



## Lot 2 - Evaluarea de impact a intervențiilor POR 2007-2013

### DMI 3.2: Reabilitarea/ modernizarea/ dezvoltarea infrastructurii serviciilor sociale

#### Raport de Evaluare

*August 2019*

**CIVITTA**



**Structural Consulting™ Group**

## AUTORI

Nume	Poziție
Andreea SAVIN	Coordonator
Elena BOTEZATU	Expert Evaluare
Monica ROMAN	Expert Evaluare
Eugen PERIANU	Expert Evaluare

## Persoană de contact (din partea asocierii):

Director de Proiect:

Alina DAVID

## CONȚINUT

CONȚINUT .....	3
LISTA DE ABREVIERI .....	5
SUMAR EXECUTIV .....	7
1. SITUAȚIA EXISTENTĂ .....	12
2. ETAPELE STUDIULUI .....	15
2.1. <i>DESCRIEREA METODOLOGIEI</i> .....	15
2.1.1. METODE DE COLECTARE A DATELOR.....	16
2.1.2. METODE DE ANALIZĂ A DATELOR.....	19
2.1.3. METODE SUPLIMENTARE PROPUSE .....	21
2.2. <i>LITERATURA DE SPECIALITATE</i> .....	21
2.3. <i>COLECTAREA DE DATE</i> .....	27
2.3.1. DATE CANTITATIVE .....	27
2.3.2. DATE CALITATIVE .....	28
2.4. <i>LIMITĂRI (RISURI MANIFESTATE)</i> .....	30
3. <i>ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE</i> .....	32
3.1. <i>IE-1 CARE ESTE EFECTUL NET AL INTERVENȚIEI FONDURILOR PENTRU DMI 3.2 ȘI CARE SUNT FACTORII CARE AU DETERMINAT ACEST EFECT?</i> .....	32
3.1.1. DATE COLECTATE.....	32
3.1.2. ANALIZA DATELOR ȘI CONSTATĂRI.....	32
3.2. <i>IE-2 CE TIP DE INTERVENȚIE DĂ REZULTATE, PENTRU CINE ȘI ÎN CE CIRCUMSTANȚE?</i> .....	55
3.2.1. DATE COLECTATE .....	55
3.2.2. ANALIZA DATELOR ȘI CONSTATĂRI .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
4. <i>CONCLUZII, RECOMANDĂRI ȘI LECȚII ÎNVĂȚATE</i> .....	66

## CUPRINS TABELE:

TABELUL 1: IPOTEZELE DE EVALUARE .....	15
TABELUL 2: SITUAȚIA FOCUS-GRUPURILOR/ INTERVIURILOR DE GRUP REGIONALE DERULATE ÎN CADRUL DMI 3.2. ....	29
TABELUL 3. REPARTIZAREA PROIECTELOR FINANȚATE PE REGIUNI ÎN RAPORT CU NUMĂRUL DE CENTRE BENEFICIARE ȘI SERVICII SOCIALE NECESARE .....	35
TABELUL 4: REZULTATE OBTINUTE LA NIVELUL INDICATORILOR DE PROGRAM.....	36
TABELUL 4: ANALIZA IMPACTULUI ASUPRA INFRASTRUCTURII FOLOSIND METODA DIFERENȚA-ÎN-DIFERENȚĂ .....	38
TABELUL 5: NUMĂRUL DE BENEFICIARI PE TIPURI DE CENTRE FINANȚATE .....	41
TABELUL 6: EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE BENEFICIARI PE TIPURI DE CENTRE ÎN PERIOADA 2015-2018 .....	42
TABELUL 7: NUMĂR DE UTILIZATORI DUPĂ CATEGORII DE BENEFICIARI.....	42
TABELUL 8. IMPACT ASUPRA NUMĂRULUI DE BENEFICIARI VÂRSTNICI CONFORM ECI.....	43
TABELUL 9: IMPACT ASUPRA NUMĂRULUI TOTAL DE BENEFICIARI CONFORM ECI .....	43
TABELUL 10: ANALIZA IMPACTULUI ASUPRA NUMĂRULUI DE BENEFICIARI FOLOSIND METODA DIFERENȚA-ÎN-DIFERENȚĂ .....	44
TABELUL 11: EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE FURNIZORI DE SERVICII SOCIALE ACREDITAȚI .....	46
TABELUL 13. STADIUL ACREDITĂRII CENTRELOR FINANȚATE PRIN POR.....	48
TABELUL 14: PERCEȚIA UNITĂȚILOR FURNIZOARE DE SERVICII SOCIALE CU PRIVIRE LA CREȘTEREA CALITĂȚII ȘI DIVERSIFICAREA SERVICIILOR SOCIALE.....	49
TABELUL 15: IMPACTUL GENERAL ASUPRA NUMĂRULUI DE ANGAJAȚI CONFORM ACF (ECI) 50	
TABELUL 16: IMPACTUL ASUPRA CATEGORIILOR DE ANGAJAȚI CONFORM ECI.....	51
TABELUL 18: TABEL CONSTATĂRI, CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI .....	66
FIGURA 1 REPARTIZAREA PROIECTELOR DEPUSE ȘI FINANȚATE PE REGIUNE.....	12
FIGURA 2. PERCEȚIA FURNIZORILOR DE SERVICII SOCIALE CU PRIVIRE LA INFRASTRUCTURĂ MODERNIZATĂ .....	39
FIGURA 3: PERCEȚIA BENEFICIARILOR FINALI DE SERVICII SOCIALE CU PRIVIRE LA INFRASTRUCTURA MODERNIZATĂ.....	40
FIGURA 4: GRADUL DE SATISFAȚIE AL BENEFICIARILOR CU PRIVIRE LA SERVICIILE PRIMITE ÎN CADRULUI CENTRULUI .....	52
FIGURA 5: TIPURI DE CENTRE FINANȚATE PRIN DMI 3.2 DUPĂ REGIMUL DE ASISTARE .....	56
FIGURA 6: TIPURI DE CENTRE PE CATEGORII DE BENEFICIARI .....	57
FIGURA 7: DISTRIBUȚIA TERITORIALĂ A TIPURILOR DE CENTRE PE REGIUNI.....	57

