elaborate de DGASPC-uri) și b) în parteneriat cu beneficiari intervențiilor în domeniul dezinstituționalizării printr-un echilibru între calitativ (număr de beneficiari) și cantitativ (grad de mulțumire) în măsurarea rezultatelor și a impactului în toate proiectele finanțate.

---

<sup>93</sup> MFTES= Ministerul Familiei, Tineretului și Egalității de Șanse înființat prin HG 7/2022



## 9.1. Cadrul general al evaluării

### 9.1.1. OBIECTIVELE EVALUĂRII

**1041.** Conform Caietului de Sarcini pentru evaluarea intervențiilor din cadrul Temei 7 sunt prevăzute **9 întrebări de evaluare** pentru exercițiul de evaluare 2021 pentru Tema 7, respectiv:

- *ÎE1: Care este progresul observat în privința tranziției de la sistemul instituționalizat la servicii la nivelul comunității?*
- *ÎE2: În ce măsură progresul observat este atribuit POCU?*
- *ÎE3: Există beneficii economice în urma intervențiilor prin POCU?*
- *ÎE4: În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?*
- *ÎE5: În ce măsură efectul depășește granița zonei sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?*
- *ÎE6: În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?*
- *ÎE7: Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme?*
- *ÎE8: Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?*
- *ÎE9: Există cazuri de bune practici în ceea ce privește intervențiile de promovare a inovării sociale și temele secundare?*

### 9.1.2. METODOLOGIA DE EVALUARE

**1042.** Metodologia de evaluare s-a concretizat într-un mixt centrat pe metode calitative triangulate cu date administrative și analiza secundară de date, prioritizând implicarea tuturor categoriilor de stakeholderi implicați în procesul de implementare. Strategia metodologică este descrisă în tabelul următor:

Metode de evaluare	Domeniul de aplicare și scurtă descriere
<b>Cercetarea documentară</b>	<p>Cercetarea documentară a vizat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• documente de programare (document de program POCU, Document Cadru de Implementare (DCI), Rapoarte Anuale de Implementare (RAI), Rapoartele de Evaluare (RE),</li><li>• documente cu caracter strategic: Strategia națională pentru Protecția și promovarea drepturilor copilului, Strategia Națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei (2014-2020), Strategia "O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități 2016-2020, Strategia națională privind drepturile persoanelor cu dizabilități 2021-2027 (in dezbateri publice)</li><li>• Rapoarte de activitate ale ANDPDCA și DGASPC</li><li>• Cadrul legislativ în domeniu</li></ul>
<b>Identificarea surselor de date și extragerea datelor</b>	<p>Analiza de date administrative și analiza secundară de date au fost centrate pe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Analiza datelor administrative privind proiectele finanțate, furnizate de platformele SMIS, și fonduri-ue.ro, etc.);</li><li>• Serii de date privind contextul intervențiilor, preluate din baze de date statistice și rapoarte de monitorizare și evaluare, planuri, strategii aferente domeniului (date oferite de ANDPDCA, DGASPC-uri, EUROSTAT, INSSE, Ministerul Muncii și Protecției Sociale (MMPS), Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM), World Bank, UNICEF, Salvați Copiii, Hope and Homes for Children Romania</li></ul>
<b>Interviuri</b>	<p>Au fost realizate 15 interviuri, organizate pe două dimensiuni tematice:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• interviuri care au urmărit impactul la nivel de sistem, implicând reprezentanți ai celor mai importante instituții, precum: MIPE, AM POCU, ANES, OIR Nord Vest, OIR Vest, OIR Centru, OIR Sud Muntenia;</li><li>• interviuri cu decidenți, beneficiari de finanțare și beneficiari finali (membri ai grupurilor țintă), care au inclus reprezentanți ai unor instituții, precum World Vision Romania, Salvați Copiii România, ANDPDCA, DGASPC Bacău, Asociația pentru persoane cu dizabilități fizice Sfântul Haralambie, DGASPC Ilfov;</li></ul> <p>Data fiind situația generată de pandemia Covid-19, interviurile s-au desfășurat online, prin intermediul</p>

	unei platforme comun agreeate cu participanții (Zoom).
<b>Ateliere de lucru regionale/Focus grupuri regionale</b>	<p>Au fost desfășurate 6 ateliere de lucru regionale realizate la nivelul celor 8 regiuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 atelier regional desfășurat cu beneficiari din regiunea București Ilfov;</li> <li>• 1 atelier regional desfășurat cu beneficiari din regiunea Nord Est;</li> <li>• 1 atelier regional desfășurat cu beneficiari din regiunea Centru;</li> <li>• 1 atelier regional desfășurat cu beneficiari din regiunile Sud Vest și Vest;</li> <li>• 1 atelier regional desfășurat cu beneficiari din regiunea Sud Muntenia și Sud Est.</li> </ul> <p>În cadrul acestora au participat reprezentanți ai beneficiarilor din fiecare regiune vizată, reprezentanți ai ONG-urilor cu activitate în domeniul de intervenție, precum și alți stakeholderi relevanți (APL, CJ)</p>
<b>Tehnici vizuale - hărți GIS</b>	<p>Hărțile GIS au fost utilizate ca instrument vizual de prezentare și suport al informației, acestea prezentând nivelul de acoperire teritorială a proiectelor implementate (au fost folosite hărți GIS pe toate cele 7 teme) la nivel regional/județean/local.</p> <p>Alte tehnici vizuale folosite au fost diferitele grafice și tabele, ce apar în corpul principal al raportului și în anexe.</p>
<b>Studii de caz</b>	<p><b>Studiile de caz</b> au fost incluse în metodologie pentru analiza aprofundată a modului în care intervențiile au produs efecte, acestea completând rezultatele analizelor cantitative și calitative privind impactul, și alte analize ale datelor colectate prin alte metodele descrise mai sus. Prin studiile de caz au fost evidențiate și exemplificate rezultatele obținute, au fost analizate aspectele cheie privind modul de obținere a rezultatelor și producerea altor efecte.</p> <p>Selecția și numărul studiilor de caz s-a bazat pe analiza portofoliilor de proiecte urmărind să acopere diversitatea acestora, astfel au fost realizate 4 de studii de caz , câte unul pentru fiecare tip de intervenție.</p>
<b>Matricea factorilor de influență</b>	<p>Instrumentul a avut ca scop sintetizarea factorilor care au influențat producerea rezultatelor, a impactului și a altor efecte și a corelat factorii de influență (pozitivi sau negativi, interni sau externi intervenției) cu efectele constatate, indicându-se și gradul de influență pe trei niveluri (major, mediu sau minor).</p>
<b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b>	<p>Procesarea și analiză statistică a datelor a fost folosită pentru datele statistice relevante grupurilor țintă și evoluției situației acestora, datele administrative de program alte date administrative relevante.</p>
<b>Panelul de experți</b>	<p>Panelul de experți a avut ca scop validarea principalelor concluzii obținute în urma procesului de evaluare, discutarea principalelor lecții învățate în cadrul prezentului exercițiu de finanțare, precum și impactul și efectele produse de intervențiile în domeniul incluziunii sociale, în ceea ce privește procesul de dezinstituționalizare. Întâlnirea s-a desfășurat online, pe platforma de discuții Zoom, fiind prezenți reprezentanți din partea ANDPDCA, din partea DGASPC-urilor, ONG-urilor și asociațiilor care au implementat proiecte, fiind implicate direct în procesul de dezinstituționalizare.</p>

**1043. Perioada evaluată** a fost durata implementării **intervențiilor POCU 2014-2020 în domeniul incluziunii sociale** de la demararea programului până la data de referință **31.12.2020**. Acest raport se concentrează pe evaluarea POCU exercițiul 2021, incluzând și referințe la exercițiul de evaluare programat pentru 2023 Evaluarea s-a desfășurat în perioada **aprilie 2021 - noiembrie 2021**.

### 9.1.3. LIMITĂRI METODOLOGICE ȘI PROBLEME ÎNTÂMPINATE ÎN APLICAREA METODOLOGIEI DE EVALUARE

**1044.** Limitările metodologice au în vedere următoarele aspecte:

- Tipul de metode utilizate, respectiv metode calitative care nu pot acoperi în totalitate sfera problemelor întâlnite în implementare de către fiecare dintre actorii cheie implicați. Fiecare beneficiar al programului "Prima cameră" a avut experiențele și nevoile persoanele cu care s-a confruntat în perioada în care a fost inclus în program, fiecare beneficiar a dorit să semnaleze propriile probleme, autoritățile decizionale au avut abordări diferite atât în ceea ce privește logica de intervenție și rolul intervențiilor POCU, cât și în privința mecanismelor de optimizare.

Aspectele reliefate pe parcursul raportului sunt cele care valorifică aspectele recurente, cu un număr relativ mare de apariții, fără a considera însă elementele punctuale sunt mai puțin semnificative. Raportul este însoțit de documente suport care detaliază informațiile obținute.

- Numărul relativ mic de proiecte finanțate pentru fiecare dintre cele trei tipuri de intervenții incluse în obiectivele temei 7-Dezinstituționalizare și faza de debut în care se aflau majoritatea proiectelor nu a permis colectarea de date cantitative la nivel de grup țintă sau de informații financiare consistente la nivel de proiect, fiind valorificate major datele de caracterizare a proiectelor din faza de cerere de finanțare (grup țintă proiectat, bugete proiectate), asumându-se ipoteza succesului deplin pentru toate proiectele aflate în implementare. Din această perspectivă, evaluarea contribuției POCU la procesul de dezinstituționalizare (Întrebarea 2) a luat în considerare un scenariu mai degrabă optimist.
- Extrapolările realizate pentru a răspunde la întrebarea de evaluare privind beneficiile economice ale intervențiilor POCU au avut în vedere o atitudine predominant sceptică a evoluției efectelor (ex: rată de părăsire a pieței forței de muncă la 2 ani din partea tinerilor care părăsesc Programul „Prima cameră” dublu față de media națională, salarii la doi ani rămase la nivelul minimului pe economie din 2020). Din această perspectivă, răspunsul formulat la întrebare se înscrie într-un scenariu tendențial pesimist.

## 9.2. Constatările, concluziile și recomandările evaluării

### 9.2.1. ASPECTE GENERALE PRIVIND INTERVENȚIILE EVALUATE

**1045.** Sprijinul acordat de POCU pentru procesul de dezinstituționalizare, a avut ca obiective:

- Reducerea numărului de copii și tineri, al persoanelor vârstnice al acelor cu dizabilități plasați în instituții prin furnizarea de servicii la nivelul comunităților; (OS4.12, OS4.15)
- Creșterea numărului tinerilor care părăsesc sistemul instituționalizat (cu vârsta de până în 18 ani) pregătiți pentru a avea o viață independentă; (OS4.13)
- Creșterea numărului de asistenți maternali și asistenți sociali la nivel comunitar. (OS 4.14)
- Generalizarea măsurilor de prevenire menite să reducă riscul de separare a copilului de familie și de instituționalizare a lui, prin îngrijire comunitară pentru copii lipsiți de îngrijire părintească, dezvoltând servicii comunitare care să prevină abandonul și abuzul asupra copiilor (OS4.12)

**1046.** În cadrul intervențiilor, obiectivele anterior menționate au fost agregate în alte două operațiuni compozite, respectiv OC 4.18, operațiune compozită OS. 4.12, 4.13, 4.14- *Servicii sociale și socio-profesionale la nivelul comunității pentru copii și tineri* și OC 4.20, operațiune compozită OS 4.12, OS 4.13- *„Prima cameră” – Instrumente inovative pentru integrarea socio-profesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție specială.*

**1047.** Obiectivele strategice 12-15 au vizat trei categorii țintă:

- persoanele instituționalizate, familiile și rudele acestora;
- persoanele cu risc de instituționalizare, familiile și rudele acestora și
- asistenții maternali și asistenții sociali, comunitățile care sprijină procesul de dezinstituționalizare.

**1048.** Spre fiecare dintre aceste categorii de grup țintă au fost orientate o serie de activități eligibile spre finanțare în cadrul programului:

- Furnizarea de servicii integrate de sprijin al tranziției spre servicii la nivelul comunității atât în vederea dezinstituționalizării, cât și pentru o viață independentă după părăsirea sistemului de

protecție<sup>94</sup>: pachetul minim social, locuințe protejate, locuințe sociale, apartamente de tip familial, case de tip familial, centre de zi, centre de recuperare, centre de consiliere, servicii de îngrijire la domiciliu, servicii comunitare de sănătate și asistență socială integrate, centre de tip respiro);

- Servicii de consiliere și orientare profesională, de formare profesională sau de reîntoarcere în sistemul educațional etc.
- Servicii sociale și asigurarea venitului minim de inserție, în vederea prevenirii separării copiilor de propria familie;
- Pachet minim de servicii pentru reintegrarea în familia naturală a copiilor instituționalizați;
- Servicii de asistență maternală;
- Sprijin pentru dezvoltarea rețelei de asistenți sociali și a celei asistenți maternali la nivelul comunității, inclusiv prin furnizarea de programe de formare și de schimb de experiență;
- Dezvoltarea cu prioritate a asistenței maternale pentru copiii cu dizabilități;
- Sprijin pentru dezvoltarea serviciilor de plasament familial la familii/persoane/rude;
- Orice alte măsuri în sprijinul dezinstituționalizării și al furnizării de servicii la nivelul comunității pentru grupurile țintă vizate.

**1049.** Pentru evaluarea intervențiilor din cadrul priorității de investiții 9iv- "Creșterea accesului la servicii accesibile, sustenabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general" au fost stabiliți o serie de indicatori de realizare comuni<sup>95</sup>, cu o frecvență anuală de raportare atât pentru regiunile mai puțin dezvoltate cât și pentru regiunile mai dezvoltate:

**TABEL 71. INDICATORI COMUNI DE REZULTAT**

ID	Indicator de rezultat	Regiune
4S52	Copii și tineri sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare	Mai puțin dezvoltate
4S53	Asistenți maternali (din care: din zona rurală) care rămân în sistem	Mai puțin dezvoltate
4S54	Vârstnici și persoane cu dizabilități sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare (sociale, medicale, socio-profesionale etc.) după părăsirea sistemului de tip rezidențial	Mai puțin dezvoltate
4S52 4S211	Copii și tineri sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare	Mai dezvoltate
4S53	Asistenți maternali (din care: din zona rurală) care rămân în sistem	Mai dezvoltate
4S54	Vârstnici și persoane cu dizabilități sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare (sociale, medicale, socio-profesionale etc.) după părăsirea sistemului de tip rezidențial	Mai dezvoltate

**1050.** Intervențiile au contribuit și la realizarea indicatorilor de realizare comuni specifici programului:

**TABEL 72. INDICATORI COMUNI DE REALIZARE**

ID	Indicator de realizare	Regiune	Țintă 2023
4S60	Asistenți maternali (din care: din zona rurală) care beneficiază de sprijin	Mai puțin dezvoltate	3.800

<sup>94</sup> Servicii destinate copiilor cu vârsta de până la 18 ani, sau până la 26 ani dacă urmează programe de educație/formare

<sup>95</sup> Cadrul de performanță POCU, dec 2020 (pag 418)

4S60	Asistenți maternali (din care: din zona rurală) care beneficiază de sprijin	Mai dezvoltate	141
4S160	Persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială (din care: din zona rurală) din comunitățile marginalizate care beneficiază de servicii integrate, din care: roma	Mai dezvoltate	77.284
4S206	Servicii comunitare (din care: din zona rurală), care beneficiază de sprijin, din care: Servicii medicale / Servicii sociale / Servicii socio-medicale / Servicii educaționale	Mai puțin dezvoltate	3.853
4S206	Servicii comunitare (din care: din zona rurală), care beneficiază de sprijin, din care: Servicii medicale / Servicii sociale / Servicii socio-medicale / Servicii educaționale	Mai dezvoltate	467
4S226	Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici / stimulent de risc etc	Mai puțin dezvoltate	235.135
4S226	Persoane care beneficiază de formare/ schimb de bune practici / stimulent de risc etc	Mai dezvoltate	25.329

**1051.** Intervențiile sunt cuantificate printr-o serie de indicatori de realizare imediată. Dintre aceștia, doar pentru indicatorul 4S.59- Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare a fost prevăzută o valoare țintă în cadrul de performanță pentru 2023:

**TABEL 73. INDICATORI DE REALIZARE SPECIFICI**

Cod	Indicator de realizare specifici	Ținta 2023 <sup>96</sup>
4S.59	Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare	13.841 <sup>97</sup>
4S.59.1	Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare, din care: Copii	-
4S.59.2	Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare, din care: - Persoane cu dizabilități	-
4S.213	Persoane care beneficiază de servicii comunitare	- <sup>98</sup>
4S213.1	Persoane care beneficiază de servicii comunitare, din care: Copii	-

**1052.** Documentul cadrul de programare POCU identifică o serie de particularități ale dezinstituționalizării care se vor reflecta și în evaluarea implementării POCU OS12-15:

- Abordare *strategică la nivel național* și local privind tranziția spre integrarea în comunitate,
- *Cadru legal*, consistent și coerent metodologic care să asigure tranziția de la sistemul de îngrijire de tip instituționalizat
- *Sistem integrat de servicii* centrat pe familie și pe comunitate și creșterea capacității comunității de a asuma și rezolva dificultățile individuale ale membrilor săi,
- *Asistență tehnică* care să îmbunătățească capacitatea autorităților locale (DGASPC) și a partenerilor lor, a furnizorilor privați de servicii sociale de a se implica cu succes în procesul dezinstituționalizării,
- *Evaluare corectă a nevoilor*, riscurilor și serviciilor existente, capacitate crescută de a inova și implementa cu succes sisteme alternative de servicii sociale.
- *Dezvoltarea alternativelor* de servicii de tip familial/comunitar
- Derularea de *acțiuni de prevenire* a instituționalizării.

<sup>96</sup> Cadrul de performanță POCU AP4

<sup>97</sup> Din care 1678 în regiuni mai dezvoltate

<sup>98</sup> Fără valoare țintă în CDI POCU dec. 2020 pag 178

**1053.** Acțiunile au fost proiectate în corelație cu investițiile sprijinite prin următoarele programe operaționale:

- POR, AP 8 - investiții în reabilitarea/modernizarea/extinderea/dotarea centrelor comunitare de intervenție integrată, a infrastructurii de servicii sociale fără componentă rezidențială (centre de zi, centre respiro, centre de consiliere psihosocială, centre de servicii de recuperare neuromotorie de tip ambulatoriu etc.), construcție/reabilitare/modernizare de locuințe de tip familial, apartamente de tip familial, locuințe protejate etc;
- PNDR - Infrastructura socială/medicală și serviciile aferente: Măsura 06 - Sub-măsura 6.2 și Sub-măsura 6.4: se finanțează furnizarea de servicii sociale/medicale, inclusiv construcții, reconstrucții și/sau modernizarea spațiilor și zonelor aferente desfășurării activităților non-agricole
- POCA - Intervențiile care vizează măsuri în domeniul planificării strategice a decidenților de la nivel central (AP 1) și local (AP 2)

**1054.** Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020<sup>99</sup>, a avut în vedere “continuarea tranziției de la îngrijirea instituțională a copiilor la îngrijire comunitară”. Principalele măsuri prevăzute vizau “interzicerea instituționalizării copilului de vârstă mică” (2.5.2) și “închiderea tuturor instituțiilor clasice destinate copiilor separați temporar sau definitiv de familie și dezvoltarea de servicii comunitare”. O instituție de “tip vechi”, “tradițional”, “clasic” se referă la un centru rezidențial cu mai mult de 12 copii/ tineri adulți, cel puțin 4 copii într-un dormitor și băi comune pentru locuitorii unui etaj. Prin comparație, o instituție “renovată”, “restructurată” sau “modulată” se referă la un centru rezidențial cu peste 12 copii/ tineri adulți, cu o organizare bazată pe unități; o unitate include, de obicei: un dormitor, o sufragerie și o baie<sup>100</sup>.

**1055.** La nivelul anului 2016, în cadrul studiului de diagnoză efectuat de către ANDPDCA erau precizate cinci lecții principale care ar fi trebuit luate în considerare în procesul de dezinstituționalizare:

- Planificarea închiderii centrelor și dezvoltării de noi servicii trebuie să aibă la bază *nevoile specifice identificate pentru fiecare copil și familia acestuia*, precum și consultarea lor;
- Închiderea centrelor de plasament trebuie obligatoriu însoțită de dezvoltarea și *întărirea serviciilor de prevenire a separării* copiilor de familie de la nivel de comunitate;
- Este necesară întărirea considerabilă a activităților de monitorizare și evaluare a situației copiilor *după închiderea centrului de plasament*, precum și a calității serviciilor alternative nou înființate;
- ONG-urile sunt parteneri valoroși în domeniul protecției copilului și tocmai de aceea dezinstituționalizarea poate fi construită mai ales prin *parteneriate public-privat*;
- Este necesară organizarea unor *campanii de informare și sensibilizare la nivelul populației generale* și a factorilor de decizie de la nivel local pentru a crește nivelul de acceptare și integrare a acestor copii, mai ales a celor cu nevoi speciale, în comunitate.<sup>101</sup>

**1056.** În februarie 2017 ANPDCA a elaborat împreună cu Banca Mondială un Raport de evaluare a resurselor existente în centrele rezidențiale<sup>102</sup>. Ca urmare a acestui demers, în 2018 au fost declarate eligibile pentru închidere în cadrul proiectului “Elaborarea planului de dezinstituționalizare a copiilor din

<sup>99</sup> [http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Transparenta/2014/2014-02-03\\_Anexa1\\_HG\\_Strategie\\_protectia\\_copilului.pdf](http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Transparenta/2014/2014-02-03_Anexa1_HG_Strategie_protectia_copilului.pdf)

<sup>100</sup> ANDPDCA Plan de prioritizare a închiderii centrelor de plasament clasice; <http://www.copii.ro/anpdca-content/uploads/2016/05/2-Plan-de-prioritizare-a-inchiderii.pdf>

<sup>101</sup> ANDPDCA <http://www.copii.ro/anpdca-content/uploads/2016/05/3-Studiu-de-diagnoza.pdf>

<sup>102</sup> Raportul poate fi consultat la adresa: [https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/Rapoarte\\_si\\_studii\\_institutiilor\\_din\\_subordine\\_coordonare\\_autoritate/ANPDCA/2017\\_-\\_ANPDCA\\_Raport\\_descriptiv\\_-\\_CP\\_-\\_SIPOCA\\_2.pdf](https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/Rapoarte_si_studii_institutiilor_din_subordine_coordonare_autoritate/ANPDCA/2017_-_ANPDCA_Raport_descriptiv_-_CP_-_SIPOCA_2.pdf)



instituții și asigurarea tranziției îngrijirii acestora în comunitate<sup>103</sup> un număr de 147 de centre de plasament, 98 dintre ele fiind centre de plasament clasice aflate în subordinea DGASPC.

**1057.** În iunie 2019 Guvernul a aprobat modificarea și completarea Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, principalele schimbări vizând finalizarea dezinstituționalizării copiilor până la sfârșitul anului 2020, așa cum și-a asumat România, încurajarea plasamentului la familie sau rude, prin acordarea unui indemnizații de sprijin de 400 de lei și interzicerea instituționalizării copiilor în centre de plasament de tip clasic.

### 9.3. RĂSPUNSUL LA ÎNTREBĂRILE DE EVALUARE

#### 9.3.1. IE1: CARE ESTE PROGRESUL OBSERVAT ÎN PRIVINȚA TRANZIȚIEI DE LA SISTEMUL INSTITUȚIONALIZAT LA SERVICII LA NIVELUL COMUNITĂȚII?

**Ipoteză 1:** Tranziția de la sistemul instituționalizat la servicii la nivelul comunității a înregistrat un progres în perioada analizată

**1058.** În perioada de referință 2014-2021 numărul de copii aflați în sistemul de protecție a copilului a scăzut la nivel național cu 19,2% de la 58.178 de copii aflați în sistemul de protecție specială la 31 decembrie 2014 la 47.029 copii în sistem în iunie 2021. Procesul de dezinstituționalizare este reflectat prin tendința descendentă accentuată (-37,3%) a numărului de copii aflați în sistem rezidențial, prin preluarea de către familii, inclusiv în sistemul de asistență maternală a copiilor instituționalizați.

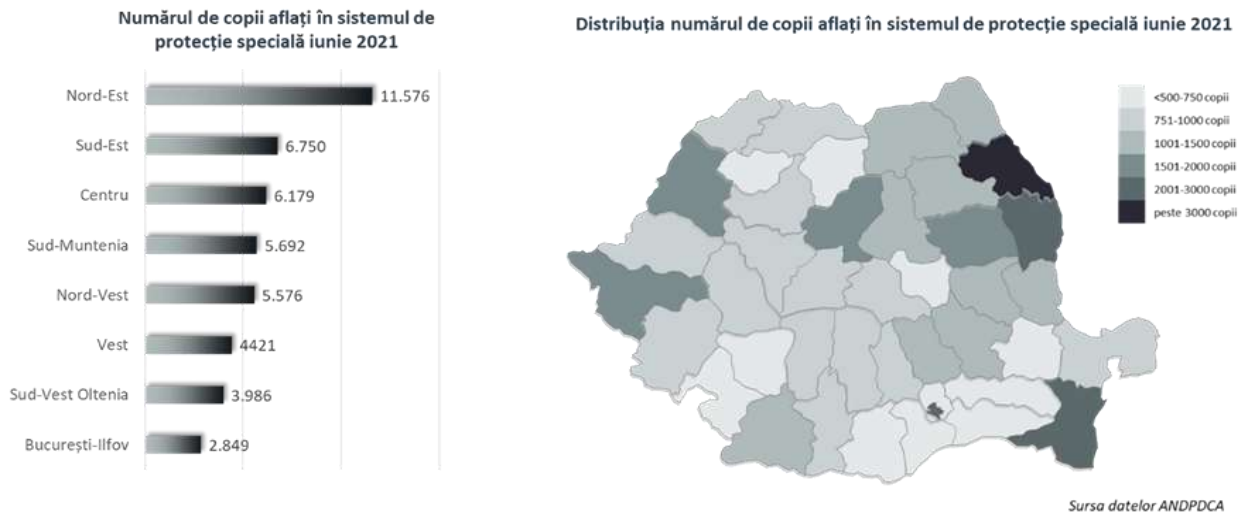
**FIGURA 83. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE COPII AFLAȚI ÎN SISTEMUL DE PROTECȚIE SPECIALĂ A COPILULUI**



**1059.** În plan teritorial, în iunie 2021, numărul de copii aflați în sistemul de protecție specială înregistrează o distribuție cu disparități semnificative, regiunea Nord-Est înregistrând un număr de copii de aproximativ două ori mai mare decât media/ regiuni la nivel național. La polul opus se poziționează regiunea București-Ilfov, cu mai puțin de jumătate din media numărului de copii aflați în sistemul de protecție/ regiune. Iașul este județul cu cel mai ridicat volum de copii aflați în sistemul de protecție specială (3.175 copii) fiind urmat în această ierarhie de Vaslui, București, Constanța, Timiș, Bacău și Bihor.

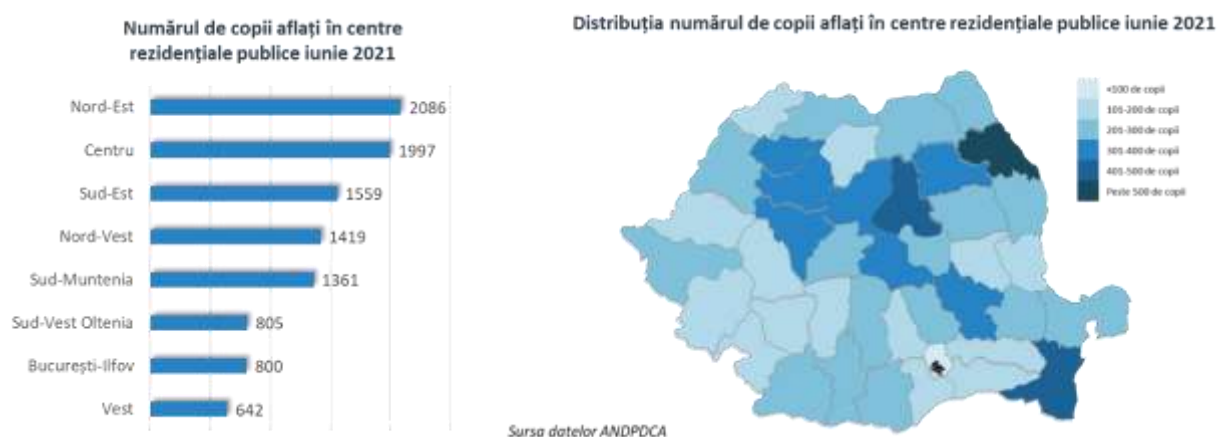
<sup>103</sup> Lista poate fi consultată la adresa: <http://www.copii.ro/anpdca-content/uploads/2019/01/Lista-Centrelor-de-plasament-eligibile-pentru-inchidere-1.pdf>

**FIGURA 84. DISTRIBUȚIA ÎN PLAN TERITORIAL A NUMĂRULUI DE COPII AFLAȚI ÎN SISTEMUL DE PROTECȚIE SPECIALĂ**



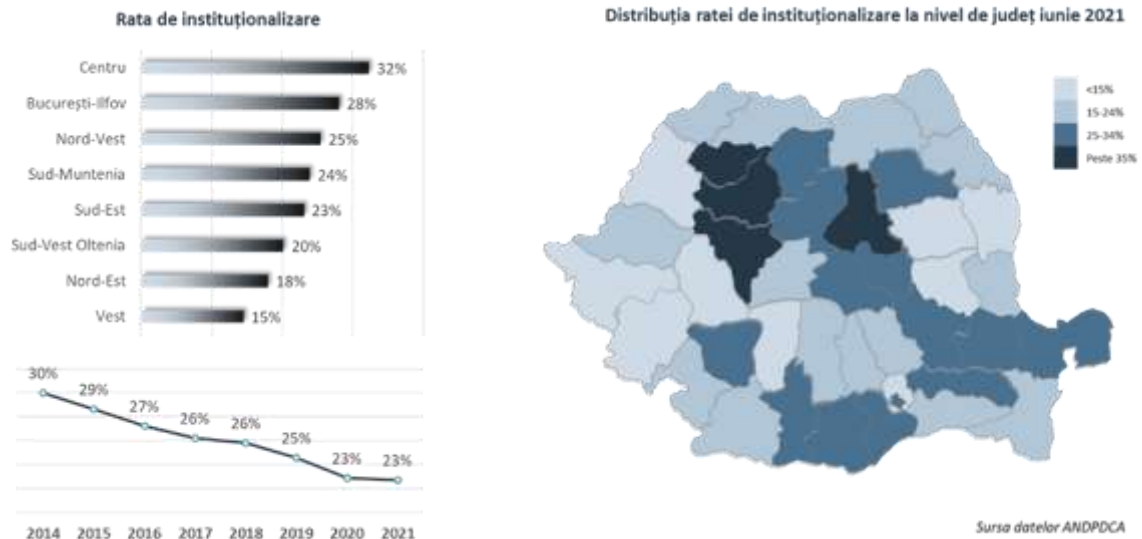
**1060.** Distribuția la nivel național a **numărului de copii aflați în centre rezidențiale publice** este semnificativ diferită, remarcându-se volumul semnificativ ridicat al numărului de copii instituționalizați în regiunea Centru și gradul scăzut de instituționalizare în regiunea Vest. În iunie 2021, București, Iași, Constanța și Harghita erau județele aflate în top, cu peste 400 de copii în centre rezidențiale publice. Un număr ridicat de copii instituționalizați (peste 300) fiind înregistrat și în Mureș, Alba, Neamț, Buzău, Brașov, Cluj și Sălaj.

**FIGURA 85. DISTRIBUȚIA ÎN PLAN TERITORIAL A NUMĂRULUI DE COPII AFLAȚI ÎN CENTRELE REZIDENȚIALE PUBLICE**



**1061.** Rata de plasare în centre rezidențiale în general<sup>104</sup> în sistemul de protecție a copiilor a scăzut de la 30% în 2014 la 23% în 2021, ceea ce arată o intensificare semnificativă a efortului de evitare a separării copilului de familie și intrării lui într-un sistem rezidențial.

**FIGURA 86. EVOLUȚIA ȘI DISTRIBUȚIA ÎN PLAN TERITORIAL A RATEI DE INSTITUȚIONALIZARE**



**1062.** În perioada 2014-2021 numărul de centre de plasament clasice s-au redus cu 14,5%, ritmul de închidere pentru centrele de plasament destinate copiilor cu dizabilități și cele destinate copiilor fără dizabilități fiind similar. Graficul următor evidențiază și faptul că, pe tot parcursul perioadei de referință 2014-2020, raportul între numărul total de copii cu handicap instituționalizați în centre de plasament clasice și numărul total de copii se păstrează între 55%-69%, ceea ce subliniază problematica relativ constantă a dezinstituționalizării copiilor cu handicap<sup>105</sup>.

**1063.** La sfârșitul perioadei, iunie 2021 erau active 71 centre de plasament clasice<sup>106</sup>, cel puțin 30 dintre acestea<sup>107</sup> fiind cuprinse în cererile de finanțare depuse în cadrul POR, Axa de finanțare nr. 8 Obiectivul specific 8.3 – Creșterea gradului de acoperire cu servicii sociale, grupul vulnerabil "copii"<sup>108</sup>.

<sup>104</sup> Rata de instituționalizare= ponderea copiilor aflați în centre rezidențiale publice din total copii aflați în sistemul de protecție specială

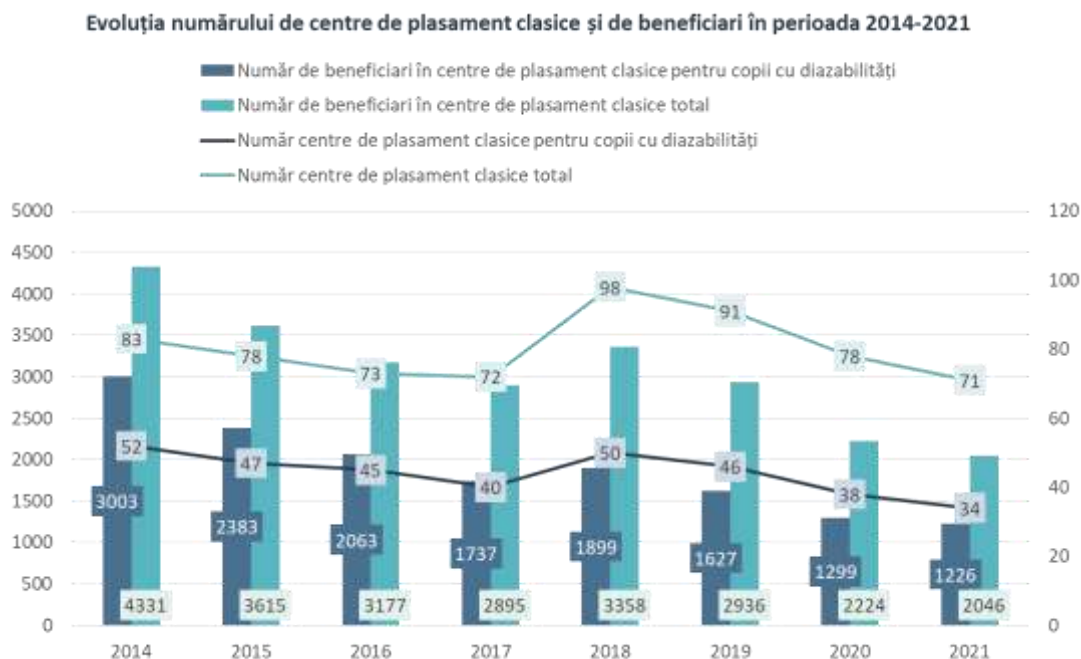
<sup>105</sup> 2018 marchează o creștere a numărului de centre datorată implementării metodologiei de evaluare a condițiilor oferite și stabilirii listei centrelor clasice destinate închiderii în următoarea perioadă. Din acest motiv, perioada de referință, de facto pentru întreaga perioadă este anul 2018, în raport cu care scăderea este de 28%.

<sup>106</sup> Conform ANDPDCA buletin statistic semestru I anul 2021, pag 7, tabel 4. Documentul poate fi consultat la adresa: [http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin\\_statistic/copil\\_sem\\_I\\_2021.pdf](http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/copil_sem_I_2021.pdf)

<sup>107</sup> Conform informațiilor ANDPDCA: <http://andpdca.gov.ro/w/ultima-runda-de-apeluri-de-proiecte-pentru-inchidere-centre-copii-se-prelungeste-cu-2-luni/>

<sup>108</sup> Apel 463 prelungit de patru ori (aproximativ un an) de la 1 dec. 2020 termen limită inițial până la 1 noi. 2021 noul termen limită

**FIGURA 87. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CENTRE DE PLASAMENT CLASICE ȘI A NUMĂRULUI DE BENEFICIARI AI ACESTORA**

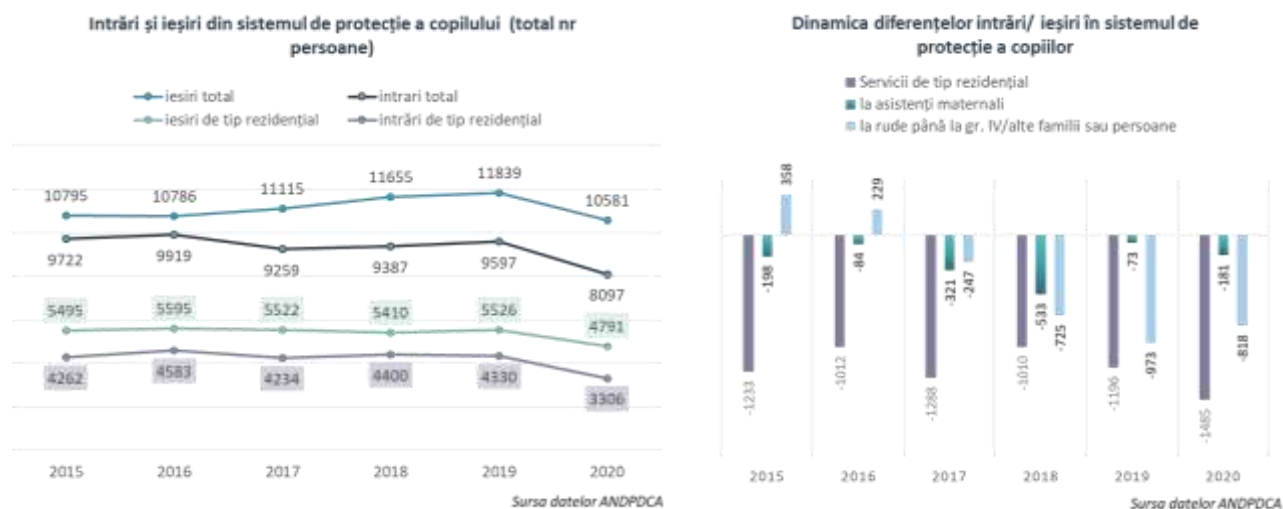


**1064.** Pe tot parcursul perioadei 2014-2020 **dinamica intrări-ieșiri din sistemul special de protecție** a copiilor a fost favorabilă ieșirilor, atât la nivel general cât și la nivelul serviciilor de tip rezidențial<sup>109</sup>. Graficele următoare evidențiază o presiune medie ridicată pe parcursul întregului interval asupra sistemului de protecție a copiilor în general (rată medie de înlocuire de 84%) și asupra sistemului de tip rezidențial în particular (rată medie de înlocuire pe parcursul intervalului de 77%), ceea ce evidențiază nevoia ridicată de intervenții în scopul prevenirii abandonului și separării copiilor de familie. Totodată se poate observa și rolul major de suport al asistenților maternali în cadrul procesului aceștia asigurând în fapt o mare parte din dinamica sistemică<sup>110</sup>.

<sup>109</sup> Avem în vedere atât sistemul rezidențial public cât și cel privat

<sup>110</sup> Luând în calcul că, de regulă, ieșirile din familie/ rude nu pot fi în fapt înlocuite cu intrări în cadrul aceluiași familii, iar efortul în vederea plasării copilului abandonat în cadrul familiei extinse trebuie reluat pentru fiecare caz nou.

**FIGURA 88. DINAMICA INTRĂRI-IEȘIRII ÎN SISTEMUL DE PROTECȚIE A COPILULUI**

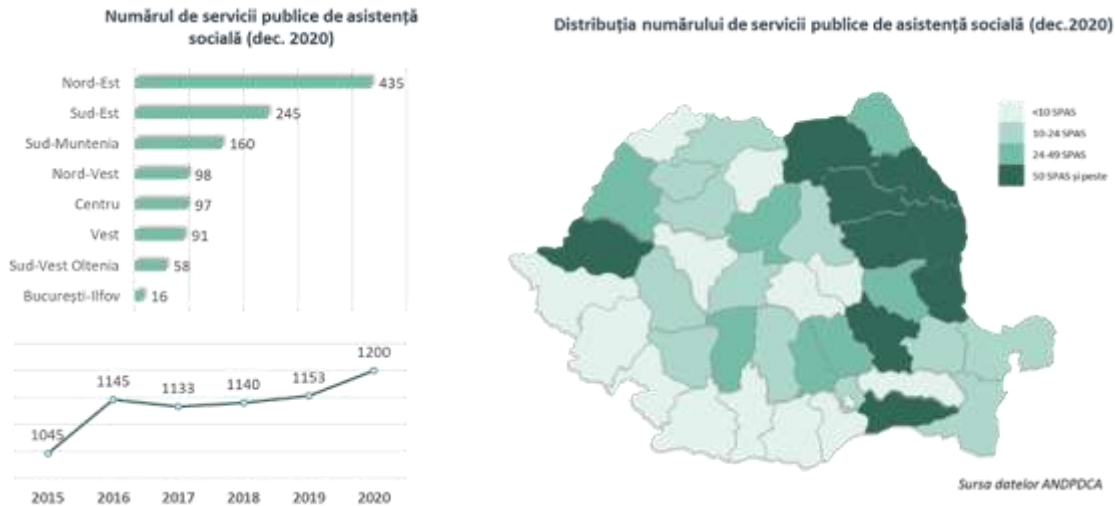


**1065. Numărul de servicii publice de asistență socială**, în perioada 2015-2020 a crescut în mod constant(+13%), ceea ce presupune implicit o creștere a potențialilor beneficiari POCU OS 12-15. Distribuția la nivel regional evidențiază diferențe semnificative în ceea ce privește acest număr, între Regiunea Nord-Est care deține peste o treime dintre SPAS<sup>111</sup>-urile din România (435) și București-Ilfov cu doar 16 astfel de servicii. În plan județean, evoluția ultimilor 5 ani<sup>112</sup> a fost marcată atât de creșteri ale numărului de SPAS în unele județe, dar și de reduceri semnificative. Astfel, dacă în prima categorie putem nominaliza cazul județului Arad, în care a crescut de peste patru ori numărul de servicii de asistență socială, de la 14 SPAS în 2015 la 59 în 2020, a județului Vâlcea, cu o creștere de la 9 la 40 de SPAS în ultimii ani, a județului Prahova ( de la 23 la 40), sau Bacău (de la 60 la 81), în cea de a doua, regăsim județul Brașov cu un număr de 8 SPAS în 2020, de la 20 SPAS câte înregistra în anul 2015, sau județul Bihor cu 42 SPAS în 2020 față de 52 la începutul intervalului.

<sup>111</sup> SPAS= servicii publice de asistență socială

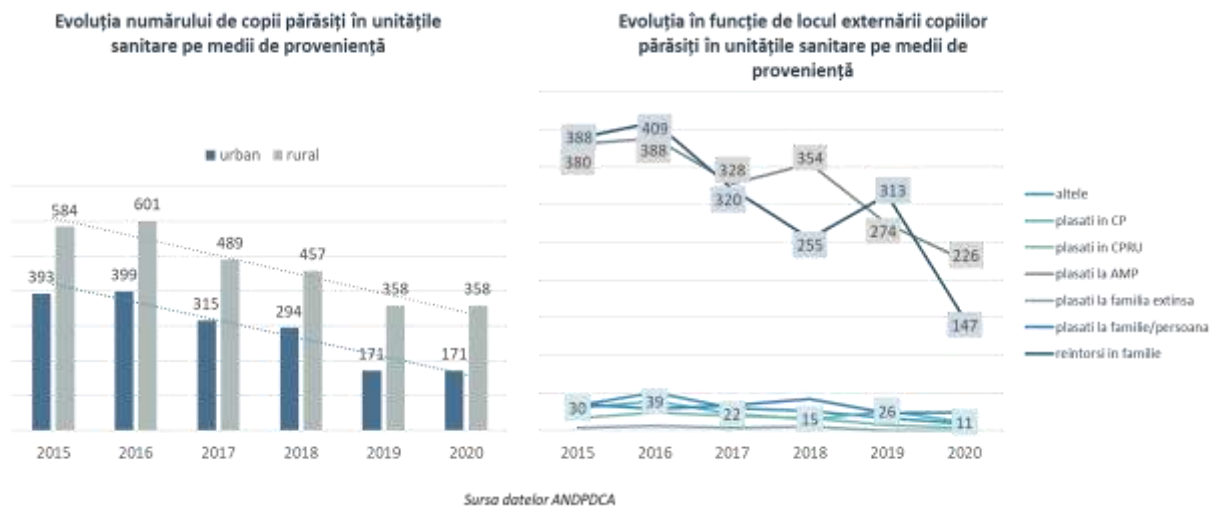
<sup>112</sup> Perioada 2015-2020

FIGURA 89. DISTRIBUȚIA NUMĂRULUI DE SERVICII PUBLICE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ



**1066.** Numărul de copii părăsiți în unitățile sanitare înregistrează o traiectorie descendentă începând cu 2016 atât în mediul rural cât și în cel urban. La nivelul anului 2020 peste 500 de copii erau abandonați în unitățile medicale din România, ceea ce reliefează nevoia de suport și consiliere psihologică pentru tinerele mame, mai ales în cazul celor care nu au avut o sarcină programată<sup>113</sup> și urmărită pe parcursul evoluției și pentru familiile cu un copil cu afecțiuni cronice sau dizabilități. Pe toată perioada analizată (2015-2020) externarea copiilor părăsiți în unitățile sanitare s-a realizat în principal la asistenți maternali profesioniști (AMP) și în familiile de proveniență, centrele de plasament (CP) reducându-și rata de primire de aproape trei ori (de la 30 de copii în 2015 la 11 copii externați în 2020).

FIGURA 90. DINAMICA INDICATORILOR PRIVIND COPIII PĂRĂSIȚI ÎN UNITĂȚILE SANITARE



<sup>113</sup> Reamintim în acest context că una din patru mame din UE, cu vârste sub 15 ani este din România. Aproximativ unul din zece copii care se nasc în România are mama minoră.

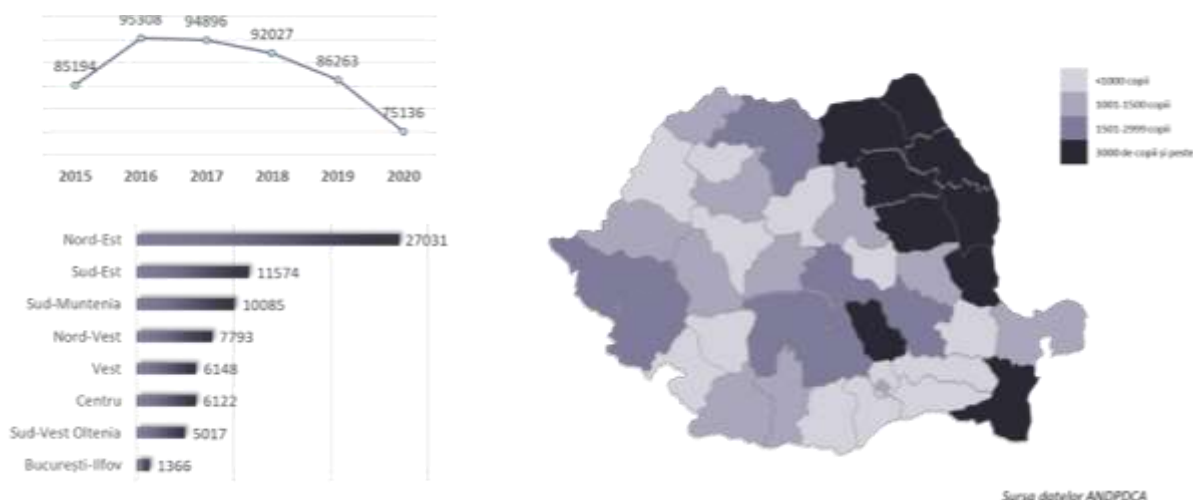


**1067.** Numărul copiilor ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate, înregistrați de DGASPC-uri la nivel național a scăzut pe parcursul ultimilor cinci ani cu 21%, de la 95.308 de copii în 2016 la 75.136 copii în 2020. Majoritatea acestor copii (94,3% în 2020) se află la rude, fără măsură de plasament, Serviciul de protecție specială preluând aproximativ 5% din contingent, într-o pondere relativ constantă pe parcursul intervalului, cea mai mare parte a acestora fiind plasați la rude cu măsură de plasament. Aproximativ 1% dintre copiii ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate se află în servicii de tip rezidențial, pondere relativ constantă în perioada 2015-2020 prin raportare la numărul total de copii, chiar dacă volumul în termeni absoluți este descendent.

**TABEL 74. NUMĂRUL COPIILOR AI CĂROR PĂRINȚI SUNT PLECAȚI LA MUNCĂ ÎN STRĂINĂTATE**

	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
<b>în servicii de tip rezidențial</b>	868	1,0	815	0,9	876	0,9	813	0,9	707	0,8	647	0,9
<b>la AMP</b>	576	0,7	603	0,6	544	0,6	600	0,7	668	0,8	568	0,8
<b>la rude, cu măsură de plasament</b>	2453	2,9	2171	2,3	2031	2,1	1987	2,2	1928	2,2	1655	2,2
<b>la alte familii/persoane</b>	330	0,4	281	0,3	279	0,3	259	0,3	197	0,2	177	0,2
<b>la rude, fără măsură de plasament</b>	7957 6	93,4	88802	93,2	89973	94,8	87388	95,0	81596	94,6	7081 8	94,3
<b>alte situații</b>	1391	1,6	2636	2,8	1193	1,3	980	1,1	1167	1,4	1271	1,7

**FIGURA 91. DISTRIBUȚIA NUMĂRULUI DE COPII CU PĂRINȚI PLECAȚI LA MUNCĂ ÎN STRĂINĂTATE**

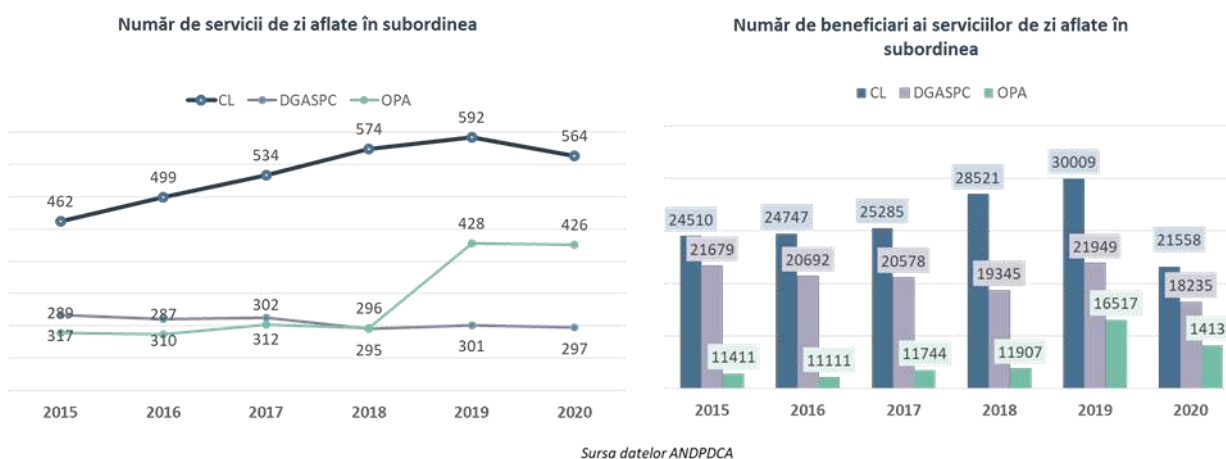


**1068.** Distribuția numărului de copii cu părinți plecați la muncă în străinătate, pe categorii de vârste ale copiilor nu s-a modificat semnificativ în ultimii, fenomenul afectând majoritar vârsta pubertății și

adolescenței, perioadă cu vulnerabilități psihologice majore<sup>114</sup>. Astfel, dacă mai puțin de 3% dintre copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate au sub 3 ani, în segmentul preșcolar (3-6 ani) incidența este de 14%, în segmentul ciclului primar (7-9 ani) de 22%, în segmentul gimnazial (10-13 ani) de 33%, iar în cel liceal (14-17 ani) de 29%<sup>115</sup>.

**1069. Numărul de servicii de zi aflate în subordinea serviciilor locale**, ca instituții de suport ale procesului de dezinstituționalizare s-a dezvoltat constant în perioada 2015-2020 (+18%), fiind dublate de o creștere în același ritm, până în 2019, a numărului de beneficiari. În anul 2020, pe fondul închiderii multora dintre centrele de zi ca urmare a condițiilor pandemice numărul beneficiarilor a scăzut cu 12% sub valoarea înregistrată la începutul intervalului. Mai puțin afectate sub aspect numeric de criza COVID 19 au fost serviciile aflate în subordinea DGASPC și a Organismelor private acreditate (OPA)<sup>116</sup>.

**FIGURA 92. DISTRIBUȚIA NUMĂRULUI DE SERVICII DE ZI SUBORDONATE**



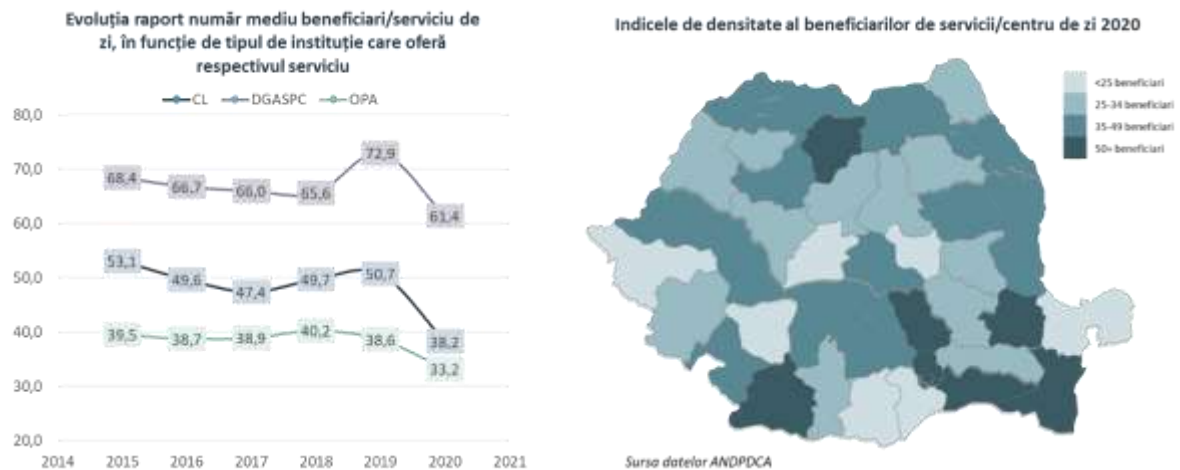
**1070.** Tot sub aspect numeric se constată că, în volumul total al numărului de servicii de zi oferite, serviciile aflate în subordinea consiliilor locale (CL) își mențin o pondere relativ constantă de 44% din total, pe tot parcursul intervalului, însă numărul de servicii oferite de DGASPC înregistrează o tendință de scădere (de la 30% în 2015, cu 317 unități, la 23% în 2020 cu 297 unități) pe fondul creșterii serviciilor oferite de organismele private acreditate (de la 27% pondere în 2015, respectiv 289 servicii, 33% în 2020 cu 426 servicii oferite). Aceste tendințe indică parcursul încă lent, dar semnificativ al preluării la nivel comunitar (CL) și privat (OPA) a unei părți din serviciile de suport pentru copiii aflați în risc de sărăcie și separare de familie.

<sup>114</sup> Conform Organizației mondiale a sănătății, [WHO/Europe | Child and adolescent mental health](https://www.who.int/europe/publications-detail/child-and-adolescent-mental-health)

<sup>115</sup> Procente la nivelul anului 2020, constante pe întreaga perioadă 2015-2020

<sup>116</sup> OPA= Persoane juridice de drept privat care sunt autorizate să desfășoare activități de protecție a copilului conform OM 186/2002

FIGURA 93. DISTRIBUȚIA INDICELUI DE DENSITATE ÎN CENTRELE DE ZI



**1071.** Sub aspectul numărului de beneficiari/serviciu<sup>117</sup> gradul de cuprindere în serviciile de zi aflate în subordinea DGASPC este cu 46% mai mare (medie de 62 beneficiari/ serviciu) în raport cu cele aflate în subordinea OPA (33 beneficiar/ serviciu) și cu 38% mai mare decât cele aflate în subordinea CL (38 beneficiari/ serviciu). Pornind de la acest grad de cuprindere s-a calculat un indice de densitate ca număr al beneficiarilor de servicii de zi/ serviciu indiferent de tipul de instituție care oferă acel serviciu. Astfel se observă că sudul țării, în special județele Dolj, Prahova, Ilfov, Brăila, Călărași se caracterizează prin centre de zi de mari dimensiuni (media pentru aceste județe este de două ori mai mare decât media la nivel național, respectiv 83 copii/centru), ceea ce scade gradul de reziliență pentru serviciul respectiv, închiderea unui astfel de centru (cum au fost cazuri în pandemie) afectând chiar mai multe comunități.

**1072.** **Evoluția numărului de asistenți maternali profesioniști, angajați ai DGASPC** a fost per ansamblu descendentă în perioada 2015-2020 la nivel național cu o scădere însă majoră până în 2018 și o tendință de revenire după acest an. În plan teritorial, la nivelul anului 2020, prin raportare la 2015 se înregistrează diferențe semnificative. Astfel, sunt județe în care numărul de asistenți maternali a scăzut cu peste 50 de persoane în acest interval de timp, cum ar fi Brăila, Galați, Timiș, Caraș-Severin și Vâlcea, dar și județe unde numărul acestora a scăzut considerabil, cu mai mult de 80 de persoane în această perioadă, așa cum se întâmplă în județele Botoșani, Dolj sau Vrancea. Raportarea numărului de asistenți maternali la numărul de copii aflați în sistemul de protecție specială<sup>118</sup> indică, cu titlul ipotetic, un potențial deficit în județele Brașov, Alba, Brăila, Constanța, Arad, Cluj și Sălaj, unde raportul depășește semnificativ media națională (4 copii în sistemul de protecție/asistent).

**1073.** **Numărul de copii ai străzii aflat în evidența DGASPC-urilor** a scăzut cu 47% în perioada 2015-2020, dar jumătate dintre județe (21 de județe) nu colectează acest indicator sau raportează valoarea "0"

<sup>117</sup> Comparatie la nivelul anului 2020. Raportul se menține relativ similar pe parcursul perioadei.

<sup>118</sup> Indicatorul nu are valoare euristica semnificativă, deoarece sistemul de protecție specială a copiilor este extrem de complex, asistenții maternali fiind doar unul din pilonii acestui sistem, însă a fost calculat pentru a încerca să se identifice cu potențial deficit de asistenți maternali. Suplimentar menționăm că nu au existat date privind numărul de asistenți maternali profesioniști în afara sistemului public.

pentru tot intervalul de timp avut în vedere. Dacă la nivelul anului 2015 erau înregistrați în evidența DGASPC 674 copii ai străzii, în 2020 în evidența se regăseau 387 de copii.

**1074. Evoluția numărului de copii cu dizabilități în evidența DGASPC-urilor**, înregistrează în perioada 2015-2020 un trend global pozitiv, cu o creștere semnificativă (+11%) între 2018 și 2019.

**FIGURA 94. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE ASISTENȚI MATERNALE, COPII AI STRĂZII ȘI COPII CU DIZABILITĂȚI**



**1075.** Raportarea numărului de copii cu certificate de încadrare în grad de handicap, aflați în evidența DGASPC la volumul populației de copii din fiecare județ<sup>119</sup> evidențiază o medie la nivel național de 1,8% copii cu dizabilități certificate, o abatere semnificativă sub medie în județul Brașov (0,7%) și, mai ales, o abatere semnificativă peste medie în județele Vâlcea (3,1%), Botoșani (3,2%) și Maramureș (4,5%).

**1076. Evoluția numărului de copii aflați în situații de risc de abandon în evidența DGASPC este pozitivă** în perioada 2015-2020 (+78%), pe fondul unei evoluții economice pozitive la nivel național<sup>120</sup> și a scăderii ponderii statistice a copiilor aflați în risc de sărăcie și excluziune socială<sup>121</sup>, ceea ce indică o mai bună metodologie de identificare a cazurilor de risc de către DGASPC<sup>122</sup> și o creștere de peste două ori a capacității instituționale de intervenție în cazurile de risc.

**1077.** În plan teritorial, prin raportare la numărul total de copii se evidențiază disparități majore față de media la nivel național pentru 2020 (7,2%)<sup>123</sup>. Astfel, în județele Brașov, Argeș, Bacău și Botoșani înregistrăm o incidență de aproape trei ori mai mare decât media, incidența ridicată fiind semnalată și în Maramureș, Dâmbovița, Olt și Vrancea. Intervenția DGASPC în cazul copiilor aflați în situație de abandon s-a bazat pe o abordare integrată la nivel familial, evidențiată printr-o creștere de 91% a numărului de

<sup>119</sup> Conform INS Tempo POP107D pentru ianuarie 2021

<sup>120</sup> O creștere a PIB (în principale componente) cu 27% în perioada 2015-2020, chiar dacă 2020 a marcat o contracție economică cu 2,2% în raport cu anul anterior, pe fondul pandemiei. Sursa datelor EUROSTAT, variabila NAMA\_10\_GDP

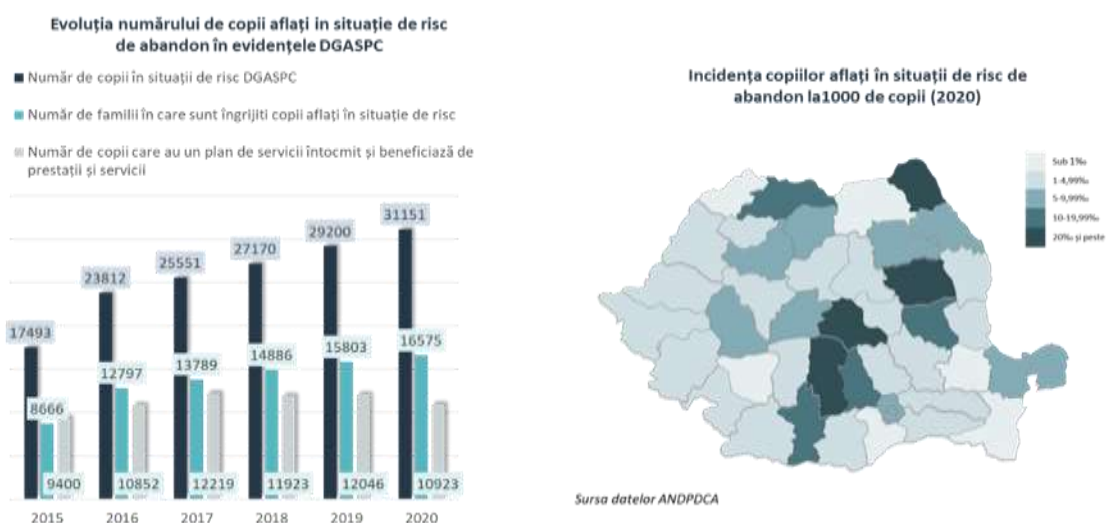
<sup>121</sup> Indicele AROPE s-a modificat în 2021 (iulie) în conformitate cu țintele UE 2030. Astfel, valorii înregistrate pentru România în 2020, respectiv 41,5% risc de sărăcie în cazul copiilor (variabila EUROSTAT ILC\_PEE01N) îi corespunde o pondere de 36,5% în modalitatea anterioară de calcul (variabila TESP040)

<sup>122</sup> Avem în vedere doar copii în situații de risc de abandon aflați în evidența DGASPC

<sup>123</sup> Din 1000 de copii 7,2 sunt identificați de DGASPC ca fiind în risc de abandon

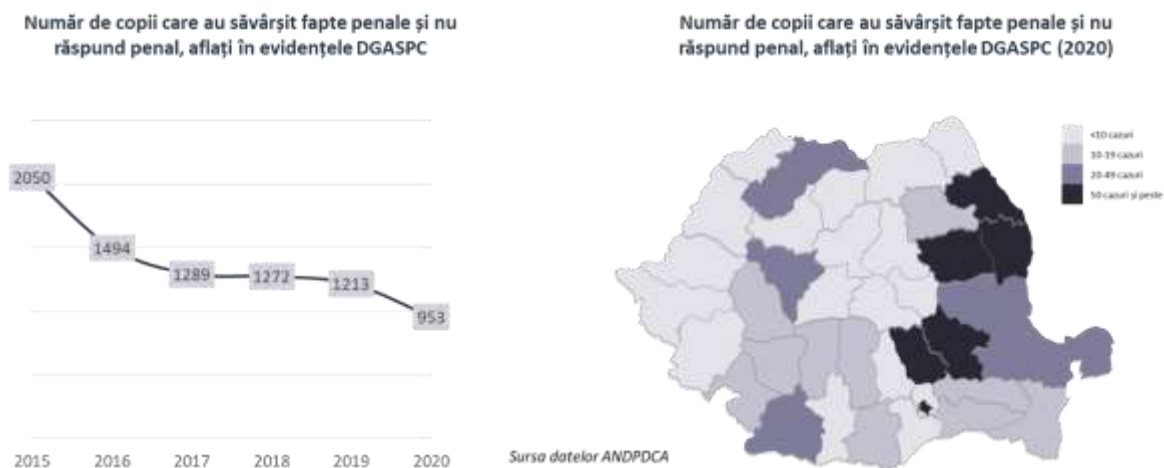
familii în care sunt îngrijiti copii aflați în situație de risc și mai puțin pe intervenții individuale (+16% număr de copii care au un plan de servicii întocmit și beneficiază de prestații și servicii).

**FIGURA 95. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE COPII AFLAȚI ÎN RISC DE ABANDON**



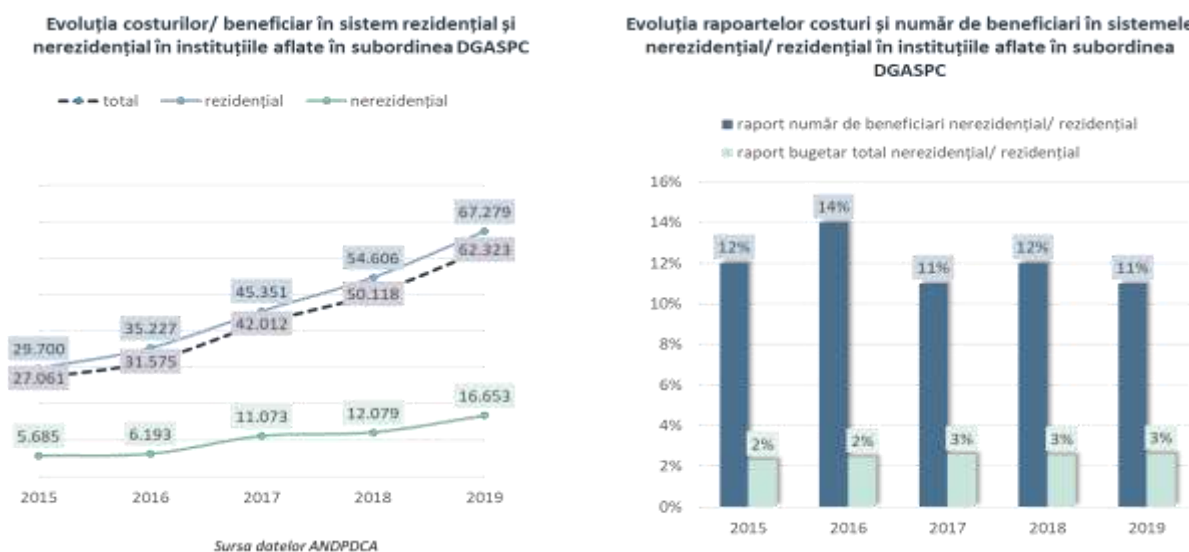
**1078. Incidența infraționalității în cazul copiilor aflați în evidențele DGASPC** a scăzut semnificativ din 2015 până în 2020, de la 2050 de copii în 2015 la mai puțin de 1000 în 2020. Distribuția la nivel de județe a numărului de cazuri evidențiază câteva județe în care infraționalitatea în rândul minorilor aflați în evidențele DGASPC depășește dublul mediei naționale (20 cazuri/ județ). Județele cu cota cea mai ridicată sunt București, Iași, Buzău, Bacău, Vaslui și Prahova (cu peste 100 de cazuri/județ).

**FIGURA 96. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE COPII CARE AU SĂVÂRȘIT FAPTE PENALE ȘI NU RĂSPUND PENAL**



**1079.** Perioada 2015-2020 a fost marcată de o creștere continuă a costurilor/ beneficiar în sistemul de protecție a copiilor, valoarea medie înregistrată la nivel anului 2019<sup>124</sup> fiind cu 57% mai mare decât valoarea medie din 2015. În evoluția costurilor se remarcă faptul că raportul bugetar între rezidențial/ nerezidențial a rămas relativ constant pe parcursul acestei perioade (3%), pe fondul raportului constant între numărul de beneficiari copii în regim rezidențial și nerezidențial (aproximativ 12%).

**FIGURA 97. EVOLUȚIA COSTURILOR/ BENEFICIAR ÎN SISTEM REZIDENȚIAL ȘI NEREZIDENȚIAL ÎN UNITĂȚILE DGASPC PENTRU COPII**

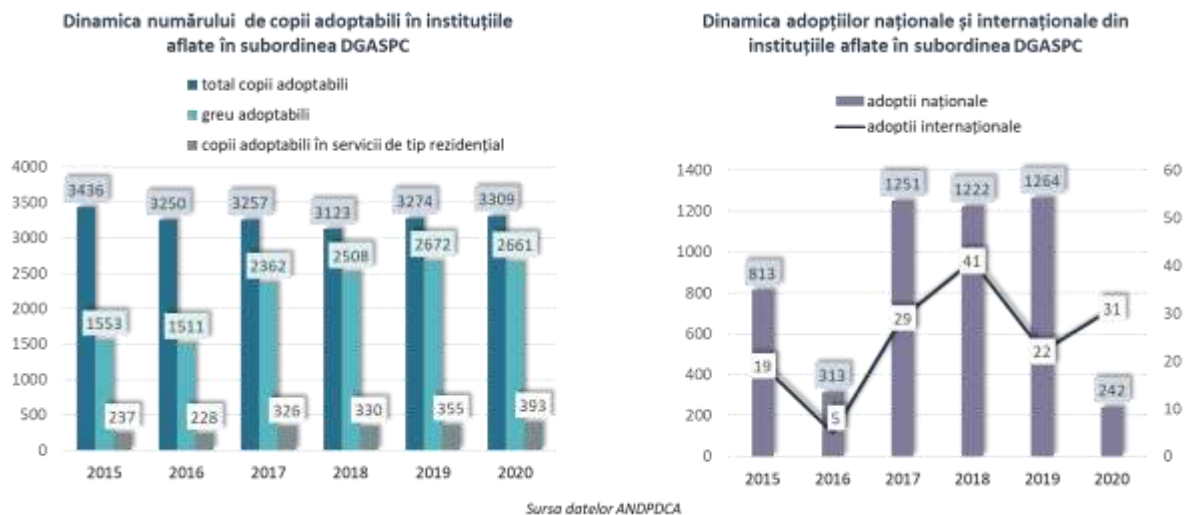


**1080.** Analiza pe tipuri de centre a evoluțiilor descrise anterior, arată că, în regim rezidențial, în ultimii cinci ani numărul locuințelor protejate a crescut contant (+28%) ajungând la sfârșitul anului 2020 la 145 de locuințe protejate. Numărul Centrelor de îngrijire și asistență (CIA) a crescut în această perioadă cu 20%, ajungând în 2020 la 142 de centre. Numărul Centrelor de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap (CRRPH) și al Centrelor de recuperare reabilitare neuro-psihiatrică (CRRN) au crescut de asemenea de la 62 de unități în 2015 la 72 CRRPH, respectiv 74 CRRN în 2019. Ulterior, în 2020, prin apariția celor 45 de Centre de Abilitare și Reabilitare (CAbR) numărul CRRN și CRRPH să scadă. De asemenea, în perioada 2019-2020 numărul Centrelor de integrare prin terapie ocupațională (CITO) s-a redus cu aproape jumătate. Deși aceste dinamici de structură nu se reflectă în raporturile de costuri și beneficiari pentru sistemele rezidențial și nerezidențial, ele reflectă o schimbare de viziune și un efort semnificativ de reorganizare a sistemului.

<sup>124</sup> Ultimul an pentru care s-au primit date financiare din partea



FIGURA 98. DINAMICA NUMĂRULUI DE COPII ADOPTABILI INSTITUȚIONALIZAȚI ȘI A NUMĂRULUI DE ADOPTȚII

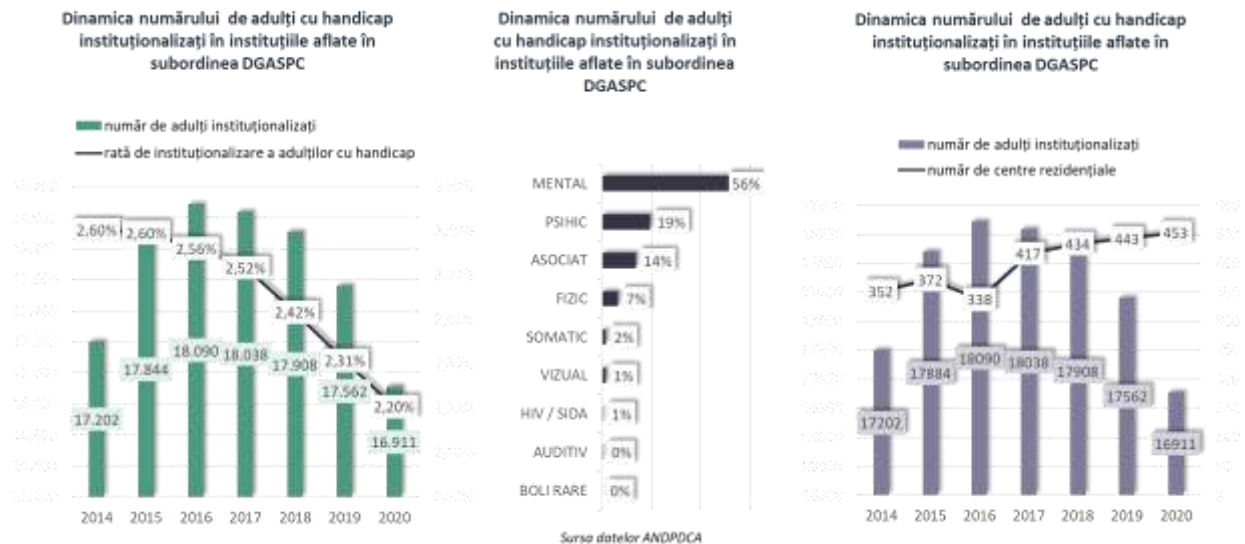


**1081. Evoluția adopțiilor în perioada 2014-2020**<sup>125</sup> a fost pozitivă, în special în intervalul 2017-2019, interval care marchează o creștere de aproximativ patru ori în raport cu perioada anterioară. Remarcăm însă în graficul următor faptul că, în aceeași perioadă numărul copiilor greu adoptabili a crescut de asemenea în mod semnificativ (+56% în 2017 comparativ cu anul anterior), pe fondul accelerării proceselor juridice care să favorizeze declararea situației de adoptabilitate. De asemenea remarcă și trendul ascendent a numărului de copii adoptabil din sistem rezidențial (+66% în 2020 comparativ cu începutul intervalului), ceea ce evidențiază efortul de dezinstituționalizare inclusiv prin mecanismul de adopție.

**1082.** La nivel național **numărul total al persoanelor cu handicap** a fost marcat în perioada 2014-2020 de o creștere semnificativă (+16%), România având înregistrate la sfârșitul anului 2020 un număr de 857.638 persoane cu handicap de diferite tipuri și grade. Rata medie de creștere anuală a numărului de persoane cu handicap din ultimii 10 ani (+3% anual) se situează însă la jumătate în raport cu perioada anterioară (înainte de 2010).

**1083.** În 2020 aproximativ 9% din totalul persoanelor cu handicap erau copii, restul 784.364 persoane fiind adulți. Rata de instituționalizare a adulților cu handicap s-a menținut pe o traiectorie descendentă în perioada 2014-2020, cu un ritm accentuat după 2018, ajungând la valoarea de 2,2%, la decembrie 2020, dată la care 16.911 persoane adulte cu handicap erau instituționalizate.

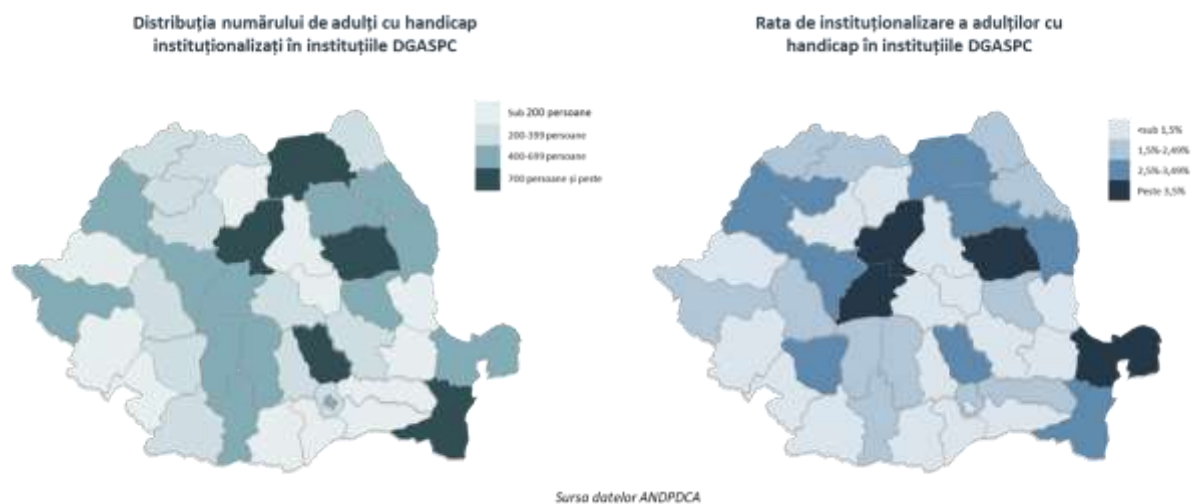
FIGURA 99- DISTRIBUȚIA PE TIPURI DE HANDICAP A ADULȚILOR INSTITUȚIONALIZAȚI



**1084. Distribuția pe tipuri de handicap a persoanelor adulte instituționalizate** evidențiază faptul că majoritatea (89%) erau persoane cu handicap mental (56%) persoane cu handicap psihic (19%) și asociat (14%), ceea ce reliefează dificultățile particulare ale procesului de dezinstituționalizare. Efortul de dezinstituționalizare se reflectă în creșterea numărului de centre rezidențiale pentru adulții cu handicap cu peste 100 de unități suplimentare în comparație cu 2014, astfel încât în 2020 sistemul număra 453 de centre, 85 dintre acestea fiind centre cu o capacitate mai mare de 50 de locuri, centre în curs de restructurare care cumulează 52% din total adulți cu handicap instituționalizați, respectiv 8824 persoane.

**1085.** Ca și în cazul copiilor procesul dezinstituționalizare a adulților cu handicap a pornit de la realitatea unui sistem centralizat, construit pe oportunitate instituțională (spații disponibile, politici naționale centralizate) nu pe realități sociale locale, dezinstituționalizarea fiind un proces ce are la baza structura și resursele la nivel județean.

FIGURA 100. DISTRIBUȚIA NUMĂRULUI ȘI A RATEI DE INSTITUȚIONALIZARE A ADULȚILOR CU HANDICAP



**1086.** Punerea în oglindă a două distribuții în plan național, respectiv numărul persoanelor cu handicap instituționalizate evidențiază și rata de instituționalizare<sup>126</sup> a adulților cu handicap evidențiază disparități semnificative în plan teritorial, scoțând în evidență județe cu un număr ridicat de adulți cu handicap instituționalizați (Mureș, Bacău) atât în valoare absolută (peste 700 de persoane) cât și ca pondere din total persoane cu dizabilități la nivel județean, sau județe precum Tulcea sau Sibiu, unde, deși numărul de persoane instituționalizate nu este atât de ridicat precum în cazurile anterioare, intensitatea instituționalizării este ridicată.

#### Sinteza constatărilor

**1087.** Procesul de dezinstituționalizare înregistrează o dinamică ascendentă. El s-a accelerat, mai ales după 2018, fiind susținut de o serie de intervenții legislative în domeniu. Sistemul de protecție specială înregistrează disparități semnificative la nivel național pentru majoritatea indicatorilor care îl caracterizează, atât sub aspect regional, cât și în interiorul aceleiași regiuni. Dezinstituționalizarea este un proces care se realizează într-un context de presiune socială cauzată de creșterea numărului de copii cu risc de abandon, creșterea cheltuielilor în sistem rezidențial și nerezidențial atât pentru copii cât și pentru adulți și creșterea numărului de persoane cu handicap la nivel național.

**Validarea ipotezei 1:** *Ipoteză validată. Tranziția de la sistemul instituționalizat la servicii la nivelul comunității a înregistrat un progres semnificativ în perioada analizată, atât prin reducerea numărului de copii instituționalizați, cât și prin reducerea numărului de persoane (adulți și copii) din centrele rezidențiale clasice, care fac obiectul procesului de dezinstituționalizare.*

<sup>126</sup> Ca pondere a persoanelor adulte cu handicap instituționalizate în toate tipurile de centre din total persoane cu handicap

### 9.3.2. IE2: ÎN CE MĂSURĂ PROGRESUL OBSERVAT ESTE ATRIBUIT POCU?

**Ipoteza 2:** Intervențiile POCU au contribuit semnificativ la atingerea progresului observat.

**1088.** Până la sfârșitul anului 2020 în aria de implementare a OS.12-15 au fost lansate patru apeluri de proiecte în urma cărora au fost aprobate 61 cereri de finanțare:

<b>POCU/738 4.15 „Prima cameră” – Instrumente inovative pentru integrarea socio-profesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție specială - Regiuni mai puțin dezvoltate</b>	
<b>Operațiune compozită OS 4.12, OS 4.13</b>	Februarie <sup>127</sup> 2020
<b>POCU/739 „Prima cameră” – Instrumente inovative pentru integrarea socio-profesională a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție specială - Regiune mai dezvoltată București - Ilfov</b>	
<b>Operațiune compozită OS 4.12, OS 4.13</b>	Februarie 2020
<b>Apel POCU/462 Reducerea numărului persoanelor vârstnice și a celor cu dizabilități plasate în instituții rezidențiale, prin furnizarea de servicii sociale și medicale la nivelul comunității, inclusiv servicii pe termen lung</b>	
<b>OS4.15 Dezinstituționalizarea persoanelor adulte cu dizabilități</b>	Iulie 2019
<b>POCU/476/Servicii sociale și socio-profesionale la nivelul comunității pentru copii și tineri - Regiuni mai puțin dezvoltate</b>	
<b>Operațiune compozită OS. 4.12, 4.13, 4.14</b>	Iulie 2019

**1089.** Distribuția bugetelor aprobate, pe obiective specifice la 31 decembrie 2020 a fost următoarea:

**TABEL 75. TEMA 7 - OBIECTIVE SPECIFICE**

<i>Obiective specifice</i>	<b>Număr de proiecte</b>	<b>Buget forma finala</b>
<i>OS15. Reducerea numărului persoanelor vârstnice și a celor cu dizabilități plasate în instituții rezidențiale, prin furnizarea de servicii sociale și medicale la nivelul comunității, inclusiv servicii pe termen lung</i>	16	119.919.473,5
<i>OS18. Obiectiv specific integrat 4.12, 4.13, 4.14</i>	27	140.186.689,4
<i>OS20. Obiectiv specific integrat OS 4.12, OS 4.13</i>	18	78.061.310,67
<i>total</i>	61	338.167.473,6

<sup>127</sup> Conform <https://www.fonduri-ue.ro/statistici?m=10>

**FIGURA 101. DISTRIBUȚIA ÎN PLAN TERITORIAL A PROIECTELOR FINANȚATE ÎN CADRUL TEMEI 7**



**1090.** Durata medie calculată a unui proiect aflat în prezent în implementare este de 33 luni, majoritatea proiectelor urmând să se finalizeze în trimestrul al doilea din 2023. Până la finalul anului 2020 niciunul dintre cele 61 de proiecte aprobate nu a fost finalizat.

**1091.** Valoarea proiectată a indicatorilor de rezultat pentru proiectele contractate este prezentată în tabelul următor.

**TABEL 76. GRADUL DE ÎNDEPLINIRE A INDICATORILOR DE REZULTAT**

Cod	Indicator de rezultat	Target	Realizat	
			2020 <sup>128</sup>	Grad
4S.211	Copii și tineri sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare (sociale, medicale, socio-profesionale etc.)	5.126	86	1,68%
4S.52	Copii și tineri sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare (sociale, medicale, socioprofesionale etc.) după părăsirea instituțiilor de tip rezidențial	1024	20	1,95%
4S.54	Vârstnici și persoane cu dizabilități sprijiniți prin FSE care beneficiază de servicii comunitare (sociale, medicale, socioprofesionale etc.) după părăsirea instituțiilor de tip rezidențial	640 <sup>129</sup>	-	0,0%

**1092.** Valoarea proiectată a indicatorilor de realizare în contractele aflate în implementare este prezentată în tabelul următor, o mica parte dintre proiecte având introduse valori intermediare de realizare la decembrie 2020.

<sup>128</sup> 42 persoane conform RAI 2020, pag 73, 86 persoane conform listelor de grup țintă

<sup>129</sup> Valoarea inițială proiectată a fost de 729 persoane. Ca urmare a colectării de date din partea tuturor beneficiarilor s-a constatat că în 5 din cele 16 proiecte s-au făcut ajustări negative ale dimensiunii grupului țintă, valoarea cumulativă la data evaluării pentru acest indicator scăzând la 640 persoane.

**TABEL 77. GRADUL DE ÎNDEPLINIRE A INDICATORILOR DE REALIZARE**

Cod	Indicator de realizare	Target	Realizat	
			(2020)	Grad
45.59	Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare	2.296	50	2,18%
45.59.1	Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare, din care: Copii	1.307	15	1,15%
45.59.2	Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare, din care: - Persoane cu dizabilități	640	0	0%
45.213	Persoane care beneficiază de servicii comunitare	9.011	219	2,43%
45213.1	Persoane care beneficiază de servicii comunitare, din care: Copii	6.106	194	3,18%

**1093.** Atât în cazul copiilor, cât și în cazul adulților cu handicap aflați în sistem rezidențial sprijinul POCU nu a avut în vedere în exclusivitate beneficiari din centrele rezidențiale închise, sau în curs de restructurare, ci persoane anterior instituționalizate indiferent de tipul instituției rezidențiale. Mecanismul de implementare însă, prin punctajul suplimentar acordat în cazul complementarității cu POR sau PNDR<sup>130</sup> a determinat investiții strict orientate către centrele eligibile pentru restructurare/închidere atât pentru adulții cu dizabilități cât și pentru copiii instituționalizați a orientat intervențiile predominant către categoriile de beneficiari.