## LISTA DE ABREVIERI

ACF	Analiză contrafactuală
ADR	Agenzie de Dezvoltare Regională
AJPIS	Agenzie Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială
AJOFM	Agenzie Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă
AM	Autoritate de Management
AMPOR	Autoritatea de Management POR
ANES	Agencia Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați
ANFP	Agencia Națională pentru Protecția Familiei
ANPC	Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului
ANPCA	Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adopție
ANPD	Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități
ANPDC	Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului
ANPDCA	Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție
ANPH	Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap
ANPIS	Agencia Națională pentru Plăți și Inspecție Socială
ANOFM	Agencia Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă
APL	Autoritate publică locală
BEI	Banca Europeană pentru Investiții
BERD	Banca Europeană pentru Reconstrucție și Dezvoltare
BM	Banca Mondială
CCE	Comitetul de Coordonare a Evaluării
CdS	Caiet de Sarcini
CE	Comisia Europeană
CJ	Consiliu Județean
CL	Consiliu Local
CMPOR	Comitetul de Monitorizare POR
CNDR	Consiliul Național de Dezvoltare Regională
CR	Centru social rezidențial
CRMS	Centru rezidențial medico-social
CSM	Centru social multifuncțional
CZ	Centru social de zi
DAS	Direcție de asistență socială
DGASPC	Direcție Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
DMI	Domeniu Major de Intervenție
DPSS	Direcția Politici Servicii Sociale
ECI	Evaluarea Contrafactuală a Impactului
FC	Fondul de Coeziune

FESI	Fondurile Europene Structurale și de Investiții
FEDR	Fondul European de Dezvoltare Regională
FEOGA	Fondul European de Orientare și Garantare a Agriculturii
FS	Fonduri Structurale
FSE	Fondul Social European
IE	Întrebare de Evaluare
IFOP	Instrumentul Financiar pentru Orientare în domeniul Pescuitului
INS	Institutul Național de Statistică
MDP	Ministerul Dezvoltării și Prognozei
MDRAP	Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice
MFE	Ministerul Fondurilor Europene
MIE	Ministerul Integrării Europene
MMFPSPV	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
MMJS	Ministerul Muncii și Justiției Sociale
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
MMSSF	Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei
MS	Ministerul Sănătății
OECD	Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică
OI	Organism Intermediar
ONG	Organizație Non-guvernamentală
OT	Oferta Tehnică
POCU	Programul Operațional Capital Uman
POR	Programul Operațional Regional
POSDRU	Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane
PNDR	Programul Național de Dezvoltare Rurală
PSM	Propensity Score Matching (Corelarea Scorului de Propensiune)
RAI	Raport Anual de Implementare
RFI	Raport Final de Implementare
REUSS	Registrul Unic al Serviciilor Sociale
SMIS	Sistemul Unic de Management al Informației
SPAS	Serviciul Public de Asistență Socială
TS	Teoria Schimbării
UAT	Unitate Administrativ-Teritorială
UE	Uniunea Europeană
UMS	Unități medico-sociale
UAMS	Unități de asistență medico-sociale