**1094.** Din punct de vedere al numărului de beneficiari persoane cu dizabilități adulți din centrele rezidențiale POCU reprezintă cel de al doilea pilon major de susținere a procesului de dezinstituționalizare la nivel național, cu 640 de beneficiari vizați de cele 16 proiecte contractate, după finanțarea de la bugetul de stat prin Programele de Interes Național (PIN), cu 644 beneficiari și în complementaritate cu POR care viza 467 beneficiari în cele 18 proiecte finanțate până la sfârșitul anului 2020.

**1095.** Din punct de vedere financiar alocarea POCU în susținerea procesului de dezinstituționalizare a adulților cu handicap este cea mai consistentă alocare financiară dintre cei trei piloni menționați anterior, cu o valoare de aproximativ 120 milioane lei în cadrul celor 16 proiecte aprobate, comparativ cu 112,6 mil lei în PIN și în complementaritate cu 76,8 milioane lei în POR<sup>131</sup>.

**1096.** Prin POCU dezinstituționalizarea copiilor din centre de plasament a primit cel mai important suport financiar până în 2020, cu o valoare contractată de 140 milioane de lei în cele 27 de proiecte care au vizat obiectivul compozit 18 (OS 4.12, 4.13, 4.14) sumă complementară celor aproximativ 106 milioane lei alocați prin POR pentru același obiectiv, până la data menționată<sup>132</sup>.

**1097.** Totuși, prin raportare la numărul de beneficiari pe care proiectele contractate le vizează, evidențiem faptul că cei 1.307 copii anterior instituționalizați care vor beneficia de servicii comunitare, la

<sup>130</sup> Criteriul de relevanță a proiectului

<sup>131</sup> POR/8/8.1/8.3/B/1

<sup>132</sup> Cel de al treilea apel POR pentru Axa 8-Copii, care s-a închis în noi 2021 are o disponibilitate financiară de aproximativ 140 milioane lei





nivelul anului 2020, reprezentau 59% din totalul copiilor instituționalizați în centre de plasament care urmează să se închidă sau să se restructureze.

**1098.** În cazul persoanelor adulte cu handicap anterior instituționalizate, volumul grupului țintă vizat de proiectele finanțate reprezintă 7% din totalul adulților aflați în centrele cu peste 50 de rezidenți. Cei 213 beneficiari adulți persoane cu handicap instituționalizate care constituie grup țintă în proiectele care vizează dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități din marile centre (cu peste 120 de beneficiari) reprezintă 36% din numărul total de beneficiari eligibili pentru tranziția de la viața în instituție la viața în comunitate.

**1099.** Suportul acordat procesului de dezinstituționalizare prin POCU, prin proiectele de prevenire a abandonului în familiile cu risc de abandon, din punct de vedere cantitativ, prin dimensiunea grupului țintă de 6106 copii care urmează să primească sprijin, reprezintă 19,6% numărul total de copii în risc de abandon pe care DGASPC-urile i-au identificat la nivel național în 2020, deși grupurile țintă vizate de proiecte nu includ doar copii în risc de abandon identificate de către DGASPC-uri.

---

*”Pentru procesul de dezinstituționalizare POCU a însemnat foarte mult. Un sprijin vital. În lucru cu copii care părăsesc sistemul de protecție specială, în comparație cu POSDRU saltul calitativ este foarte mare. Sigur, mai este loc de creștere pentru a ajunge la dorințele noastre. Însă progresul este semnificativ.” (interviu, Autoritate publică centrală)*

*”Pentru noi ca beneficiari, cu proiecte la nivel local și național POCU reprezintă una dintre cele mai importante surse de finanțare, iar modul în care au fost proiectate intervențiile în acest exercițiu arată că lecțiile din POSDRU au fost învățate, că pașii spre simplificare procedurală sunt promițători și, mai ales, colaborarea cu autoritățile de management este una reală și de foarte bună calitate.” (interviu, beneficiar ONG, studiu de caz)*

---

**1100.** Intrarea în implementare a proiectelor începând cu finalul anului 2019, suprapunerea implementării peste criza pandemică a anilor 2020-2021 și durata medie a proiectelor aflate în implementare nu permit o reflectare directă la momentul evaluării a consistenței realizărilor și rezultatelor obținute în trendurile indicatorilor evidențiate în prezentarea evoluției la nivel de sector. Până la finalul anului 2020 nu s-au înregistrat progrese de etapă semnificative, însă aportul POCU, cel puțin în faza de contractare, considerăm că oferă premisele unui impact consistent la nivel național. Factual, prin raportare la numărul de beneficiari atins în proiectele aflate în implementare și la situația indicatorilor înregistrată la nivelul anului 2020, contribuția POCU s-a concretizat în 0,6% sprijin în diminuarea riscului de abandon, 0,7% suport în sprijinirea dezinstituționalizării copiilor din centrele de plasament și 0% suport în sprijinirea dezinstituționalizării adulților cu handicap. Însă, apreciem că semnificația acestor cifre este scăzută din perspectiva impactului intervenției, reflectând doar sfârșitul anului 2020 având premisele unei evaluabilități semnificativ mai consistente.

**1101.** Una dintre cele mai importante contribuții pe care POCU a adus-o în sprijinul efortului de dezinstituționalizare a copiilor și adulților din centrele rezidențiale cu mulți beneficiari este programul ”Prima cameră”, program inovativ care se adresează *”uneia dintre cele mai sensibile probleme pe care copiii care părăsesc sistemul de protecție a copilului o întâmpină”*<sup>133</sup>. Chiar dacă din punct de vedere procentual, prin raportare la numărul de beneficiari atins până la 31 decembrie 2020<sup>134</sup> și la

---

<sup>133</sup> Conform declarațiilor președintelui Consiliului Tinerilor Instituționalizați

<sup>134</sup> 25 beneficiari conform Listelor de grup țintă

nevoia existentă pe piață<sup>135</sup>, contribuția POCU este sub unitară, totuși prin volumul targetat în proiectele contractate, de 639 de copii care urmează să primească sprijin pentru locuire după părăsirea sistemului instituționalizat, MIPE prin POCU reprezintă principalul actor instituțional la nivel național cu o intervenție consistentă pentru diminuarea acestei probleme.

---

*„Sprijinul POCU în proiectul „Prima cameră” este extraordinar. Acești copii (care părăsesc sistemul de protecție specială) nu au educația gospodăririi proprii și sunt totalmente dependenți de un sistem sau de un serviciu. Nu au proprietate asupra lucrurilor. Efortul depus în aceste proiecte este foarte mare. Depersonalizarea este destul de profundă. Ei trec de-a lungul copilăriei prin mai multe centre de plasament, poate chiar și o familie maternală, iar trauma abandonului este pregnantă. Nu ne putem aștepta ca un astfel de copil să fie constant la un loc de muncă. Când el a trecut prin atâtea instituții nu se atașează, se auto-sabotează. Este greu să se adapteze la un alt stil de viață, să treacă de la grup la solitudine. Cea mai mare parte a activității de intervenție finanțată prin POCU este focalizată pe deprinderile de viață independentă și acest lucru este extrem de important. Am elaborat niște instrumente de evaluare<sup>136</sup>. În funcție de răspunsuri vedem cât avem de lucru cu fiecare și facem plan personalizat de intervenție. Când lucrezi cu acești tineri îți asumi mult mai multe activități decât cele din proiect, mai multe tabere, meditațiile ca să termine școala, vizitele la psihiatrie pentru a-i ține departe de adicții. Dar faptul că ai un sprijin (prin POCU) și un OIR cu care poți să colaborezi este foarte important. (Interviu beneficiar, studiu de caz, apel „Prima cameră”)*

---

**1102.** Fiind o intervenție nouă, proiectul „Prima cameră” a permis identificarea de mecanisme care să faciliteze integrarea comunitară a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copiilor, mecanisme care pot fi valorificate în proiectarea intervențiilor din următoarea perioadă de finanțare:

- Nevoia unor centre de tranzit care să asigure tranziția din sistem instituționalizat către o viață independentă în regim de prima cameră, centre de tranzit în care copilul să fie acompaniat psihologic și social, în activități de la gestionarea timpului și resurselor financiare până la plata utilităților și managementul spațiului;
- Nevoia unui sprijin care să preceadă cu cel puțin doi ani ieșirea din sistemul de protecție a copilului astfel încât pregătirea pentru o viață independentă să se realizeze într-un ritm optim, care să permită asimilarea unor deprinderi sociale și comportamentale necesare;
- Nevoia unor instrumente de evaluare a capacității copilului de a începe o viață independentă și a nevoii de suport pe care aceștia o au<sup>137</sup>, de la suport psihologic pentru construcția încrederii sociale și interindividuale până la suport logistic și de utilizare corespunzătoare a dotărilor gospodăriei;
- Nevoia de flexibilizare a modului în care intervenția este proiectată sub aspectul resurselor de timp (6 luni-1 an în care copiii care primesc sprijin pentru locuire trebuie să se integreze suficient de bine pe piața muncii astfel încât să își poată permite o viață independentă într-o nouă locație);
- Identificarea unui sub-grup cu o problemă specială: fetele care au părăsit sistemul de protecție specială și au devenit tinere mame. În aceste situații nevoia de intervenții este deosebit de complexă, vizând atât prevenirea abandonului copiilor, cât și integrarea pe piața forței de muncă a tinerei mame, pregătirea ei pentru finalizarea studiilor (acolo unde este cazul) și pregătirea acesteia pentru o viață independentă;

---

<sup>135</sup> Aproximativ 3000 de copii părăsesc anul sistemul de protecție a copilului

<sup>136</sup> Instrumentul cuprinde întrebări pe toate domeniile- sănătate, autogospodărire, orientare în comunitate, boli cu transmitere sexuală etc

<sup>137</sup> Menționăm că la nivel național media de vârstă la care tinerii părăsesc familia de proveniență este de 26,7 ani cu tendință de creștere anuală atât la nivel național cât și la nivel european.

- Nevoia de integrare în proiecte a unor activități suplimentare: pregătire parentală, pregătire pentru terminarea studiilor, acolo unde este cazul, pregătire pentru îngrijirea copilului în primele luni de viață etc.

---

*„Am stat în centrul de plasament de la 5 la 18 ani și fiind într-o situație de familie monoparentală având fetița, am fost ajutată să intru în proiect. Viața mea mi s-a schimbat în bine. Pentru prima dată. De când sunt în acest proiect am parte de terapie și consiliere individuală și de grup, am recăpătat încrederea în mine și m-a ajutat să înțeleg fiecare etapă prin care trec. E foarte bun și cursul de antreprenariat. Am foarte multe beneficii: analize medicale, banii pe care îi mai primim, suportul emoțional, ședințele gratuite de terapie. Mulțumesc! Mulțumesc foarte mult!” (interviu grup țintă „Prima cameră”, mama copil 3 ani)*

---

## Sinteza constatărilor

**1103.** Gradul de implementare a proiectelor POCU în domeniul dezinstituționalizării (tema 7) la decembrie 2020 era scăzut (sub 1%), în special din cauza debutului târziu al intervențiilor (2020) și pandemiei COVID19. Cu toate acestea, atât din punct de vedere al numărului de beneficiari (adulți și copii), cât și din punct de vedere al alocării financiare POCU are premisele de a reprezenta un pilon major de susținere a procesului de dezinstituționalizare, mai ales pentru dezinstituționalizarea copiilor, domeniu în care proiectele contractate sunt mai consistente decât cele destinate adulților cu handicap. Programul „Prima cameră” este o componentă a intervenției care evidențiază utilitatea majoră a acesteia și nevoia de integrare cu alte tipuri de activități. Majoritatea beneficiarilor au apreciat calitatea bună a relației cu OIR POCU și îmbunătățirea semnificativă a colaborării și parteneriatului cu aceste instituții.

**Validarea ipotezei 2:** *Ipoteză invalidată. Intervențiile POCU nu au contribuit încă într-un mod semnificativ la atingerea progresului observat, dar modul în care au fost proiectate intervenții, indicatorii de rezultat din proiectele contractate și progresele obținute până la momentul evaluării în cazurile analizate, chiar în condiții pandemice nefavorabile, sunt premise ale unui aport major al POCU la procesul dezinstituționalizării.*

### 9.3.3. IE3:EXISTĂ BENEFICII ECONOMICE ÎN URMA INTERVENȚIILOR PRIN POCU?

**Ipoteza 3:** *Intervențiile POCU au generat o serie de beneficii economice.*

**1104.** Analiza beneficiilor economice generate de intervențiile POCU s-a realizat la nivelul datelor financiare din proiectele aprobate până în decembrie 2020, valorile prezentate având semnificație doar la nivelul proiectelor analizate și în limita datelor deținute în acest moment al implementării proiectelor. De asemenea, extrapolările la nivel național ale beneficiilor calculate la nivel macro au în vedere informațiile disponibile la momentul evaluării privind cheltuielile din sistemul de protecție a copilului.

**1105.** Beneficiile economice luate în considerare pentru a răspunde la această întrebare sunt de două tipuri:

- beneficii imediate, ca urmare a implementării proiectului ce cumulează: valoarea adăugată a cheltuielilor de achiziții, inclusiv hrană (TVA eligibil) și contribuțiile sociale aferente cheltuielilor salariale din cadrul proiectului;

- beneficii pe termen scurt ca urmare a rezultatelor implementării proiectelor la nivelul fiecărui grup țintă prin: reducerea riscului de abandon din familie, integrarea pe piața forței de muncă a copiilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului, preluarea în sistem nerezidențial a copiilor din centrele de plasament și a adulților cu handicap din centrele rezidențiale mari.

**1106.** Menționăm faptul că, din punct de vedere economic, gestionarea unor centre de mari dimensiuni, clasice este mai profitabilă decât a unităților moderne noi, însă profitabilitatea economică a acestora are în subsidiar deficit de resurse și condiții de viață decente și la standarde europene.

**1107.** Beneficiile economice imediate generate de transferurile directe către bugetul de stat ca urmare a implementării contractelor aferente cererilor de finanțare în parametri proiectați:

<i>Perioada 2019-2023</i>	<i>Suma (lei)</i>
<i>TVA eligibil</i>	8.017.820
<i>contribuții sociale aferente cheltuielilor salariale și asimilate acestora</i>	95.679.956
<i>Total beneficii economice imediate</i>	103.697.776

**1108.** Analizele asupra evoluțiilor cheltuielilor în sistemul de protecție a copilului din perioada 2014-2020 arată că:

- Raportarea numărului de intrări în sistemul de protecție specială a copilului la numărul total de copii aflați în situație de risc identificați de către DGASPC, arată o probabilitate de abandon de 21% la nivelul anului 2020 a copiilor aflați în dificultate; 41% dintre copii intrați în sistemul de protecție specială intră în sistem rezidențial;
- Efortul bugetar public necesar sprijinirii unui copil în sistem rezidențial este de patru ori mai mare decât în sistem nerezidențial, ridicându-se în medie la 67.279 lei/copil/ an în sistem rezidențial<sup>138</sup>, respectiv 16.653 lei/ copil/ an în sistem nerezidențial;
- Aproximativ jumătate dintre tinerii care părăsesc sistemul de protecție a copilului (54%) se regăseau la un an de la părăsire pe piața forței de muncă înainte de intervenția programului "Prima cameră"<sup>139</sup>. Ca urmare a intervenției, prin condiționalitățile impuse toți beneficiarii trebuie să se integreze în muncă la 6 luni-1 an de la intrarea în program.
- Costul mediu lunar de întreținere pentru persoanele adulte cu dizabilități din cadrul DGASPC a crescut cu aproximativ 9% anual în ultimii trei ani ajungând, spre exemplu, în cazul județului Botoșani la 5.324 lei/ lună<sup>140</sup>. Majoritatea adulților din centrele rezidențiale mari care constituie grup țintă în proiectele din cadrul OS 4.18 vor fi relocați în spații de locuit care oferă facilități conform standardelor. Beneficiile economice pot proveni din reducerea cheltuielilor de întreținere a unor spații și facilități moderne.
- Totalul taxelor reținute pentru salariul minim pe economie la bugetul de stat pentru anul 2021 este de 11.592 lei/ salariat<sup>141</sup>.

**1109.** Pornind de la aceste date, inferențial pot fi identificate următoarele beneficii economice "negative" generate de "salvarea" unor cheltuieli predictibile, care ar fi avut loc în cazul în care proiectele nu ar fi fost implementate.

<sup>138</sup> Sursa datelor ANDPDCA, date pentru anul 2019

<sup>139</sup> Conform ANDPDCA, Raport de cercetare, Studiu privind situația tinerilor care părăsesc sistemul de protecție specială din România, finanțat de SOS Satele Copiilor, București 2020. Studiul poate fi consultat la adresa: <http://andpdca.gov.ro/w/wp-content/uploads/2020/07/Studiu-tineri-iesiti-web-final-0907.pdf>

<sup>140</sup> Conform Hotărârii CJ Botoșani nr. 49/ 25.02.2021, prin comparație cu DGASPC Botoșani- Costuri pe categorii de servicii 2018-2020

<sup>141</sup> Respectiv 966 lei pentru un salariu minim brut de 2300 lei lunar de la 1 ianuarie 2021

**1110. Beneficii generate de prevenirea abandonului în cazul copiilor în situații de risc și menținerea acestora în afara sistemului rezidențial de protecție specială:**

Indicator	Raționament	Suma (lei)
6106 copii în risc de abandon asistați	În afara intervenției 1282 copii (21%) ar fi intrat în sistemul special de protecție în următorii 2 ani, din care:	
	In regim rezidențial 526 copii <sup>142</sup>	70.777.508 <sup>143</sup>
	In regim nerezidențial 756 copii	25.179.336 <sup>144</sup>
Total beneficii prin prevenirea abandonului copiilor		95.956.944

**1111. Beneficii generate de trecerea din sistem rezidențial în sistem nerezidențial a copiilor aflați în sistemul de protecție specială a copiilor.** Raționamentul pornește de la faptul că nu toți copiii anterior instituționalizați înscriși în indicatorul 4S59.1- "Persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare, din care: Copii" sunt copii a căror reîntoarcere și menținere în comunitate s-a datorat intervenției POCU. În opinia beneficiarilor, intervențiile POCU au facilitat integrarea copiilor în comunități, au sprijinit familiile de destinație, au facilitat menținerea copilului în comunitate, în sistem nerezidențial. Prin urmare, vom lua în considerare o contribuție de 5% a intervențiilor POCU în menținerea în afara sistemului instituționalizat<sup>145</sup> a copiilor anterior instituționalizați care beneficiază de servicii comunitare.

Indicator	Raționament	Suma lei
65 de copii anterior instituționalizați <sup>146</sup> care nu se mai întorc în sistem	Timp de 2 ani pentru 65 de copii nu se mai plătesc costuri de instituționalizare	
	În sistem rezidențial 27 copii <sup>147</sup>	3.633.066 <sup>148</sup>
	In sistem nerezidențial 38 de copii	1.265.628 <sup>149</sup>
Total beneficii prin prevenirea re-instituționalizării copiilor		4.898.694

**1112. Beneficii generate de scăderea cheltuielilor de întreținere pentru adulții cu handicap ca urmare a facilităților moderne de cazare și acces la servicii.**

Indicator	Raționament	Suma lei
213 adulți cu handicap din centre rezidențiale mari asistați pentru servicii de tip comunitar	Scădere cu 9% a costurilor pe întreaga perioadă <sup>150</sup>	2.449.466
Total beneficii prin scăderea cheltuielilor pentru adulții instituționalizați		2.449.466

**1113. Beneficiile economice "pozitive" sunt generate de suportul și sprijinul acordat pentru locuire condiționat de integrarea pe piața forței de muncă a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului.** Calculul are în vedere suma din contribuții sociale pentru salariul minim timp de doi ani,

<sup>142</sup> 41% din total, conform proporției la nivelul anului 2020

<sup>143</sup> Calcul=526 (copii)\*2 (ani până în 2023)\*67.279lei/ an în sistem rezidențial

<sup>144</sup> Calcul=756 (copii)\*2(ani până în 2023)\*16.653 lei/an în sistem nerezidențial

<sup>145</sup> Prin raportare la tipul de activități finanțate prin POCU suprapuse peste ponderea factorilor de risc evidențiați în studiul "România: Copiii din sistemul de protecție a copilului 2014" World Bank, ANDPDCA, UNICEF (pag 99) factori asupra cărora trebuie intervenit pe o perioadă medie de trei ani.

<sup>146</sup> 5% din valoarea indicatorului 4S59.1, respectiv 1307 copii anterior instituționalizați

<sup>147</sup> 41% conform proporției înregistrate la nivelul anului 2020

<sup>148</sup> Calcul:27(copii)\*67.279 (lei/an rezidențial)\*2(ani până în 2023)

<sup>149</sup> Calcul: 38 (copii)\*16.653 (lei/an nerezidențial)\*2 (ani până în 2023)

<sup>150</sup> Estimare calitativă în urma interviurilor realizate cu beneficiari DGASPC de scădere a costurilor în următorii 2 ani (până în 2023). Calcul: 213(beneficiari)\*5.324 (lei/lună)\*24 (luni)\*9%

presupunând faptul că minim 2 ani de la părăsirea programului "Prima cameră" tânărul va rămâne antrenat în piața muncii. Deși valoarea de calcul este dată de contribuțiile sociale aferente salariului minim brut pe economie la 1 ianuarie 2021, apreciem că acesta se înscrie mai degrabă într-un scenariu pesimist, deoarece în urma interviurilor realizate la nivelul reprezentanților grupurilor țintă s-a constatat că toți cei care erau deja angajați aveau un salariu de încadrare peste nivelul minim pe economie.

Indicator	Raționament	Suma lei
639 de tineri care părăsesc sistemul de protecție a copilului	Susținere integrală între 6 luni și un an în vederea integrării pe piața forței de muncă. Rata de succes 90% și menținere minim 2 ani pe piața muncii după ieșire din proiect.	13.330.800 <sup>151</sup>
Total beneficii prin integrarea pe piața forței de muncă		13.330.800

**1114.** Cumularea beneficiilor calculate anterior în tabelul următor, evidențiază faptul că, prin raportare la bugetele totale ale proiectelor finanțate, aproape o treime (31%) din bugetul total eligibil al proiectelor finanțate până în la 31 Decembrie 2020 se întoarce în mod direct către bugetul de stat sub forma contribuțiilor aferente cheltuielilor salariale și a taxei pe valoare adăugată (TVA eligibil). Suplimentar 28% din total buget (aproximativ 1 din 4 lei bugetați) se recuperează în aproximativ doi ani prin "salvarea" unor cheltuieli de la bugetul de stat aferente protecției speciale a copiilor. Din punct de vedere al beneficiilor economice, dar nu numai, componenta de prevenire a abandonului apreciem că este cea mai importantă.

	Total lei	% din total buget
Buget total eligibil	337.444.278	100%
Buget total nerambursabil	333.423.027	99%
Beneficii economice imediate	103.697.776	31%
Beneficii prin prevenirea abandonului copiilor	95.956.944	28%
Beneficii prin prevenirea re-instituționalizării copiilor	4.898.694	1%
Beneficii prin scăderea cheltuielilor pentru adulții instituționalizați	2.449.466	1%
Beneficii prin integrarea pe piața forței de muncă	13.330.800	4%

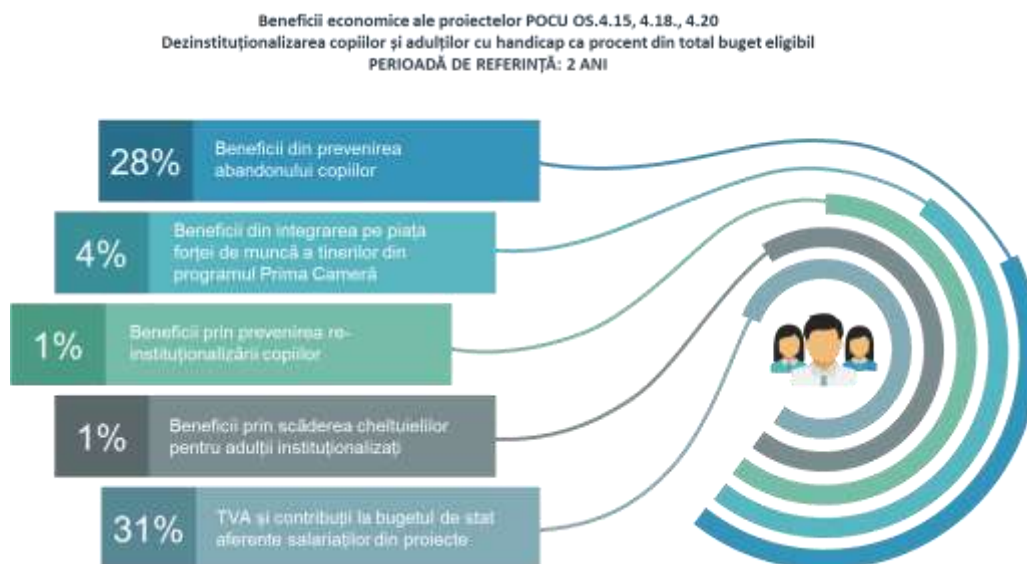
**1115.** O altă componentă asupra căreia dorim să atragem atenția în sens pozitiv este cea a beneficiilor economice date de integrarea pe piața forței de muncă a tinerilor care părăsesc sistemul instituționalizat și care sunt sprijiniți prin programul Prima cameră. Chiar dacă această contribuție este procentual relativ mică (4%) pe termen scurt (primii doi ani), în ipoteza pesimistă în care cei integrați pe piața forței de muncă se mențin, valoarea contribuțiilor aferente salariului minim<sup>152</sup> bugetul total aferent proiectelor "Prima cameră" (OS 4.20) se recuperează integral în aproximativ 12 ani.

<sup>151</sup> Calcul: 90%\*639 (tineri sprijiniți)\*11.592 (lei/an contribuție pentru salariul minim)\*2 (ani menținere pe piața forței de muncă)

<sup>152</sup> Neindexat



FIGURA 102. BENEFICIILE ECONOMICE ESTIMATE ALE PROIECTELOR AFLATE ÎN IMPLEMENTARE



### Sinteza constatărilor

**1116.** Principalele beneficii economice generate de intervenție provin, pe termen scurt, din intervențiile de prevenire a abandonului, iar pe termen mediu din programul "Prima cameră", prin sprijinul acordat integrării pe piața forței de muncă a tinerilor.

**Validarea ipotezei 3:** *Ipoteză parțial validată. Intervențiile POCU generează o serie de beneficii economice în mod constant prin prevenirea abandonului și "salavarea" cheltuielilor de la bugetul de stat aferente instituționalizării și prin integrarea pe piața forței de muncă a tinerilor din programul Prima cameră., însă quantumul acestor beneficii, la momentul evaluării nu era suficient de consistent pentru a se reflecta în parametri la nivel local.*

### 9.3.4. IE4: ÎN CE MĂSURĂ EXISTĂ ȘI ALTE EFECTE, POZITIVE SAU NEGATIVE?

**Ipoteza 4:** *Intervențiile POCU au generate o serie de efecte pozitive și negative*

**1117.** Intervențiile în domeniul incluziunii sociale OS 4.12-20, așa cum am menționat anterior, au patru direcții majore de manifestare:

- Intervenții în scopul închiderii centrelor de plasament de mari dimensiuni și relocării copiilor în condiții de viață și locuire la standarde moderne, inclusiv prin preluarea lor în familii;
- Intervenții în scopul închiderii centrelor rezidențiale pentru adulții cu handicap și relocării lor în condiții de viață și locuire la standarde moderne, inclusiv prin preluarea lor în familii;
- Intervenții în scopul asigurării suportului locativ și de acompaniament pentru copii care părăsesc sistemul de protecție specială pentru a crește șansele acestora de a se integra pe piața muncii și în societate (programul "Prima cameră");

- Intervenții în scopul acompanierii copiilor aflați în risc de abandon și a familiilor acestora pentru a preveni abandonul și a reduce presiunea de instituționalizare la nivelul sistemului de protecție specială.

**1118.** În afara efectelor pozitive implicite prin prisma scopului în care intervențiile au fost gândite, respectiv creșterea calității vieții în centre moderne și o mai bună pregătire pentru viață, respectiv menținerea copiilor în familiile de proveniență, în condițiile de echilibru emoțional și integrare socială, au fost evidențiate în urma procesului de evaluare calitativă și următoarele efecte:

- Dezvoltarea instituțională prin **creșterea capacității DGASPC-urilor** de a implementa proiecte multi-fond. Mai mult de jumătate (33 din 61 proiecte) dintre proiectele aflate în implementare la sfârșitul anului 2020 au avut ca beneficiar DGASPC-uri, implicarea acestora în proiecte care vizează adulții (11 din cele 16 proiecte) fiind semnificativ mai ridicată decât în cele care au în vedere dezinstituționalizarea copiilor și prevenția abandonului (22 din cele 45 de proiecte).

---

*„Una dintre întrebările foarte importante este: sunt instituțiile capabile, au capacitatea de a-și face treaba așa cum trebuie, astfel încât să scoată beneficiarul din starea de sărăcie de toate felurile, să dea bunăstare beneficiarului, pentru că - și noi, în România, cred că uităm lucrul acesta - și dacă sunt resurse, și ne uităm de fiecare dată, da, avem acces la resurse, haideti să ne uităm, și dacă avem capacitatea de a utiliza aceste resurse? Aceste proiecte au fost direcționate către DGASPC-uri. Este bine că investim în DGASPC-uri, dar să nu investim doar în acestea, pentru că există astfel de instituții care nu au capacitatea să implementeze fonduri și care se ascund în propria birocrăție, care se concentrează exclusiv pe crearea de documente care să justifice cheltuirea banilor, și mai puțin pe ceea ce va face cu banii.” (Beneficiar)*

---

- **Creșterea capacității de colaborare inter instituțională.** Colaborarea a fost un efect subsecvent evidențiat în cadrul tuturor interviurilor la nivel instituțional, vizând trei paliere: buna colaborare între POCU și POR la nivel central, colaborare care, chiar dacă a debutat cu întârzieri multiple s-a construit ulterior ca un parteneriat solid pentru îndeplinirea obiectivelor<sup>153</sup>; buna colaborare între OIR și AM prin participare activă la rezolvarea problemelor apărute în implementare (clarificări, situații specifice); și, poate în primul rând, buna colaborare între beneficiari și OIR, care a fost apreciată de către toți beneficiarii intervievați în cadrul studiilor de caz ca fiind foarte bună pe proiectele din Tema 7. Construirea și exersarea relațiilor inter-instituționale apreciem că au o importanță semnificativă mai ales din perspectiva gestionării fondurilor FEDR și FSE în POIDS și a descentralizării regionale a POR la nivel de ADR.

---

*„În afara satisfacției rezultatelor obținute și a unei bucurii speciale pe care o ai când lucrezi cu copiii instituționalizați, ceea ce îmi rămâne din acest proiect este senzația foarte plăcută că orice nelămuriri am avea le putem discuta cu cei de la OIR, că putem găsi în dânsii suport, înțelegere și sprijin. Este nu doar plăcut. Este motivant și ne dă încredere că România se schimbă și se poate în continuare schimba în bine.” (beneficiar, Brașov, studiu de caz)*

---

- **Creșterea integrării pe piața muncii** a copiilor care părăsesc sistemul de protecție specială și beneficiază de programul „Prima cameră”. Dacă, în medie, aproximativ 54% dintre copiii care

---

<sup>153</sup> Spre exemplu POR prelungește perioada de depunere pentru AP8 până la elaborarea unui număr cât mai mare de proiecte din partea DGASPC-urilor pentru dezinstituționalizare.

părăseau sistemul instituționalizat erau integrați pe piața muncii practic, prin condiționalitățile intervenției, toți beneficiarii programului "Prima cameră" care au fost intervievați erau integrați pe piața forței de muncă, chiar dacă, în cazul unora (cei mai mulți studenți) nu la nivelele de ocupare și salarizare pe care și le doreau. Însă integrarea acestor tineri pe piața muncii creează în toate cazurile mecanismele necesare unei vieți independente în afara sistemului și a unei integrări de durată în societate.

- **Accentuarea frustrării** pentru unii copii din grupurile țintă, din cauza finalizării proiectelor înainte ca aceștia să-și depășească real situația de vulnerabilitate care a determinat includerea lor în grupurile țintă sau din cauza imposibilității lor de a fi incluși în grupul țintă, alături de alți copii cu aceeași situație, doar pentru că anterior participaseră la un alt program din fonduri europene. Prin comparație cu nevoile pe care un copil care se confruntă cu risc de abandon le are, de acompaniere pentru o perioadă lungă de timp, durata mică a proiectului (practic, aproximativ 1,5 ani) coroborată cu regulile evitării finanțării succesive și dublei finanțări în cazul copiilor este problematică generând dificultăți fie în selecția grupului țintă (selecție care trebuie să țină seama de cele două reguli anterior menționate indiferent de nevoia reală a copilului), fie în asigurarea sustenabilității (ieșirea din proiect aducând frustrări legate generate de creșterea așteptărilor privind calitatea vieții). Situația este și mai problematică în cazul proiectelor anterioare de slabă calitate, în care copiii au primit, spre exemplu doar câteva rechizite, sau au fost într-o tabără câteva zile<sup>154</sup>.

---

*"Noi știm foarte bine, cei care lucrăm pe zona asta, nu doar de aici, ci pe zona asta de dezvoltare comunitară, de scoaterea oamenilor din stare de sărăcie și când vorbim de sărăcie nu vorbim doar de sărăcie materială și știu foarte bine că genul acesta de intervenții sunt și trebuie să fie de lungă durată. (Beneficiar)"*

*"Se ajunge uneori la frustrări din partea copilului, deoarece timp de 6 luni, un an el a simțit cum e să fie normal apoi e din nou abandonat. Din nou și foarte dureros. Se accentuează așa niște efecte negative." (reprezentant Autoritate publică centrală)"*

---

- **Reconversie profesională a personalului din centrele rezidențiale clasice.** Închiderea unor centre rezidențiale clasice (atât pentru adulți, cât și pentru copii) generează, punctual, reacții de nemulțumire în rândul personalului angajat, care are nevoie de sprijin pentru reconversie, de alternative de a rămâne în sistem, de un mod de gestionare a noii situații. Atât de la nivel de OIR, cât și de la nivelul Beneficiarilor ne-au fost semnalate reacții de nemulțumire, mai ales din partea conducerii unor astfel de centre, dar și din partea unor reprezentanți ai DGASPC-urilor care consideră că procesul de dezinstituționalizare este "pe repede înainte", "fără grijă față de oamenii care au lucrat atâta vreme în sistem".

---

*"Noi ne-am confruntat cu această situație în care oamenii s-au opus și au întrebat: cu noi ce o să faceți? Cum va afecta salariile noastre închiderea centrului? Ce o să ni se întâmple? De la conducere până la un angajat obișnuit. De aceea nu o să vedeți, cred eu decât la nivel de județ,"*

---

<sup>154</sup> În cadrul studiilor de caz, unul dintre beneficiari ne-a descris situația deosebit de sensibilă a unui copilăș care venise să returneze cărticica și caietul primit într-un al proiect, cu rugămintea să fie primit în programul aflat în finanțare (pentru care nu era eligibil). În acest caz Beneficiarul a inclus copilul în activități pe cheltuielă proprie, în afara finanțării primite.

sau la nivel național un entuziasm. Și nici chiar la nivel de județ peste tot. Pentru că sunt decizii care s-au luat fără să aibă grijă și de oamenii din sistem”. (Reprezentant DGASPC)

FIGURA 103. EFECTE CONEXE ALE IMPLEMENTĂRII PROIECTELOR



### Sinteza constatărilor

**1119.** Intervențiile POCU au generat o serie de efecte conexe pozitive precum dezvoltarea capacității instituționale a DAGSPC-urilor, creșterea capacității de colaborare inter-instituțională necesară gestionării proiectelor multi-fond și creșterea integrării pe piața forței de muncă a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție specială. Principalele efecte negative provin frustrările generate de durată relativ scăzută a intervențiilor (real 1,5 ani) percepută de către beneficiari ca insuficientă de cele mai multe ori pentru depășirea riscurilor de abandon în cazul copiilor și din reacțiile negative ale unora dintre angajații centrelor care urmează să se închidă. În plan interinstituțional colaborarea cu POR, deși s-a stabilit relativ târziu (2018) printr-o serie de instrumente comune (liste de centre care urmează a fi închise) este apreciată la nivel central și local ca fiind de foarte bună calitate.

**Validarea ipotezei 4:** *Ipoteză validată. Intervențiile POCU au generat o serie de efecte conexe pozitive la nivelul creșterii capacității instituționale și al dezvoltării pieței muncii, dar și negative generate de durată relativ scăzută a proiectelor în comparație cu nevoia de suport a beneficiarilor (ale ale în cazul copiilor) și de nevoia de reconversie profesională a personalului din centrele rezidențiale care urmează să se închidă.*



### 9.3.5. IE5 ÎN CE MĂSURĂ EFECTUL DEPĂȘEȘTE GRANIȚA ZONEI SAU A SECTORULUI SAU AFECTEAZĂ ALTE GRUPURI, NEVIZATE DE INTERVENȚIE?

**Ipoteza 5:** Efectul intervențiilor depășește granița sectorului și afectează grupuri neavizate de intervenție

**1120.** Validarea ipotezei de lucru pornește de la premisa că intervențiile au vizat ca grup țintă copii instituționalizați sau în risc de abandon, tinerii care părăsesc sistemul special de protecție a copiilor și adulții cu handicap instituționalizați, iar sectorul de intervenție este cel al incluziunii sociale a acestor segmente dezavantajate.

**1121.** Interveniurile desfășurate au evidențiat faptul că efectul de propagare s-a resimțit, dar mai ales urmează să fie vizibil într-o multitudine de alte segmente sociale și domenii de activitate, vizibilitate o cărei intensitate se va putea măsura mai ales la nivel local, la finalizarea proiectelor. În această etapă de evaluare intermediată și la nivelul de implementare înregistrat la finalul lui 2020 evidențiem aceste efecte mai ales ca input pentru indicatorii de măsurare a efectului de propagare în cadrul evaluării retrospective.

**1122.** Următoarele grupuri țintă se află în zona de efecte conexe ale intervenției:

- Personalul din DGASPC-uri implicat în gestionarea de proiecte din fonduri POCU și POR. Efectul anticipat vizează dezvoltarea de competențe, acumularea de cunoștințe și îmbunătățirea relaționării atât cu OIR, cât și cu Consiliul județean (mai ales în ceea ce privește asigurarea fluxului financiar necesar) și cu alte instituții similare în scopul de a căuta soluții, de a identifica parteneriate, de a utiliza mecanismele necesare implementării. O parte din DGASPC-urile beneficiare POCU se află la primul exercițiu de acest fel<sup>155</sup>, oportunitatea acestor proiecte coroborată cu impulsul și sprijinul primite de la nivel central (ANDPDCA) constituind factori majori de creștere instituțională și personală;
- Beneficiarii proiectelor finanțate, alții decât DGASPC-urile care au avut oportunitatea de dezvoltare instituțională și de creștere a activității pe care o desfășoară în domeniul incluziunii sociale;
- Personalul din centrele rezidențiale clasice pentru adulții cu handicap și pentru copii, afectați de procesul de dezinstituționalizare în ansamblu în sensul reorientării lor ca loc de muncă sau ca activitate;
- Persoanele angajate în domeniul asistenței sociale și serviciilor conexe (asistenți social, psihologi, asistenți maternali, asistenți personali, terapeuți etc.) care furnizează servicii atât în proiectele aflate în implementare cât și ulterior pentru asigurarea sprijinului comunitar pentru copii și adulții aflați în dificultate. Referitor la acest segment, o parte dintre beneficiari ne-au semnalat deficitul pe piața forței de muncă a acestor categorii de specialiști, fiind necesar ca etapa următoare de programare să fie precedată de o hartă a resurselor umane și de un recensământ al asistenților sociali și personali la nivel național, care să ofere o bază de calibrare a resurselor umane și a nevoii de pregătire profesională pentru următorii ani. În rândul acestui tip de personal atragem atenția asupra a două categorii speciale: a) bonele ca suport pentru tinerele mame beneficiare ale programului "Prima cameră" care, de cele mai multe ori sunt mame singure și au nevoie de sprijin înc creșterea copilului<sup>156</sup> cât timp se află la serviciu și b) asistenții personali pentru adulții cu handicap ca suport pentru adulții care pot părăsi sistemul rezidențial. Acest tip

<sup>155</sup> Ne-au fost semnale probleme de înțelegere a unor termeni elementari: cont MySMS, indicatori, plan de acțiune etc.

<sup>156</sup> Reamintim că mulți dintre beneficiarii programului "Prima cameră" sunt la debutul lor pe piața forței de muncă cu salarii de încadrare la nivelul minimului pe economie, ceea ce nu permite și angajarea unei bone de pe piața liberă, și asigurarea cheltuielilor cotidiene și acumularea unui capital necesar pentru o viață independentă după părăsirea programului.

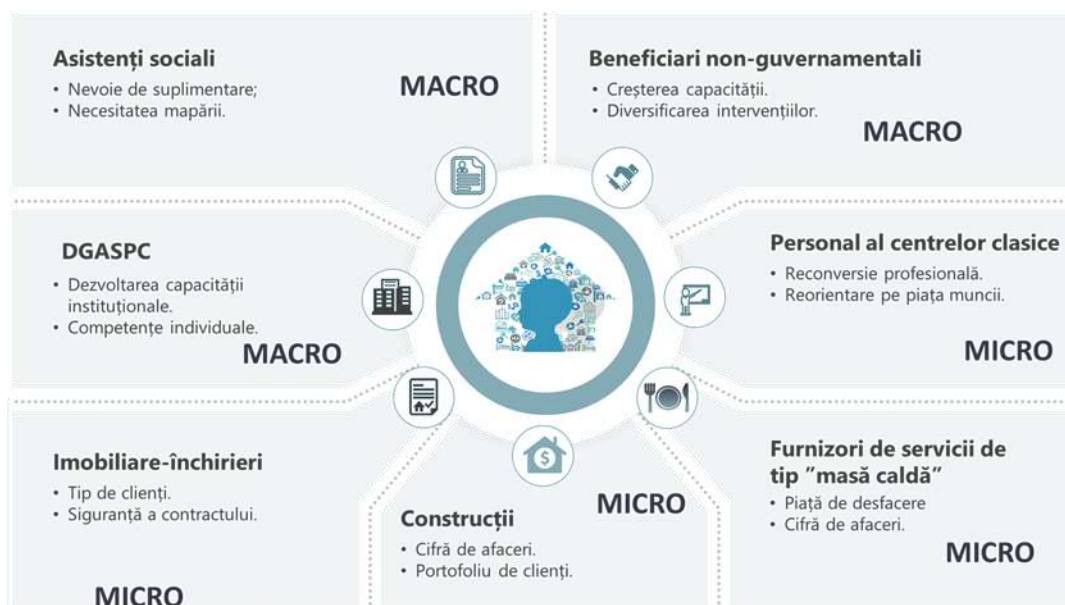


de asistenți au nevoie de o pregătire specială, de o selecție specifică și de un suport, la rândul lor din partea unui psiholog sau terapeut pentru la care să poată apela în situația în care activitatea de asistare depășește resursele psihologice de care dispun.

**1123.** Sectorial au fost identificate trei arii în care proiectele pot avea un impact sesizabil la nivel local:

- Piața locuințelor închiriate în cazul în care "Prima cameră" s-a desfășurat în astfel de imobile. Numărul acestora este însă foarte scăzut prin raportare la dimensiunile pieței imobiliare, chiar și dintr-un oraș de dimensiuni medii, prin urmare efectele pot fi identificate la nivel micro (scară de bloc, vecinătate) în comparație cu locatarii anteriori ai spațiilor puse la dispoziția copiilor care părăsesc sistemul instituționalizat.
- Piața construcțiilor la nivel local. Proiectele de dezinstituționalizare care au avut o componentă POR au influențat prin aceasta segmentul construcțiilor la nivel local. Efectele pot fi analizate la nivel micro, prin aportul proiectelor în cifra de afaceri a constructorilor și în ierarhia beneficiarilor.
- Piața furnizorilor de servicii de alimentație publică (furnizorilor de mese calde pentru centrele de zi acolo unde proiectele au inclus astfel de facilități). Efectele asupra acestui sector pot fi văzute la nivel local, prin analiza furnizorilor și a aportului proiectelor (mai ales proiecte cu număr compact de peste 30 de beneficiari) în cifra de afaceri a acestora și în ierarhia clienților pe care îi au.

**FIGURA 104. EFECTE ÎN AFARA ZONEI DE INTERVENȚIE**



### Sinteza constatărilor

**1124.** În afara zonei de intervenție au fost semnalate efecte, a căror intensitate se va putea măsura la sfârșitul perioadei de implementare astfel: a) la nivel național, în ceea ce privește creșterea cererii de asistență socială, creșterea capacității instituționale a beneficiarilor și a competențelor individuale ale personalului implicate în proiecte din rândul beneficiarilor și b) la nivel local prin reconversia profesională



a personalului din centrele închise, prin creșterea randamentului economic al furnizorilor de masă caldă, servicii de închiriere și construcții civile.

**Validarea ipotezei 5:** *Ipoteză validată. Efectul intervențiilor depășește granița sectorului și afectează piața muncii în domeniul asistenței sociale (cerere, reconversie profesională), capacitatea instituțională a beneficiarilor și rentabilitatea economică furnizorilor de servicii conexe.*

### 9.3.6. IE6. ÎN CE MĂSURĂ SUNT EFECTELE DURABILE PE O PERIOADĂ MAI LUNGĂ DE TIMP?

**Ipoteza 6:** *Efectele obținute sunt durabile pe o perioadă mai lungă de timp*

**1125.** În această etapă de implementare evaluarea durabilității efectelor este prematură deoarece la finalul anului 2020 majoritatea proiectelor se aflau la debut (unele chiar amânate din cauza pandemiei), cu grupuri țintă incipient constituite, (sau chiar în curs de constituire în urma procedurilor de evaluare) și cu activități aflate în etapa de inițiere. Cu toate acestea interviurile desfășurate în cadrul studiilor de caz și cele cu reprezentanții autorităților de management au concluzionat că intervențiile POCU din aria dezinstituționalizării întrunesc majoritatea premiselor necesare obținerii unor efecte de durată la nivelul grupurilor țintă vizate.

**1126.** Principalele argumente aduse în cadrul interviurilor pentru susținerea durabilității proiectelor aflate în derulare sunt următoarele:

- Legislația în vigoare care interzice intrările în centre rezidențiale clasice atât în cazul copiilor instituționalizați cât și în cazul adulților cu handicap. Practic, revenirea la sistemul anterior a devenit ilegală;
- Experiența celor mai mulți dintre beneficiarii care dezvoltă proiecte în zona prevenției abandonului copiilor de către familie și care desfășoară activități cu caracter integrat menite să potențeze efectele pe termen mediu și lung (evaluări, planuri de intervenție, certificări CES etc.);
- Condiții contractuale în cazul tinerilor beneficiari de programul "Prima cameră" care inclus prevederi cu privire la menținerea acestora pe piața muncii cel puțin un an după ce ies din program;
- Caracterul specific al intervenției în cazul persoanelor cu handicap cu probabilitate redusă de recuperare a căror menținere la nivelul comunității are caracter permanent prin natura situației. Pe de altă parte, același argument a fost menționat și ca factor de risc al durabilității, efectelor, prin riscul de reinstituționalizare în regim rezidențial a persoanelor cu handicap în cazul în care dispare capacitatea de a fi asistați în regim nerezidențial.

**1127.** În cadrul interviurilor au fost evidențiate și o serie de mecanisme menite să determine creșterea durabilității efectelor unor proiecte similare în următoarea perioadă de programare:

- Utilizarea de indicatori care să măsoare durabilitatea efectelor la intervale stabilite de timp (exemplu la 2 ani) prin valorificarea de către autoritățile de management a informațiilor existente în sistem pentru fiecare beneficiar (statistici pe baza CNP-ului beneficiarilor). Spre exemplu<sup>157</sup>, pentru intervențiile în cazul prevenirii abandonului, la nivel național, se poate calcula rata de succes pe câțiva indicatori: abandon școlar al beneficiarului și număr de beneficiari înscriși la medic de familie. Pornind de la acestea se pot stabili obiective pe termen mediu (2 ani).

<sup>157</sup> Exemplul a fost oferit în cadrul interviurilor de către unul dintre beneficiari

- Stabilirea unei perioade de intervenție de minim 5 ani (un ciclu școlar) în proiecte destinate copiilor în scopul depășirii situației de vulnerabilitate, astfel încât acompanierea pentru îmbunătățirea performanțelor școlare (ca factor de suport major) să se reflecte suficient de consistent asupra traiectoriei de viață a copilului;
- Posibilitatea suplimentării bugetului acolo unde există suficiente argumente pentru acest lucru (număr mai mare în grupul țintă, arie de intervenție lărgită, creșterea numărului de activități). O parte dintre beneficiari apreciază că astfel crește garanția unor proiecte durabile și scade birocrăția prin depunerea unor acte adiționale în loc de redactarea de noi proiecte o dată la doi ani;
- Susținerea prin instrumente legislative<sup>158</sup> a durabilității rezultatelor obținute și a continuității proceselor inițiate.

---

*„Nu cred că se poate să scoți copilul din sărăcia în care se află într-un an de zile, indiferent de complexitatea sărăciei sau a factorilor care determină sărăcia. După un an să-l văd integrat, să-l văd cu rezultate școlare bune, să-l văd că merge cu frecvență la școală, să-l văd că este fericit, că are speranță. Aceștia sunt indicatorii la care trebuie să ne uităm în momentul în care vorbim de wellbeing, de bunăstare, de integrare chiar de dezinstituționalizare până la urmă. Nu, la astfel de indicatori se ajunge în general prin programe de lungă durată. Din păcate în România pare că nu numai că nu reușim (aceste performanțe), ci lucrurile se agravează de la un an la altul, ceea ce înseamnă că ar trebui să stăm, să facem un pas înapoi și să ne uităm să vedem ce nu e bine, pentru că resurse sunt alocate pe zona aceasta.” (Beneficiar- ONG)*

*„Sper să treacă acea lege care zace în parlament din 2019<sup>159</sup> și care s-a împiedicat dintr-un motiv greu de acceptat pentru noi. Odată aprobată legea, odată promulgată, nu prea mai au loc de întors colegii din țară. Nimeni nu poate să spună că a aflat peste noapte. Proiectul este în dezbatere din 2018, toată lumea a fost informată, au fost fonduri europene la dispoziția instituțiilor publice și a ONG urilor. Este deja un al treilea apel deschis pe POR. Procesul (de dezinstituționalizare e ireversibil. (reprezentant Autoritate centrală)*

---

## Sinteza constatărilor

**1128.** Intervențiile POCU din aria dezinstituționalizării întrunesc condițiile necesare și suficiente obținerii unor efecte de lungă durată prin cadrul legislativ care susține acest proces. Intervențiile conexe (Programul „Prima cameră” și activitățile de prevenire a abandonului) nu au suficientă maturitate pentru măsurarea durabilității efectelor și nici instrumentele de monitorizare post implementare a acestora. Cu toate acestea indiciile din studiile de caz arată ca efectele au șanse semnificative să se mențină pe termen mediu și lung.

**Validarea ipotezei 6:** *Ipoteză validată parțial. Efectele obținute în domeniul dezinstituționalizării sunt durabile, iar cele în domenii conexe întrunesc premisele durabilității pe termen mediu și lung*

---

<sup>158</sup> În domeniul dezinstituționalizării avem în vedere actualizarea Legii 272/2004, Legea privind protecția și promovarea drepturilor copilului, actualizare inițiată de către Ministerul muncii ANDPDCA, blocată în Parlament din motive conexe.

<sup>159</sup> Ibidem

### 9.3.7. IE7.CE MECANISME FACILITEAZĂ EFECTELE? CARE SUNT CARACTERISTICILE CHEIE CONTEXTUALE PENTRU ACESTE MECANISME?

**Ipoteza 7:** Efectele sunt facilitate de o serie de mecanisme determinate de factori contextuali

**FIGURA 105. MATRICE INFLUENȚĂ/ IMPORTANȚĂ A FACTORILOR DE INFLUENȚĂ IDENTIFICAȚI**

Matricea Influență/ importanță pentru factorii de influență identificați în cadrul proiectelor POCU OS.4.15, 4.18., 4.20  
Dezinstițuționalizarea copiilor și adulților cu handicap  
Perioada de referință decembrie 2020



**1129.** Beneficiarilor care au participat la evaluare în diferite etape (interviuri, analiza cazurilor, panel de experți) li s-a solicitat să evalueze calitativ importanța și influența pe care diferiți factori au avut-o în susținerea, sau în atenuarea efectelor proiectelor pe care le implementează. Identificarea factorilor s-a realizat împreună cu beneficiarii și cu experții implicați. Rezultatul acestor aprecieri este evidențiat în matricea prezentată anterior, care reliefează atât intensitatea aprecierii cât și poziționarea pe scale a fiecărui dintre factori.

**1130.** **Capacitatea DGASPC**-urilor de a implementa proiecte este factorul cel mai important, care are la bază competențele personalului de a redacta cereri de finanțare și se a utiliza mecanismele formale de aplicare a unei cereri de finanțare (cont, platformă, chei de validare). 33 din cele 61 de proiecte aprobate până la sfârșitul anului 2020 erau derulate de către DGASPC direct sau în colaborare. Alte 11 cereri de finanțare depuse de către DGASPC-uri fuseseră respinse. 9 dintre cererile respinse erau depuse de către Direcții care depuseseră o singură cerere de finanțare<sup>160</sup>. Principalul mecanism care a favorizat succesul în accesarea fondurilor au fost sesiunile pregătitoare organizate de către Autoritatea de coordonare<sup>161</sup>, dar și interesul instituțional de creștere a capacității de a atrage finanțări.

**1131.** **Sprijinul autorităților locale** și județene s-a concretizat în două direcții: disponibilitatea autorităților locale de a pune la dispoziție resursele necesare creării de noi spații de locuire pentru persoanele din centrele rezidențiale care urmează să se închidă (disponibilitatea de a pune la dispoziție terenurile, de a elibera documentațiile necesare, de a facilita accesul la utilități etc.), iar la nivel județean,

<sup>160</sup> Excepție făcea DGASPC Ilfov care depuseseră trei cereri, din care una aprobată și două respinse

<sup>161</sup> ANDPDCA

disponibilitatea Consiliilor județene de a asigura resursele financiare necesare DGASPC pentru desfășurarea proiectelor în intervalul dintre depunerea cererilor de rambursare și plata lor (interval care a însemnat, câteva luni, chiar jumătate de an).

**1132. Disponibilitatea beneficiarilor** eligibili este un factor important care se manifestă prin interesul acestora de a se implica în proiecte care presupun o logistică importantă (cu atât mai mare cu cât este vorba de proiecte coordonate de două Autorități de management-POCU și POR) atât umană (psihologi, asistenți sociali, asistenți personali, manageri de caz, manageri de proiect etc) cât și materială. Un aspect important subliniat de majoritatea beneficiarilor non-guvernamentali intervievați a fost cel al augmentării proiectelor pe parcurs, fie prin nevoia de a crește grupul țintă, fie prin nevoia de resurse umane suplimentare, ceea ce implică, de cele mai multe ori o co-finanțare peste valoarea inițial proiectată.

**1133. Cunoaștere prealabilă** a grupului țintă, cât mai detaliat a fost apreciată ca factor favorizant prin prisma capacității de identificarea corect a nevoilor și resurselor necesare și a diminuării "pierderilor" de volum la nivelul grupului țintă care pot apărea pe parcurs. Deși factor favorizant, acest aspect atrage atenția asupra problematicei distribuției echitabile a resurselor asupra căreia vom reveni în răspunsurile la întrebarea 8 de evaluare.

**1134. Cadrul normativ** care să susțină procesul de dezinstituționalizare este un factor important, mai ales pentru beneficiarii publici. În cazul proiectelor privind dezinstituționalizarea cadrul normativ a reglementat și instrumentele necesare implementării integrate a proiectelor (listele cu centrele eligibile pentru închidere). Un aspect important evidențiat atât de către beneficiarii non-guvernamentali, cât și de către OIR a fost cel al asimetriei informaționale între DGASPC-uri (care dețin liste și date de contact ale potențialilor participanți în grupurile țintă) și restul instituțiilor care nu au astfel de resurse. Reglementarea accesului de către beneficiarii non-guvernamentali la acest tip de informații este încă volatilă, accesul către grupurile țintă fiind dependent de decizii, practici și capital relațional la nivel local.

---

*"Noi ne-am propus să ajungem în cât mai multe centre de plasament, dar aici depinde foarte tare de DGASPC-uri. Inițial am vizat cinci județe. Înainte de a începe proiectul am trimis adrese în care i-am întrebat cine dorește să colaboreze cu noi pe acest proiect. Din cinci județe ne-au răspuns doar două, cu care colaborăm foarte bine. În al treilea caz e o problemă că au și ei proiect și nu vor să ne suprapunem. Încercăm să colaborăm. Două județe nu ne-au răspuns deloc. E păcat de copiii ăștia!" (beneficiar, apel 738 "Prima cameră")*

*"După semnare, proiectele au venit cu acte adiționale spunând: <Întâmpinăm probleme în a identifica acei copii>. Există o mare lipsă de transparență în modul în care DGASPC-urile permit accesul la listele de grup țintă. Pentru a-și atinge indicatorii, beneficiarii au venit către OIR și și-au extins aria de acoperire. Undeva la nivel sistemic ceva nu funcționează: acei copii știm că există, dar nu sunt accesibili pentru proiect." (reprezentant OIR)*

---

**1135. Experiența anterioară** a beneficiarului în a lucra cu grupul țintă este un factor considerat important mai ales în proiectele care au ca obiectiv reducerea riscului de abandon, principalul argument fiind acela al selecției activităților care să aibă efecte cât mai durabile din perspectiva scopului propus. Un exemplu frecvent adus în discuții a fost cel al taberelor pentru copii care, deși foarte apreciate de către aceștia, fără o coroborare consistentă cu alte activități nu generează efecte semnificative pe termen mediu, sau chiar scurt, putând accentua chiar sentimentul de marginalizare al copiilor. Experiența anterioară este, de asemenea, un potențial garant al bunei inventarieri a nevoilor grupului țintă și a resurselor

necesare pentru derularea proiectului, precum și a disponibilizării acestor resurse (manageri de caz, de proiect, psihologi, psihiatri<sup>162</sup>, terapeuți, asistenți etc.)

**1136. Comunitatea locală** este un factor care poate avea o influență majoră în succesul proiectelor. În cadrul studiilor de caz în proiectele de tip "Prima cameră", care utilizau închirierea pentru asigurarea sprijinului locativ au fost sesizate frecvente refuzuri ale posesorilor de spații de a închiria locația pentru ca ulterior să fie utilizată de tinerii care părăsesc sistemul instituționalizat, sau de situații în care prețul inițial a crescut semnificativ după aflarea tipului de chiriași pe care locația urmează să îi aibă. Comunitatea are un rol important de asemenea și în proiectele care au în vedere diminuarea riscului de abandon, interesul acesteia pentru a sprijini familiile aflate în dificultate și de a-și schimba comportamentul de marginalizare favorizează succesul și durabilitatea efectelor.

---

*"Am avut obstacole, ne-a fost greu. Și alți colegi au avut acest gen de probleme: să găsim imobile pe care să le închiriem. Sunt prejudecăți din partea comunității. Ofertele pentru astfel de situații sunt destul de puține și de multe ori mai scumpe decât în mod obișnuit. (beneficiar, programul "Prima cameră")*

---

**1137. Pandemia Covid 19**, prin restricțiile impuse privind relaționarea socială, prin închiderea unor centre de zi, centre de criză, centre Respiro, centre pentru recuperare și reabilitare etc. a îngreunat accesul beneficiarilor către grupurile țintă, a crescut dificultatea gestionării situațiilor dificile la nivelul familiilor aflate în dificultate, creând rețineri suplimentare<sup>163</sup>. Deși prezenta evaluare a intervenit, în medie, la aproximativ 9 luni de la semnarea contractelor respectiv la peste un sfert din perioada prevăzută în contract o parte dintre beneficiari (aproximativ o treime dintre beneficiarii contractați în cadrul evaluării) au depus cereri pentru decalarea perioadei de implementare a proiectelor, fiind semnale de către OIR-uri chiar cereri de suspendare a proiectelor definitiv sau pentru o perioadă determinată.

**1138. Legislația în domeniul achizițiilor publice**, mai ales în ceea ce privește achizițiile pentru hrană a determinat punctual întârzieri semnificative în proiectele care includ activități de tipul "masă caldă".

---

*"Legislația în domeniul achizițiilor a fost cel mai mare impediment pentru noi. Am avut achiziții pentru hrană care s-au întins până la 9 luni, ceea ce a dus la imposibilitatea la a oferi pachete și masă caldă în primul an de implementare"; (reprezentant OIR)*

---

**1139. Disponibilitatea de flux numerar** care a pus în dificultate mai ales beneficiarii non-guvernamentali, principala cauză fiind fluxul ridicat al cererilor de rambursare depuse aproximativ simultan de către majoritatea beneficiarilor dintr-o regiune, ceea ce a îngreunat procesul de evaluare și aprobare. În cadrul interviurilor s-a luat în considerare de către beneficiari și de către reprezentanții OIR posibilitatea depunerii continue de proiecte care să atragă solicitări de rambursare etapizate, facilitând astfel fluidizarea circuitului financiar.

---

<sup>162</sup> În prezent, conform ARPCAPA (Asociația Română de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului), la nivel național deficitul de specialiști în domeniu este major (fiind județe fără nici un specialist), accesul la terapie pentru tineri (spre exemplu în cazuri de adicție alcoolică, sau de substanțe nocive) fiind dificil.

<sup>163</sup> Avem, spre exemplu semnalate cazuri în care familia, care intenționa să preia un copil cu dizabilități a amânat și ulterior renunțat la acest lucru din cauza închiderii centrelor de suport din localitate

**1140. Creșterea prețurilor materialelor de construcții** și dificultățile în domeniul construcțiilor au determinat întâzieri în executarea proiectelor de infrastructură finanțate prin POR, mai ales în cazul proiectelor care vizează dezinstituționalizarea adulților cu handicap și, implicit întâzieri în implementarea proiectelor POCU dependente de respectiva infrastructură.

### Sinteza constatărilor

**1141.** Principalii factori care facilitează succesul proiectelor și obținerea efectelor proiectare sunt: capacitatea instituțională și disponibilitatea beneficiarilor eligibili, sprijinul acordat de către autoritățile locale și județene, cunoașterea prealabilă a grupului de intervenție, reglementări clare din punct de vedere normativ și o atitudine pozitivă din partea comunității locale. Utilizarea apelurilor competitive cu beneficiari atât instituții publice (DGASPC-uri) cât și alte instituții creează punctual tensiuni din cauza diferențelor de acces la resursele informaționale necesare (de exemplu liste de copii). O serie de factori precum pandemia, legislația în domeniul achizițiilor, întâzierile în procesarea cererilor de rambursare și creșterea prețurilor în sectorul construcțiilor au încetinit ritmul de implementare a proiectelor.

**Validarea ipotezei 7:** *Ipoteză validată. Asupra efectelor proiectate acționează o serie de factori contextuali cu rol de facilitare, dar și o serie de factori care atenuează manifestarea efectelor proiectate în intervalul de timp preconizat.*

### 9.3.8. IE8 DACĂ ȘI ÎN CE MĂSURĂ LUCRURILE AR FI PUTUT FI FĂCUTE MAI BINE?

**Ipoteza 8:** *Intervențiile proiectate au fost optime în raport cu grupul țintă și rezultatele așteptate*

**1142.** Deși intervențiile finanțate prin POCU sunt în implementare, iar aprecierea generală este pozitivă, o serie de aspecte au fost evidențiate ca având un potențial de îmbunătățire, mai ales din perspectiva unei noi perioade de programare.

**1143. O mai bună proiectare a valorii indicatorilor de rezultat.** Spre exemplu, indicatorul 4S.59- "persoane anterior instituționalizate care beneficiază de servicii comunitare" a avut o valoare proiectată în Cadrul de performanță POCU de 13.841 persoane<sup>164</sup>. Valoarea cumulată din proiectele contractate se situează la aproximativ 16,5% din valoarea proiectată. Această diferență se justifică prin accelerarea dinamicii dezinstituționalizării determinată de adoptarea unor decizii normative<sup>165</sup> care a determinat diminuarea nevoii inițial evaluate.

**1144. O mai bună pregătire a instrumentarului** necesar pentru asigurarea complementarității intervențiilor FSE-FEDR (criterii de eligibilitate, priorități de intervenție, categorii de beneficiari prioritari etc). Proiectarea intervențiilor ar trebui să ia în considerare și decalajul temporar între intervențiile "hard" și cele "soft", precum și o rezervă de timp care să amortizeze eventualele întâzieri.

---

*"Din punct de vedere procedural, procesul a demarat târziu (iulie 2019 ambele apeluri care vizează procesul de dezinstituționalizare), fiind necesare anterior deschiderii de apeluri*

---

<sup>164</sup> Cadrul de performanță POCU, dec 2020 (pag 418)

<sup>165</sup> OUG nr. 69/2018 pentru modificarea Legii nr. 448/2006 stabilește la 50 de locuri capacitatea maximă a centrelor rezidențiale pentru persoane adulte cu dizabilități; Metodologia de elaborare a planului de restructurare a centrelor rezidențiale pentru persoanele adulte cu handicap – Decizia nr. 878/30.10.2018 a președintelui ANPD; Modificarea și completarea Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului



proceduri și analize care să identifice centrele rezidențiale eligibile pentru procesul de închidere sau restructurare, astfel încât finanțarea complementară POCU/ POR să poată utiliza instrumente comune.” (reprezentat OIR)

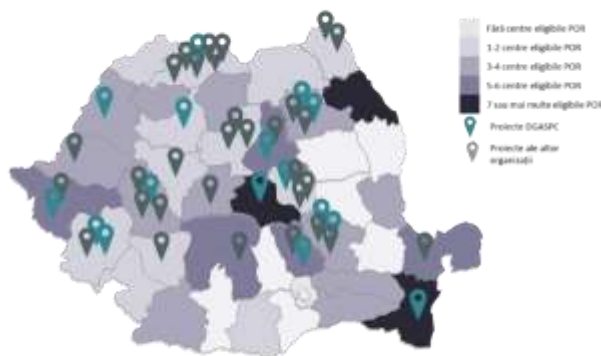
”În acest moment sunt suspendate (proiectele în derulare) pentru șase luni. Suspendarea a început la 01.10.2021 și va dura până în martie 2022 din cauza contractului pentru POR, prin care se construiește centrul de zi, lucrurile fiind întârziate. Grupul țintă este recrutat, fiind alcătuit cam din 40 de persoane cu dizabilități de la centrele neuro-psihiice pe fiecare proiect.” (reprezentant Beneficiar)

**1145. Echilibru între achitate și egalitate în targetarea grupurilor țintă.** În cazul dezinstituționalizării delimitarea grupului țintă a fost eficientă și clară în ceea ce privește copiii și adulții anterior instituționalizați. În cazul prevenției și diminuării riscului de abandon, delimitarea grupului țintă s-a realizat de către beneficiari în funcție de oportunitățile acestora de intervenție. Similar și în cazul proiectelor ”Prima cameră”. Hărțile prezentate în continuare evidențiază zone problematice în care însă, până la data evaluării nu fuseseră depuse proiecte POCU, deși există capacitate instituțională (atât privată cât și publică<sup>166</sup>). La nivelul OIR-urilor ne-au fost semnalate cazuri în care zone problematice acute<sup>167</sup> din perspectiva riscului de abandon, sau copiilor care părăsesc centre rezidențiale și au nevoie de suport, sau a persoanelor cu handicap sunt constant ocolite de către beneficiari din cauza dificultății de acces și a resurselor multiple necesare intervenției, resurse a căror reflectare în rezultate este mai puțin probabilă decât în zone fără astfel de acutizări. Următoarea perioadă de programare ar putea avea în vedere instrumente care să încurajeze beneficiarii să intervină și în aceste zone (coeficienți de creștere a costurilor standard, punctaje acordate în etapa de eligibilitate, apeluri selective, doar pentru anumite

**FIGURA 106. DISTRIBUȚIA PROIECTELOR VS. NUMĂRUL DE CENTRE ELIGIBILE POR**

zone etc.)

Distribuția numărului de centre de plasament eligibile POR/ județ versus număr de proiecte OS 4.12-4.20 pentru copii până la 31 decembrie 2020



Sursa datelor POR 2014-2020: Axa B, Anexa 8 - Lista centrelor de plasament eligibile pentru închidere. POCU My SMIS - Lista proiectelor la 31 decembrie 2020

Distribuția centrelor rezidențiale pentru adulții cu handicap eligibile POR/ județ versus număr de proiecte OS 4.12-4.20 pentru adulții cu handicap până la 31 decembrie 2020



Sursa datelor ANDPSCA, DP 191/12.07.2017, Anexa 7 - Lista centrelor rezidențiale cu capacitate mai mare de 120 de beneficiari, care sunt eligibile pentru a beneficia de finanțare prin intermediul Programului Operațional Regional 2014-2020; POCU My SMIS - Lista proiectelor la 31 decembrie 2020

<sup>166</sup> Spre exemplu DGASPC Iași a depus pentru POR zece proiecte, 6 în derulare, dar niciun proiect POCU

<sup>167</sup> De exemplu zone marginalizate din Valea Jiului, sau din Harghita, sau din Prahova

**1146. Încurajarea parteneriatelor internaționale** este un aspect care nu a fost vizat de proiectele derulate în domeniul dezinstituționalizării. Cel puțin în ceea ce privește prevenirea abandonului cu suportul acordat familiilor cu risc de abandon se consideră de către o parte dintre beneficiari că experiența internațională poate aduce un beneficiu suplimentar și metode inovative de intervenție.

---

*“Pe anumite proiecte, autoritățile publice de la noi sunt foarte opace, față de alte țări care consideră că au ce învăța unele de la altele și se constituie parteneriate transnaționale, entitățile sau autoritățile din România foarte rar fac parteneriate transnaționale care să aducă anumite modele care funcționează în alte țări.” (Beneficiar, ONG)*

---

**1147. O mai bună delimitare în logica intervenției** a rolului pe care intervențiile pe care Programele Operaționale îl au în raport cu strategiile naționale. În cadrul interviurilor la nivelul decidenților s-a constatat o perspectivă diferită între aceștia. Astfel, o parte dintre decidenți consideră că intervențiile constituie baza strategiilor naționale, ceea ce orientează atenția către sectorul public și către o prioritarizare centralizată. O altă parte dintre factorii de decizie apreciază că strategiile ar trebui să fie implementate prioritar din fonduri naționale, Programele europene venind să completeze în sistem de “plasă” intervențiile stabilite la nivel central.

---

*“Mi-aș dori enorm ca România să înțeleagă într-o zi la nivelul decidenților care lucrează la strategii, că strategiile se implementează cu bani publici naționali, iar aceste fonduri europene completează practic intervențiile, accentuează niște lucruri pe care poate nu le poți face prin strategii din bugetele naționale, aduc niște modele din afară prin încurajarea unor parteneriate.”(Decident la nivel central)*

---

**1148. Debirocratizarea și simplificarea**, în special în ceea ce privește documentația justificativă pentru grupul țintă și documentația necesară pentru schimbarea/ creșterea personalului implicat în derularea proiectului au fost aspecte semnalate de majoritatea beneficiarilor ca imperative. Deși a fost apreciat unanim progresul înregistrat în raport cu POSDRU, majoritatea consideră că aceste procese de scădere a poverii administrative a beneficiarilor trebuie continuate în următoarea perioadă de programare.

**1149. Adecvarea simplificării la situațiile specifice.** O parte dintre beneficiari ne-au semnalat faptul că Raportarea cheltuielilor indirecte doar ca procent din cheltuielile salariale este inadecvată. De exemplu<sup>168</sup> condiționarea plății managerului de grup țintă al cărui rol este de a identifica membrii eligibili ai grupului să de a se asigura că ei rămân în proiect pe toată durata acestuia nu poate fi plătit dacă nu sunt cheltuieli salariale cu alți membri ai echipei, în condițiile în care activitatea managerului de grup țintă este relativ independentă, cel puțin în faza de recrutare, în raport cu restul echipei de experți.

**1150.** Identificare de instrumente menite **să stimuleze calitatea intervențiilor**, îndeplinirea unor standarde de rezolvare a nevoilor și modul profesionist de intervenție. Atât la nivelul beneficiarilor, cât și la nivelul autorităților de management problema diferențelor de calitate a intervențiilor a constituit un subiect important, cu multiple ramificații de la efecte nedorite în rândul grupului țintă ca urmare a intervențiilor, la probleme de etică generate de implicarea unor nespecialiști în gestionarea unor situații deosebit de sensibile din punct de vedere psihologic și social. Una dintre soluțiile propuse în acest sens pentru viitoare perioadă de programare vizează introducerea criteriului profesional (ca atestare

---

<sup>168</sup> Exemplu oferit de către beneficiar

educațională) în selecția personalului implicat în proiectele care vizează persoanele aflate în situații vulnerabile.

---

*„Noi suntem mult mai aproape de beneficiarii finali. Noi suntem acolo cu personal specializat, față de alte instituții, care în proporție de peste 70% au asistenți sociali nespecializați. Mai ales în rural mulți dintre ei sunt referenți agricoli. Păi cum să-ți faci omul ăla integrare și analiză a beneficiarului final, dacă el nu are nici o treabă cu domeniul? Dar este încadrat ca asistent social în cadrul primăriei!” (beneficiar ONG)*

---

**1151.** O mai **bună analiză a nevoilor și a resurselor necesare** intervenției. Una dintre probleme semnificate în cazul proiectelor care vizează dezinstituționalizarea adulților cu handicap este cea a dificultății selecției și angajării asistenților personali pentru aceste persoane, cu atât mai mult cu cât oferta de cursuri de pregătire în acest sens este foarte redusă. Identificarea și maparea resurselor de acest fel (asistenți sociali, asistenți personali, psihologi) la nivel național a fost apreciată de către majoritatea beneficiarilor și decidenților intervievați că o premisă necesară unei mai bune proiectări a intervențiilor în care astfel de persoane sunt vitale.

---

*„Este nevoie de o analiză de nevoi și de acea mapare a resurselor. Noi o facem în proiectele noastre. Niciodată nu mă voi duce într-o comunitate până nu știu că am resursele și specialiștii cu care să merg acolo. Este extrem de important acel „do not harm” pe care îl vedem în toate documentele și pe care îl bifăm așa... nici nu cred că știm toți ce înseamnă. Haideți să nu mai facem lucrurile „de câți bani ni se dau”. Hai să pornim invers, hai să vedem cum ne eficientizăm.” (beneficiar ONG)*

---

**1152.** **Abordare diferențiată în plan local**, mai ales în proiectele care presupun costuri diferențiate în funcție de regiune sau chiar județ, așa cum sunt proiectele „Prima cameră”, care presupun de la costuri diferite pentru chirie în interiorul aceleiași regiuni, dar și costuri diferite pentru construcția unor noi centre rezidențiale.

---

*„O problemă importantă este legată de rigiditatea cu care sistemul privește cheltuielile care pot fi decontate. O chirie poate fi diferită, de exemplu în Baia Mare poate fi 100 euro/lună dar în Cluj-Napoca 300 euro/lună. Obligativitatea de a menține copilul minim 6 luni în locație. Ei sunt tineri, câte unul își găsește anturaj și pleacă. Spre exemplu în străinătate la muncă. N-ai cum să-l oprești. N-ai ce să-i oferi în schimb. Ar trebui ca vizavi de aceste aspecte sistemul să fie mai flexibil. Nu pot fi măsurate cu rigla.” (beneficiar program „Prima cameră”)*

---

## Sinteza constatrilor

**1153.** Intervențiile au răspuns unor nevoi acute și întrunesc condițiile necesare pentru atingerea rezultatelor proiectate o serie de aspecte pot fi îmbunătățite precum: o mai bună targetare a nevoilor acute generate de realitățile sistemului de protecție specială, scăderea birocrăției și creșterea gradului de adecvare a procedurilor din cadrul proiectelor (mai ales în componenta de gestionare a resurselor umane implicate), încurajare a parteneriatelor trans-naționale, identificarea de mecanisme de măsurare a calității intervențiilor din prisma grupului țintă sau a comunității.



**Validarea ipotezei 8:** *Ipoteză validată parțial. Intervențiile au fost proiectate în raport cu nevoile grupului țintă și rezultatele așteptate. Metodologia de implementare a intervențiilor poate fi îmbunătățită, mai ales pentru creșterea*

### 9.3.9. IE 9 EXISTĂ CAZURI DE BUNE PRACTICI ÎN CEEA CE PRIVEȘTE INTERVENȚIILE DE PROMOVARE A INOVĂRII SOCIALE ȘI TEMELE SECUNDARE?

**Ipoteza 9:** *Pot fi identificate o serie de bune practici în domeniul inovării sociale și al temelor secundare*

**1154.** Abordarea în cadrul programului "Prima cameră", de la nivel de proiectare a serviciilor integrate până la modul de intervenție efectivă este, în opinia noastră, un **exemplu de intervenție inovativă** fiind, cel puțin până la momentul evaluării, o lecție de bună practică ce poate fi dezvoltată inclusiv prin mecanisme de tip parteneriat public-privat. Caracterul inovativ al intervenției generat de îmbinarea între intervențiile de tip asistențial și și suportul locativ este susținut de flexibilizarea în cadrul proiectelor a tipului de suport acordat membrilor grupului țintă, de la meditații pentru finalizarea studiilor, la sprijin în îngrijirea copilului la acces la servicii medicale pentru tânărul sprijinit, fiind o îmbinare între asistență socială, tutoriat și îndrumare unică în spațiul românesc.

**1155.** Un element inovativ generat de abordarea integrată din cadrul majorității proiectelor finanțate în domeniul dezinstituționalizării vizează comunicarea publică. Importanța comunicării la fiecare nivel a fost reliefată în cadrul interviurilor atât de la nivel local (beneficiari care insistă asupra importanței sprijinului local, nu doar a autorităților locale), ci și la nivel central, ca sprijin pe care procesul de comunicare îl aduce în înțelegerea faptului că pauperitatea, marginalizarea, riscul de abandon a copiilor cu care se confruntă unele familii sunt probleme ale comunității în ansamblu nu doar ale familiilor respective, că o comunitate care are enclave de pauperitate nu poate fi o comunitate bogată, sau dezvoltată. La nivel central bunele practici în domeniul comunicării s-au dovedit un sprijin important în creșterea interesului pentru adopție, mai ales pentru adopția copiilor greu adoptabili. Intensificarea acestor eforturi, menținerea în agenda comunicațională națională în mod permanent a problemelor legate de pauperitatea copiilor și de nevoile lor sunt elemente de bune practici ce considerăm că trebuie menținute și dezvoltate în perioada următoare de programare.

**1156.** Sprijinirea tranziției către o economie cu emisii scăzute de dioxid de carbon și eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor s-a realizat tangențial în cadrul proiectelor, prin intermediul infrastructurilor sprijinite prin POR, infrastructuri care întrunesc parametri tehnici și standardele legale de calitate și eficiență a gestionării resurselor.

**1157.** Îmbunătățirea accesibilității grupurilor vulnerabile, în special a copiilor, în vederea utilizării tehnologiilor informației și comunicațiilor a fost o componentă importantă pentru majoritatea proiectelor care au vizat acest grup social, mai ales în contextul școlii online, proiecte în care copii au primit sprijinul necesar utilizării tehnologiilor la care au avut acces, sau facilitării accesului la tehnologii (tablete).

#### Sinteza constatărilor

**1158.** Programul "Prima cameră" este, în opinia noastră, un exemplu de intervenție inovativă. Elemente inovative s-au identificat și la nivelul comunicării publice, în special pentru a obține susținerea comunitară a intervențiilor. Îmbunătățirea accesibilității grupurilor vulnerabile în vederea utilizării tehnologiilor informației și comunicațiilor a fost, în contextul școlii online, o componentă importantă pentru majoritatea proiectelor care au vizat copiii. Adiacent intervențiile au sprijinit tranziția către o economie cu emisii scăzute de dioxid de carbon și eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor.



**Validarea ipotezei 9:** *Ipoteză validată. Intervențiile generează bune practici în domeniul inovării sociale și al temelor secundare .*

## 9.4. Concluzii și recomandări

### 9.4.1. CONCLUZII

**C1.** Susținerea legislativă pentru stabilirea cadrului de intervenție a constituit un factor major de facilitare a obținerii rezultatelor. Deciziile în direcția obligativității dezinstituționalizării și actele normative care au stabilit centrele eligibile POR au fost instrumentele principale care au dinamizat procesul și care contribuie la durabilitatea efectelor;

**C2.** Dezinstituționalizarea este un proces care se realizează într-un context de presiune socială și într-un sistem care a moștenit numeroase disparități la nivel național. O parte semnificativă din zonele problematice atât în ceea ce privește dezinstituționalizarea, cât, mai ales prevenirea riscului de abandon și nevoia de sprijin prin programul "Prima cameră" nu au fost vizate de nici un proiect.

**C3.** Implicarea comunității locale (APL, ONG, societate civilă) reprezintă un factor major de susținere a dezinstituționalizării și prevenției a abandonului.

**C4.** Gradul de implementare a Programului este scăzut (sub 1%), în special din cauza debutului târziu al intervențiilor (2020) și pandemiei COVID19, prin urmare există risc de nerealizare a indicatorilor de rezultat până la sfârșitul perioadei de programare.

**C5.** Intervențiile POCU/ POR în domeniul dezinstituționalizării au constituit un pilon principal al implementării politicii publice în acest domeniu și, implicit, a strategiilor naționale: „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități” și a ”Strategiei naționale pentru protecția și promovarea Drepturilor copilului”. Însă, caracterul competitiv al apelurilor și eterogenitatea beneficiarilor nu asigură la nivel național, în toate cazurile echitatea intervențiilor.

**C6.** Intervențiile în domeniul prevenirii abandonului și programul "Prima cameră" sunt intervenții cu o probabilitate mare de a aduce beneficii economice consistente la nivel public, pe termen scurt și mediu.

**C7.** Deși se înregistrează un progres semnificativ în raport cu POSDRU, intervențiile POCU rămân tarate de un nivel ridicat de birocratizare, de exces justificativ și de raportare.

**C8.** Programul "Prima cameră" este una dintre cele mai de succes intervenții în domeniul incluziunii sociale a copiilor instituționalizați, având caracter inovativ și evidențiind mecanisme care pot fi valorificate în proiectarea intervențiilor din următoarea perioadă de finanțare.

**C9.** Logica de intervenție poate fi îmbunătățită printr-o serie de măsuri care să vizeze: creșterea duratei intervențiilor pentru copii la minim un ciclu educațional (5 ani), integrarea intervențiilor care vizează dezinstituționalizarea cu măsuri de reconversie profesională acolo unde este cazul, utilizarea hărților de nevoi și resurse necesare pentru adresarea nevoilor (mai ales resurse umane), în instrumentarul de proiectare a intervenției, utilizarea de instrumente informatice (de exemplu Revisal/ReGES) pentru măsurarea durabilității intervențiilor (în acest caz "Prima cameră"), prioritizarea intervențiilor (prin coeficienți) în raport cu intensitatea problematică, încurajarea parteneriatelor trans-naționale, utilizarea de instrumente de măsurare a calității intervențiilor din perspectiva grupului țintă, utilizarea costurilor standard în fiecare situație în care acest lucru este posibil.



## 9.4.2. RECOMANDĂRI

**R1.** La nivel strategic și al cadrului de reglementare recomandăm:

- Stabilirea anticipată, încă din faza de proiectare a nevoilor de reglementare care condiționează intervenția și derularea de demersuri care să accelereze procesul decizional;
- Implicarea instituțiilor centrale în procesul de alocare necompetitivă a fondurilor pentru proiecte care vizează politici publice sectoriale (cum este dezinstituționalizarea) și susținerea constantă de către ministerul de resort (Ministerul Muncii) de sesiuni de pregătire a personalului din DGASPC-uri pentru creșterea și consolidarea competențelor în atragerea de fonduri europene;
- Finanțarea, în următoarea perioadă de programare, a campaniilor publice de conștientizare și implicare socială a publicului larg și a instituțiilor societății civile în procesul de incluziune socială a copiilor (inclusiv adopții).

**R2.** La nivelul programului și sistemului de implementare recomandăm:

- Luarea în considerare în următoarea perioadă de programare a depunerilor "ongoing" pentru intervențiile care vizează incluziunea copiilor aflați în situații speciale.
- Mai bună definire de către MIPE a rolului pe care intervențiile din fonduri europene îl ocupă în implementarea cadrului strategic la nivel național și asigurarea coerenței instrumentale a acestui rol. De exemplu, în cazul în care intervenția se dorește a fi pilon principal, ca în cazul de față, recomandarea vizează apeluri necompetitive, instrumente de orientare către zonele intens problematice, instrumente de inventariere anticipativă a nevoilor și resurselor. În cazul în care intervenția se dorește a avea rol de "plasă" de siguranță, recomandarea vizează apeluri competitive, destinate unei categorii omogene de beneficiari (public/privat).
- Luarea în considerare de către Ministerul Muncii a unor programe de încurajare a investițiilor private (în parteneriat public/ privat) pentru susținerea acestor tipuri de intervenții în următoarea perioadă prin facilități fiscale proporționale beneficiului economic estimat.
- Debirocratizare și simplificare (mai ales în componenta de gestionare a resurselor umane implicate –experți, specialiști, manageri).

**R3.** La nivelul logicii de intervenție recomandăm:

- Continuarea programului "Prima Camera" în următoarea perioadă de programare/intervenție prin valorificarea experiențelor acumulate în acest exercițiu de programare.
- Proiectarea intervențiilor pentru perioade următoare de programare prin valorificare lecțiilor învățate din POCU și în parteneriat cu beneficiari intervențiilor în domeniul dezinstituționalizării și printru echilibru între calitativ și cantitativ în măsurarea rezultatelor și a impactului în toate proiectele finanțate.



## 10. TEMA DE EVALUARE 8 - CONSOLIDAREA CAPACITĂȚII ENTITĂȚILOR DIN CADRUL ECONOMIEI SOCIALE DE A FUNCȚIONA ÎN MOD AUTO-SUSTENABIL (OBIECTIVUL SPECIFIC 4.16)

Acest raport este destinat **Temei 8 - Consolidarea capacității entităților din cadrul economiei sociale de a funcționa în mod auto-sustenabil (Aria de cuprindere: obiectivul specific 4.16)**, fiind unul dintre cele opt rapoarte tematice aferente primului exercițiu de evaluare intermediară POCU din cadrul proiectului „Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020 Lotul 1: Evaluarea intervențiilor în domeniul incluziunii sociale”.

Informații privind contextul întregului ciclu de evaluare se regăsesc în Raportul de sinteză, din care prezentăm selectiv aspectele relevante evaluării Temei 8, obiect al prezentului raport tematic.