## SUMAR EXECUTIV

Prezentul document reprezintă Raportul de Evaluare pentru proiectul "Lot 2 - Evaluarea de impact a intervențiilor POR 2007-2013", tema de evaluare: **Impactul privind reabilitarea, modernizarea, dezvoltarea și echiparea infrastructurii serviciilor sociale (DMI 3.2)**. Contractul aferent este încheiat între Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice prin Biroul Evaluare POR („Autoritatea Contractantă” și „Beneficiarul”) și consorțiul format din Civitta Strategy&Consulting S.A, Archidata, NTSN CONECT și Structural Consulting. Obiectivul specific al Domeniului Major de Intervenție (DMI) 3.2 - **Reabilitarea/modernizarea/ dezvoltarea și echiparea infrastructurii serviciilor sociale**, din cadrul POR 2007-2013, a fost acela de îmbunătățire a calității și a capacității infrastructurii serviciilor sociale acordate, prin sprijinirea dezvoltării echilibrate a acestora pe întreg teritoriul țării, pentru asigurarea unui acces egal al cetățenilor la astfel de servicii.

### SCOPUL EVALUĂRII

Această evaluare a urmărit să ofere răspunsuri la cele două întrebări de evaluare (prevăzute în Caietul de Sarcini al prezentului proiect de Evaluarea de Impact a intervențiilor POR 2007-2013), respectiv:

- ÎNTREBAREA DE EVALUARE (IE)-1 CARE ESTE EFECTUL NET AL INTERVENȚIEI FONDURILOR PENTRU DMI 3.2 ȘI CARE SUNT FACTORII CARE AU DETERMINAT ACEST EFECT?

Efectul net, respectiv impactul unei intervenții este definit ca fiind schimbarea care poate fi atribuită în mod credibil unei intervenții. În procesul de evaluare, s-a avut în vedere faptul că schimbările produse pot fi atât intenționate, cât și neintenționate, precum și faptul că ele pot influența grupuri țintă sau teritorii mai extinse față de ceea ce a fost definit la nivelul Programului Operațional, respectiv DMI 3.2.

- ÎNTREBAREA DE EVALUARE (IE)-2 CE TIP DE INTERVENȚIE DĂ REZULTATE, PENTRU CINE ȘI ÎN CE CIRCUMSTAȚE?

Pentru a răspunde la această întrebare, s-a avut în vedere identificarea celor mai eficiente intervenții și a beneficiarilor finali pentru care există rezultate evidente. S-a urmărit înțelegerea modului de funcționare și a caracteristicilor cheie ale intervențiilor cu efectele cele mai vizibile, precum și a acelor mecanisme care au facilitat sau împiedicat producerea efectelor.

### CONSTATĂRILE EVALUĂRII

Principalele constatări ale evaluării sunt sintetizate în continuare:

- În etapa premergătoare finanțării din POR 2007-2013, situația clădirilor în care funcționau centrele era precară, fără posibilitatea de a se asigura un standard minim de calitate pentru beneficiari.
- Marea majoritate a proiectelor finanțate au urmărit reabilitări/modernizări, achiziționarea de echipamente și alte dotări.