Conform CdS, la baza acestui exercițiu au stat opt (8) întrebări de evaluare (ÎE) după cum urmează:

- ÎE1.** *Care este progresul observat în ariile vizate (regiunile de dezvoltare, urban-rural, ITI Delta Dunării) cu privire la consolidarea capacității entităților din cadrul economiei sociale de a funcționa în mod auto-sustenabil?*
- ÎE2.** *În ce măsură progresul observat este atribuit POCU?*
- ÎE3.** *În ce măsură există și alte efecte, pozitive sau negative?*
- ÎE4.** *În ce măsură efectul depășește granița zonei sau a sectorului sau afectează alte grupuri, nevizate de intervenție?*
- ÎE5.** *În ce măsură sunt efectele durabile pe o perioadă mai lungă de timp?*
- ÎE6.** *Ce mecanisme facilitează efectele? Care sunt caracteristicile cheie contextuale pentru aceste mecanisme?*
- ÎE7.** *Dacă și în ce măsură lucrurile ar fi putut fi făcute mai bine?*
- ÎE8.** *Există cazuri de bune practici în ceea ce privește implementarea intervențiilor?*

### 10.1. Contextul implementării intervențiilor corespunzătoare TE8

#### 10.1.1. PREZENTAREA INTERVENȚIILOR EVALUATE

**1159.** Logica intervenției pentru **obiectivul specific (OS) 4.16 Consolidarea capacității întreprinderilor de economie socială de a funcționa într-o manieră auto-sustenabilă** are ca punct de plecare necesitatea dezvoltării de structuri de economie socială, consolidarea capacității acestora pentru integrarea pe piața muncii a persoanelor din grupurile vulnerabile și combatere a sărăciei, prin crearea de noi locuri de muncă și dezvoltarea serviciilor locale, în concordanță cu documentele strategice relevante în domeniu (AP 2014-2020, Strategia Națională pentru Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei, Strategia Națională privind Îmbătrânirea Activă, Strategia Națională privind Incluziunea Socială a Persoanelor cu Dizabilități 2014-2020, Strategia Națională de Ocupare a Forței de Muncă 2014-2020, posibil cu Planurile de Dezvoltare Regională etc).



**1160.** Această intervenție contribuie direct la Prioritatea de investiție 9V "Promovarea antreprenoriatului social și a integrării vocaționale în întreprinderile sociale și economia socială și solidară pentru a facilita accesul la ocuparea forței de muncă".

**1161.** Din analiza programului prin obiectivul specific formulat dar și prin rezultatul așteptat „creșterea numărului de entități de economie socială/dezvoltarea entităților existente”, rezultă că obiectivul specific al acestei teme are în vedere atât consolidarea capacității entităților de economie socială existente, cât și înființarea de entități noi și sprijinirea dezvoltării acestora. Totodată, din analiza priorității de investiție căruia îi este subsumat acest obiectiv, reiese că impactul așteptat este acela al creșterii angajabilității la nivelul întreprinderilor sociale prin facilitarea accesului la ocupare în cadrul acestor structuri.

**1162.** Aceste tipuri de activități au avut în vedere două categorii de grupuri țintă și anume:

- Persoane din întreprinderi sociale nou înființate sau în întreprinderi sociale existente (personal, membri, voluntari, beneficiari ai serviciilor furnizate de entitățile de economie socială);
- Persoane care doresc să înființeze întreprinderi sociale.

**1163.** Strategia programului indică efectul așteptat asupra grupului țintă adresat, în special a grupurilor vulnerabile, prin creșterea gradului de ocupare pe piața muncii a acestor grupuri. Rezultatele așteptate ale programului sunt însă formulate din perspectiva dezvoltării sectorului economiei sociale și anume ca număr de întreprinderi sociale înființate și atestate în baza Legii 219/2015 și implicit ca număr de locuri de muncă create de aceste întreprinderi.

**1164.** Teoria programului transpusă în logica implementării intervenției evidențiază intenția de măsurare a schimbării prin creșterea numărului de entități de economie socială (din care: din zona rurală) înființate ca urmare a sprijinului primit de la 346 în 2013 la 1600 în 2023 (ID 4S62) și să urmărească rata acestora de supraviețuire la 6 luni de la terminarea sprijinului (ID 4S61).

**1165.** Proiectele finanțate până acum în cadrul Temei 8 cumulează o valoare de aproximativ 294 milioane euro din cadrul unui singur apel, respectiv apelul 449, de 4 ori mai mult decât valoarea inițial alocată de aproximativ 70 milioane euro. Astfel, dimensiunea contractării, respectiv faptul că majoritatea proiectelor au început abia în 2019 din cauza lansării apelului în cea de a doua parte a anului 2018, limitează apariția efectelor în anul 2021. Deși a mai fost lansat un apel și în 2017, apelul 75, singurul proiect contractat a fost ulterior reziliat. Ultimul apel lansat în 25 Septembrie 2020, „Sprijin pentru înființarea de întreprinderi sociale în mediul rural”, POCU/879/4/16 focalizează acțiunile în mediul rural (regiunile mai puțin dezvoltate) și ITI Delta Dunării, iar activitățile obligatorii presupun de această dată parcurgerea unei a treia etape față de apelul anterior, și anume etapa de asigurare a sustenabilității planurilor de afaceri ulterior perioadei de implementare a proiectului și nu mai prevăd posibilitatea de a selecta activități destinate dezvoltării sectorului economiei sociale.

**1166.** Din punct de vedere al design-ului intervențiilor, proiectele finanțate adresează doar înființarea de entități de economie socială prin măsuri integrate de activități de formare/consiliere/consultanță în domeniul antreprenoriatului și acordarea de micro-granturi de dezvoltare unui număr de entități sociale selectate în baza unor concursuri. Comparativ cu experiența POSDRU prin DMI 6.1 unde beneficiarii puteau alege mai multe tipuri de intervenții, apelul lansat a focalizat foarte bine intervenția în primul rând pe activități obligatorii care includ mai multe dimensiuni și anume înființarea, dezvoltarea și monitorizarea întreprinderilor sociale, structurate sub forma unei scheme pentru entități ale economiei sociale, care presupune parcurgerea a două etape de implementare: etapa I – sprijin pentru înființarea de noi întreprinderi sociale (maximum 12 luni) și etapa a II-a – implementarea planurilor de afaceri și monitorizarea funcționării întreprinderilor de acest tip (maximum 24 de luni). Apelul de proiecte lansat a vizat selectarea de administratori de schemă pentru entități ale economiei sociale, care să sprijine apoi prin activitățile mai sus menționate și prin finanțare nerambursabilă (ajutor de minimis) înființarea de întreprinderi sociale și funcționarea acestora pe o perioadă de minimum 18 luni. Astfel, un element pozitiv față de POSDRU este constituit de activitățile de dezvoltare și monitorizare a entităților de

economie socială ulterior înființării acestora pe o perioadă de maximum 24 de luni. Activitățile destinate dezvoltării domeniului economiei sociale, de tipul celor menționate mai sus, deși incluse în ghidul solicitantului, nu au avut un caracter obligatoriu.

**1167.** Efectele așteptate, prin implementarea pachetului de măsuri, urmăresc să contribuie la creșterea ratei de supraviețuire a entităților de economie socială finanțate după finalizarea sprijinului acordat, dar și crearea de noi locuri de muncă și dezvoltarea serviciilor locale.

### 10.1.2. METODOLOGIA DE EVALUARE

**1168. Prezentarea metodologiei: metodologia de evaluare** a utilizat o abordare integrată pentru TE8 (OS4.16). Pe parcursul evaluării a fost acordată o importanță deosebită factorilor de context, dar și modului în care s-au modificat legăturile cauzale și mecanismele de producere a rezultatelor. Metodologia și instrumentele de evaluare sunt prezentate în **Anexa (TE8).1** la raport.

Astfel, pentru a răspunde întrebărilor de evaluare (ÎE) s-a elaborat o metodologie de evaluare bazată pe o combinație de metode și instrumente adaptate specificului TE8. Conform Metodologiei de evaluare actualizată pentru acest exercițiu, instrumentele de evaluare au fost proiectate astfel încât să sprijine formularea răspunsurilor la mai multe întrebări de evaluare. Contribuția metodelor și instrumentelor de evaluare la formularea răspunsurilor este prezentată sintetic în tabelul următor:

**TABEL 78. METODOLOGIA DE EVALUARE PENTRU TE8**

TEMA 8		ÎE1	ÎE2	ÎE3	ÎE4	ÎE5	ÎE6	ÎE 7	ÎE 8
Metode/ Abordări metodologice	Instrumente								
Evaluare bazată pe teorie	Cercetare documentară	x	x	x	x	x	x	x	x
	Procesare și analiză statistică a seriilor de date	x	x	x	x	x	x	x	x
	Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale	x	x	x	x	x	x	x	x
	Anchetă la nivelul structurilor de economie socială neatestatate	x	x						
	Interviuri	x	x	x	x	x	x	x	x
	Ateliere de lucru cu administratori ai schemei de ajutor de minimis și cu beneficiari ai finanțării		x	x	x	x	x	x	x
Studii de caz	Studii de caz		x	x	x	x	x	x	x
Focus grup regional/național	Focus grup regional/național	x	x	x	x	x	x	x	x
Tehnici vizuale	Tehnici vizuale, inclusiv hărți GIS	x	x						
Panel de experți	Panel de experți	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Metoda de evaluare</b>	<b>Aplicare și contribuție la evaluare</b>								
<b>Cercetare documentară</b>	<p>Analiza documentelor privind cadrul strategic, legislativ și instituțional, la nivel european și național, privind specificul intervențiilor vizate, documente de programare (document de program POCU), Rapoartele Anuale de Implementare (RAI), Rapoartele de Evaluare (RE) etc.;</p> <p>Analize, studii de specialitate și alte documente din domeniul economiei sociale identificate ca necesare pe parcursul evaluării, așa cum sunt prezentate în secțiunea referitoare la sursele de date;</p> <p>Cercetarea documentară a contribuit la analiza evoluției la nivel sectorului de economie socială, aceasta fiind prezentată în <b>Anexa (TE8).3</b>;</p> <p>Lista documentelor analizate se regăsește în <b>Anexa (TE8).12</b> la raport.</p>								

<p><b>Colectarea de date din baze de date publice, date de program, date administrative</b></p>	<p>Date administrative privind proiectele finanțate (furnizate prin intermediul platformei SMIS<sup>169</sup>, fonduri-ue.ro, date deschise etc.);</p> <p>Date privind contextul intervențiilor, preluate din baze de date statistice și rapoarte de monitorizare și evaluare, planuri, strategii aferente domeniului, alte baze de date și surse de date statistice relevante (EUROSTAT, INS, MMPS, ANOFM, Barometrul economiei sociale, etc), precum și surse de date la nivel național/regional;</p> <p>Bazele de date se regăsesc în <b>Anexa (TE8).2</b> la raport.</p>
<p><b>Interviuri</b></p>	<p>Acestea au avut ca scop triangularea și completarea informațiilor obținute anterior din prelucrarea și analiza documentelor și datelor administrative, pentru a oferi răspunsuri la întrebările de evaluare. Au fost realizate interviuri, prin video-conferință și telefonic, prin care s-a urmărit atât surprinderea efectelor la nivel de sistem, cât și surprinderea impactului intervențiilor la nivel de proiecte.</p> <p><b>Interviuri comune/specifice TE8 autorități:</b></p> <p>Au fost realizate interviuri comune care au urmărit impactul la nivel de sistem, implicând reprezentanți ai celor mai importante instituții:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerul Investițiilor și Proiectelor europene, Direcția Generală Programare și Coordonare de Sistem (MIPE);</li> <li>• Autoritatea de Management pentru Programul Operațional Capital Uman (AMPOCU);</li> <li>• Organismul Intermediar Centru (OI Centru);</li> <li>• Organismul Intermediar Vest (OI Vest);</li> <li>• Organismul Intermediar Sud-Muntenia (OI SM);</li> <li>• Organismul Intermediar Nord-Vest (OI NV).</li> </ul> <p><b>Interviuri specifice TE8</b></p> <p><b>Autorități cu responsabilități în domeniul economiei sociale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerul Muncii și Protecției Familiei, Serviciul Analiza Pieței Muncii, Formare Profesională și Economie Socială, Compartimentul de Economie Socială (MMPS);</li> <li>• Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, Direcția Analiza Pieței Muncii, Programe de Ocupare și de Formare Profesională a Forței de Muncă, Compartimentul de Economie Socială (ANOFM).</li> </ul> <p><b>Interviuri administratori scheme de grant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agrafics Communication SRL;</li> <li>• Fundația Serviciilor Sociale Bethany;</li> <li>• Fundația „Alături de Voi” Iași;</li> <li>• Orașul Tâlmăciu;</li> <li>• Camera de Comerț și Industrie a României;</li> <li>• Euzone Consultancy Network SRL;</li> <li>• Centrul pentru Legislație Non-Profit;</li> <li>• Primaserv SRL.</li> </ul> <p><b>Interviuri pentru studiile de caz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiu de caz - SMIS 126230 - Fundația Serviciilor Sociale Bethany - Beneficiar;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 127384 - Fundația „Alături de Voi” Iași - Beneficiar;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 126615 - Orașul Tâlmăciu - Beneficiar;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 128568 - Camera de Comerț și Industrie a României - Beneficiar;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 128582 - Euzone Consultancy Network SRL - Beneficiar, Asociația Centrul pentru Legislație Non-Profit - Partener 2;</li> <li>• Studiu de caz - SMIS 128655 - Primaserv SRL - Beneficiar.</li> </ul> <p>Minutele interviurilor se regăsesc în <b>Anexa (TE8).5</b> la raport.</p>
<p><b>Sondaj în rândul structurilor de economie socială atestate în baza prevederilor Legii</b></p>	<p><b>Sondajul</b> a fost realizat cu scopul de a colecta date în vederea realizării analizelor și a fundamentării răspunsurilor la întrebările de evaluare privind impactul intervențiilor POCU la dezvoltarea economiei sociale, precum și alte efecte ale intervențiilor. Sondajul a urmărit ca acesta să fie suficient de reprezentativ pentru a putea asigura marja de eroare asumată.</p> <p>Așa cum a fost menționat în metodologia de evaluare dimensiunea eșantionului s-a raportat la numărul de</p>

<sup>169</sup> Sistem electronic de management al informației utilizat pentru toate Instrumentele Structurale în România începând cu perioada de programare 2007-2013. Acronimul SMIS corespunde denumirii în limba engleză Single Management Information System.

<p><b>219/2015</b></p>	<p>întreprinderi sociale existente în Registrul Unic de Evidență al Întreprinderilor Sociale (RUEIS). Astfel, eșantionarea a fost una exhaustivă cuprinzând tot universul investigat, respectiv toate întreprinderile sociale atestate până la data de 31.03.2021. Marea majoritate a ÎES din RUEIS au fost înființate prin POCU OS 4.16 fiind atestate începând cu anul 2020 și continuând pe toată perioada anului 2021, afacerile sociale fiind în diverse stadii. Astfel, mare parte din ÎES înființate prin POCU OS 4.16 au o vechime pe piață mai mică de 1 an, iar ÎES atestate după 31.03.2021 se află într-un stadiu incipient al dezvoltării afacerii fiind în etapa de derulare a activităților pregătitoare demarării afacerii.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tip: chestionar online cu 23 itemi diseminat prin intermediul platformei Survey Monkey;</li> <li>• Perioada de derulare: august - octombrie 2021;</li> <li>• Tip de eșantionare: exhaustivă;</li> <li>• Populația țintă: întreprinderi de economie socială atestate în baza prevederilor Legii 219/2015 existente în Registrul Unic de Evidență al Întreprinderilor Sociale (RUEIS) la data de 31.03.2021;</li> <li>• Dimensiunea: 1,626;</li> <li>• Metoda de eșantionare: nu este cazul;</li> <li>• Număr de răspunsuri: 411;</li> <li>• Rată de răspuns (%): 26.28%.</li> </ul> <p>Raportul sondajului realizat în rândul structurilor de economie socială atestate în baza prevederilor Legii 219/2015 prin POCU TE8 se regăsește în <b>Anexa (TE8).4</b> la raport.</p>
<p><b>Anchetă în rândul organizațiilor care respectă principiile economiei sociale dar care nu sunt atestate ca întreprinderi sociale atestate în baza prevederilor Legii 219/2015</b></p>	<p><b>Ancheta</b> a fost realizată cu scopul de a colecta date în vederea realizării analizelor și a fundamentării răspunsurilor la întrebările de evaluare privind evoluția sectorului de economie socială în România. Ancheta a urmărit să analizeze un număr suficient de organizații care respectă principiile economiei sociale dar care nu s-au atestat ca întreprinderi de economie socială în sensul prevederilor Legii 219/2015.</p> <p>Acestea au fost selectate după anumite criterii care au vizat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprezentativitatea la nivel regional;</li> <li>• Forma de organizare;</li> <li>• Mediul în care activează;</li> <li>• Tipul de activitate;</li> <li>• Dimensiunea organizației din punct de vedere al numărului de angajați și al cifrei de afaceri.</li> </ul> <p>Au fost anchetate 67 de organizații. La nivel regional, în cadrul organizațiilor anchetate există reprezentativitate la nivelul tuturor celor 8 regiuni de dezvoltare.</p> <p><b>Limitări:</b> La nivelul MMPS nu există o centralizare a organizațiilor neatestate. Există organizații ce activează în domeniul economiei sociale fără a fi atestate și cu care MMPS colaborează, dar nu există o evidență a tuturor acestora. Ar fi imposibil de centralizat, neavând atestat așa cum a menționat MMPS în cadrul consultărilor la nivelul TE8.</p> <p>Din acest considerent echipa de evaluare a realizat o selecție a organizațiilor în baza criteriilor stabilite, a informațiilor publice disponibile, precum și prin consultare cu diverse organizații sau instituții etc.</p>
<p><b>Ateliere regionale</b></p>	<p>Obiectivul <b>Atelierelor Regionale de Lucru</b> a fost acela de completare și validare a informațiilor colectate pe parcursul evaluării. Temele de discuție din cadrul atelierelor au vizat aspecte legate de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprecierea eficienței și eficacității intervențiilor TE8 (OS 4.16) luând în considerare realitățile și nevoile grupurilor țintă în domeniul de intervenție;</li> <li>• Aprecierea rolului pe care intervențiile POCU OS 4.16. îl au privind dinamica indicatorilor de evaluare a impactului;</li> <li>• Identificarea efectelor suplimentare în domeniul de intervenție și domeniile conexe;</li> <li>• Aprecierea sustenabilității efectelor înregistrate și a mecanismelor care favorizează sustenabilitatea;</li> <li>• Evaluarea eficienței mecanismelor de implementare și a condițiilor favorabile acestora;</li> <li>• Identificarea lecțiilor de bună practică.</li> </ul> <p>Au fost organizate <b>3 Ateliere regionale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2 ateliere</b> cu reprezentanți ai <b>Administratorilor schemei de ajutor de minimis SOLIDAR;</b></li> <li>• <b>1 atelier</b> de lucru cu <b>beneficiari de ajutor de minimis SOLIDAR care au înființat întreprinderi sociale.</b></li> </ul> <p>La cele 3 ateliere au participat reprezentanți ai Administratorilor schemei de ajutor de minimis SOLIDAR și beneficiari de ajutor de minimis SOLIDAR care au înființat întreprinderi sociale din toate regiunile de dezvoltare.</p> <p>Rapoartele celor 3 Ateliere regionale se regăsesc în <b>Anexa (TE8).6</b> la raport.</p>
<p><b>Studii de caz</b></p>	<p><b>Studiile de caz</b> au fost incluse în metodologie pentru analiza aprofundată a modului în care intervențiile au</p>

	<p>produs efecte, acestea completând rezultatele analizelor privind impactul, realizate pe baza utilizării EBT și analiza calitativă a datelor colectate prin alte metode. Prin studiile de caz au fost evidențiate și exemplificate rezultatele obținute, au fost analizate aspectele cheie privind modul de obținere a rezultatelor și producerea altor efecte.</p> <p>Au fost realizate <b>6 studii de caz</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SC1: „Acceleratorul de întreprinderi sociale”, cod SMIS 127384</b></li> <li>• <b>SC2: „Impact Start-Up”, cod SMIS 126230</b></li> <li>• <b>SC3: „Laboratorul antreprenorilor sociali din Regiunea Centru”, cod SMIS 126615</b></li> <li>• <b>SC4: „Oportunități de dezvoltare locală prin antreprenariat social sustenabil”, SMIS 128568</b></li> <li>• <b>SC5: „IDEAL - Incluziune și dezvoltare prin economie socială”, cod SMIS 128582</b></li> <li>• <b>SC6: „CRESC - C(reativitate) și R(esurse) pentru o E(conomie) S(ocială) C(ompetitivă)”, SMIS 128655</b></li> </ul> <p>Studiile de caz se regăsesc în <b>Anexa (TE8).7</b> la raport.</p>
<b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b>	<p><b>Procesarea și analiza statistică a datelor</b> a inclus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Date privind contextul de implementare al TE8 și evoluția sectorului (evoluția sectorului economiei sociale, ocuparea grupurilor vulnerabile, etc) - AM POCU, MMPS, ANOFM etc;</li> <li>• Date privind evoluția întreprinderilor sociale înființate prin POCU OS4.16 – AM POCU, MMPS, ANOFM etc;</li> <li>• Date privind progresul fizic la nivelul OS4.16 - date MySMIS;</li> <li>• Date privind indicatorii proiectelor din MySMIS;</li> <li>• Date colectate prin aplicarea instrumentelor de evaluare specifice (sondaj, anchetă).</li> </ul> <p>Bazele date se regăsesc în <b>Anexa (TE2).2</b> la raport.</p>
<b>Panelul de experți</b>	<p><b>Panelul de experți</b> a urmărit colectarea de informații cu privire la impactul intervențiilor și contextul de implementare precum și discutarea principalelor constatări, concluzii și recomandări. La panel au participat experți cu expertiză în domeniul incluziunii sociale (inclusiv economie socială). Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p> <p>Raportul Panelului de experți se regăsește în <b>Anexa (TE8).8</b> la raport.</p>
<b>Focus-Grupului Național</b>	<p>Obiectivul <b>Focus-Grupului Național</b> a fost acela de validare a principalelor constatări și concluziilor preliminare. Temele de discuție din cadrul FG au vizat aspecte legate de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiența și eficacitatea intervențiilor POCU OS 4.16 luând în considerare realitățile și nevoile grupurilor țintă în domeniul de intervenție;</li> <li>• Rolul intervențiilor POCU OS 4.16 în domeniul economiei sociale, precum și în dinamica indicatorilor de evaluare a impactului;</li> <li>• Efecte suplimentare în domeniul de intervenție și domeniile conexe;</li> <li>• Sustenabilitatea efectelor înregistrate și a mecanismelor care favorizează sustenabilitatea;</li> <li>• Eficiența mecanismelor de implementare și a condițiilor favorabile acestora;</li> <li>• Lecțiile de bună practică.</li> </ul> <p>A fost organizat <b>1 Focus-Grup la nivel național la nivelul celor 8 TE care fac obiectul evaluării</b> care a avut 23 de participanți, între care reprezentanți ai factorilor decizionali, dar și ai altor structuri de la nivel național responsabile în domeniul economiei sociale (OIR Sud-Vest Oltenia, OIR Sud-Muntenia, OIR București-Ilfov, OIR Vest, OIR Sud-Est, OIR Centru, OIR Nord-Est, DGASPC Maramureș, DGASPC Argeș, DGASPC Dâmbovița, DGASPC Sibiu, DGASPC Prahova, DGASPC Neamț, Organizația Salvați Copiii, Ministerul Sănătății, Agenția Națională pentru Egalitate de Șanse între Femei și Bărbați) și echipa de evaluare. Întâlnirea s-a desfășurat online sub formă de webinar.</p> <p>Raportul Focus-Grupului se regăsește în <b>Anexa (6.1).9</b> la raport.</p>
<b>Tehnici vizuale</b>	<p>Au fost realizate hărți pentru a prezenta nivelul de acoperire teritorială a întreprinderilor sociale atestate și numărul de angajați în cadrul acestora la nivel național/regional și alte reprezentări grafice atât în corpul principal al raportului cât și în anexe.</p>

### 10.1.3. PROBLEME ÎNTÂMPINATE ȘI LIMITĂRI ÎN APLICAREA METODOLOGIEI DE EVALUARE, ROBUSTEȚEA CONCLUZIILOR

**1169.** O constrângere în implementarea metodologiei de evaluare o reprezintă nivelul scăzut de accesibilitate și interes al părților interesate. Astfel, disponibilitatea limitată, cu precădere al unor autorități centrale/instituții publice, pentru exercițiul de evaluare și rezultatele acestuia, s-a reflectat într-



un grad mai redus de implicare în activitățile prevăzute (disponibilitate redusă pentru participarea la interviuri, focus-grupuri, sondaje), deși echipa de evaluare a depus eforturi considerabile și a derulat o corespondență intensă (telefon, e-mail) pentru a obține sprijinul acestora în realizarea activităților. Totuși, prin extinderea perioadei de colectare a datelor, echipa de evaluare a reușit să realizeze un număr mare de interviuri, suficient pentru a acoperi varietatea mare de situații, proiecte și stakeholderi implicați și pentru triangularea datelor din diferite surse. Totodată, activitatea instituțională afectată de situația COVID-19, supraîncărcarea din această perioadă în care s-au suprapus și alte sarcini specifice, consultări pentru noua perioadă de programare, grupuri de lucru etc. au îngreunat implicarea acestora.

**1170.** Lipsa unor date agregate și statistici la nivel național cu privire la organizațiile care respectă principiile economiei sociale, dar care nu sunt atestate ca întreprinderi sociale în baza Legii 219/2015: La nivel sectorial nu sunt disponibile date defalcate pe tipuri de structuri de economie socială, date financiare, număr de angajați etc (cazul cooperativelor, societăților comerciale cu acționariat majoritar constituit din asociații, fundații, societăți cooperative, asociații etc). Astfel răspunsul la ÎE1 s-a bazat pe studiile și datele cele mai recente cu privire la economia socială disponibile, fiind realizată o analiză proprie a datelor cantitative disponibile specifice economiei sociale și indicatorilor specifici, însă numai din perspectiva întreprinderilor sociale atestate/certificate. Datele administrative necesare pentru calcularea cu regularitate a conturilor economiei sociale lipsesc și nu există preocupări la nivelul autorităților competente și anume Ministerul Finanțelor, Ministerul Justiției - Registrul ONG, Oficiul Registrul Comerțului, Institutul Național de Statistică, Banca Națională care să permită actualizarea anuală a Registrului Statistic al Economiei Sociale cu date din situațiile financiare ale acestor entități, odată cu încheierea înregistrării situațiilor financiar-contabile anuale la autoritățile fiscale. De asemenea, Registrul Comerțului nu publică situații regulate care să includă informații privind unitățile instituționale care sunt parte a economiei sociale: cooperative și societăți comerciale cu acționariat majoritar constituit din asociații, fundații, societăți cooperative. Pentru a putea realiza analize la nivel de sector, echipa de evaluare a făcut eforturi suplimentare de colectare a datelor din diverse surse și de agregare a acestora.

**1171. Rata de răspuns la sondaj.** Rata de răspuns la sondajul adresat întreprinderilor sociale atestate a fost influențată de vechimea pe piață a întreprinderilor sociale de la momentul obținerii atestării/certificării. Așa cum a fost menționat în metodologia de evaluare, dimensiunea eșantionului s-a raportat la numărul de întreprinderi sociale existente în Registrului Unic de Evidență al Întreprinderilor Sociale (RUEIS). Astfel, eșantionarea a fost una exhaustivă cuprinzând toți indivizii din universul investigat, respectiv toate întreprinderile sociale atestate/certificate până la data de 31.03.2021. Marea majoritate a ÎES înregistrate în RUEIS au fost înființate prin POCU OS 4.16 fiind atestate începând cu anul 2020 și continuând pe toată perioada anului 2021, afacerile sociale fiind în diverse stadii. Astfel, mare parte din ÎES înființate prin POCU OS 4.16 au o vechime pe piață mai mică de 1 an, iar ÎES atestate după 31.03.2021 se aflau într-un stadiu incipient al dezvoltării afacerii fiind în etapa de derulare a activităților pregătitoare în vederea demarării afacerii.

## 10.2. Răspunsul la întrebările de evaluare

### 10.2.1. ÎE 1. PROGRESUL OBSERVAT CU PRIVIRE LA DEZVOLTAREA ECONOMIEI SOCIALE DE LA MOMENTUL ADOPTĂRII POCU

**IP 1: Capacitatea entităților de economie socială de a funcționa în mod auto-sustenabil s-a îmbunătățit de la momentul adoptării POCU. Îmbunătățirea capacității entităților de economie socială a condus la creșterea ratei de supraviețuire a acestora.**

**1172.** Evoluția sectorului economiei sociale este analizată din perspectiva cadrului strategic, legislativ și instituțional, precum și din perspectiva principalilor indicatori economici relevanți pentru activitatea



**economiei sociale în perioada 2014-2020.** În secțiunile următoare sunt sintetizate principalele aspecte cu privire la evoluție, acestea fiind prezentate pe larg în **analiza sectorială (Anexa (TE8).3).**

### ***Analiza evoluției cadrului strategic, legislativ și instituțional privind economia socială***

**1173.** La nivel sectorial, în domeniul economiei sociale au fost înregistrate progrese în dezvoltarea acestui sector în perioada 2014-2020 reflectate în principal de evoluțiile în plan legislativ prin adoptarea Legii Economiei Sociale 2019/2015 și a legislației secundare subsecvente care asigură un cadru legal de recunoaștere, acestea incluzând prevederi limitate de sprijin efectiv al sectorului. După adoptarea legii, legislația secundară a apărut în cea mai mare parte cu întârziere, iar unele elemente din lege nu au putut fi încă operaționalizate (de ex. constituirea Comisiei naționale pentru economia socială).

**1174. Legea Economiei Sociale** a reglementat domeniul economiei sociale, a stabilit condițiile de atestare pentru întreprinderile sociale și întreprinderile sociale de inserție, autoritatea publică centrală responsabilă cu reglementarea domeniului, respectiv Ministerul Muncii și organismul de coordonare și monitorizare a politicilor publice pentru acest sector, respectiv ANOFM, rolul Comisiei naționale pentru economia socială.

**1175.** În cadrul **Ministerului Muncii** a fost înființat la nivelul Direcției politici de ocupare competențe și mobilitate profesională **Compartimentul pentru economie socială** cu atribuții în elaborarea politicilor și strategiilor în domeniul economiei sociale, promovarea și sprijinirea întreprinderilor sociale, furnizarea de informații.

**1176.** În cadrul **ANOFM** a fost înființat **Compartimentul pentru economie socială**, care coordonează și monitorizează activitatea agențiilor județene de ocupare în domeniul economiei sociale, precum și îndrumarea metodologică a acestora, iar la nivel județean au fost înființate în cadrul **AJOFM**-urilor **compartimente pentru economie socială**.

**1177.** În lege a fost prevăzută înființarea unei Comisii naționale pentru economia socială, cu scopul de a contribui la dezvoltarea economiei sociale prin promovarea și sprijinirea entităților din economia socială. În iulie 2021 a fost selectată Fundația „Alături de Voi” Iași ca reprezentant al entităților de economie socială, însă întrucât nu au fost depuse dosare de candidatură din partea tuturor categoriilor de entități ale economiei sociale, până la 31 iulie 2021 această comisie națională nu fusese constituită.

**1178. Registrul unic de evidență a întreprinderilor sociale (RUEIS)** a fost înființat în scopul asigurării informațiilor necesare, corecte și complete cu privire la situația și evoluția domeniului economiei sociale la nivel național. În acest moment RUEIS este dificil de administrat deoarece nu a fost finalizată aplicația informatică începută de HUB GUV în 2017, RUEIS fiind ținut în format de bază de date Excel, acesta actualizându-se în fiecare lună, ceea ce presupune activități de completare/centralizare realizate atât la nivel teritorial, cât și național.

**1179.** Spre deosebire de legislația cadru națională din alte țări europene, specific României este faptul că această lege cadru include **întreprinderea socială de inserție**, un dispozitiv specific *politicilor de ocupare activă*. Măsurile prevăzute de Legea economiei sociale privind acest tip special de întreprinderi sociale – întreprinderile sociale de inserție, nu reușesc să **integreze eficient mecanismele economiei sociale în dispozitivele de politică publică relevante pentru ocuparea lucrătorilor defavorizați** după modelul european. Astfel, din perspectiva politicilor de ocupare, întreprinderile sociale de inserție nu au nicio recunoaștere ca angajatori de inserție pe piața muncii a unor categorii defavorizate prin Legea 76/2002 privind stimularea ocupării forței de muncă.

**1180.** O contribuție importantă la dezvoltarea sectorului de economie socială au avut-o intervențiile finanțate prin DMI 6.1 din cadrul POSDRU 2007-2013, care așa cum rezultă din analiza realizată cu ocazia evaluării retrospective POSDRU, au **avut o contribuție importantă la dezvoltarea acestui sector** prin popularizarea acestui concept, cercetarea și dezbateră conceptelor cheie, dezvoltarea cadrului legislativ,



schimburi de experiență între factorii interesați, dezvoltarea de materiale și instrumente specifice domeniului, dezvoltarea competențelor pentru specialiști și formatori în domeniul economiei sociale, creșterea interesului mediului academic pentru dezvoltarea sau îmbunătățirea programelor de studii în domeniul economiei sociale (dezvoltarea de programe de tip Master în domeniul economiei sociale).

**1181.** În ceea ce privește dezvoltarea cadrului legislativ, dezbateră și adoptarea unei legislații specifice a fost stimulată de intervențiile POSDRU în cadrul unui proiect finanțat din DMI 6.1 inițiat de Ministerul Muncii și Justiției Sociale, „Economia Socială, model inovator pentru promovarea incluziunii active a persoanelor defavorizate”, SMIS 4109. Incluziunea în legea cadru a întreprinderilor sociale de inserție este o consecință directă a faptului că proiectul de lege a fost elaborat cu finanțare din **programul POSDRU**, un program care avea ca principal obiectiv stimularea ocupării.

**1182.** Prin **PNRR, Reforma 5 - Îmbunătățirea și modernizarea legislației privind economia socială** - sunt avute în vedere **modificări de cadru legislativ privind economia socială și asigurarea integrării efective a acestora cu politicile privind ocuparea forței de muncă**, precum și a celui privind **măsurile active de ocupare a forței de muncă și în special pentru integrarea în întreprinderile sociale de inserție**.

**1183.** **Modificarea Legii 219/2015 a economiei sociale și a HG nr. 585/2016 are termen de finalizare 2022, trimestrul 2** și va fi asigurată de către Ministerul Muncii prin accesarea unei expertize tehnice, în cadrul PNRR, asistență care crează premisele elaborării unui cadru legal modern și sustenabil în domeniul economiei sociale. **Principalele modificări** au în vedere: simplificarea procedurii de înregistrare a întreprinderilor sociale, asigurarea integrării efective a acestora în politicile de ocupare a forței de muncă, precum și măsurile active de ocupare a forței de muncă, inclusiv prevederea unor măsuri de îmbunătățire a sustenabilității structurilor economiei sociale, de exemplu prin regimuri preferențiale de achiziții publice pentru bunuri și servicii furnizate de întreprinderile din economia socială (se urmărește preluarea unor modele de bună practică de la nivel European).

**1184.** În perioada 2014-2020, la fel ca și în perioada 2007-2013, sursele de finanțare pentru dezvoltarea economiei sociale au fost limitate la nivelul fondurilor europene (POSDRU 2007-2013 și actualmente POCU 2014-2020), ambele cu accent pe etapa de inițiere/înființare de noi întreprinderi de economie socială și mai puțin pe cea de dezvoltare a capacității entităților deja existente.

**1185.** În continuare, în perioada 2014-2020, potențialul economic și social al entităților economiei sociale **nu se bucură de recunoaștere în cadrul politicilor publice destinate întreprinderilor**, fapt atestat și de excluderea lor din programele destinate sectorului întreprinderilor mici și mijlocii. Astfel, în lipsa măsurilor care favorizează integrarea optimă a întreprinderilor de economie socială în sistemul economic din actele normative care reglementează activitatea întreprinderilor în general (de ex. Codul Fiscal, legea achizițiilor publice, etc), integrarea acestor entități în piețele publice de servicii rămâne extrem de redusă, participarea lor la procedurile de achiziții publice fiind nesemnificativă.

**1186.** Lipsa **surselor de finanțare private** destinate economiei sociale, subdezvoltarea pieței de servicii financiare de credite și garanții pentru întreprinderile sociale, precum și absența unor instrumente de investiții dedicate existente în alte state membre, rămân obstacole importante în dezvoltarea acestui sector. România nu are un ecosistem financiar pentru întreprinderi sociale – acestea depind pentru finanțare de surse europene care apar o dată la câțiva ani. Lipsesc alte resurse și instrumente precum investitori persoane fizice, fonduri sociale sau cooperatiste de investiții, surse publice, fonduri de pensii și instituții de finanțare socială și solidară – cum ar fi băncile cooperatiste, acestea nefiind pentru moment interesate de finanțarea întreprinderilor sociale.

**1187.** Deși odată cu apariția noului cadru legislativ au fost organizate **acțiuni de promovare a economiei sociale**, totuși există în continuare nevoia de **creștere a vizibilității și recunoașterii acestui sector. Luna mai a fiecărui an este denumită „luna promovării economiei sociale”** fiind dedicată organizării diferitelor evenimente și acțiuni de mediatizare a domeniului, având ca scop conștientizarea importanței dezvoltării acestui sector pentru întreaga societate, dar și încurajarea cooperării și

solidarității sociale. În perioada 2016 până în prezent, ANOFM, AJOFM-urile au avut în luna mai din fiecare an **campanii de mediatizare a economiei sociale, mese rotunde, întâlniri, dezbateri, etc.** Evenimentele organizate au fost menite să **promoveze sectorul economiei sociale și să ofere spațiul ideal de dialog între practicieni din economia socială, factori interesați, factori de decizie politică, cercetători și experți**, aducând în atenția publicului larg prevederile și facilitățile oferite de cadrul legislativ. De asemenea, au avut loc **întâlniri cu reprezentanții unor entități de economie socială (atestate și neatestate)** unde au fost discutate problemele pe care le întâmpină acestea în desfășurarea activității, precum și necesitatea unei susțineri financiare pentru integrarea grupului vulnerabil. De exemplu, în cadrul campaniei de promovare a economiei sociale, în perioada 17-18 mai 2021, Ministerul Muncii a organizat o întâlnire a grupului de lucru pentru modificarea Legii nr. 219/2015 privind economia socială la sediul Consiliului Județean Harghita, precum și vizite la sediile unor entități de economie socială din județul Harghita, localitățile Ciucsângeorgiu, Odorheiul Secuiesc, Dârjiu, Orbănești, pentru a cunoaște opinia acestora cu privire la modificările ce se impun, pentru a face sectorul economiei sociale mai flexibil, devenind sectorul care satisface nevoile membrilor comunităților și care generează locuri de muncă.

**1188.** MMPS și ANDPDCA au organizat **Târgul de Incluziune Socială „Sunt integrABIL, nu neglijabil”**. Scopul acestui târg a vizat **promovarea inserției profesionale a persoanelor cu dizabilități pe piața muncii**. În cadrul Târgului au fost invitate: unitățile protejate autorizate, întreprinderile sociale de inserție ce au încadrate în muncă persoane cu dizabilități, ONG-urile care au ateliere de creație pentru persoane cu dizabilități. Participanții și-au prezentat produsele și serviciile în vederea promovării acestora către publicul larg.

### ***Progresul principalilor indicatori economici relevanți pentru activitatea economiei sociale în perioada 2014-2020***

**1189.** Una dintre problemele principale cu privire la indicatorii statistici privind economia socială, consemnată și ca urmare a derulării evaluării retrospective POSDRU și reiterată cu ocazia elaborării în 2021 a Barometrului economiei sociale<sup>170</sup>, este cea a lipsei vizibilității economiei sociale în statisticile din România prin lipsa de baze de date și a unor statistici oficiale și de încredere privind structurile de economie socială. Acest lucru se datorează în continuare, așa cum se menționează și în Barometrul Economiei Sociale 2021, lipsei înțelegerii conceptului și domeniului său de aplicare, definiție care ar putea fi utilizată în sistemul de conturi naționale.

**1190.** Analiza privind activitatea economiei sociale în perioada 2014-2020 a avut în vedere următorii indicatori economici:

#### ***Indicatori economici specifici pentru economia socială***

- Variația numărului de întreprinderi sociale și de inserție în perioada 2016-2021 (ulterior aprobării Legii Economiei Sociale);
- Variația numărului de locuri de muncă de la întreprinderi sociale și de inserție;
- Variația numărului de angajați în întreprinderi sociale și de inserție în perioada 2016-2021;
- Variația nivelului de venituri ale întreprinderilor sociale și de inserție.

**1191.** Analiza evoluției entităților de economie socială în perioada 2014-2020 are în vedere în principal evoluția acestor entități ulterior adoptării legii Economiei sociale în 2016, deci practic a întreprinderilor de economie socială atestate/ certificate. Cu toate acestea, dinamica entităților de economie socială în

---

<sup>170</sup> Realizat în cadrul proiectului „Acceleratorul de Întreprinderi Sociale!”, contract POCU/449/4/16/127384 implementat de Fundația „Alături de Voi” România în parteneriat cu Grupul de Consultanță pentru Dezvoltare



România arată că noul cadru nu stimulează suficient atestarea întreprinderilor ca întreprinderi sociale sau certificarea ca întreprinderi sociale de inserție.

**1192.** Totodată, analiza impactului POSDRU DMI 6.1 asupra sectorului economiei sociale din perspectiva întreprinderilor de economie socială înființate și a locurilor de muncă create a fost una redusă, rata de supraviețuire a SES-urilor înființate fiind de aproximativ 50% ulterior finalizării contractului de finanțare. Acest lucru se datorează faptului că într-o perioadă critică a unui start-up, respectiv în primii doi ani de viață, aceste întreprinderi s-au confruntat cu probleme administrative, menținerea obligatorie a locurilor de muncă în defavoarea dezvoltării de produse și a vânzărilor către clienți, a limitelor impuse de contractul de finanțare care nu le-a permis realizarea de schimbări în strategia afacerii în contextul unor realități a piețelor diferite și lipsite de măsuri de sprijin.

**1193.** Legiferarea / recunoașterea întreprinderii sociale de inserție prin Legea economiei sociale inițiată de Ministerul Muncii printr-un proiect POSDRU a fost primită ca o măsură binevenită de furnizorii de servicii sociale și de ONG-urile din sectorul social care deja erau active în inserția socio-profesională a lucrătorilor defavorizați. Menită să alinieze politicile de ocupare din România la cele europene în domeniu, acest regim de autorizare s-a dovedit în practică ineficient și prin urmare ONG-urile din sectorul social nu au optat pentru o atestare/certificare care aduce doar alte sarcini administrative și foarte puține măsuri de sprijin public, aplicabile doar întreprinderilor sociale de inserție, în limita posibilitățile administrațiilor locale.

**1194.** În ceea ce privește situația privind numărul de angajați și veniturile, datele sunt colectate de către AJOFM-uri pe baza rapoartele anuale depuse de ÎES. ANOFM centralizează informațiile de la nivelul județelor și le prezintă sintetic în rapoartele anuale privind activitatea întreprinderilor sociale și a întreprinderilor sociale de inserție. Cadru legal aplicabil a fost definitivat în anul 2017, astfel că în anul 2016, deși au fost eliberate 48 de atestate de întreprindere socială începând cu 26 octombrie 2016, nu s-a întocmit raport anual de către ANOFM.