- În urma anchetei la nivelul beneficiarilor finali<sup>1</sup>, un număr semnificativ de beneficiari finali (96%) a apreciat că efectele finanțării prin POR sunt pozitive, în special în ceea ce privește creșterea calității serviciilor sociale furnizate.
- Marea majoritate a furnizorilor de servicii sociale (94% din respondenți) și-a exprimat satisfacția față de infrastructura reabilitată (clădire, spații, echipamente, mobilier).
- Un impact important este cel legat de creșterea și diversificarea serviciilor sociale din cadrul centrelor reabilite, în special cele de nișă, de tip paleativ, dar și de altă natură. Unii dintre furnizori au reușit să creeze servicii care să răspundă nevoilor nou apărute în perioada 2007-2010 (sprijinirea copiilor cu autism, sprijinirea vârstnicilor cu Alzheimer sau a persoanelor cu deficiențe neuro-motorii).
- Din analiza contrafactuală se confirmă un efect net de 9 angajați suplimentari în centrele finanțate, ceea ce validează ipoteza de evaluare. În cazul personalului de îngrijire se constată o creștere a numărului acestuia (mai mare cu 7 persoane în cazul centrelor finanțate).
- În funcție de categoriile de beneficiari (persoane vârstnice, adulți vulnerabili, copii, persoane cu handicap) - cea mai mare pondere a utilizatorilor care beneficiază de servicii sociale o au adulții vulnerabili (68%), urmată de persoanele cu handicap (24%), persoane vârstnice (17%) și copii (11%)<sup>2</sup>.
- Analiza datelor, inclusiv din literatura de specialitate, triangulate cu informațiile calitative obținute în urma interviurilor și a focus grupurilor, au relevat faptul că la momentul programării POR 2007-2013, nevoia principală de finanțare a fost determinată de situația precară a infrastructurii sociale de la nivel regional. Proiectele finanțate au avut o repartizare echilibrată în raport cu disparitățile regionale din perspectiva riscului de excluziune socială și sărăcie și sunt impresionante prin tipurile de investiții care s-au realizat în centre, de realizare a unei infrastructuri moderne, existența unor dotări și echipamente moderne, atragerea de personal specializat.
- La momentul programării POR au fost consultate toate instituțiile relevante, în special MMSSF în calitate de instituție responsabilă de toate politicile și cadrul legal din domeniul muncii și protecției sociale. Corelarea politicilor și strategiilor sectoriale realizată în prezent, dar care nu era posibilă la momentul programării POR 2007-2013 datorită dinamicii cadrului de reglementare în domeniul social, poate permite ca pe viitor astfel de investiții să fie corelate și cu nevoile sectoriale ale categoriilor de beneficiari de infrastructură socială
- Analiza efectuată asupra indicatorilor aferenți DMI 3.2 relevă faptul că nu a existat o abordare unitară, solicitanții de finanțare putând să propună în cererile de finanțare o multitudine de indicatori, mulți dintre aceștia fiind irelevanți pentru măsurarea rezultatelor.
- Există o serie de factori care au influențat efectele investițiilor din cadrul DMI 3.2, cei mai importanți fiind cei legați de cooperarea inter-instituțională de la momentul programării POR 2007-2013, evoluția ulterioară a cadrului legislativ cu privire în special la politicile de dezinstituționalizare, dar și alți factori legați de asigurarea durabilității proiectelor, pe termen lung. Din punct de vedere financiar, o problemă semnalată de unii reprezentanți ai furnizorilor de servicii sociale care au participat la reuniunile din cadrul exercițiului de evaluare (focus grupuri, sondaje), a fost aceea de a se asigura de

1 Realizat la nivelul unor centre beneficiare asupra unui eșantion de beneficiari apt să răspundă  
2 Date rezultate din analiza de tip contrafactual pe un eșantion de proiecte.



finanțarea, după perioada 5 ani, în special a costurilor de funcționare a centrelor (reparații, mentenanță).

## CONCLUZII

- Investițiile prin intermediul DMI 3.2 au avut un impact pozitiv asupra **creșterii calității infrastructurii sociale**, contribuind la satisfacerea unor nevoi de bază ale centrelor sociale și asigurarea unor standarde minime pentru furnizarea de servicii, prin modernizarea infrastructurii, caracterizată printr-o stare foarte precară anterior finanțării.
- Investițiile din cadrul DMI 3,2 au avut un **efect pozitiv asupra îmbunătățirii gradului de confort al beneficiarilor finali**. Impactul net se evidențiază la persoanele vârstnice din cadrul centrelor rezidențiale. Investițiile în modernizarea și reabilitarea centrelor au dus la creșterea calității vieții și îmbunătățirii sănătății rezidenților (creșterea numărului de băi și grupuri sanitare, creșterea numărului de ascensoare și a numărului sălilor de tratament)<sup>3</sup>.
- Investițiile în infrastructura socială au un **impact pozitiv asupra calității serviciilor sociale**.
- **Accesibilitatea persoanelor cu dizabilități și a vârstnicilor în clădirile care au fost reabilitate/modernizate este îmbunătățită**.
- Deși indicatorul de program arată o creștere a numărului de beneficiari ai infrastructurii reabilitate/modernizate prin intermediul DMI 3.2, această creștere este înregistrată la nivelul centrelor de zi și nu are un impact semnificativ asupra centrelor rezidențiale, aspect care este în concordanță cu tendințele impuse de politica de dezinstituționalizare.
- **Există un efect pozitiv consistent în ceea ce privește numărul de angajați echivalent normă întreagă, semnificativ statistic**. De asemenea, numărul de voluntari a crescut în centre în urma finanțării, iar comunitatea a devenit mai implicată.
- **Un impact semnificativ se observă în cazul proiectelor unde a existat complementaritate între proiecte de tip soft și hard**, iar furnizorii au accesat ambele tipuri de intervenții.
- Distribuția proiectelor indică un echilibru al numărului de proiecte finanțate către regiunile cu un grad ridicat de excluziune și sărăcie, investițiile fiind determinate la momentul programării POR 2007-2013 în primul rând de situația precară a centrelor. Cu toate acestea, pe viitor ar fi utilă și o analiză mai clară a nevoilor specifice ale fiecărei regiuni pe tipuri de intervenții (centre rezidențiale/de zi/multifuncționale) și în funcție de nevoile diferitelor categorii de beneficiari ai centrelor sociale, precum și de politicile sociale care vizează aceste categorii de beneficiari.
- Lipsa unei metodologii clare pentru solicitanții de finanțare privind indicatorii a îngreunat procesul de monitorizare a proiectelor din perspectiva raportării asupra rezultatelor și măsurării impactului.