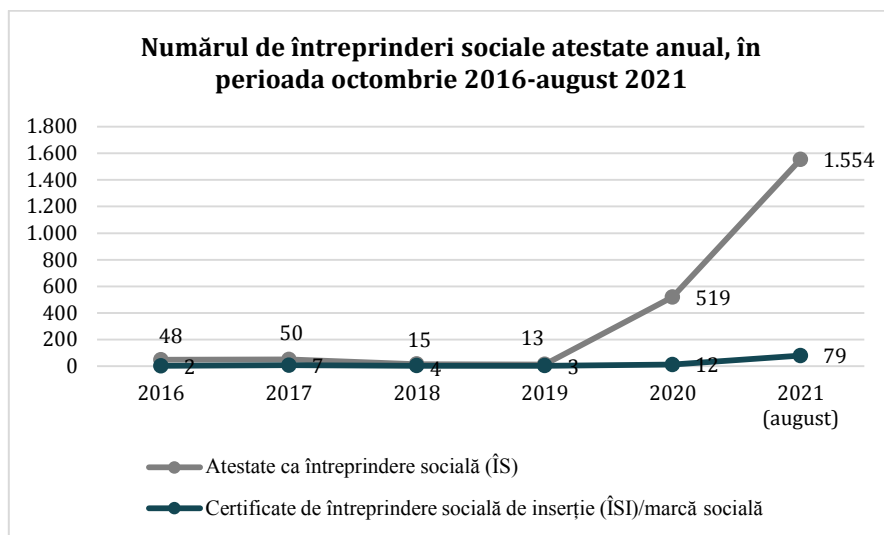
#### ***Variația numărului de întreprinderi sociale și de inserție (ulterior aprobării Legii Economiei Sociale)***

**1195.** Astfel, dacă în perioada octombrie 2016-2019 numărul de ÎES ajunsese la 142 (din care 126 ÎS și 16 ÎSI), până la finalul anului 2020 și ulterior până în august 2021 numărul ÎES a ajuns la 2.306 (din care 2.199 ÎS și 107 ÎSI). Dintre cele înființate până în martie 2020, o mare parte existau deja la momentul adoptării Legii Economiei Sociale, fiind înființate înainte de 2015. Din graficul de mai jos se poate constata creșterea numărului de ÎS atestate/ÎSI certificate în special în perioada 2020-2021, creșterea fiind generată de demararea proiectelor POCU și a introducerii obligativității de atestate/certificare a structurilor de economie socială create prin program.

**1196.** Analiza datelor evidențiază o creștere a ÎES atestate/certificate cu 313,75% și ÎSI cu 385% în august 2021 față de octombrie 2016.



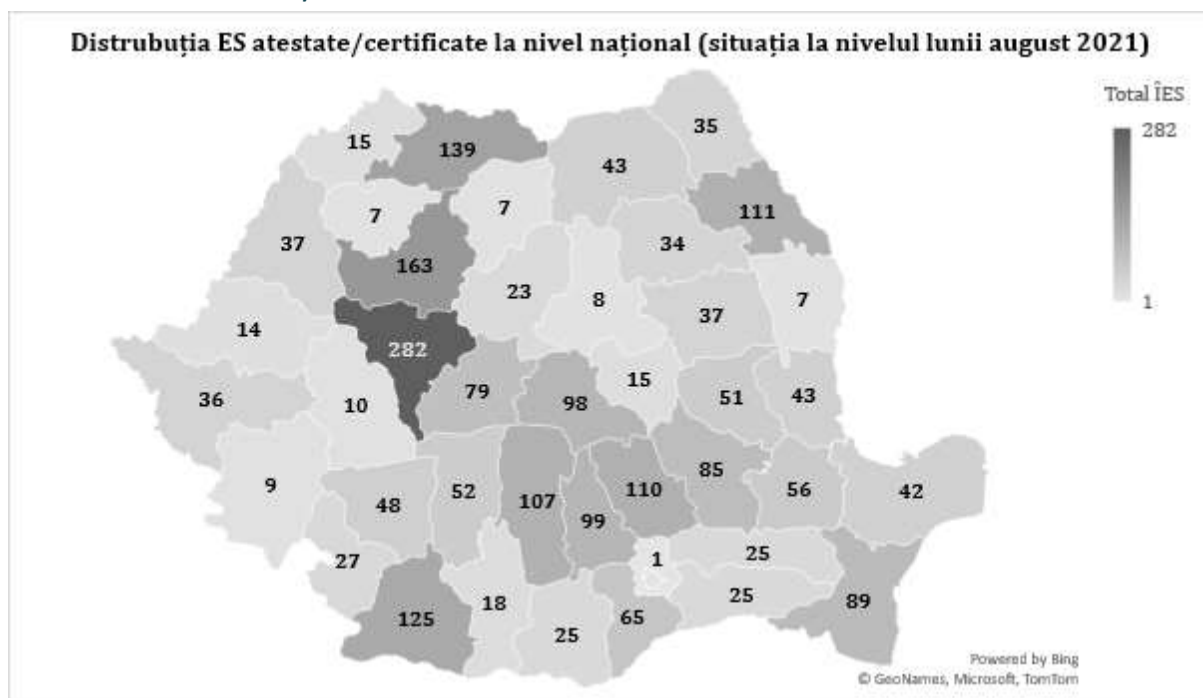
**FIGURA 107. NUMĂRUL DE ÎNȚEPRINDERI SOCIALE ATESTATE/CERTIFICATE ANUAL, ÎN PERIOADA OCTOMBRIE 2016 - AUGUST 2021**



Sursa datelor: ANOFM, RUEIS

**1197.** În luna august 2021 se înregistrează un număr total de 2.306 de ÎES atestate/certificate cu o distribuție neuniformă la nivel de județe. Situația pe județe evidențiază că în această perioadă în județul Alba erau înregistrate cele mai multe ÎES - peste 280, în Cluj, Maramureș, Dolj, Iași, Argeș și Prahova erau peste 100 de ÎES, iar la polul opus se situau Caraș-Severin, Harghita, Bistrița-Năsăud, Sălaj, Vaslui, București, Ilfov cu mai puțin de 10 ÎES.

**FIGURA 108. DISTRIBUȚIA LA NIVEL NAȚIONAL A NUMĂRULUI DE ÎES ATESTATE/CERTIFICATE (SITUAȚIA LA NIVELUL LUNII AUGUST 2021)**



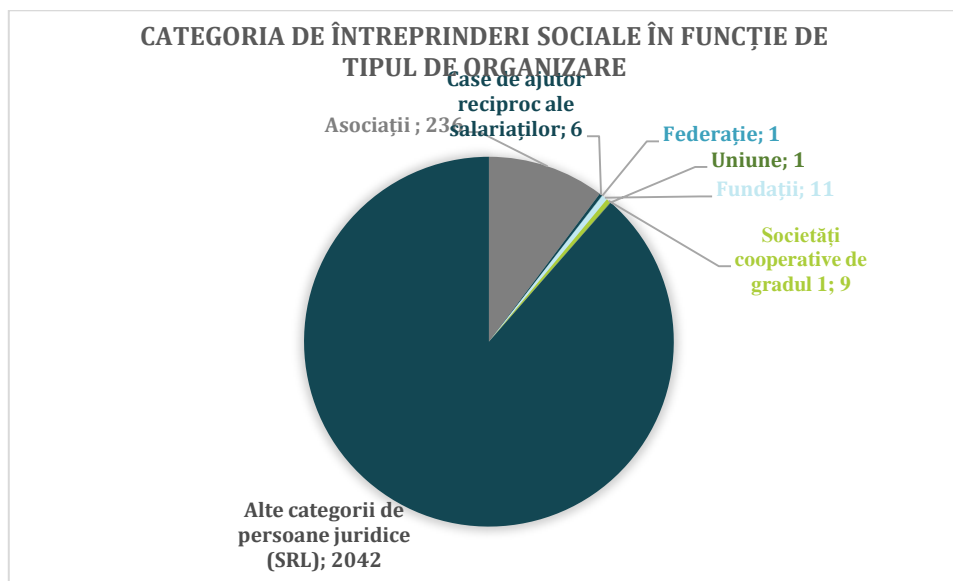
Sursa datelor: ANOFM, RUEIS



**1198.** Din punct de vedere al tipului de organizare marea majoritate din cele 2.306 ÎES sunt SRL-uri (88.55%), iar o mică parte o reprezintă asociațiile (10.23%), fundațiile (0.48%), societățile cooperative de gradul 1 (0.39%), casele de ajutor reciproc (0.26%), federațiile (0.04%), uniunile (0.04%).

**1199.** Această evoluție demonstrează numărul din ce în ce mai mare de întreprinderi sociale orientate către activități cu scop comercial care ajung, cel puțin ca număr, să fie egale cu întreprinderile sociale tradiționale de tip asociații, orientate în general spre servicii sociale, educație, sănătate, etc.

**FIGURA 109. CATEGORIA DE ÎNTEPRINDERI SOCIALE ATESTATE ÎN FUNCȚIE DE TIPUL DE ORGANIZARE**



Sursa datelor: ANOFM, RUEIS

**1200.** Domeniile în care activează cele 2.306 ÎES sunt foarte variate. După Clasificarea Activităților din Economia Națională a României (CAEN Rev. 2) cele mai multe ÎES activează în industria prelucrătoare, servicii, construcții, hoteluri și restaurante, sănătate și asistență socială, activități profesionale, științifice și tehnice, activități de spectacole, culturale și recreative, comerț, învățământ.

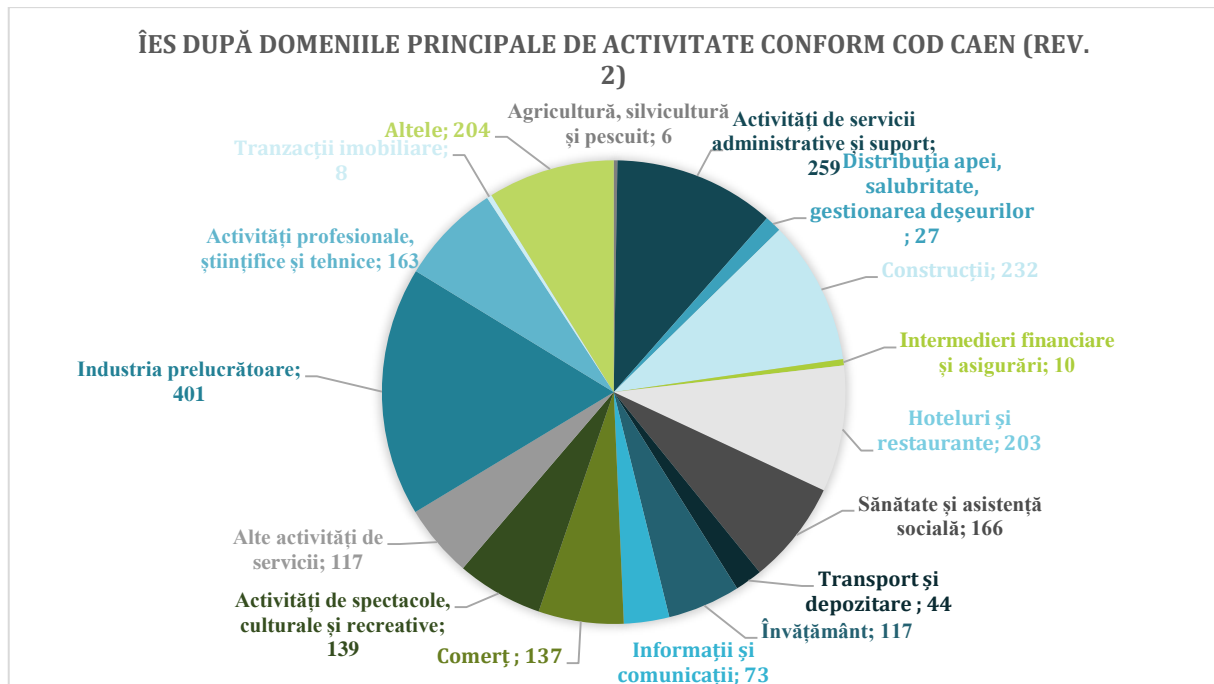
**TABEL 79. PRINCIPALELE DOMENII ÎN CARE ACTIVEAZĂ ÎES**

Domenii principale de activitate (CAEN Rev. 2)	Procent
Industria prelucrătoare	17.39%
Activități de servicii administrative și suport	11.23%
Construcții	10.06%
Hoteluri și restaurante	8.80%
Sănătate și asistență socială	7.20%
Activități profesionale, științifice și tehnice	7.07%
Activități de spectacole, culturale și recreative	6.03%
Comerț	5.94%
Învățământ	5.07%
Alte activități de servicii	5.07%
Informații și comunicații	3.17%
Transport și depozitare	1.91%
Distribuția apei, salubritate, gestionarea deșeurilor	1.17%

Intermedieri financiare și asigurări	0.43%
Tranzacții imobiliare	0.35%
Agricultură, silvicultură și pescuit	0.26%
Altele	8.85%

Sursa datelor: ANOFM, RUEIS

**FIGURA 110. ÎNTREPRINDERILE SOCIALE CLASIFICATE DUPĂ DOMENIILE PRINCIPALE DE ACTIVITATE CONFORM COD CAEN (REV. 2)**



Sursa datelor: ANOFM, RUEIS

### **Variația numărului de locuri de muncă din întreprinderi sociale și întreprinderi sociale de inserție**

**1201.** Numărul de locuri de muncă create în cadrul ÎES variază în funcție de tipul de organizație, de dimensiunea organizației, de obiectul de activitate, etc. Pentru ÎES înființate fără sprijin POCU nu au existat condiționări cu privire la numărul de locuri de muncă create. Prin intervenția POCU OS 4.16 a crescut numărul de ÎES și au fost create noi locuri de muncă în regiunile respective, numărul de locuri de muncă create fiind condiționat de nivelul ajutorului de minimis solicitat conform Ghidului Solicitantului.

**1202.** Pentru analizele evaluatorilor privind evoluția numărului de angajați din ÎES din România au fost utilizate datele centralizate de către ANOFM pe baza datelor raportate de către AJOFM. Conform acestor date, în cadrul ÎES din România erau angajate la finalul anului 2020 un număr de 734 persoane, din care 236 persoane aparținând grupurilor vulnerabile. Pentru a asigura o bună triangulare a informațiilor, echipa de evaluare a lansat și un sondaj la nivelul ÎES atestate din România, sondaj care a înregistrat un număr de 411 respondenți și ale cărui rezultate sunt prezentate în cadrul răspunsului la IE2. Datele colectate prin acest sondaj indică un total de 1.112 angajați în cadrul celor 411 ÎES respondente. În mod cert așadar, datele colectate și centralizate de către ANOFM privind numărul de angajați al ÎES din România se situează cu mult sub valoarea reală. Analizele prezentate în continuare reflectă datele oficiale ale ANOFM, deși valorile acestora sunt mult mai mici decât realitatea.

### **Variația numărului de angajați și timpului de lucru în întreprinderi sociale și de inserție în perioada 2017-2020**

**1203.** În 2020 în cadrul ÎES erau angajați în medie lunară 350 de persoane, dintre care, în medie, 135 de persoane aparțineau grupului vulnerabil, ceea ce indică creșteri de peste 150% față de 2017.

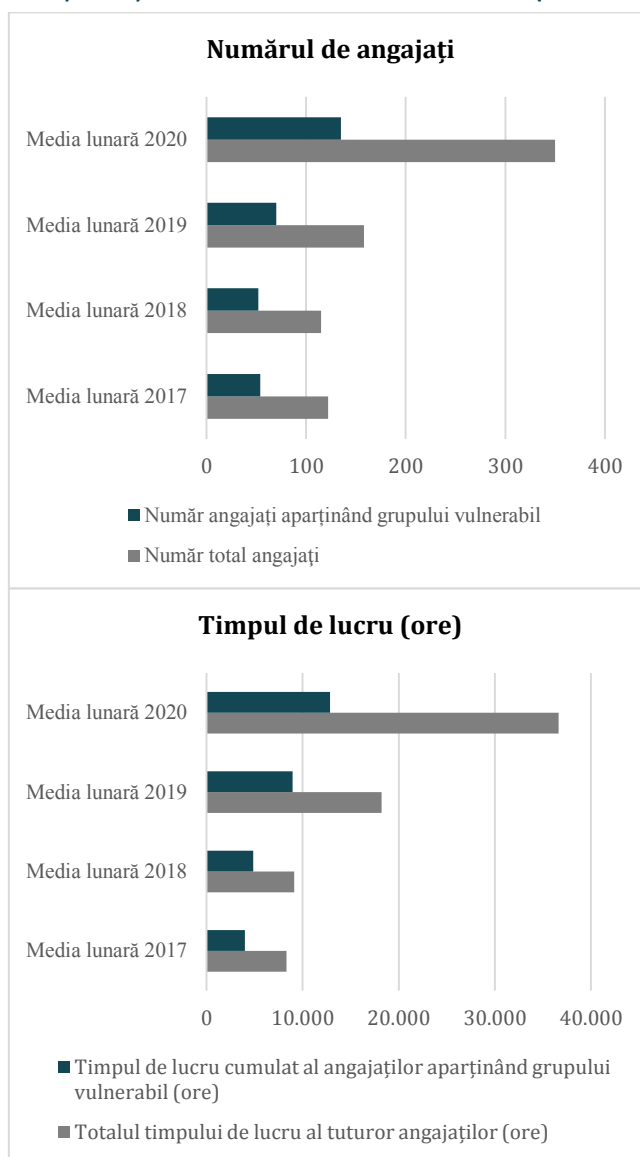
**1204.** Procentul angajaților din grupul vulnerabil în totalul angajaților a fost în 2020 în medie de 37.52%, iar procentul timpului de lucru pentru persoanele angajate din grupul vulnerabil în totalul persoanelor angajate a fost în medie de 34.79%. Deși numărul total al angajaților în cadrul ÎES, inclusiv a persoanelor din grupuri vulnerabile a crescut în ultimii ani, totuși procentul angajaților din grupul vulnerabil și procentul timpului de lucru pentru aceste persoane în totalul angajaților indică o scădere în 2020 față de 2017, fiind o reflectare a dificultăților ÎES de a identifica și menține angajați din categorii vulnerabile.

**TABEL 80. SITUAȚIA PRIVIND NUMĂRUL ANGAJAȚILOR, TIMPUL DE LUCRU, PROCENTUL DE ANGAJAȚI DIN GRUP VULNERABIL ÎN TOTALUL ANGAJAȚILOR ȘI PROCENTUL REFERITOR LA TIMPUL DE LUCRU (MEDIA LUNARĂ), 2017-2020**

Media lunară / Indicatori	Număr total angajați	Număr angajați aparținând grupului vulnerabil	Procent % angajați din grup vulnerabil în totalul angajaților	Totalul timpului de lucru al tuturor angajaților (ore)	Timpul de lucru cumulat al angajaților aparținând grupului vulnerabil (ore)	Procent % (timp de lucru al angajaților din grupul vulnerabil în total timp de lucru al angajaților)
2017	122	54	45.00%	8,324	4,001	48.00%
2018	115	52	45.30%	9,117	4,858	53.30%
2019	158	70	44.00%	18,222	8,966	49.20%
2020	350	135	37.52%	36,644	12,861	34.79%

Sursa datelor: ANOFM

**FIGURA 111. NUMĂRUL ANGAJAȚILOR ȘI TIMPUL DE LUCRU ÎN CADRUL ÎES (MEDIA LUNARĂ), 2017-2020**



Sursa datelor: ANOFM

**Număr angajați din grupuri vulnerabile care au beneficiat de măsuri de acompaniament**

**1205.** În 2020 au beneficiat de măsuri de acompaniament 1,708 angajați din grupuri vulnerabile, fiind înregistrată o creștere cu 365% față de 2017. Aceștia au beneficiat de diverse tipuri de măsuri de acompaniament: informare, consiliere, forme de pregătire profesională, mediere, adaptare a locului de muncă, ucenicie și practică, altele.

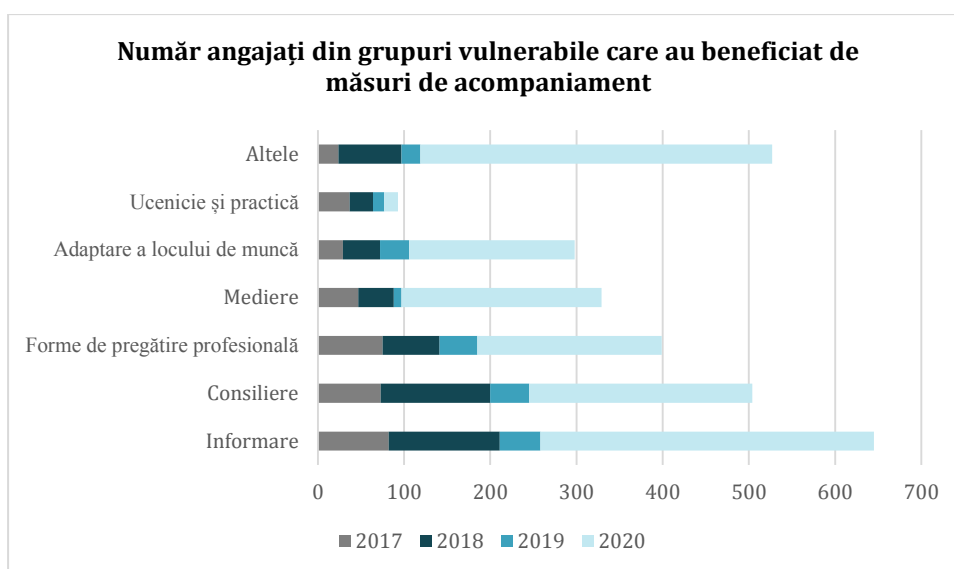
**TABEL 81. MĂSURI DE ACOMPANIAMENT ȘI BENEFICIARI AI ACESTOR MĂSURI, 2017-2020**

Măsuri de acompaniament	Număr angajați din grupuri vulnerabile care au beneficiat de măsuri de acompaniament			
	2017	2018	2019	2020
Informare	82	129	47	387

Consiliere	73	127	45	259
Forme de pregătire profesională	75	66	44	214
Mediere	47	41	9	232
Adaptare a locului de muncă	29	43	34	192
Ucenicie și practică	37	27	13	16
Altele	24	73	22	408
<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>506</b>	<b>214</b>	<b>1,708</b>

Sursa datelor: ANOFM

FIGURA 112. NUMĂR ANGAJAȚI DIN GRUPURI VULNERABILE CARE AU BENEFICIAT DE MĂSURI DE ACOMPAZIAMENT



Sursa datelor: ANOFM

### Variația nivelului de venituri ale întreprinderilor sociale și de inserție

**1206.** În raportul anual al ÎES se regăesc indicatori financiari din bilanț. Având în vedere faptul că raportările financiare au termene diferite față de cele prevăzute în legislația din domeniul economiei sociale, s-a considerat că situația financiară de pe site-ul Ministerului Finanțelor Publice este actualizată și oferă o situație mai exactă a indicatorilor financiari ai entităților de economie socială, față de cele depuse la AJOFM-uri.

TABEL 82. INDICATORI FINANCIARI CARE PRIVESC ATÂT ACTIVITATEA ECONOMICĂ, CÂT ȘI ACTIVITĂȚILE NON PROFIT, 2017-2020

Indicator	Situația la 31.12.2017	Situația la 31.12.2018	Situația la 31.12.2019	Situația la 31.12.2020	Evoluție 2020 vs 2017
Venituri totale	78,890,073	68,507,545	59,386,083	94,777,098	<b>+20.14%</b>
Cheltuieli totale	70,820,327	61,665,982	51,572,069	82,687,572	<b>+16.76%</b>
Excedent/Profit	17,881,010	19,712,076	18,298,223	21,581,298	<b>+20.69%</b>
Deficit/Pierderi	1,073,530	4,961,146	2,256,700	3,492,922	<b>+225.37%</b>
Datorii	5,617,626	2,335,356	6,545,216	22,692,520	<b>+303.95%</b>

Sursa datelor: Prelucrări ale ANOFM realizate pe baza datelor disponibile pe site-ul MFP

**1207.** Datele financiare indică o creștere a veniturilor totale cu 20,14% în 2020 față de 2017, dar și o creștere mare a gradului de îndatorare, respectiv cu 303,95% în 2020 față de 2017.

**1208.** Asigurarea veniturilor pe termen lung este principala preocupare a antreprenorilor sociali. Lipsa veniturilor constituie o problemă majoră în asigurarea implementării activităților sociale propuse. De exemplu, deși a fost creată posibilitatea ca organizațiile neguvernamentale să susțină activități economice și să-și consolideze veniturile pe termen lung, totuși acest lucru nu este ușor de realizat. Numărul întreprinderilor sociale care reușesc să se mențină pe piață pe termen lung este scăzut. Întreprinderile sociale constituite conform Legii nr. 215/2019 se confruntă cu concurența pe o piață în continuă schimbare.

**1209.** În plus, crearea și dezvoltarea de produse trebuie adaptată posibilităților de angajare a persoanelor din categorii vulnerabile. În acest caz poate fi vorba de capacitate redusă de muncă, așa cum este cazul persoanelor cu dizabilități, dar și de nivelul de educație foarte scăzut și/sau lipsa de experiență care sunt caracteristice zonelor sărace ale României, în special în mediul rural. Pentru a asigura produse sau servicii de calitate, pe o piață concurențială, în asemenea condiții, se impune un nivel mai ridicat de creativitate și acțiuni mai complexe, de formare și adaptare a condițiilor de lucru decât într-o întreprindere obișnuită.

#### ***Contribuția organizațiilor neatestate la dezvoltarea sectorului economiei sociale***

**1210.** Sectorul economiei sociale nu se limitează numai la ÎES atestate/certificate în baza Legii 219/2015. **Această lege a constituit o recunoaștere oficială și o reglementare a acestui sector, însă în România existau numeroase inițiative cu preocupări specifice economiei sociale cu mult înainte de apariția acestei legi.** Anterior apariției acestei legi existau entități de economie socială de tipul cooperative, societăți și cooperative agricole, case de ajutor reciproc, asociații și fundații.

**1211.** La nivelul MMPS **nu există o centralizare a organizațiilor neatestate.** Există **zeci de mii de organizații neguvernamentale ce activează în domeniul economiei sociale, fără a fi atestate/certificate.** Numărul mare al acestora, precum și lipsa atestatului/certificării fac dificilă centralizarea acestora.

**1212.** Ancheta realizată în rândul a 67 de organizații neatestate a evidențiat că aceste organizații, deși nu sunt atestate ca întreprinderi sociale în baza Legii 219/2015 **au o importanță majoră pentru sectorul economiei sociale din România.**

- Peste 70% dintre acestea nu au beneficiat de finanțare de tip POSDRU sau POCU pentru înființare.
- Marea majoritate au o vechime pe piață de peste 5 ani de la înființare și activează în domenii foarte diverse – financiar, producție, servicii sociale, comerț, sănătate, construcții, servicii.
- Ancheta a evidențiat faptul că, deși organizațiile nu sunt atestate ca întreprinderi sociale în baza Legii 219/2015, respectă principiile economiei sociale „în mare măsură”.
- Evoluția numărului de angajați în cadrul organizațiilor urmează o tendință ascendentă în perioada 2016-2020. Analiza datelor nu indică o creștere foarte mare a numărului total de angajați din aceste organizații, dar indică o creștere semnificativă a numărului de persoane angajate aparținând grupurilor vulnerabile. Numărul total al angajaților din organizații a crescut cu 17.05% în 2020 față de 2016, în timp ce numărul de persoane angajate aparținând grupurilor vulnerabile a crescut cu 48.98% în 2020 față de 2016. Practic, în 2020 numărul angajaților aparținând grupurilor vulnerabile în aceste organizații aproape s-a dublat față de 2016. Aceste organizații au oferit persoanelor din grupuri vulnerabile șansa de a avea un loc de muncă. Prin integrarea pe piața muncii a persoanelor vulnerabile aceste organizații promovează scăderea discriminării pe piața muncii prin asigurarea de măsuri corecte de ocupare și incluziune pentru persoanele aparținând grupurilor vulnerabile.
- Analiza datelor indică o tendință ascendentă a cifrei de afaceri în perioada 2016-2020, înregistrându-se o creștere cu 29.64% în 2020 față de 2016.





**1213.** Deși numărul acestor organizații este foarte mare, **interesul lor pentru obținerea atestării ca ÎES în sensul actualei legi este redus.** Cerințele administrative ridicate, procedura de atestare și lipsa facilităților din Legea 219/2015 reduc interesul acestor organizații pentru atestare.

**1214.** Unele dintre aceste organizații sunt foarte active în domeniul economiei sociale, MMPS colaborând cu acestea la modificarea Legii economiei sociale (ex. CREDITCOOP - Banca Centrală Cooperatistă, UNCARSR - Uniunea națională a caselor de ajutor reciproc a salariaților din România, Fundației Civitas Rural Net, Asociației „Ateliere Fără Frontiere”, Asociației „Institutul Bucovina”, RISE - Rețeaua Română a Întreprinderilor Sociale de Inserție).

**1215.** Pentru a putea evidenția cât mai bine contribuția acestor organizații la sectorul economiei sociale sunt necesare măsuri pentru dezvoltarea unui cadru legislativ adecvat acestor tipuri de organizații, promovarea și recunoașterea acestora ca entități de economie socială.

### **Sinteza constatărilor**

**1216.** În perioada 2014-2020, principala evoluție din cadrul legal și de politici pentru organizațiile economiei sociale (cooperative, asociații și fundații) este legată de adoptarea Legii economiei sociale.

**1217.** Din perspectiva dinamicii întreprinderilor de economie socială, dacă în perioada 2009-2012 s-a constatat o creștere a numărului de organizații aferente economiei sociale, în special a asociațiilor și fundațiilor, acesta fiind și cel mai numeros segment al economiei sociale, ulterior adoptării legii economiei sociale și a normelor de atestare ca întreprindere socială dinamică a fost diferită. După o scurtă perioadă în care numărul atestărilor a fost mare, în perioada 2016-2020 se constată o scădere a numărului de întreprinderi sociale atestate/certificate astfel încât în martie 2020 funcționau doar 133 întreprinderi de economie socială atestate. A urmat apoi o creștere spectaculoasă a numărului de întreprinderi sociale atestate datorată finanțării POCU privind economia socială (ajungând la 2,306 ÎES în august 2021), însă cu o distribuție neuniformă a acestora la nivel național.

**1218.** Creșterea numărului de ÎES atestate/certificate ca urmare a intervențiilor POCU a contribuit la creșterea numărului de locuri de muncă, inclusiv pentru persoanele aparținând grupurilor vulnerabile. Numărul de locuri de muncă create prin POCU a fost condiționat de nivelul ajutorului de minimis solicitat conform Ghidului Solicitantului. Conform datelor ANOFM, în cele 2,306 ÎES din România erau angajate la finalul anului 2020 un număr de 734 persoane, din care 236 persoane aparținând grupurilor vulnerabile. Însă conform datelor colectate de către echipa de evaluare în cadrul unui sondaj cu 411 ÎES respondente, numărul angajaților la nivelul tuturor ÎES din România este mult mai mare.

**1219.** Deși numărul total al angajaților în cadrul ÎES, inclusiv al angajaților din grupuri vulnerabile a crescut în perioada 2017-2020, totuși procentul angajaților din grupul vulnerabil și procentul timpului de lucru pentru aceste persoane în totalul angajaților indică o scădere în 2020 față de 2017. În schimb, în cazul entităților economiei sociale neatestate procentul angajaților din grupul vulnerabil a crescut în aceeași perioadă. Persoanele angajate în ÎES din grupuri vulnerabile au beneficiat de diverse tipuri de măsuri de acompaniament: informare, consiliere, forme de pregătire profesională, mediere, adaptare a locului de muncă, ucenicie și practică, altele.

**1220.** Deși datele financiare indică o creștere a veniturilor totale realizate de ÎES, totuși gradul de îndatorare este mai ridicat în 2020 față de 2017. Asigurarea veniturilor pe termen lung este principala preocupare a antreprenorilor sociali.

**1221.** În România există zeci de mii de organizații (de tipul cooperative, societăți și cooperative agricole, case de ajutor reciproc, asociații și fundații etc) ce activează în domeniul economiei sociale, fără a fi atestate/certificate. Contribuția acestor organizații la dezvoltarea sectorului economiei sociale din România nu este suficient capitalizată la acest moment.

## 10.2.2. ÎE 2. MĂSURA ÎN CARE PROGRESUL OBSERVAT ESTE ATRIBUIT PROGRAMULUI (EFECT NET SAU IMPACTUL INTERVENȚIEI)

**IP: Intervențiile finanțate din POCU au contribuit la creșterea capacității entităților din economia socială.**

**1222.** Efectul net al intervențiilor POCU OS 4.16 a fost analizat prin prisma următoarelor elemente:

- Analiza implementării financiare, comparând cheltuielile reale raportate cu alocarea financiară orientativă;
- Analiza indicatorilor de program, comparând țintele cu valorile atinse;
- Analiza participanților vizați și implicați în intervențiile finanțate;
- Analiza efectelor din punct de vedere calitativ.

### **Progresul observat în implementarea programului**

Progresul financiar al implementării intervențiilor prin POCU OS 4.16

**1223.** Până la momentul evaluării au fost lansate 3 apeluri aferente Temei 8, portofoliul contractat având un număr total de 114 proiecte (din care unul reziliat):

- **POCU/75/4/16 „SOLIDAR Sprijin pentru consolidarea economiei sociale”** - Apelul 75 a fost lansat la data de 26.09.2016 fiind o schemă de ajutor de minimis cu un buget total alocat de 20.000.000 euro și cu o valoare maximă/ proiect de 100.000 euro. În urma acestui apel a fost contractat un singur proiect în valoare totală nerambursabilă de aprox. 82.000 euro, având status-ul reziliat în momentul demarării evaluării. În cadrul acestei cereri de propuneri de proiecte solicitanții eligibili au fost entitățile de economie socială existente, obiectivul vizat fiind consolidarea capacității acestora, grupurile țintă fiind persoanele din întreprinderi sociale existente.
- **POCU/449/4/16 „Sprijin pentru înființarea de întreprinderi sociale”** - Apelul 449 a fost lansat la data de 27.08.2018 – apel de tip competitiv dedicat exclusiv regiunilor mai puțin dezvoltate (Centru, Sud-Est, Sud Muntenia, Nord-Est, Nord-Vest, Vest, Sud-Vest Oltenia), având un buget total de minimum 49.000.000 euro alocați pentru cheltuieli arondate schemei de ajutor de minimis. În cadrul acestuia au fost contractate 113 proiecte, toate fiind în perioada de implementare. Valorile totale nerambursabile ale proiectelor variază între 1.500.000 euro și 2.900.000 euro, alocarea maximă eligibilă a unui proiect fiind de 3.000.000 euro. Obiectivul acestei scheme de finanțare a fost acordarea de sprijin pentru înființarea de întreprinderi sociale, inclusiv de întreprinderile sociale de inserție. Tipologia de beneficiari și parteneri este una diversă: instituții de învățământ superior de stat sau private, întreprinderi (microîntreprinderi, mici, mijlocii, mari), instituții publice, autorități publice, ONG, camere de comerț. Apelul a vizat indicatorii de rezultat 4S61 respectiv 4S62.
- **POCU/879/4/16/ „Sprijin pentru înființarea de întreprinderi sociale în mediul rural”** - Apelul 879 a fost lansat la data de 25.09.2020, acesta fiind încă în etapa de evaluare tehnică și financiară la momentul evaluării. Bugetul alocat pentru acest apel este de 30.000.000 de euro (contribuția UE + contribuția națională), din care o alocare de 3.000.000 euro este dedicată teritoriului ITI Delta Dunării. Obiectivul acestui apel este de acordare de sprijin, prin diverse acțiuni pentru înființarea de întreprinderi sociale, inclusiv de întreprinderi sociale de inserție în mediul rural, inclusiv în ariile protejate din mediul rural.

**TABEL 83. VALOAREA PROIECTELOR CONTRACTATE ÎN CADRUL TEMEI 8**

APELUL	NUMĂR DE PROIECTE PE APELURI	VALOAREA TOTALĂ A PROIECTELOR PE APELURI (LEI)	VALOAREA MEDIE A PROIECTELOR PE APELURI (LEI)
POCU/75/4/16 „SOLIDAR Sprijin pentru consolidarea economiei sociale”	1*)	375.656,16	375.656,16
POCU/449/4/16 „Sprijin pentru înființarea de întreprinderi sociale”	113	1.454.553.889, 09	12.872.158,31
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>1.454.929.545,25</b>	<b>13.247.814,47</b>

\*) proiect reziliat la data evaluării

Sursa datelor: Baza de date AMPOCU

**1224.** Din perspectiva distribuției regionale a proiectelor, se constată o distribuție relativ echilibrată pe regiuni, cele mai multe proiecte fiind înregistrate în regiunea Sud-Est și cele mai puține în regiunea Vest.

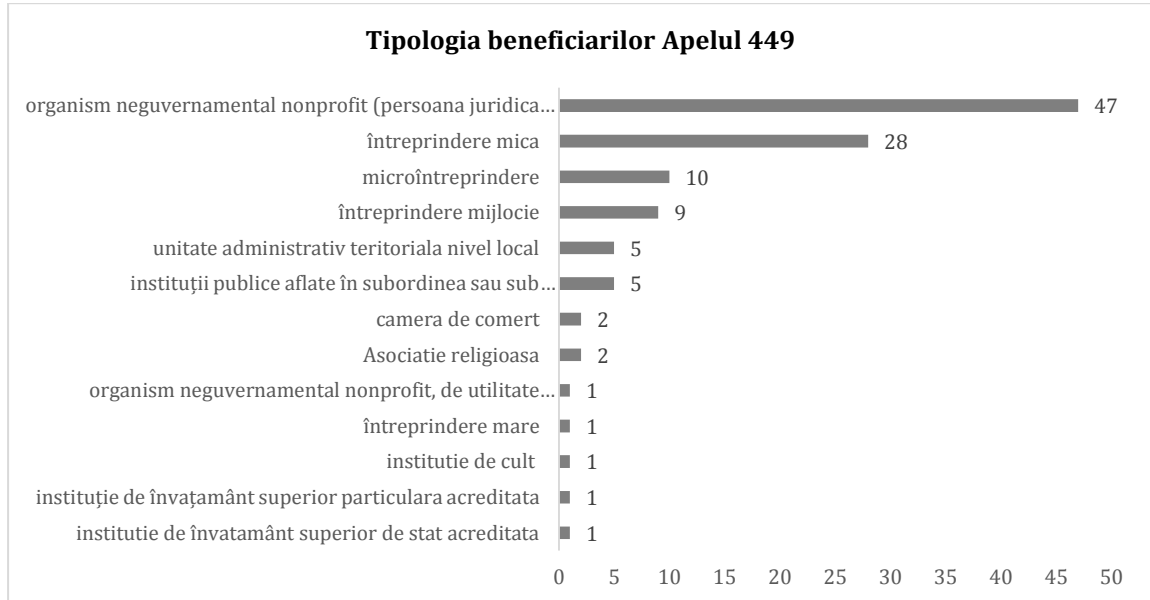
**TABEL 84: DISTRIBUȚIA PE REGIUNI DE DEZVOLTARE A PROIECTELOR**

APELUL	NUMĂR DE PROIECTE PE REGIUNE
<b>POCU/75/4/16 „SOLIDAR Sprijin pentru consolidarea economiei sociale”</b>	<b>1</b>
▪ Nord-Vest	1
<b>POCU/449/4/16 „Sprijin pentru înființarea de întreprinderi sociale”</b>	<b>113</b>
▪ Centru	15
▪ Nord-Est	12
▪ Nord-Vest	14
▪ Sud – Muntenia	18
▪ Sud-Est	25
▪ Sud-Vest Oltenia	21
▪ Vest	8
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>

Sursa datelor: Baza de date AMPOCU

**1225.** Din perspectiva tipologiei de beneficiari, se constată că cei mai mulți beneficiari sunt organizații de tip guvernamental (47), urmate de întreprinderi mici (28) și microîntreprinderi (10).

FIGURA 113. TIPURI DE BENEFICIARI DIN CADRUL TEMEI 8



Sursa: Prelucrări ale evaluatorilor, pe baza datelor din sistemul MySMIS

### Efectul net al intervențiilor

#### IP2: Intervențiile finanțate din POCU au contribuit la creșterea capacității entităților din economia socială.

##### Ipoteze intermediare

- IP2.1: Intervențiile finanțate prin OS 4.16 au contribuit la creșterea capacității în domeniul antreprenoriatului pentru persoanele care doresc să înființeze întreprinderi sociale/de la nivelul celor existente prin activitățile de consiliere/sprijin/formare în domeniul antreprenoriatului pentru grupul țintă cât și prin acordarea de micro-granturi pentru înființarea/dezvoltarea de entități de economie socială.
- IP2.2: Intervențiile finanțate prin OS 4.16 au contribuit la crearea și consolidarea parteneriatelor cu actorii relevanți de pe piața muncii, din sistemul de învățământ/ de asistență medicală/ de asistență socială/servicii de ocupare sau din administrația locală/ centrală în vederea creșterii implicării în furnizarea de servicii pentru grupurile vulnerabile.
- IP2.3: Intervențiile finanțate au contribuit la creșterea accesului la locuri de muncă la nivelul întreprinderilor sociale de inserție.
- IP2.4: Intervențiile finanțate au contribuit la dezvoltarea de instrumente necesare pentru îmbunătățirea vizibilității economiei sociale - inclusiv inițiative de promovare a mărcii sociale și de conștientizare a formelor specifice de acțiune ale economiei sociale.
- IP2.5: Intervențiile finanțate au contribuit la dezvoltarea unor soluții de finanțare avantajoase pentru finanțare de tip seed dedicate întreprinderilor sociale, finanțare participativă pentru portofolii de întreprinderi aflate în faza de start-up – crowd-funding, atragerea de donatori, investitori și alți parteneri.

**Măsura în care intervențiile finanțate prin POCU OS 4.16 au contribuit la consolidarea capacității întreprinderilor de economie socială de a funcționa într-o manieră auto-sustenabilă**

**1226.** Proiectele implementate în cadrul **OS 4.16, apelul 449** care va fi subiectul analizei acestui raport de evaluare intermediară au avut ca principal scop acordarea de sprijin pentru înființarea de întreprinderi sociale. Prin prezentul apel de proiecte s-a avut în vedere **înființarea de întreprinderi sociale, în vederea integrării pe piața forței de muncă a persoanelor din grupurile vulnerabile și în vederea combaterii sărăciei.**

**Obiectivul specific 4.16:** Consolidarea capacității întreprinderilor de economie socială de a funcționa într-o manieră auto-sustenabilă

**Rezultat planificat:** Creșterea numărului de entități de economie socială/dezvoltarea entităților existente

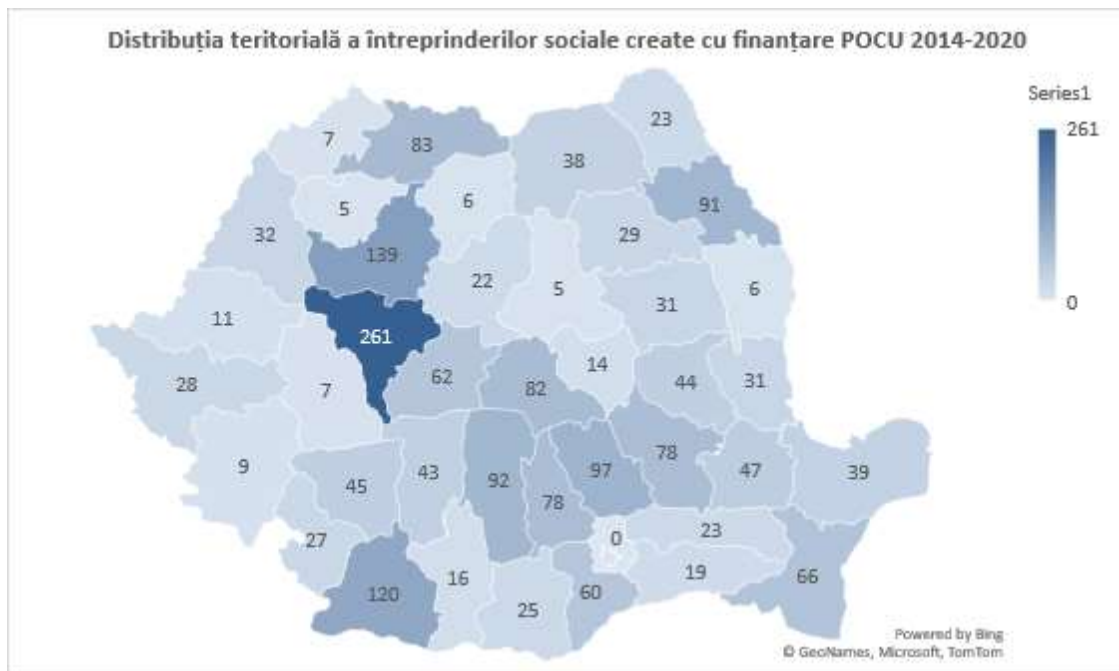
**1227.** Cadrul legal al economiei sociale din România este reprezentat de Legea 219/2015 privind economia socială și normele de aplicare ale acesteia, iar intervenția POCU a survenit în acest cadru legal. Intervenția POCU aferentă apelului POCU/449/4/16 „Sprijin pentru înființarea de întreprinderi sociale” și-a propus finanțarea înființării și funcționării întreprinderilor sociale prin ajutor de minimis și a fost implementată prin intermediul unor administratori ai schemei de ajutor de minimis selectați la nivel național prin procedură competitivă.