## RECOMANDĂRI

- Este necesară continuarea finanțării investițiilor în infrastructura socială, pe baza unei analize detaliate a nevoilor de la nivel regional, în corelare cu politicile sociale aferente fiecărei categorii de beneficiari (copii, persoane vârstnice, adulți vulnerabili, persoane cu handicap).
- Pentru îmbunătățirea eficienței și impactului investițiilor în infrastructura socială este nevoie de o *analiză a nevoilor specifice ale fiecărei regiuni pe tipuri de intervenții (centre rezidențiale/de zi/multifuncționale) și în funcție de nevoile diferitelor categorii de beneficiari ai centrelor sociale (copii, persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, adulți vulnerabili)*
- Este necesară corelarea intervențiilor pentru dezvoltarea de infrastructură cu intervenții de tip soft (ex: proiecte care să asigure finanțarea salariilor pentru personalul centrelor; acoperirea cheltuielilor de funcționare a centrelor sociale, pe o perioadă determinată de timp).
- În vederea asigurării unei raportări unitare asupra progresului și impactului intervențiilor, este necesar să existe o metodologie mai clară aferentă indicatorilor, cuprinzând instrucțiuni de definire și de calcul a valorii indicatorilor. Totodată, datele legate de atingerea indicatorilor (ținte), rezultate din activitatea de monitorizare a proiectelor, trebuie agregate într-o bază de date, care să permită analiza măsurii în care intervențiile și-au atins rezultatele, precum și impactul acestora.
- În vederea asigurării durabilității investițiilor pe termen lung, este necesar să se ia în considerare, încă din etapa de design a proiectelor, diferite strategii de soluționare a problemelor legate de durabilitate (de exemplu, solicitarea ca beneficiarul, la momentul depunerii cererii de finanțare, să anexeze și un Plan de asigurare a sustenabilității pentru etapa post-implementare a proiectului sau mecanisme de finanțare care să asigure complementaritatea proiectelor POR cu proiecte din alte surse de finanțare, cum ar fi POCU sau alte programe prin care să se asigure și finanțarea costurilor administrative (operaționale), extinderea categoriilor de cheltuieli eligibile, pe o perioadă de timp determinată după finalizarea investițiilor de infrastructură).

## LECȚII ÎNVĂȚATE

- Pentru maximizarea beneficiilor finanțării din POR, s-a conturat și necesitatea implementării de proiecte conexe, cu surse de finanțare din alte programe operaționale, cum ar fi POCU, prin care să se asigure finanțarea costurilor administrative (operaționale), extinderea categoriilor de cheltuieli eligibile, pe o perioadă de timp determinată după finalizarea investițiilor de infrastructură prin POR. Pentru a se stimula această abordare, o posibilitate este de prioritizarea și acordarea de punctaj suplimentar unor proiecte care vizează astfel de măsuri complementare/conexe.
- Un impact sporit pentru aceste tipuri de investiții în infrastructura socială ar putea avea investițiile în servicii sociale de tip non-rezidențiale și investițiile în servicii sociale integrate în comunitate.

- Una dintre lecțiile învățate menționate și în evaluarea anterioară de impact și reconfirmată și ca limitare metodologică în cadrul prezentei evaluări, se referă la variabilitatea ridicată a eșantionului infrastructurilor de servicii sociale și de beneficiari, care, împreună cu gradul de disponibilitate a datelor, reprezintă o provocare majoră pentru realizarea unei abordări contrafactice exhaustive pe tipuri de centre și categorii de beneficiari. Acest aspect reconfirmă concluzia studiului anterior de evaluare legată de diferențierea tipologiei indicatorilor după tipul grupului țintă și a centrului.
- Alte lecții învățate, care nu au reieșit strict din implementarea POR dar care pot fi avute în vedere ca și măsuri suplimentare sau conexe, în viitoare perioadă de programare, s-au evidențiat: necesitatea elaborării unor documentații tehnice de calitate încă din faza de pregătire a proiectului (studii de fezabilitate, DALI, studii topografice) care să elimine posibilitatea apariției de erori în fazele avansate de implementare.

#### ABORDARE METODOLOGICĂ

Raportul de Evaluare prezintă o analiză detaliată a gradului de atingere a obiectivelor stabilite pentru DMI 3.2 și a impactului aferent intervențiilor, alături de identificarea efectului net al intervențiilor. S-a urmărit și identificarea efectelor (negative și/ sau pozitive) care au rezultat din implementarea DMI 3.2, fără ca acestea să fi fost vizate în mod direct prin acțiunile implementate. Metodologia de evaluare utilizată a fost adecvată pentru atingerea obiectivelor acestei evaluării. S-au avut în vedere atât nevoile beneficiarului, cât și constrângerile de timp și de disponibilitate a datelor, care au condiționat procesul de evaluare.

Răspunsul la fiecare Întrebare de evaluare se bazează pe constatările rezultate în etapa de testare a ipotezelor. În procesul de evaluare s-a avut în vedere un mix de instrumente și tehnici de cercetare cantitativă și calitativă. Analiza contrafactuală a reprezentat un instrument cheie în cadrul acestei evaluări și a reliefat o serie de aspecte importante legate de impactul intervențiilor (s-a urmărit măsurarea impactului net la două niveluri, respectiv al centrelor, dar și la nivelul beneficiarilor finali ai intervențiilor (persoane rezidente).

Analiza documentară, consultarea factorilor implicați (BE POR, ADR-uri, MDRAP) cu privire la ciclul proiectelor, precum și discutarea și punerea de acord asupra reconstrucției Teoriei Schimbării, testarea ipotezelor, au constituit elemente deosebit de importante pentru întregul proces de evaluare. În acest sens, au avut loc numeroase interviuri și au fost organizate focus grupuri cu actorii relevanți implicați în DMI 3.2. Recenzia literaturii de specialitate, împreună cu Studiile de Caz, au constituit, de asemenea, un suport important în procesul de evaluare.

Un alt instrument important utilizat în cadrul evaluării l-a reprezentat sondajul, care și-a propus să determine măsura în care beneficiarii de servicii sociale au fost mulțumiți de serviciile primite în cadrul unităților de servicii sociale. Pentru această cercetare a fost utilizat interviul față-în-față pe bază de chestionar (*Chestionarul de satisfacție în rândul beneficiarilor de servicii sociale*).

Constatările rezultate în urma testării ipotezelor și analizei documentare, validate prin consultări cu actorii vizati, au condus la formularea răspunsurilor la întrebările de evaluare și identificarea concluziilor și recomandărilor evaluării.

## 1. SITUAȚIA EXISTENTĂ

Axa prioritară 3 „Îmbunătățirea infrastructurii sociale” a POR 2007-2013 cuprinde și Domeniul Major de Intervenție (DMI) 3.2, care urmărește îmbunătățirea infrastructurii din sănătate, educație, asistență socială și serviciile publice de urgență, contribuind la creșterea standardelor de calitate. DMI 3.2 a avut ca obiectiv îmbunătățirea calității și capacității infrastructurii serviciilor sociale acordate, prin sprijinirea dezvoltării echilibrate a acestora pe întreg teritoriul țării, pentru asigurarea unui acces egal al cetățenilor la astfel de servicii<sup>4</sup>.

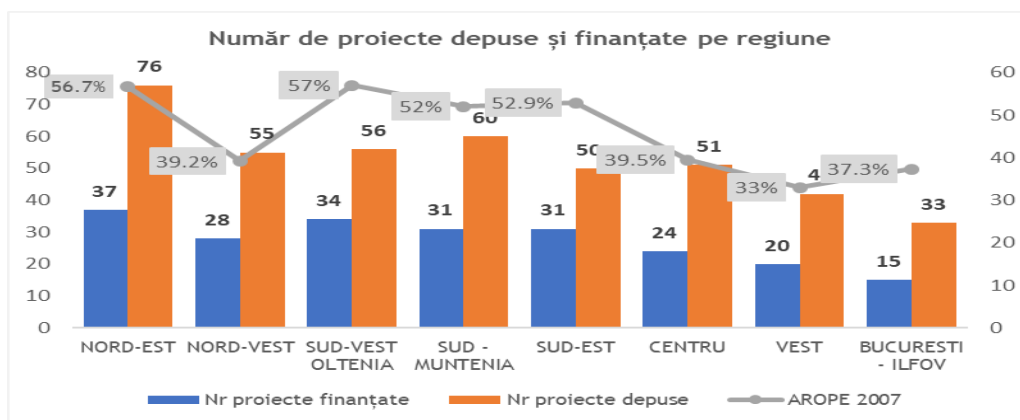
Operațiunile orientative	Activități eligibile orientative	Indicatori de program
<p>Reabilitarea, modernizarea, dezvoltarea și echiparea clădirilor pentru centre sociale multifuncționale;</p> <p>Reabilitarea, modernizarea și echiparea clădirilor pentru centre sociale rezidențiale.</p>	<p>Reabilitarea/ modernizarea/ extinderea clădirilor centrelor sociale (spații de cazare, cantine, grupuri sanitare etc.);</p> <p>Reabilitarea/ modernizarea/ extinderea clădirilor pentru înființarea de noi centre sociale;</p> <p>Reabilitarea/ modernizarea utilităților generale și specifice ale centrelor sociale;</p> <p>Crearea/ modernizarea facilităților de acces pentru persoane cu dizabilități;</p> <p>Amenajarea unor ateliere de lucru în cadrul centrelor sociale;</p> <p>Dotarea cu echipamente adaptate nevoilor beneficiarilor de servicii oferite de centrele sociale, inclusiv echipamente pentru persoane cu dizabilități.</p>	<p>Centre sociale reabilite (nr)</p> <p>Persoane care beneficiază de infrastructura pentru servicii sociale reabilitată/ modernizată/ extinsă/ echipată - nr.</p>