**1228.** Proiectele finanțate în cadrul OS 4.16 care vizează înființarea de întreprinderi sociale se află în diverse stadii de implementare, de la stadiul incipient de recrutare grup țintă și organizare a cursurilor de formare până la stadii mai avansate în care întreprinderile sociale au fost înființate, au primit prima tranșă sau chiar a 2-a tranșă a ajutorului de minimis și se află astfel în plin proces de implementare a planurilor de afaceri.

**1229.** Majoritatea administratorilor schemei de ajutor de minimis SOLIDAR au avut ca principală motivație pentru a deveni administratori **orientarea spre antreprenoriat și economie socială** ca și soluție pe termen lung pentru a rezolva probleme precum șomajul. De asemenea, un factor care a contribuit în plus la decizia de implicare în cadrul acestei scheme în calitate de administratori a fost reprezentat de **experiența anterioară în implementarea de astfel de proiecte, pe diferite alte scheme**, proiectele de pe această axă venind așadar ca o continuare firească. Spre exemplu, camerele de comerț, prin însuși obiectivul activității acestora, au misiunea de a sprijini societățile comerciale în dezvoltarea competențelor și au deja experiență în implementarea unor proiecte de tip Start-up. În cazul altor organizații principalul motiv care a determinat implicarea în calitate de administrator de grant a fost reprezentat de însuși **profilul și misiunea organizației** (spre exemplu acordarea de ajutor umanitar și activități de antreprenoriat social), potențialul acestor organizații de a implementa proiecte mari, precum și de deschiderea către activități diversificate și parteneriate noi. Există și unități administrativ-teritoriale printre administratorii schemei Solidar, în cazul acestora motivația principală fiind cea de dezvoltare a serviciilor cu scop social, într-un cadru coerent al economiei sociale.

**1230.** Din punct de vedere teritorial, întreprinderile sociale înființate prin intervenția POCU sunt distribuite în toate regiunile țării, dar se remarcă o concentrare a acestora în regiunile Centru, Sud-Muntenia și Sud-Est. Comparând distribuția regională a întreprinderilor sociale cu rata sărăciei la nivel de regiuni, se constată că cele mai mari diferențe în sens negativ se regăsesc la nivelul regiunilor Nord-Est, Sud-Vest Oltenia și Vest. Regiunile Nord-Est și Sud-Vest Oltenia sunt cele mai sărace regiuni ale țării, în cazul acestora aportul economic datorat înființării de întreprinderi sociale, raportat la nevoi, fiind cel mai redus dintre toate regiunile.

FIGURA 114. DISTRIBUȚIA ÎNTREPRINDERILOR SOCIALE CREATE CU FINANȚARE POCU



Sursa datelor: ANOFM

TABEL 85. CORELAREA REGIONALĂ A RATEI SĂRĂCIEI CU PROCENTUL PE REGIUNI A ÎNTREPRINDERILOR SOCIALE

REGIUNEA DE DEZVOLTARE	PROCENT DE ÎNTREPRINDERI SOCIALE DIN TOTAL NAȚIONAL	RATA SĂRĂCIEI <sup>171</sup>	DIFERENȚA ÎNTRE RATA SĂRĂCIEI ȘI PROCENTUL DE ÎNTREPRINDERI SOCIALE
Nord-Est	8,85%	33,4%	<b>24.6%</b>
Sud-Est	17,44%	29,6%	12.2%
Sud Muntenia	22,60%	24,9%	2.3%
Sud-Vest Oltenia	11,79%	33,4%	<b>21.6%</b>
Vest	5,65%	21,4%	<b>15.8%</b>
Nord-Vest	12,78%	19,0%	6.2%
Centru	20,88%	17,3%	-3.6%

Sursa datelor: ANOFM, Institutul Național de Statistică

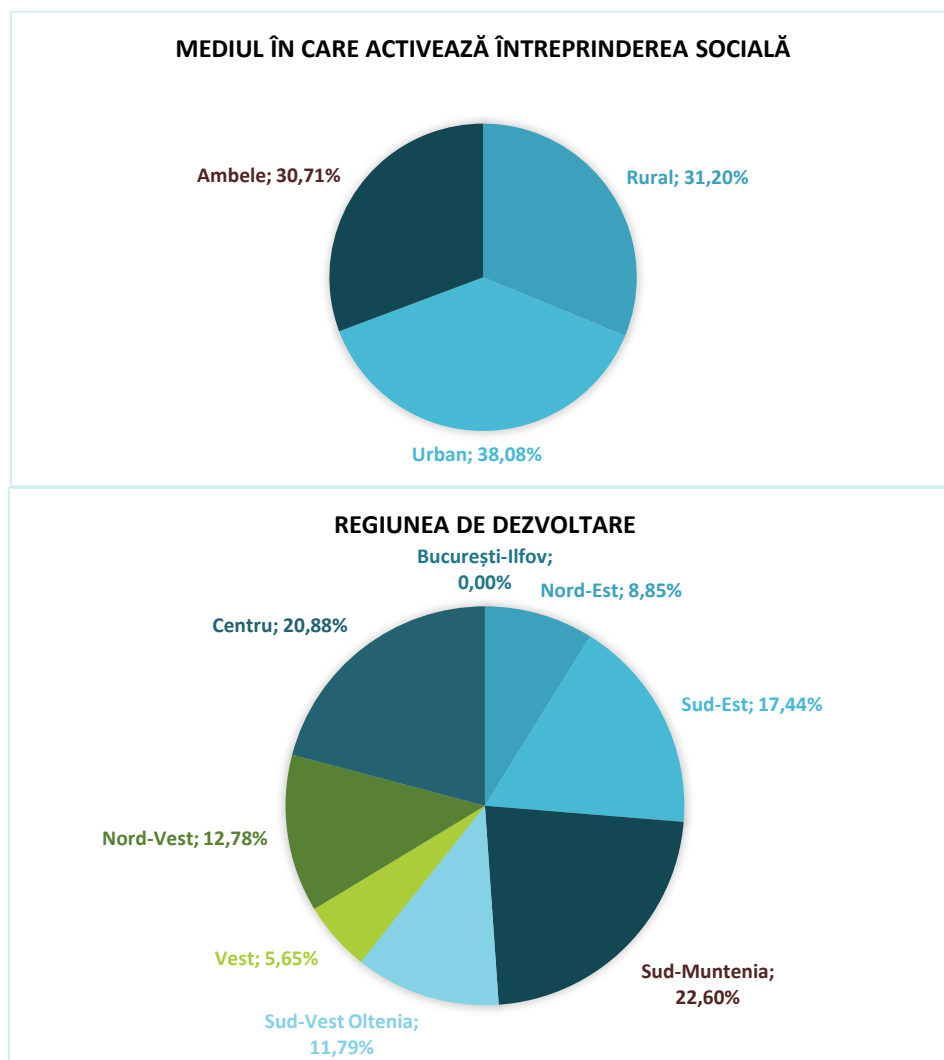
**1231.** Din punct de vedere al mediului în care activează întreprinderile sociale, situația este următoarea: 38.08% dintre ÎES activează în mediul urban, 31.20% în mediul rural, iar 30.71% activează

<sup>171</sup> Ponderea persoanelor sărace (care au un venit disponibil pe adult-echivalent mai mic decât pragul stabilit la nivelul de 60% din mediana veniturilor disponibile) în totalul populației.



atât în mediul urban cât și în mediul rural. Din punct de vedere al localizării pe regiuni, cele mai multe întreprinderi sociale se află în regiunile Sud-Muntenia (22.60%), Centru (20.88%) și Sud-Est (17.44%).

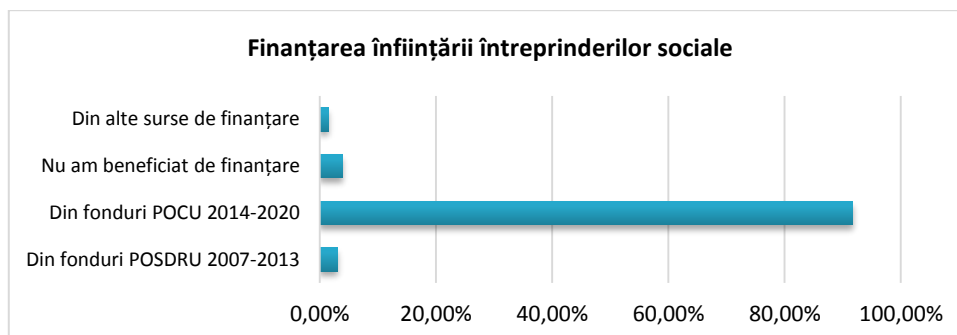
**FIGURA 115. DISTRIBUȚIA ÎNȚREPRINDERILOR SOCIALE DIN PUNCT DE VEDERE AL MEDIULUI ÎN CARE ACTIVEAZĂ ȘI AL REGIUNII DE DEZVOLTARE**



Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România (411 respondenți)

**1232.** Contribuția POCU la înființarea întreprinderilor sociale atestate din România este esențială, peste 90% dintre acestea (adică un număr de aproximativ 2.100 întreprinderi sociale) fiind înființate cu sprijin financiar primit în cadrul intervenției aferente OS 4.16. Un procent de 2.96% au beneficiat de finanțare din POSDRU 2007-2013 și 1.46% au beneficiat de alte tipuri de finanțare cum ar fi donații și sponsorizări, sprijin din partea consiliului județean, etc. iar 3.95% dintre întreprinderile sociale înființate nu au beneficiat de finanțare, fiind susținute din surse proprii.

**FIGURA 116. FINANȚAREA ÎNFIINȚĂRII ÎNTRERINDERILOR SOCIALE**



Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România

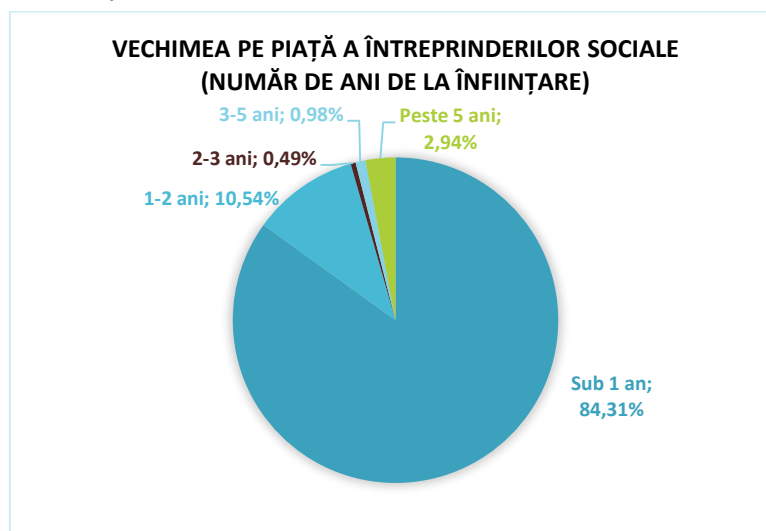
**1233.** Atât sondajul realizat în rândul întreprinderilor sociale atestate, cât și studiile de caz și atelierul de lucru cu beneficiari de schemă de minimis SOLIDAR au confirmat faptul că fără acest sprijin financiar POCU, beneficiarii respectivi nu ar fi înființat întreprinderea socială.

*Noii antreprenori interesați să-și înființeze întreprinderile sociale nu ar fi avut posibilitatea dezvoltării afacerilor fără acest ajutor financiar ce le asigură în primele luni de activitate cheltuielile salariale și minimul de dotări pentru demararea afacerii.*

*Studiu de caz - „Oportunități de dezvoltare locală prin antreprenoriat social sustenabil”, SMIS 128568*

**1234.** Având în vedere că cele mai multe ÎES s-au înființat cu sprijin POCU OS 4.16, marea majoritate au o vechime pe piață mai mică de 1 an (84.31%) sau între 1-2 ani (10.54%). ÎES care au o vechime cuprinsă între 3-5 ani de la înființare sunt foarte puține (0.98%). Cu o vechime de peste 5 ani pe piață există de asemenea un procent mic de ÎES (2.94%).

**FIGURA 117. VECHIMEA PE PIAȚĂ A ÎNTRERINDERILOR SOCIALE CREATE**



Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România

**1235.** Din evaluarea retrospectivă a intervențiilor POSDRU 2007-2013 DMI 6.1 și din interviurile și atelierul regional de lucru realizate cu administratori și beneficiari de schemă de minimis SOLIDAR,

precum și din sondajul cu întreprinderi sociale atestate/certificate realizate în cadrul acestui exercițiu de evaluare reies următoarele:

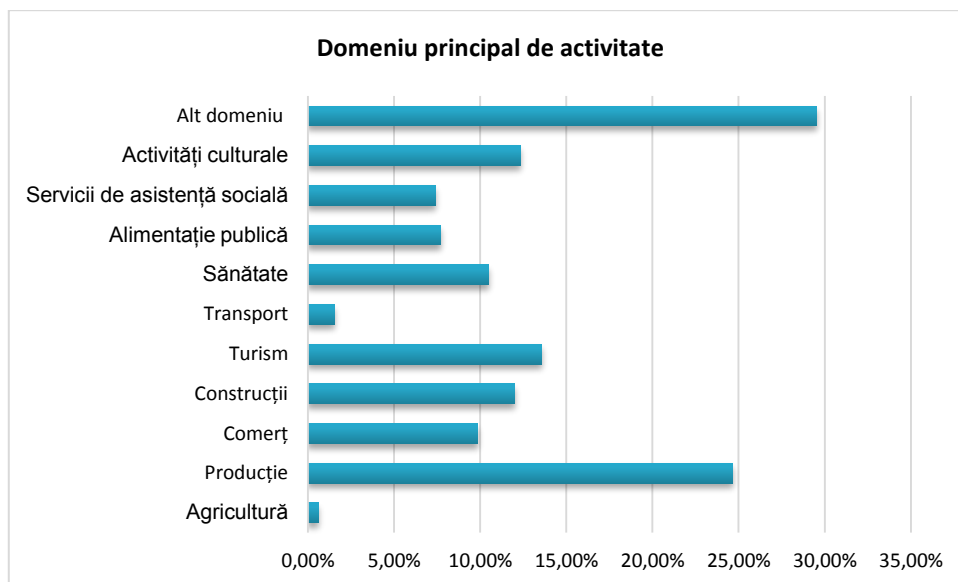
- Prin POSDRU 2007-2013 au fost finanțate 1.696 SES-uri (sursa datelor: RFI POSDRU) când nu exista un cadru de reglementare al economiei sociale.
- Legea 219 /2015 privind economia socială a apărut în anul 2015, iar nomele metodologice de aplicare în anul 2016 (HG 585).
- În absența unei obligații ca aceste ÎES înființate prin POSDRU să obțină atestat de întreprindere socială în sensul prevederilor Legii 219, doar un număr foarte mic dintre aceste întreprinderi au inițiat demersurile necesare și au obținut atestat.
- Lipsa facilităților din legea economiei sociale nu a încurajat structurile vechi de economie socială de tip ONG (asociații, fundații, CAR pentru salariați și pensionari, cooperative meșteșugărești, cooperative de consum, cooperative agricole, etc) să se ateste ca ÎES. Acestea au continuat să funcționeze pe piață la fel ca și anterior apariției Legii 219.
- Între finalizarea finanțării POSDRU în domeniul economiei sociale (2015) și lansarea POCU (2018) nu a existat niciun alt tip de sprijin financiar în domeniu. Primele proiecte finanțate din POCU au demarat în 2019, iar primele întreprinderi au obținut atestarea ca ÎES în 2020.
- Prin POCU 2014-2020 fuseseră înființate până în luna august 2021 aproximativ 2.100 de întreprinderi sociale.

Se pot așadar desprinde următoarele concluzii cu privire la înființarea ÎES:

- Marea majoritate a ÎES se înființează cu sprijin financiar (de tip POSDRU, POCU). Există foarte puține inițiative private sau demersuri din surse proprii.
- Având în vedere că marea majoritate a ÎES au fost înființate prin POCU OS 4.16, acestea au fost atestate începând cu anul 2020 și continuând pe toată perioada anului 2021. Astfel, marea majoritate a ÎES înființate prin POCU OS 4.16 au o vechime pe piață mai mică de 1 an.

**1236.** Domeniile principale de activitate ale ÎES sunt foarte diverse. 24.62% dintre ÎES realizează activități de producție, 13.54% activități de turism, 12.31% activități culturale, 12.00% construcții, 10.46% sănătate, 7.69% alimentație publică, 7.38% servicii de asistență socială, 9.85% comerț, 1.54% transport, 0.62% agricultură. Aproximativ 30% dintre întreprinderile sociale au alte domenii de activitate furnizând diverse tipuri de servicii (de ex. consultanță în diverse domenii, servicii financiar-contabile, organizare de evenimente, publicitate, foto, media, curățenie, întreținere și/sau renovare-reamenajare a locuințelor și altor spații, spălare și uscare produse textile, peisagistică și întreținere spații verzi, IT, înfrumusețare și remodelare corporală etc). Zona activităților educative și recreative este de asemenea menționat ca domeniu principal de activitate (formare profesională, cursuri de limbi străine, alte forme de învățământ, educație financiară, activități educativ sportive, activități recreative și distractive, etc). De asemenea se regăsesc și unele domenii de nișă (de ex: activități de realizare a înregistrărilor audio și activități de editare muzicală, etc). sau adresate unor grupuri cu nevoie speciale.

FIGURA 118. DOMENIILE DE ACTIVITATE ALE ÎNTREPRINDERILOR SOCIALE DIN ROMÂNIA



Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România (411 respondenți)

**1237.** Activitățile desfășurate sunt foarte variate și constituie un sprijin real pentru comunitățile în care întreprinderile sociale/întreprinderile sociale de inserție atestate/certificate funcționează. La baza afacerilor sociale stau analize realizate la nivel local, precum și studii de piață așa cum reiese din sondajul realizat în rândul întreprinderilor sociale atestate, studiile de caz și atelierul de lucru cu beneficiari de schemă de minimis SOLIDAR. De asemenea, interviurile și ateliere de lucru cu Administratorii de schemă de minimis au evidențiat că aceștia și-au propus implementarea proiectelor POCU OS 4.16 în regiuni sau județe unde cunosc specificul comunităților, problemele și particularitățile cu care acestea se confruntă, fapt ce a constituit un avantaj pentru grupul țintă al proiectelor.

**Cunoașterea de către Beneficiar a specificului comunităților, problemelor și particularităților cu care acestea se confruntă constituie un avantaj.** Proiectul este localizat în regiunile V, NV și NE. Au fost alese aceste regiuni deoarece beneficiarul a derulat anterior proiecte în fiecare dintre aceste regiuni și cunoaște specificul comunităților, problemele și particularitățile cu care se confruntă. Mai mult, Beneficiarul are sediul în Timișoara, un punct de lucru la Iași și un Centru de consiliere și inițiere a afacerilor la Oradea.

Fundația Serviciilor Sociale Bethany, Administrator de schema de minimis SOLIDAR

**Măsura în care intervențiile finanțate OS 4.16 au contribuit la dezvoltarea de noi structuri de economie socială și de noi locuri de muncă și analiza viabilității acestora**

#### EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE ANGAJAȚI AI ÎNTREPRINDERILOR SOCIALE

**1238.** Evoluția numărului de angajați în cadrul întreprinderilor sociale urmează o tendință ascendentă în perioada 2016-2020.

**Evoluția numărului de angajați fără intervenția POCU în perioada 2016-2020:**

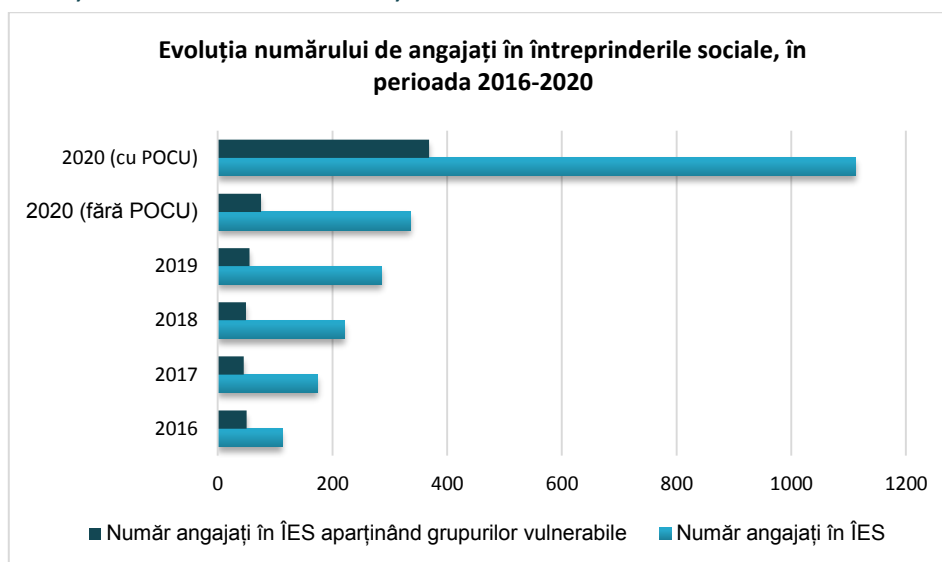
**1239.** Analiza datelor fără intervenția POCU indică o creștere a numărului total de angajați în ÎES cu 200% în 2020 față de 2016. Datele indică și o creștere a numărului de angajați aparținând grupurilor vulnerabile în ÎES cu 50% în 2020 față de 2016.

***Evoluția numărului de angajați cu intervenția POCU în perioada 2016-2020:***

**1240.** Analiza datelor cu intervenția POCU indică o creștere a numărului total de angajați în ÎES cu 892% în 2020 față de 2016. Datele indică și o creștere a numărului de angajați aparținând grupurilor vulnerabile în ÎES cu 636% în 2020 față de 2016.

**1241.** Prin intervenția POCU OS 4.16 a crescut numărul ÎES și au fost create noi locuri de muncă în regiunile respective. Numărul de locuri de muncă create de către ÎES înființate a fost condiționat de nivelul ajutorului de minimis solicitat conform Ghidului Solicitantului. Pe de altă parte, prin Ghidul Solicitantului nu au fost impuse condiții cu privire la norma de lucru, astfel locurile de muncă nou create au norme ce variază de la 2 la 8 ore/zi, în funcție de nevoile ÎES.

**FIGURA 119. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE ANGAJAȚI ÎN ÎNTREPRINDERI SOCIALE ÎN PERIOADA 2016-2020**



Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România (411 respondenți)

**EVOLUȚIA CIFREI DE AFACERI A ÎNTREPRINDERILOR SOCIALE**

**1242.** Analiza datelor privind cifra de afaceri a întreprinderilor sociale indică de asemenea o tendință ascendentă în perioada 2016-2020.

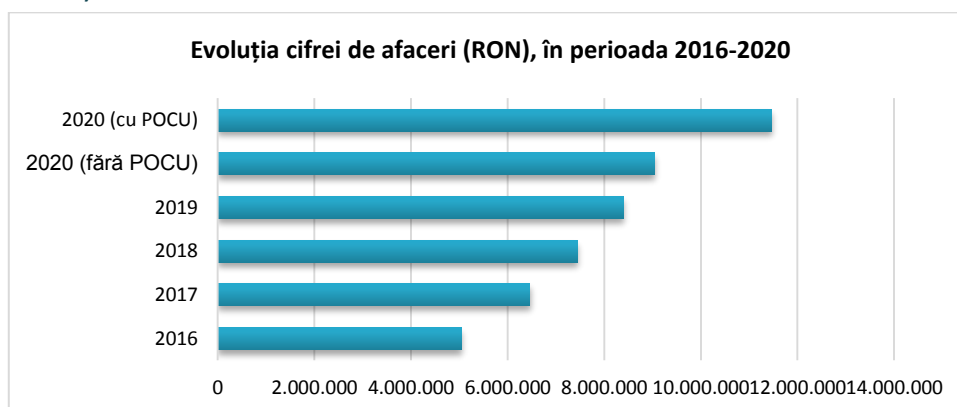
***Evoluția cifrei de afaceri (RON) fără intervenția POCU în perioada 2016-2020:***

**1243.** Analiza datelor fără intervenția POCU indică o creștere a cifrei de afaceri a ÎES cu 79.17% în 2020 față de 2016.

***Evoluția cifrei de afaceri (RON) cu intervenția POCU în perioada 2016-2020:***

**1244.** Analiza datelor cu intervenția POCU indică o creștere a cifrei de afaceri a ÎES cu 127.32% în 2020 față de 2016.

**FIGURA 120. EVOLUȚIA CIFREI DE AFACERI A ÎES ÎN PERIOADA 2016-2020**

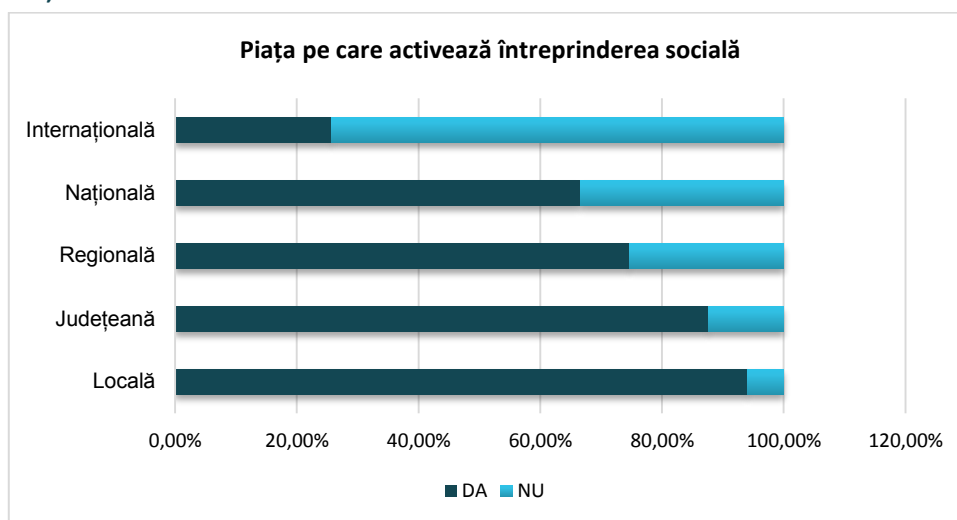


Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România (411 respondenți)

**1245.** Cele mai multe întreprinderi sociale activează preponderent pe piața locală (93.97%). Există și întreprinderi sociale care activează atât pe piața locală cât și pe alte piețe - la nivel județean (87.59%), regional (74.66%), național (66.52%).

**1246.** Procentul întreprinderilor sociale cu deschidere spre piețele internaționale este de 25.64%, relativ ridicat având în vedere dificultatea accesului pe piața internațională, mai ales pentru organizații cu o vechime de doar 1-3 ani.

**FIGURA 121. PIAȚA PE CARE ACTIVEAZĂ ÎNTREPRINDERILE SOCIALE**



Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România

**1247.** Contribuția POCU la înființarea și funcționarea întreprinderilor sociale a constat atât în acordarea de subvenții sub formă de ajutor de minimis cât și în suport tehnic și metodologic pentru înființare, pentru implementarea planurilor de afaceri, precum și pentru a dezvolta capacitatea întreprinderilor de economie socială de a funcționa într-o manieră auto-sustenabilă. Astfel, în cadrul proiectelor derulate de către administratorii schemei de ajutor de minimis au fost prevăzute, prin Ghidul solicitantului, o structură de activități obligatorii: formarea grupului țintă alcătuit din potențiali antreprenori sociali în domeniul economiei sociale, selecția prin concurs de planuri de afaceri a unui număr limitat de persoane din grupul țintă, înființarea de către aceste persoane a întreprinderilor sociale, acordarea ajutorului de



minimis în tranșe și monitorizarea procesului de implementare a planurilor de afaceri selectate și finanțate prin ajutor de minimis.

**1248.** Analiza opiniilor întreprinderilor sociale respondente la sondaj a evidențiat importanța înțelegerii conceptului de economie socială și a dezvoltării abilităților și competențelor antreprenoriale. Peste 40% dintre respondenți au considerat că aceste tipuri de activități din cadrul proiectului au contribuit „în foarte mare măsură” la pregătirea unor planuri de afaceri de succes:

- Informarea cu privire la conceptul de economie socială și antreprenariat social (48.36%);
- Dezvoltarea abilităților antreprenoriale prin programe de formare profesională (41.26%).

**1249.** Referitor la activitățile specifice Etapei 2: Înființarea întreprinderii sociale și implementarea planului de afaceri, peste 40% dintre respondenți au indicat că următoarele tipuri de activități din cadrul proiectului au contribuit „în foarte mare măsură” la implementarea cu succes a planurilor de afaceri sociale:

- Consiliere pentru înființarea întreprinderii sociale (44.26%);
- Consiliere în domeniul antreprenoriatului social (41.37%);
- Sprijin în implementarea planului de afaceri (consiliere/monitorizare) (43.68%).

**1250.** Referitor la alte activități specifice Etapei 2 de tipul consiliere pentru identificare piețe desfacere, promovare, transfer de know-how, crearea de parteneriate și rețele de sprijin, alte finanțări pe care le pot accesa, consolidarea capacității întreprinderilor sociale de a funcționa într-o manieră sustenabilă, opiniile respondenților au fost polarizate. Aproximativ jumătate dintre respondenți consideră că astfel de activități au contribuit în mare sau foarte mare măsură la implementarea cu succes a planului de afaceri, în timp ce cealaltă jumătate a respondenților consideră că astfel de activități au contribuit în mică sau foarte mică măsură la implementarea cu succes a planului de afaceri. Explicația imediată constă în faptul că doar o parte dintre administratorii schemei de ajutor de minimis au ajuns la stadiul de a derula astfel de activități suport.

**1251.** **Pachetul de măsuri integrate furnizate prin POCU OS 4.16**, respectiv activitățile de informare, formare, consiliere și ulterior activitățile privind monitorizarea funcționării întreprinderilor și decontarea subvențiilor au o **contribuție importantă în dezvoltarea afacerilor sociale și bunul mers al acestora**. Activitatea de monitorizare oferă pe perioada celor 18 luni de implementare și 6 luni de sustenabilitate a întreprinderilor sociale siguranța implementării adecvate a afacerilor sociale, precum și a îndeplinirii tuturor activităților asumate prin planul de afacere, așa cum au evidențiat discuțiile cu beneficiarii de ajutor de minimis în cadrul atelierului de lucru, sondajului sau studiile de caz.

*Un factor de succes în pregătirea și implementarea afacerii îl constituie implicarea și sprijinul acordat de echipa de proiect – sprijin susținut în fiecare etapă a proiectului, de la pregătirea planului de afaceri la curs până la implementarea acestuia în cele mai mici detalii.*

*Opinie beneficiar ajutor de minimis SOLIDAR*

**1252.** Marea majoritate a întreprinderilor sociale înființate prin POCU OS 4.16 nu se află în faze avansate ale implementării planurilor de afaceri sociale, atenția acestora fiind concentrată pe angajarea personalului, realizarea achizițiilor, amenajarea spațiilor, realizarea raportărilor specifice, neputându-și încă da seama de importanța unor activități următoare cum ar fi identificarea de piețe de desfacere, promovarea, transferul de know-how, crearea de parteneriate și rețele de sprijin, alte finanțări pe care le pot accesa, consolidarea capacității întreprinderilor sociale de a funcționa într-o manieră sustenabilă și din aceste considerente opiniile au fost echilibrate. Totuși astfel de activități sunt deosebit de importante pentru antreprenori și bunul mers al afacerilor sociale demarate.

## EFFECTE ALE ACTIVITĂȚII ÎNTREPRINDERILOR SOCIALE

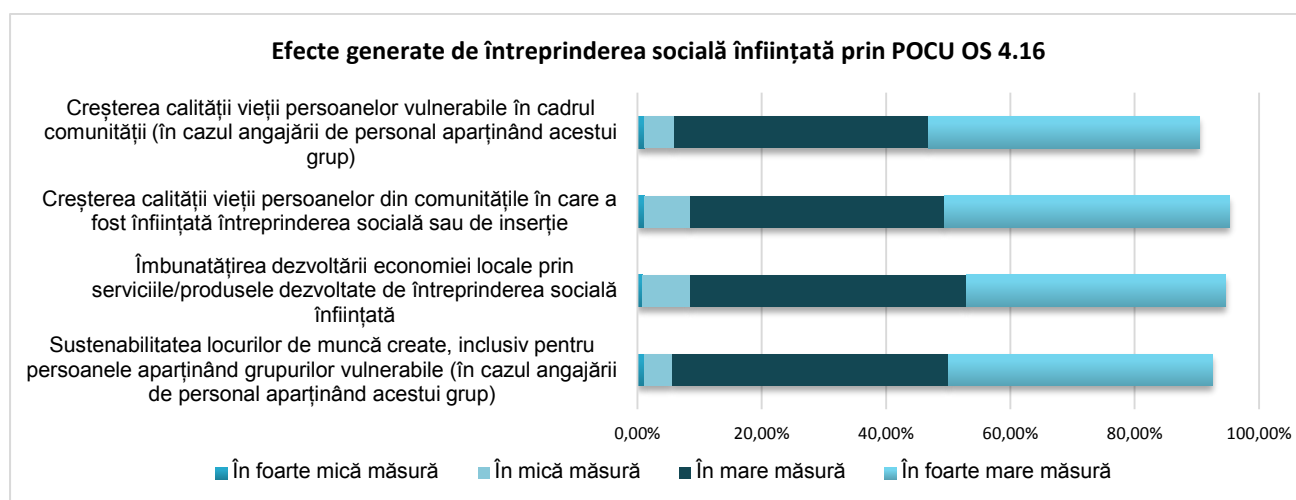
**1253.** În ceea ce privește aprecierea efectelor generate de existența întreprinderilor sociale, peste 40% dintre respondenți consideră că ÎES înființată prin POCU OS 4.16 va genera „în mare măsură” efecte de tipul:

- sustenabilitatea locurilor de muncă create, inclusiv pentru persoanele aparținând grupurilor vulnerabile (în cazul angajării de personal aparținând acestui grup) (44.41%);
- îmbunătățirea dezvoltării economiei locale prin serviciile/produsele dezvoltate de întreprinderea socială înființată (44.41%).

**1254.** Peste 40% dintre respondenți consideră că ÎES înființată prin POCU OS 4.16 va genera „în foarte mare măsură” efecte de tipul:

- creșterea calității vieții persoanelor din comunitățile în care a fost înființată întreprinderea socială sau de inserție (45.87%);
- creșterea calității vieții persoanelor vulnerabile în cadrul comunității (în cazul angajării de personal aparținând acestui grup) (43.58%).

**FIGURA 122. EFECTE GENERATE DE ÎNTREPRINDERILE SOCILE ÎNFIINȚATE PRIN POCU 4.16**



Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România, 411 respondenți

**1255.** Efectele activității întreprinderilor sociale nou create sunt încă în curs de materializare, aproximativ jumătate dintre întreprinderile sociale înființate au început să presteze activitățile conform planului de afaceri în timp ce restul se află încă în diverse stadii pregătitoare sau încă nu au fost înființate. Cele mai importante efecte înregistrate până acum ca urmare a înființării întreprinderilor sociale derivă din însăși misiunile sociale ale acestor organizații. Multe dintre misiunile sociale ale întreprinderilor sociale se referă la crearea de locuri de muncă pentru persoane din categorii vulnerabile. Astfel unul dintre cele mai importante efecte ale intervenției POCU este reprezentat de creșterea oportunităților de ocupare pentru persoanele din grupuri vulnerabile, această oportunitate fiind cu atât mai importantă în zonele rurale sub-dezvoltate economic și unde un procent ridicat al populației este beneficiară a diverse forme de ajutor social.

*Activitățile finanțate în cadrul proiectului au contribuit la valorificarea forței de muncă, în special din zonele rurale, prin creșterea oportunităților de ocupare pentru persoanele din grupurile vulnerabile expuse riscului de excluziune socială. Prin planurile de afaceri finanțate, beneficiarii de ajutor de minimis si-au asumat angajarea unui număr de persoane ce aparțin grupurilor vulnerabile,*

*satisfăcând astfel nevoia de reducere a ratei șomajului din regiunea Centru. În localitățile din județul Sibiu există un număr mare de persoane cu handicap cu capacitatea de a lucra, șomeri de lungă durată, persoane de etnie excluse social, greu angajabile, care vor beneficia de un loc de muncă în cadrul celor 22 de noi afaceri sociale create, contribuind astfel la ieșirea acestora din starea de vulnerabilitate, la îmbunătățirea condițiilor de trai, dar și la susținerea economiei locale.*

Manager de proiect, Administrator schemă de minimis din Regiunea Centru

**1256.** Un alt efect foarte important și care face de asemenea parte din misiunile sociale ale întreprinderilor sociale create se referă la prestarea unor servicii diverse care contribuie la bunăstarea comunităților în care acestea acționează, servicii care nu erau oferite anterior în zonele respective, inclusiv prestarea de servicii gratuite pentru diverse categorii de persoane dezavantajate.

**1257.** Totodată, faptul că un număr ridicat de persoane au obținut și vor obține în viitor certificate cu competențe de antreprenoriat și management social, prin participarea la programele de formare organizate în cadrul proiectelor finanțate, reprezintă o bază pentru inițierea unor posibile viitoare afaceri sociale de către aceste persoane.

### **Sinteza constatărilor**

**1258.** Creșterea numărului de întreprinderi sociale atestate din România este evident rezultatul finanțării POCU într-o proporție foarte ridicată (peste 90% din întreprinderile sociale atestate au beneficiat de finanțare POCU 2014-2020). Este clar că beneficiarii ajutoarelor de minimis nu ar fi avut posibilitatea înființării întreprinderilor sociale fără sprijinul financiar și cel tehnic acordat prin activitățile de formare și consiliere în înființarea și dezvoltarea unei afaceri sociale.

**1259.** Trebuie ținut totuși cont de faptul că numărul de structuri ale economiei sociale care funcționează în România fără a fi atestate este foarte ridicat (zeci de mii de ONG) astfel încât numărul de întreprinderi sociale înființate cu sprijin POCU și estimat a fi înființate în viitor prin proiectele finanțate, deși relativ ridicat ca valoare absolută, reprezintă totuși un procent redus din numărul total de structuri ale economiei sociale din România.

**1260.** În concluzie, se constată faptul că proiectele finanțate în cadrul OS 4.16 au avut și urmează să aibă o contribuție importantă la dezvoltarea economiei sociale din România, prin înființarea de întreprinderi sociale care au drept efect creșterea ocupării prin crearea de noi locuri de muncă, inclusiv pentru persoane vulnerabile, prin prestarea de servicii în folosul comunității ca parte a misiunilor sociale ale întreprinderilor sociale înființate, prin creșterea competențelor antreprenorilor sociali ca urmare a programelor de formare derulate în cadrul proiectelor finanțate. În ansamblul economiei sociale din România însă, luând în calcul cele câteva zeci de mii de structuri ale economiei sociale care funcționează de mulți ani fără a fi atestate, amploarea efectelor intervenției POCU este încă redusă.

### **10.2.3. ÎE 3. ALTE EFECTE INTENȚIONATE SAU NEINTENȚIONATE, POZITIVE SAU NEGATIVE**

#### **IP3: Proiectele au produs și alte efecte neintenționate, pozitive sau negative.**

**1261.** Majoritatea rezultatelor și efectelor obținute ca urmare a intervenției POCU în domeniul economiei sociale se înscriu în cadrul rezultatelor și efectelor planificate ale acestei intervenții:

- crearea de locuri noi de muncă pentru persoane vulnerabile prin intermediul acestor proiecte, îmbunătățindu-se accesul persoanelor defavorizate la obținerea unui loc de muncă pe piața muncii;

- s-a dezvoltat conștientizarea conceptului de economie socială la nivel național și faptul că persoanele vulnerabile pot fi integrate în aceste structuri și pot să se dezvolte, fără a aștepta de la stat beneficii, dar contribuind și la dezvoltarea locală a comunităților în care acestea activează;
- s-au desfășurat cursuri de antreprenoriat social în scopul inițierii cursanților în procedura înființării propriilor afaceri.

**1262.** Există totuși și anumite efecte mai puțin planificate și totodată un efect de propagare foarte important și de amploare în ceea ce privește promovarea și popularizarea conceptului de economie socială pe scară largă, la nivel național.

**1263.** Astfel, faptul că peste 150 de administratori ai schemei de minimis din toate regiunile țării au promovat conceptul economiei sociale pentru atragerea grupului țintă, faptul că prin proiectele finanțate au fost formate mii de persoane interesate de domeniul economiei sociale care la rândul lor au transmis informații altor persoane, faptul că prevederile Legii privind economia socială sunt cunoscute de toți cei formați, au contribuit major la cunoașterea și înțelegerea conceptului de economie socială pe plan național.

*Prin realizarea campaniilor de informare, activitate realizată încă din primul an de implementare, acest proiect a reușit să facă tot mai cunoscut domeniul economiei sociale în cele 5 județe vizate (Ialomița, Călărași, Giurgiu, Teleorman și Tulcea) și să stârnească motivația mai multor persoane în a-și înființa o întreprindere socială și de a contribui la stimularea ocupării mai ales a persoanelor care fac parte din grupuri vulnerabile.*

*Manager de proiect, Administrator de grant regiunile Sud Muntenia și Sud-Est*

**1264.** Din atelierele de lucru cu Administratorii și beneficiarii de schemă de minimis, sondajul realizat în rândul întreprinderilor sociale și studiile de caz s-au evidențiat efecte pozitive, dar și unele efecte negative.

Exemple de alte efecte înregistrate prin proiectele finanțate se referă la:

- Dezvoltarea într-o anumită măsură a capacității sistemului de asistență socială privind realizarea anchetelor sociale, prin experiența creată cu ocazia angajării de persoane vulnerabile de către întreprinderile sociale nou înființate. Odată cu creșterea nevoii de realizarea a unor anchete sociale privind angajarea persoanelor din grupurile vulnerabile, departamentele de asistență socială ale administrației publice locale au început să practice acest demers într-o mai mare măsură decât anterior.
- Prin dezvoltarea activității prestate, unele întreprinderi sociale au angajat deja mai mult personal decât era prevăzut prin planurile de afaceri, contribuind astfel la creșterea gradului de ocupare în zonele de acțiune ale acestor organizații.
- Faptul că multe dintre planurile de afaceri ale întreprinderilor sociale prevedeau angajarea de persoane vulnerabile a contribuit la scăderea discriminării pe piața muncii prin asigurarea de măsuri echitabile de ocupare și incluziune.

Pe lângă efectele pozitive există și efecte negative, cum ar fi:

- În cazul afacerilor foarte profitabile există dorința de a renunța la statul de întreprindere socială atestată, inclusiv asumându-și returnarea sumelor deja primite. Riscul de renunțare la atestatul de întreprindere socială după cele 6 luni de sustenabilitate sau reducerea numărului de angajați există și în cazul altor întreprinderi.

*Una dintre principalele probleme semnalate a fost legată de **întreprinderile care realizează venituri ce pot fi înregistrate ca și profit**, și de dorința acestora de a abandona statutul social, inclusiv asumându-și returnarea sumelor deja primite. Este vorba în special despre acele firme care au*



*înregistrat profituri mari (în special din sectorul afaceri) și pentru care schema nu mai reprezintă un beneficiu real, chiar dacă acestea sunt obligate să își mențină statutul, conform prevederilor contractuale.*

*Atelier de lucru organizat cu Beneficiarii de schemă de ajutor de minimis SOLIDAR*

### **Sinteza constatărilor**

**1265.** Majoritatea rezultatelor și efectelor obținute ca urmare a intervenției POCU în domeniul economiei sociale se înscriu în cadrul rezultatelor și efectelor planificate ale acestei intervenții. Atragerea grupului țintă în proiecte a presupus derularea unor campanii de informare și promovare a conceptului de economie socială în rândul a mii de persoane răspândite la nivel național. Formarea profesională a mii de persoane interesate de domeniul economiei sociale care la rândul lor au transmis informații altor persoane, faptul că prevederile Legii privind economia socială sunt cunoscute de toți cei formați, au contribuit major la cunoașterea și înțelegerea conceptului de economie socială pe plan național.