Sursa: Documentul Cadru de Implementare a POR 2007-2013, Versiunea 17, Iunie 2015

În cadrul DMI 3.2, au fost depuse 423 cereri de finanțare, în valoare totală de 273 milioane euro, dintre care au fost contractate **220 contracte de finanțare** (dintre care un proiect reziliate) în valoare totală de 438.066.146,60 RON (valoare FEDR proiecte finanțate). În ceea ce privește depunerea de proiecte, DMI 3.2 a avut doar un singur apel de proiecte, lansat în data de 28 ianuarie 2008, pe principiul „primul venit - primul servit”.

## FIGURA 1 REPARTIZAREA PROIECTELOR DEPUSE ȘI FINANȚATE PE REGIUNE

4 Conform Documentului Cadru de Implementare POR 2007-2013, Versiunea 17, Iunie 2015



\*prelucrări baza de date AMPOR (proiecte depuse, contractate) și INS indicator AROPE la nivelul anului 2007

Așa cum este evidențiat de figura de mai sus, regiunea Nord-Est a avut cel mai mare număr de proiecte finanțate (37), fiind și o regiune cu risc crescut de sărăcie și excluziune socială<sup>5</sup>, urmată de regiunea Sud-Vest Oltenia cu 34 de proiecte, iar la polul opus situându-se Regiunea București-Ilfov cu cel mai mic număr de proiecte (15), fiind și regiunea cu unul din cei mai mici indici de excluziune socială. Majoritatea proiectelor au fost implementate de beneficiari publici<sup>6</sup>, și anume 175, în timp ce numai 42 de beneficiari privați<sup>7</sup> au implementat proiecte în cadrul DMI 3.2, cei mai mulți dintre aceștia fiind din regiunea Nord-Vest. Din perspectiva regimului de asistare, potrivit Legii 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare, cele 219 proiecte finanțate se clasifică în 77 centre de zi, 138 centre rezidențiale și 4 centre multifuncționale (din care 2 care se încadrează la categoria centre rezidențiale și 2 la centre de zi<sup>8</sup>).

## FIGURA 2. CATEGORII DE SERVICII SOCIALE FINANȚATE, DUPĂ REGIMUL DE ASISTARE, POTRIVIT LEGII 292/2011 A ASISTENȚEI SOCIALE, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE

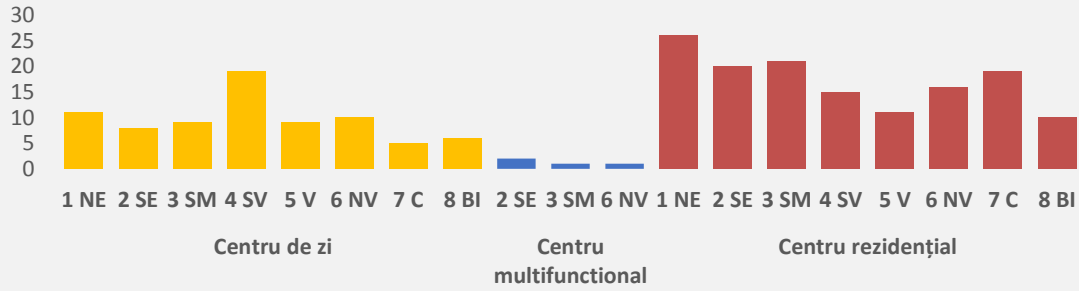
5 Indicele prezintă valorile la nivelul anului 2007, anterior lansării apelului de proiecte DMI 3.2.