**1266.** Prin intermediul acestor întreprinderi sociale au fost create noi de muncă pentru persoane vulnerabile, îmbunătățindu-se accesul persoanelor defavorizate la obținerea unui loc de muncă pe piața muncii. La nivel de autorități a fost dezvoltată capacitatea sistemului de asistență socială privind realizarea anchetelor sociale.

**1267.** Deși prin intermediul acestor proiecte au fost finanțate doar aproximativ 20% din persoanele grup țintă, și pentru restul persoanelor formare există beneficii: s-a deschis o nouă perspectivă și a crescut motivația și dorința de a dezvolta o afacere devenind interesați de astfel de oportunități de finanțare.

**1268.** Pe lângă efectele pozitive există și unele riscuri ce țin renunțarea la atestatul de întreprindere socială după cele 6 luni de sustenabilitate sau reducerea numărului de angajați.

#### **10.2.4. ÎE 4. EFECTUL DE PROPAGARE**

##### **IP4: Efectele proiectelor se propagă în afara ariei de acțiune a intervențiilor.**

**1269.** Dat fiind stadiul actual de implementare al proiectelor, este prematură la acest moment evidențierea unor efecte de propagare. Cu toate acestea la nivelul studiilor de caz realizate, reprezentanții proiectelor au apreciat existența unor potențiale efecte propagate ale afacerilor asupra pieței locale și regionale. Acestea se manifestă astfel atât la nivelul pieței prin creșterea numărului de afaceri și generarea de locuri de muncă, o parte din persoanele angajate aparținând inclusiv grupurilor vulnerabile, iar pe de altă parte unele afaceri generează o creștere a competitivității pe respectiva piață prin serviciile oferite, contribuind astfel la creșterea calității serviciilor și produselor similare.

**1270.** Prin acțiunile de informare și promovare conceptul de economie socială a devenit cunoscut și a început să deschidă perspective noi și la nivelul altor comunități, această direcție a economiei sociale fiind analizată ca și oportunitate de ocupare pentru persoanele din grupurile vulnerabile expuse riscului de exclusiune socială. Acest efect de propagare este foarte important și de amploare în ceea ce privește promovarea și popularizarea conceptului de economie socială pe scară largă, la nivel național.

**1271.** Totodată, la nivelul familiilor angajaților de la nivelul întreprinderilor sociale create, în special a celor aparținând grupurilor vulnerabile, implementarea afacerii sociale a avut ca efect o creștere a veniturilor familiei, iar la nivelul managerilor de întreprindere socială a avut ca efect promovarea conceptului precum și a cunoștințelor dobândite cu ocazia programului de formare și altor prieteni, colaboratori care s-au arătat interesați ca pe viitor să demareze o astfel de afacere.

**1272.** La nivelul administratorilor de schemă de minimis, practic a organizațiilor și partenerilor care implementează aceste proiecte, există efecte percepute de creștere a vizibilității și experienței în derularea de astfel de scheme de antreprenoriat, contribuind la dezvoltarea paletei de servicii oferite (programe de formate, mentorat, coaching, consiliere).

**1273.** În cadrul proiectelor au fost dezvoltate platforme, instrumente, mecanisme, analize ce vizează sectorul economiei sociale, acestea fiind utile și de interes și altor grupuri țintă. Studiile de caz au evidențiat **efecte care se vor propaga** în afara ariei de acțiune a intervențiilor:

- **Platforma on-line multi-user** dezvoltată prin intermediul proiectului SMIS 126230: **platforma crowdfunding** (microfinanțare); **rețea smart-contracts** de gestionare a resurselor comune și pentru valorificarea serviciilor și produselor întreprinderilor sociale create; **conturile sociale wiki** pentru validarea și recunoașterea contribuției și impactului întreprinderilor sociale create și parteneriatele cu reprezentanții comunităților locale. Aceste efecte se vor propaga la nivelul programelor de licență și master derulate de universități prin actualizarea acestora cu informații noi și bune practici, la nivelul instituțiilor financiare care realizează analize de risc în vederea acordării de finanțări unor structuri de economie socială sau la nivelul altor instituții cu rol în dezvoltarea și îmbunătățirea politicilor din sector.
- **Studiu anual privind impactul întreprinderilor sociale de inserție în România (Barometrul economiei sociale)** realizat în cadrul proiectului SMIS 127384. Studiul oferă informații cu privire la dimensiunea sectorului, aportul pe care întreprinderile sociale îl au în comunitate, problemele și soluțiile pentru dezvoltarea sustenabilă a acestui sector realizate pe baza unor date cantitative și calitative colectate periodic de la întreprinderile sociale create, alte întreprinderi sociale din RUEIS, organizații care nu dețin atestare sau certificare în sensul Legii 219/2015.
- **Site-ul dedicat promovării întreprinderilor sociale care dețin marcă socială** creat prin intermediul proiectului SMIS 127384. Site-ul conține și **Harta interactivă a întreprinderilor sociale de inserție din România**, acestea fiind instrumente utile și altor grupuri.
- **Conectarea întreprinderilor sociale la rețele și platforme naționale și europene**, după caz: RISE, ENSIE, EASPD, ENSIE, Enterprise Europe Network, Coaliția Națională pentru Economie Socială etc.

**1274. Alte grupuri vizate:** Efectele vor fi resimțite de grupurile țintă ale proiectelor respective, dar se vor propaga și la nivelul altor grupuri și regiuni, cum ar fi: alte întreprinderi sociale, organizații din domeniul economiei sociale care nu dețin atestat/certificat în sensul Legii 219/2015, potențiali antreprenori sociali, manageri de întreprinderi sociale, instituții care gestionează programe de sprijinire a antreprenoriatului social, instituții financiare bancare / non-bancare (pentru analiza de risc a structurilor de economie socială în vederea finanțării), cercetători, universități din România (mai ales cele care derulează programe de licență și master în economia socială), angajați, furnizori și clienți ai întreprinderilor sociale, structuri comunitare formale și informale, inițiative locale de dezvoltare comunitară. De asemenea, toate analizele și instrumentele realizate sunt utile și instituțiilor care au ca scop sprijinirea antreprenoriatului social (de ex. autorități de management a fondurilor europene, instituții publice locale, camere de comerț, patronate, GAL-uri, etc.) pentru îmbunătățirea politicilor și impactului activităților lor în susținerea mediului antreprenorial social. Datele cuprinse în studiul anual, vor fi utilizate pentru acțiuni de advocacy în crearea unui cadru favorabil de dezvoltare în special a întreprinderilor sociale care dețin marcă socială și care sunt de fapt angajatori de inserție cu activitate de interes public.

### **Sinteza constatărilor**

**1275.** Intervențiile finanțate prin OS 4.16 au efecte potențiale de propagare asupra mediului de afaceri de la nivel local sau regional unde s-au înființat întreprinderile sociale prin creșterea competiției, și implicit a calității produselor și serviciilor furnizate la nivel local.



**1276.** Efecte pozitive pot fi percepute și la nivelul angajaților întreprinderilor sociale create atât la nivelul managerilor prin promovarea conceptului și transferul de cunoștințe/competențe către alte cunoștințe, dar și al angajaților prin acces la un venit stabil, creșterea veniturilor persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile angajate.

**1277.** La nivelul solicitanților și partenerilor acestora, respectiv administratorii de schemă de minimis, a crescut capacitatea de a implementa astfel de scheme de antreprenoriat și implicit a vizibilității și diversificării paletelor de servicii în antreprenoriat.

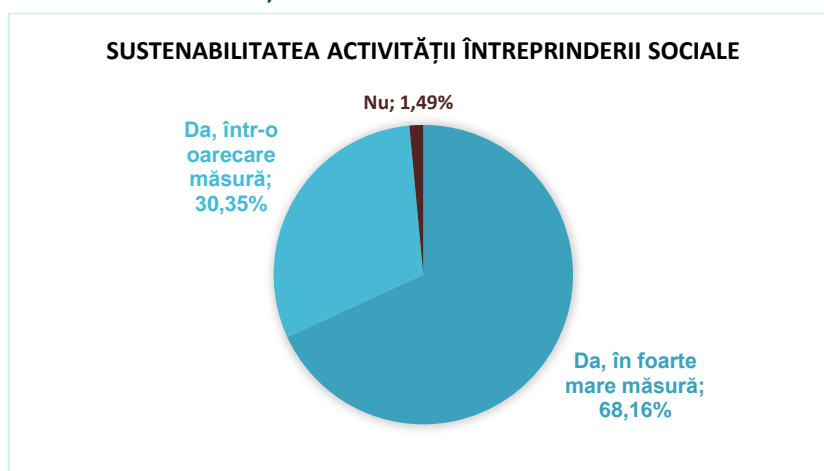
**1278.** Dezvoltarea unor instrumente și mecanisme (platforme crowdfunding, site-uri de promovare marca socială, hărți interactive etc), analize (analize actuale la nivelul regiunilor în care au fost implementate proiectele), studii (Barometrul economiei sociale) ce vizează sectorul economiei sociale din cadrul unor proiecte sau conectarea întreprinderilor sociale la rețele și platforme naționale și europene vor contribui la propagarea efectelor proiectelor și în alte regiuni și grupuri, chiar și la nivel internațional.

#### 10.2.5. ÎE 5. DURABILITATEA EFECTELOR

##### **IP5: Efectele proiectelor sunt durabile dincolo de momentul intervenției.**

**1279.** O mare parte a întreprinderilor sociale consideră că activitatea întreprinderii sociale create este „în foarte mare măsură” sustenabilă, în timp ce 30.35% consideră că este sustenabilă „într-o oarecare măsură”. Procentul care consideră că activitatea întreprinderilor sociale create este nesustenabilă este foarte mic (1.49%).

**FIGURA 123. SUSTENABILITATEA ACTIVITĂȚII ÎNTEPRINDERILOR SOCIALE**



Sursa: Sondaj la nivelul întreprinderilor sociale din România, 411 respondenți

**1280.** Buna funcționare și totodată sustenabilitatea întreprinderilor sociale este influențată de o serie de factori, atât pozitivi cât și negativi. Sondajul realizat în rândul întreprinderilor sociale, atelierele de lucru cu administratorii și beneficiarii de ajutor de minimis, precum și interviurile cu autoritățile cu rol în domeniul economiei sociale (MMPS și ANOFM), au evidențiat factori pozitivi, dar și negativi:

##### ✓ **Factori pozitivi**

- Posibilitatea de diversificare a fluxurilor de venituri (finanțare prin ajutor de minimis, venituri din activitate, microcredite, alte surse de finanțare);
- Furnizarea de produse/servicii cu valoare adăugată;
- Politica de marketing a întreprinderii sociale;
- Stabilitatea echipei de management;

- Condițiile specifice de piață favorabile pentru bunurile sau serviciile oferite de către întreprinderea socială;
- Cadrul legal pentru economia socială prin apariția Legii privind economia socială nr. 219/2015;
- Colaborarea cu alte întreprinderi sociale, participarea în rețele, uniuni, federații etc;
- Colaborarea cu administrația publică;
- Facilități obținute din partea administrației publice locale.

✓ **Factori negativi**

- Nivel ridicat al competiției pe piață;
- Putere de cumpărare a clienților insuficientă;
- Condițiile specifice de piață nefavorabile în actualul context socio-economic pentru bunurile sau serviciile oferite de către ÎS (de ex. modele de afaceri care necesită injecții periodice de capital);
- Schimbări ale nevoilor clienților;
- Orientarea insuficientă pe produs/serviciu oferit și dezvoltarea acestuia;
- Dificultăți în identificarea și selectarea angajaților;
- Număr de clienți insuficient;
- Fluctuația personalului angajat;
- Pandemia SARS-CoV-2.

**1281.** Sintetizând informațiile din interviurile cu autoritățile cu rol în domeniul economiei sociale (MMPS și ANOFM), atelierile de lucru, sondajul realizat în rândul întreprinderilor sociale cu privire la durabilitatea rezultatelor intervenției POCU, s-au evidențiat 3 fațete importante ale durabilității întreprinderilor sociale, acestea fiind prezentate și analizate în continuare:

- Șansele ca întreprinderile sociale nou-înființate să supraviețuiască pe piață și să se dezvolte;
- Șansele privind menținerea sau creșterea numărului de locuri de muncă nou-create;
- Șansele ce aceste întreprinderi sociale să își mențină misiunea socială după încheierea proiectelor POCU prin care au fost create și după încheierea perioadei obligatorii de 6 luni de sustenabilitate.

**1282.** Informațiile colectate indică o preocupare a multor administratori de grant privind sustenabilitatea noilor întreprinderi sociale din punct de vedere al supraviețuirii pe piață, preocupare tradusă în acțiuni precum o selecție a câștigătorilor concursurilor de planuri de afaceri care a inclus criterii solide privind șansele de sustenabilitate, consilierea și sprijinul noilor antreprenori sociali în tandem cu procesul de monitorizare a implementării planurilor de afaceri, organizarea de cursuri relevante în domeniul dezvoltării afacerilor care să aducă informații cât mai utile noilor antreprenori ajutându-i astfel să facă față cât mai bine provocărilor înființării și menținerii unei întreprinderi sociale.

**1283.** În același timp, se poate estima faptul că noile întreprinderi sociale se vor supune regulilor economiei de piață și se vor încadra în rata statistică firească de supraviețuire a unor noi afaceri, aspect normal și care nu scade valoarea contribuției POCU la dezvoltarea acestor noi organizații. Faptul că o parte dintre întreprinderile sociale înființate prestează deja activitatea planificată și realizează încasări reprezintă un element important în sprijinul sustenabilității acestor noi entități. Există totodată factori care amenință sustenabilitatea noilor afaceri sociale, cei mai importanți fiind:

- Situația pandemică actuală, aceasta având șanse ridicate de a afecta activitatea întreprinderilor sociale, mai ales a celor care își desfășoară activitatea în domeniile afectate preponderent de pandemie, precum alimentație publică sau învățământ.
- Faptul că o mare parte dintre persoanele care au înființate întreprinderi sociale nu au experiență anterioară în antreprenoriat, în această situație riscurile de abandon fiind mai ridicate decât în cazul persoanelor care au deja experiență în derularea unor afaceri.

**1284.** În ceea ce privește șansele de menținere a locurilor de muncă nou-create prin întreprinderile sociale înființate, acestea sunt egale cu șansele de menținere sau dezvoltare a afacerii, supuse aceluiași reguli statistice care guvernează șansele de supraviețuire și dezvoltare a noilor afaceri într-o economie de piață. Suplimentar, există riscuri semnificative privind menținerea angajaților din categorii vulnerabile în întreprinderile sociale înființate. Nivelul în general scăzut de competențe al persoanelor din grupurile vulnerabile și instabilitatea acestora cu privire la dorința de ocupare a unui loc de muncă duce la o fluctuație destul de mare a acestei categorii de personal. Ținând cont și de lipsa stimulentei financiare legale pentru angajarea acestor categorii, aceste dificultăți vor duce probabil la o scădere majoră a interesului antreprenorilor sociali în a mai ocupa locurile de muncă rămase vacante cu persoane din categorii vulnerabile.

**1285.** Informațiile colectate indică faptul că pentru majoritatea întreprinderilor sociale șansele de a continua activitatea ca întreprindere socială atestată și de a-și păstra misiunea socială după încheierea perioadei de sustenabilitate obligatorie sunt reduse. Principalul motiv al acestei situații este faptul că în prezent cadrul de reglementare al economiei sociale din România oferă anumite stimulente și avantaje doar întreprinderilor sociale de inserție (și acestea fiind materializate rareori) și nu oferă stimulente sau avantaje întreprinderilor sociale altele decât cele de inserție. În schimb există o serie de obligații care decurg din aplicarea principiilor economiei sociale (ex. alocarea a 90% din profit pentru misiunea socială a întreprinderii sociale) și o serie de cerințe administrative pe care întreprinderile sociale atestate trebuie să le îndeplinească, precum și o serie de factori de piață cărora organizația trebuie să le facă față în mod inevitabil, concurența fiind în general ridicată indiferent de domeniul de activitate al întreprinderii sociale. În aceste condiții, se poate estima faptul că doar un număr foarte redus de întreprinderi sociale atestate/certificate și susținute prin programul POCU vor alege să își continue activitatea ca întreprindere socială atestată odată ce proiectul prin care au beneficiat de ajutor de minimis se încheie.

Una dintre principalele probleme semnalate de către administratorii schemei de minimis a fost legată de întreprinderile care realizează venituri ce pot fi înregistrate ca și profit, și de dorința acestora de a abandona statutul social, inclusiv asumându-și returnarea sumelor deja primite. Este vorba în special despre acele firme care au înregistrat profituri mari și pentru care schema nu mai reprezintă un beneficiu real, chiar dacă acestea sunt obligate să își mențină statutul, conform prevederilor contractuale. Una dintre soluțiile identificate de către un administrator al schemei de minimis a fost de a prevedea încă din faza de evaluare un punctaj consistent pentru partea de inovare socială și planul de marketing, formularul de concurs incluzând practic 2 sub-planuri: unul pentru partea generatoare de profit, celălalt pentru partea de economie socială. De asemenea, s-a prevăzut ca și obligativitatea menținerea pe o perioadă de 5 ani a activității de impact social, aceasta fiind preponderent monitorizată. În plus, s-au selectat planurile cu activități care să nu fie activități de tip sponsorizări pentru că acestea nu sunt considerate a avea impact social, nefiind caracteristice economiei sociale, ci economiei clasice care are și o componentă socială. S-a insistat pe ideea că activitatea socială trebuie să reprezinte principala activitate a întreprinderii sociale. Dincolo de aceste soluții punctuale, problema rămâne însă una sistemică, iar cauzele sunt multiple:

- Neînțelegerea conceptului de economie socială;
- Lipsa de motivare de a produce impact social;
- Ușurința cu care SRL-urile înființate în domeniul economiei sociale pot renunța foarte ușor la acest statut, prin eliminarea clauzelor sociale din statut și netransmiterea raportărilor specifice către AJOFM.

### **Sinteza constatărilor**

**1286.** Chiar dacă se poate estima că multe dintre actualele întreprinderi sociale atestate vor renunța la atestatul de întreprindere socială după încheierea perioadei de sustenabilitate, se poate totodată estima faptul că cel puțin unele dintre aceste organizații își vor păstra totuși misiunea socială, chiar dacă aleg să



renunțe la statutul de întreprindere socială. Cu alte cuvinte, șansele ca misiunea socială a unor organizații dintre cele finanțate să continue să fie implementată sunt mai ridicate decât șansele de menținere a statutului de întreprindere socială atestată. Din punct de vedere al economiei sociale acesta este un aspect benefic, faptul că cel puțin o parte din organizații vor continua să își urmeze misiunea socială cu sau fără atestat de întreprindere socială este un beneficiu pentru societate.

#### 10.2.6. ÎE 6. MECANISMELE CARE AU FACILITAT/ÎMPIEDICAT EFECTELE ȘI CARACTERISTICILE CHEIE CONTEXTUALE ALE ACESTORA

**IP6: Mecanismele de implementare a programului și proiectelor au fost adecvate pentru a produce rezultate durabile.**

**1287.** Intervenția POCU aferentă OS 4.16 a fost influențată de un cumul de factori atât pozitivi cât și negativi, deopotrivă interni și externi intervenției propriu-zise, așa cum a reieșit din interviurile cu autoritățile responsabile de design-ul și implementarea programului, cu autoritățile responsabile în domeniul economiei sociale și administratorii de schemă de ajutor de minimis, studiile de caz.

**1288.** Decizia AM POCU de a utiliza ca mecanism de implementare a intervenției o structură de administratori ai schemei de minimis a contribuit semnificativ la posibilitatea de a implementa o intervenție de amploare la nivel național. Alternativa acestui mecanism ar fi fost managementul schemei de minimis direct de către organismele intermediare, caz în care volumul de activitate posibil a fi astfel gestionat ar fi fost mult mai redus, în consecință numărul de întreprinderi sociale înființate și efectele acestora ar fi fost mult mai reduse.

**1289.** Structura de activități prevăzute prin Ghidul solicitantului a reprezentat un sprijinit adecvat pentru dezvoltarea antreprenoriatului social, aceste activități fiind în cea mai mare parte apreciate atât de către administratorii schemei de minimis, cât și de către viitorii antreprenori sociali. Totodată, experiența anterioară a unor administratori ai schemei de minimis și a unora dintre viitorii antreprenori sociali în domeniul antreprenoriatului reprezintă un factor important de susținere a bunei implementări a schemei de ajutor de minimis și a succesului noilor întreprinderi sociale.

**1290.** Au existat însă și deficiențe ale design-ului intervenției, cea mai mare fiind cerința ocupării locurilor de muncă imediat de la începutul perioadei de funcționare obligatorii de 18 luni a noilor întreprinderi sociale, deși activitatea propriu-zisă a întreprinderilor sociale nu putea debuta decât după mai multe luni de activitate pregătitoare. În condițiile în care cele mai multe întreprinderi sociale finanțate aveau nevoie de luni de zile pentru realizarea achizițiilor de echipamente, pregătirea spațiilor de lucru etc, era firesc ca angajarea de personal să aibă loc doar la momentul când activitatea propriu-zisă a întreprinderilor sociale putea demara. Deși a existat posibilitatea lansării achizițiilor de echipamente înainte de debutul perioadei de 18 luni, în practică acest lucru s-a materializat rareori, din 2 motive: înființarea noilor întreprinderi sociale și pregătirea documentației pentru semnarea contractelor de subvenție a ocupat cea mai mare parte a perioadei de timp premergătoare implementării planurilor de afaceri; cea mai mare parte a antreprenorilor sociali nu dispuneau de resurse financiare pentru a lansa achiziții înainte de recepționarea primei tranșe a ajutorului de minimis. În aceste condiții cea mai mare parte a noilor întreprinderi sociale au funcționat o bună perioadă "în gol", având angajați care nu avea obiectul muncii pentru mai multe luni de la angajare, până la momentul la care echipamentele și dotările necesare au fost achiziționate iar activitatea propriu-zisă a întreprinderilor sociale a debutat de facto. Impunerea ocupării locurilor de muncă de la debutul perioadei de funcționare obligatorii de 18 luni este contrară unui parcurs firesc al unei noi investiții, locurile de muncă fiind ocupate în mod normal la momentul la care există obiectul muncii pentru fiecare dintre angajați. Rezultatul acestei anomalii a fost o ineficiență a utilizării fondurilor publice, pentru o perioadă de luni de zile fiind plătiți angajați care nu produceau nimic.

**1291.** Un alt aspect deficitar al design-ului intervenției a fost lipsa prevederii activității de consiliere sau de formare pentru antreprenorii sociali pe perioada implementării planurilor de afaceri. Deși o astfel de activitate ar putea fi ocazional integrată în activitatea de monitorizare a implementării planurilor de afaceri, faptul că nu au fost prevăzute resurse dedicate acestui scop de către administratorii schemei de minimis face ca șansele ca o astfel de consiliere să fie acordată în mod sistematic să scadă major, prin urmare situațiile în care un administrator al schemei de minimis acordă consiliere antreprenorilor sociali reprezintă cazuri izolate.

**1292.** Conform informațiilor colectate, un alt factor cu influență negativă asupra implementării schemei de minimis este reprezentat de nivelul foarte ridicat al cerințelor administrative și de raportare, acest mecanism administrativ urmărind preponderent aspecte de conformitate și diverse alte analize sau evidențe cantitative, în schimb aspecte privind bunul mers al întreprinderilor sociale, ce măsuri de corecție ale schemei de minimis ar fi necesare, ce lecții se pot desprinde făcând mult mai puțin obiectul monitorizării de către organismele intermediare. Un exemplu în acest sens se referă la necesitatea încheierii de acte adiționale la contractele de subvenție între administratorii schemei de minimis și beneficiarii ajutoarelor de minimis pentru orice deviere de la planul de afaceri și bugetul acestuia, aspect care îngreunează semnificativ procesul de implementare a planurilor de afaceri. Majoritatea factorilor implicați intervievați au indicat faptul că în lumea reală implementarea unui plan de afaceri suferă întotdeauna modificări față de varianta inițială (justificate de condițiile de piață) prin urmare mecanismul care permite astfel de modificări ar trebui să fie mult mai facil, în loc de mecanismul greoi al actelor adiționale la contractul de subvenție.

**1293.** Ca și factori externi de influență, cei mai importanți au fost următorii:

- Pandemia și restricțiile aferente stărilor de urgență și de alertă. Aceste restricții au afectat derularea activităților de sprijin ale viitorilor antreprenori sociali, programul de formare nemaiputând fi desfășurat în format fizic ci doar on-line. Deși informațiile colectate nu indică o scădere a calității procesului de formare din acest motiv, au existat în schimb întârzieri până la clarificarea cadrului legal privind derularea on-line a programelor de formare, ducând fie la necesitatea suspendării implementării unor proiecte, fie la prelungirea perioadei de implementare a proiectelor. Totodată, pandemia a afectat activitatea multor întreprinderi sociale nou-înființate, fie direct, în cazul acelor domenii de activitate direct afectate de restricții, fie indirect prin efectele pe plan internațional ale pandemiei, respectiv creșterea prețurilor materiei prime și a produselor sau echipamentelor, urmate de întârzieri în livrarea echipamentelor sau produselor comandate, ducând la întârzieri în debutul activității propriu-zise a întreprinderilor sociale. Consecința acestor probleme a fost nevoia, în unele cazuri, de a suspenda implementarea proiectelor sau de a le prelungi durata, acolo unde această prelungire a fost posibilă.
- Prevederile actuale ale Legii economiei sociale - după cum s-a menționat și anterior, lipsa în cea mai mare parte a stimulentei și facilităților pentru întreprinderile sociale nu este de natură să încurajeze aceste întreprinderi să își mențină statutul de întreprindere socială atestată după încheierea proiectelor și a perioadei obligatorii de sustenabilitate.

**1294.** Procesul de înființare a întreprinderilor sociale de către câștigătorii concursurilor de planuri de afaceri și crearea locurilor de muncă prevăzute a decurs bine în general, dar au fost întâmpinate și anumite dificultăți. Acestea au fost generate în special de:

- abordarea neunitară a procesului de verificare a actelor constitutive de către AJOFM în vederea acordării atestatelor de întreprindere socială, ceea ce a dus la respingerea unor dosare și nevoia revizuirii actelor constitutive respective;
- angajarea de persoane vulnerabile în cadrul acelor întreprinderi sociale care au prevăzut acest demers prin planurile de afaceri s-a dovedit anevoioasă, dintr-un cumul de cauze: dificultatea identificării unor persoane care să se încadreze în categoriile vulnerabile definite prin Legea

219/2015, care să aibă pregătirea necesară ocupării unor locuri de muncă și care să dorească să se angajeze; în unele cazuri a fost semnalată dificultatea obținerii de la primăriile respective a anchetelor sociale care să dovedească apartenența la categoria de persoane vulnerabile. Odată angajați, menținerea angajaților din categoriile vulnerabile a ridicat anumite dificultăți pentru destul de multe întreprinderi sociale, informațiile colectate indicând faptul că această categorie de angajați este instabilă. După ce se obțin toate documentele necesare în vederea angajării (proces destul de costisitor și anevoios cum ar fi: medicina muncii, ancheta socială, alte documente pentru angajare etc.) aceștia ori nu se prezintă la program, lipsesc fără motiv, nu își îndeplinesc sarcinile, sau își dau demisia după câteva săptămâni lucrate.

Dificultățile întâmpinate în ceea ce privește angajarea de persoane vulnerabile pot fi ilustrate prin cazul unui administrator de schemă de minimis. Atunci când s-au solicitat listele cu persoanele asistate social din cadrul primăriei și Agenției Județene de Ocupare a Forței de Muncă, răspunsurile primite au fost descurajatoare, subliniindu-se faptul că va fi greu de lucrat cu persoanele vulnerabile, care vor alege cel mai probabil să își dea demisia din cadrul întreprinderii, fiind necesară înlocuirea acestora. S-a încercat identificarea pe cont propriu a persoanelor vulnerabile, însă nici acest demers nu a avut succes, pentru că era în continuare nevoie de realizarea unei anchete sociale, aceasta fiind programată abia peste o lună. Una dintre soluțiile care a dat totuși rezultate a fost contactarea unor organizații precum Crucea Roșie, care furnizează servicii sociale acreditate și au dreptul de a organiza anchete sociale, mergându în paralel cu solicitarea unor astfel de servicii către primării. Furnizorii de astfel de servicii, precum Crucea Roșie, au sprijinit foarte bine realizarea anchetelor sociale și, mai mult decât atât, au contribuit cu propria bază de date cu persoane vulnerabile.

### **Sinteza constatărilor**

**1295.** Deși au existat și o serie de influențe negative precum cele descrise, analiza informațiilor colectate de către echipa de evaluare indică faptul că în ansamblu schema de ajutor de minimis progresa suficient de bine, existând șanse ridicate ca aceasta să își atingă scopul privind creșterea numărului de structuri ale economiei sociale. Cea mai mare provocare o reprezintă însă menținerea acestor structuri nou create și mai ales menținerea misiunii sociale a acestora, în acest sens analizele evaluatorilor indicând șanse reduse, după cum s-a menționat și anterior în cadrul secțiunii privind sustenabilitatea intervenției POCU.

### **10.2.7. ÎE 8. MĂSURA ÎN CARE LUCRURILE AR FI PUTUT FI REALIZATE MAI BINE**

#### **IP8: Experiența implementării oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare.**

**1296.** Implementarea acestei scheme de finanțare a adus un plus de experiență la nivelul tuturor celor implicați (autorități, instituții cu atribuții în domeniul economiei sociale, administratori de schemă de minimis, beneficiari de finanțare). Aceste experiențe oferă idei și soluții pentru îmbunătățirea intervențiilor viitoare ce vizează dezvoltarea sectorului economiei sociale.

**1297.** Având în vedere faptul că schema de ajutor de minimis se află încă în plin proces de implementare, se pot formula un număr limitat de lecții desprinse din experiența implementării de până acum a acestei intervenții:

- a. Utilizarea mecanismului de implementare a intervenției prin intermediul unor administratori selectați la nivel național permite un volum de activitate mult mai ridicat decât intervenția ar fi fost implementată direct de către organismele intermediare, prin simplul fapt că volumul de resurse umane dedicate acestei intervenții implementate prin intermediul a peste 150 de administratori este mult mai ridicat decât ceea ce ar fost posibil a fi pus la dispoziție și gestionat



- de către organismele intermediare, chiar în condițiile angajării de personal contractual suplimentar.
- b. Conceperea unei astfel de scheme de ajutor de minimis trebuie să țină cont de realitățile procesului de implementare a unui plan de afaceri și să susțină acest proces în concordanță cu evoluția sa firească: în cazul schemei de ajutor de minimis aferentă OS 4.16, aceasta ar fi trebuit să permită ocuparea locurilor de muncă în cadrul întreprinderilor sociale înființate atunci când era necesar, în loc de a impune ocuparea acestora pe toată durata celor 18 luni de funcționare obligatorie; de asemenea, ar fi trebuit să permită anumite modificări ale contractelor de subvenție prin mecanisme mai simple, fără necesitatea unor acte adiționale pentru orice modificare necesară în procesul de implementare a planurilor de afaceri ca urmare firească a experienței implementării și a condițiilor de piață întâmpinate.
  - c. Monitorizarea implementării planurilor de afaceri ar trebui direcționată cel puțin în aceeași proporție către analiza rezultatelor obținute, a problemelor întâmpinate, identificarea unor măsuri de corecție necesare (inclusiv, dacă e necesar, modificări ale schemei de ajutor de minimis) ca și către urmărirea conformității și a altor aspecte administrative asociate procesului de raportare.
  - d. În lipsa unui cadru legal suficient de stimulat, dezideratul de dezvoltare a economiei sociale din România în acest cadru legal riscă să nu se materializeze decât într-o proporție foarte redusă.

## 10.3. Principalele concluzii și recomandări

### 10.3.1. CONCLUZII

**C1.** Față de exercițiul financiar 2007-2013 când nu exista un cadru legislativ aferent economiei sociale, intervenția POCU OS 4.16 (TE8) este corelată cu noul cadru legislativ furnizat de adoptarea Legii Economiei Sociale 219/2015 și a legislației secundare subsecvente. Noul cadru legislativ, ale cărui baze au fost puse cu ajutorul intervențiilor POSDRU privind economia socială, asigură cadrul legal de recunoaștere a economiei sociale, dar nu există o strategie de dezvoltare efectivă a acestui sector și de corelare a acestuia cu politicile privind ocuparea forței de muncă, în special din perspectiva angajării grupurilor vulnerabile. Totodată, în lipsa unei dezvoltări economice vizibile a României, posibilitățile de dezvoltare a economiei sociale în sensul definit de către Uniunea Europeană (combinarea unui scop antreprenorial cu un scop social) sunt extrem de reduse. Faptul că un număr atât de ridicat de persoane aleg să caute un loc de muncă în alte state membre reprezintă o indicație clară a faptului că în România disponibilitatea locurilor de muncă, în special pentru persoanele cu nivel redus de competențe din mediul rural, este total insuficientă. Economia socială nu poate suplini lipsa dezvoltării economiei clasice ci poate progresa doar în tandem cu creșterea economică națională și cu creșterea numărului de locuri de muncă disponibile care ar trebui să însoțească această creștere economică.

**C2.** Ca urmare a adoptării legii economiei sociale și a normelor de atestare ca întreprindere socială, dinamica întreprinderilor de economie socială în perioada 2014-martie 2020 este una în scădere față de perioada 2009-2012 când a existat o creștere semnificativă a numărului de organizații aferente economiei sociale, în special a asociațiilor și fundațiilor, acesta fiind și cel mai numeros segment al economiei sociale. Lipsa facilităților fiscale și de dezvoltare a acestui sector nu a încurajat aceste tipuri de structuri să se ateste/certifice astfel că creșterea spectaculoasă reflectată de dinamica întreprinderilor sociale atestate din perioada martie 2020 (133 ÎES) - august 2021 (2,306 ÎES) este datorată finanțării POCU privind economia socială, dar reprezintă un procent redus dacă luăm în considerare tot ecosistemul de structuri ale economiei sociale din România neatestat.

**C3.** Din perspectiva evoluției numărului de angajați de la nivelul ÎES, aceasta a fost crescătoare în perioada 2017-2020 dar cu o diminuare a procentului angajaților aparținând grupurilor vulnerabile, această diminuare fiind datorată lipsei obligativității la nivelul intervențiilor finanțate din POCU de a

angaja persoane aparținând grupurilor vulnerabile. Evoluția financiară a acestor întreprinderi înregistrează o creștere în perioada 2017-2020, existând însă și un grad mare de îndatorare în 2020, aspect de subliniază lipsa de măsuri de sprijin față de acest sector.

**C4.** Astfel, în contextul prezentului cadru legal, dezvoltarea economiei sociale în România urmează 2 trasee:

- cel al dezvoltării organice a structurilor economiei sociale care funcționează și își îndeplinesc rolul social fără a fi atestate ca întreprinderi sociale și fără o legătură directă cu cadrul legal al economiei sociale;
- cel al creării și dezvoltării de întreprinderi sociale atestate/certificate, în cadrul legal existent privind economia socială, acesta fiind totodată domeniul de intervenție al POCU.

**C5.** Intervențiile POCU OS 4.16 au avut o contribuție esențială la înființare de noi întreprinderi sociale, peste 90% din întreprinderile sociale înființate în perioada 2014-2020 fiind înființate ca urmare a sprijinului financiar primit în cadrul POCU. Totodată, majoritatea respondenților la sondajul realizat la nivelul IS atestate precum și cu ocazia studiilor de caz au declarat că nu ar fi **demarat o afacere pe cont propriu dacă nu ar fi beneficiat de sprijin.**

**C6.** Cu privire la efectele care pot fi atribuite POCU OS 4.16 asupra dezvoltării întreprinderilor sociale nou înființate, la momentul prezentei evaluări, marea majoritate a acestor structuri au o vechime de sub 1 an, astfel încât **este dificil de cuantificat impactul intervenției asupra șanselor de supraviețuire ale acestora.**

**C7.** Efectele activităților și serviciilor ce urmează a fi furnizate la nivelul întreprinderilor sociale create prin intervenția OS 4.16 sunt în curs de materializare și cele mai **importante și observabile efecte se referă la crearea de locuri de muncă pentru persoane din categorii vulnerabile** contribuind astfel la creșterea oportunităților de ocupare pentru această categorie.

**C8.** Dintre efectele pozitive neintenționate percepute la acest moment de beneficiarii subvențiilor se referă la **furnizarea de servicii care pot contribui la dezvoltarea bunăstării comunității** din care fac parte, inclusiv prestarea de servicii gratuite pentru grupurile vulnerabile.

**C9.** Măsura în care astfel de efecte pot fi menținute după încheierea intervenției POCU depinde de evoluția cadrului legal al economiei sociale, care în forma sa actuală stimulează prea puțin înființarea întreprinderilor sociale și angajarea de persoane vulnerabile în cadrul acestor întreprinderi sociale.

**C10.** Participarea la activitățile proiectelor a generat efecte neintenționate și asupra persoanelor din grupul țintă, manifestându-se, în principal, prin **dezvoltarea competențelor manageriale și de antreprenoriat social**, prin participarea la programele de formare profesională, precum și prin **promovarea și popularizarea conceptului de economie socială la scară națională.** Alte efecte pozitive au vizat îmbunătățirea conștientizării și capacității compartimentelor de asistență socială cu privire la realizarea anchetelor sociale necesare privind angajarea persoanelor din grupurile vulnerabile la nivelul întreprinderilor sociale înființate.

**C11.** Propagarea efectelor este la momentul evaluării perceptibilă la nivelul creșterii competitivității la nivel local sau regional prin contribuția la creșterea competiției, și pe cale de consecință, a calității produselor și serviciilor furnizate la nivel local. Există efecte și la nivelul familiilor angajaților din firmele noi înființate prin faptul ca acestea au acces la venituri stabile, iar la nivelul administratorilor de schemă de ajutor de minimis în calitate de beneficiari ai finanțării prin creșterea capacității de implementare a unor astfel de proiecte, a vizibilității la nivel local sau regional. Totodată, dezvoltarea unor instrumente și mecanisme (platforme de crowdfunding, site-uri de promovare marcă socială, hărți interactive etc), analize (analize actuale la nivelul regiunilor în care au fost implementate proiectele), studii (Barometrul economiei sociale) ce vizează sectorul economiei sociale din cadrul unor proiecte sau conectarea întreprinderilor sociale la rețele și platforme naționale și europene vor contribui la

propagarea efectelor proiectelor și în alte regiuni și grupuri, chiar și la nivel internațional.

**C12.** În ceea ce privește sustenabilitatea efectelor POCU OS 4.16, dacă direct la nivelul beneficiarilor de subvenție privind înființarea unor structuri, șansele percepute la acest moment sunt optimiste în ceea ce privește sustenabilitatea afacerilor, informațiile colectate la nivelul administratorilor de grant arată o îngrijorare a acestora privind sustenabilitatea noilor întreprinderi având în vedere mediul concurențial și lipsa de măsuri de sprijin privind dezvoltarea acestor structuri în condițiile angajării unor persoane din grupurile vulnerabile.

**C13.** Legat de dezvoltarea întreprinderilor sociale nou-create și menținerea sau creșterea numărului de angajați, șansele unor evoluții potențiale favorabile se înscriu în regulile statistice de dezvoltare și supraviețuire ale unui start-up, dar care ar trebui să fie mai mari în condițiile unui sprijin financiar nerambursabil. Un aspect important în acest sens este legat de șansele de menținere a misiunii sociale ulterior finalizării perioadei de sustenabilitate, care sunt reduse în condițiile unui cadru de reglementare lipsit de măsuri de sprijin și stimulente pentru dezvoltarea capacității întreprinderilor sociale altele decât întreprinderile sociale de inserție.

**C14.** Participarea la intervențiile finanțate în cadrul POCU OS 4.16 a fost afectat de o serie de factori interni și externi precum: nivelul foarte ridicat al cerințelor administrative și de raportare, abordarea neunitară a procesului de verificare a actelor constitutive ale întreprinderilor sociale de către AJOFM, dificultăți în demersurile de angajarea de persoane vulnerabile, pandemia SARS-CoV-2 și restricțiile aferente.

**C15.** Din perspectiva factorilor pozitivi, efectele intervențiilor POCU OS 4.16 au fost **favorizate** de mecanismul de implementare a intervenției prin utilizarea unei structuri de administratori de scheme de ajutor de minimis, design-ul activităților de la nivelul ghidului solicitantului prin prevederea unor măsuri integrate de intervenție (informare, formare, consiliere, monitorizare), comunicarea bună cu OIR și de la nivelul structurii de parteneri ai administratorilor de schemă de minimis, flexibilitatea privind derularea unor programe de formare în sistem online după declanșarea pandemiei.

### 10.3.2. RECOMANDĂRI

**R1.** La nivel strategic este necesară **continuarea, de către Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, a dezvoltării cadrului legislativ și de reglementare al economiei sociale** prin crearea unui mecanism de sprijin financiar și facilități fiscale pentru toate formele de organizare a structurilor de economie socială existente, nu doar pentru cele de inserție, în vederea stimulării dezvoltării acestui sector și pentru corelarea cu politicile de ocupare a forței de muncă în ceea ce privește angajarea grupurilor vulnerabile. Sunt de asemenea recomandate și alte măsuri de sprijinire a activității întreprinderilor sociale, spre exemplu prin regimuri preferențiale de achiziții publice pentru bunuri și servicii furnizate de întreprinderile sociale (contracte rezervate).

**R2.** Se recomandă **AM POCU continuarea finanțării prin programele operaționale viitoare a unor intervenții similare** care să conțină un **pachet de măsuri integrate** de dezvoltare a competențelor manageriale și de antreprenoriat social și de susținere financiară a întreprinderilor sociale, în corelare cu activități de consiliere/mentorat în prima parte a dezvoltării afacerii.

**R3.** În cazul unor **scheme de finanțare viitoare pentru întreprinderi sociale, se recomandă AM POCU creșterea perioadei de acordare a sprijinului pentru întreprinderi sociale nou-înființate astfel încât acestea să poată sprijini** antreprenorii cu activități specifice de tip coaching și mentorat și în etapele de implementare și sustenabilitate, nu doar în etapa de înființare a întreprinderilor sociale. Trebuie ținut cont de realitățile procesului de implementare a unui plan de afaceri din perspectiva angajării resurselor umane, fiind necesară acordarea posibilității de a ocupa locurile de muncă nou-create atunci când este nevoie și nu neapărat imediat după înființarea întreprinderii sociale.



**R4. Se recomandă AM POCU și Organismelor Intermediare Regionale reducerea poverii administrative la nivelul noilor antreprenori, prin mecanisme mai simple de raportare și de realizare de modificări la nivelul planurilor de afaceri ca urmare firească a experienței implementării și a condițiilor de piață întâmpinate, fără a fi nevoie de acte adiționale pentru orice modificare.**

**R5. Se recomandă AM POCU pregătirea unor scheme de finanțare viitoare (2021-2027) care să permită dezvoltarea întreprinderilor sociale deja înființate (spre exemplu granturi în rândul celor ce au urmat astfel de programe la nivelul intervențiilor similare DMI 6.1, POCU OS 4.16).**

*Titlu proiect: Implementarea Planului de Evaluare a Programului Operațional Capital Uman 2014-2020*

*Beneficiarul proiectului: Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene prin Direcția Generală Programare și Coordonare Sistem*

*Data publicării: Februarie 2022*

*Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020.*

*Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.*