6 Cuprinzând categoriile: a) autoritate a administrației publice centrale, b) unitate administrativ teritorială/ consiliu județean, c) unitate administrativ teritorială/ primărie/ consiliu local, d) unitate publică sanitară, e) unitate subordonată sau coordonată de către o autoritate a administrației publice locale sau f) unitate subordonată sau coordonată de către o autoritate a administrației publice centrale)

7 Cuprinzând categoriile: a) asociație de dezvoltare intercomunitară, b) instituție de cult, c) organism neguvernamental nonprofit sau d) persoană juridică de drept privat și utilitate publică

8 La nivelul bazei de date, au fost identificate mai multe centre multifuncționale, însă echipa de evaluare a păstrat corelarea clasificării cu baza de date AMPOR.

**Categoriile de servicii sociale finanțate după regimul de asistare , potrivit Legii 292/2011 a asistenței sociale, cu modificările și completările ulterioare, serviciile sociale**



## 2. ETAPELE STUDIULUI

Scopul principal al acestui studiu este de a identifica și înregistra impactul intervențiilor finanțate în cadrul DMI 3.2, în particular efectele produse, precum și de a propune recomandări utile pentru îmbunătățirea procesului de implementare a intervențiilor prezente care vizează domeniul dezvoltării regionale. În acest sens, studiul prezent își propune să răspundă la două întrebări de evaluare și anume:

- ✓ *IE-1 Care este efectul net al intervenției fondurilor pentru DMI 3.2 și care sunt factorii care au determinat acest efect?*
- ✓ *IE-2 Ce tip de intervenție dă rezultate, pentru cine și în ce circumstanțe?*

### 2.1. DESCRIEREA METODOLOGIEI

Metodologia de lucru s-a bazat pe un mix de metode și instrumente, adecvate pentru a răspunde celor două întrebări de evaluare mai sus prezentate.

Metodele bazate pe teorie au fost propuse alături de metodele econometrice/ statistice și contrafactice. Metodele de evaluare calitativă, ca bază metodologică principală, au contribuit semnificativ la abordarea sarcinilor evaluării, constatările rezultate în urma aplicării acestor metode fiind completate de metodele de evaluare cantitativă.

Răspunsurile la cele două întrebări de evaluare au urmărit testarea validității Ipotezelor construite pe baza analizei teoriei schimbării. Fiecărei Întrebări de Evaluare (IE) i-a corespuns un set de ipoteze și de indicatori de evaluare (pornind de la cei de program, la care s-au adăugat și indicatori care vizează direct măsurarea (evoluția) calității serviciilor sociale și a condițiilor de viață a beneficiarilor de servicii). S-au utilizat metode cantitative și calitative, adaptate fiecărei ipoteze, pentru a putea obține o imagine completă și corectă asupra efectelor intervențiilor.

Informațiile obținute din mai multe surse au fost triangulate, contribuind la creșterea validității, credibilității și relevanței informațiilor colectate.

În cadrul procesului de evaluare, s-a ținut cont de următoarele Ipoteze de Evaluare:

**TABELUL 1: IPOTEZELE DE EVALUARE**

Întrebarea de evaluare	Ipoteza de evaluare
Care este efectul net al fondurilor de intervenție,	Intervențiile prin DMI 3.2 au efecte privind:
	1. creșterea numărului și calității infrastructurilor de servicii sociale
	2. creșterea numărului de beneficiari de servicii sociale
	3. creșterea numărului de servicii sociale la nivel de comunitate/ județean/ regional/ național
	4. creșterea nivelului de calitate a serviciilor sociale

luând în considerare factorii care au cauzat acest efect?	5. creșterea numărului de personal (a resurselor umane) angajate în cadrul serviciilor sociale
	6. creșterea gradului de satisfacție a beneficiarilor de servicii sociale, raportat la numărul și tipurile acestora
	7. creșterea accesului persoanelor aflate în situații vulnerabile la servicii integrate (sociale, educaționale, de ocupare, de sănătate)
	8. facilitarea procesului de integrare/reintegrare socio-profesională a beneficiarilor de servicii sociale
	9. Intervențiile finanțate prin DMI 3.2 sunt prioritizate în funcție de obiectivele strategice stabilite la nivel național și importanța la nivel de regiune/ la nivel local
Ce tip de intervenție dă rezultate, pentru cine și în ce condiții?	10. Există factori care influențează efectele investițiilor realizate în cadrul DMI 3.2 asupra beneficiarilor direcți și beneficiarilor finali?
	11. Există diferențe referitoare la impactul investițiilor între anumite tipuri de intervenții și anumite tipuri de furnizori de servicii sociale, beneficiari ai finanțării?

Pe parcursul evaluării s-a urmărit validarea ipotezelor pe baza următoarei scale:

- **Ipoteză validată:** dacă informațiile rezultate din cercetarea cantitativă și calitativă au oferit argumente pentru toți indicatorii de evaluare stabiliți.
- **Ipoteză validată parțial:** dacă cercetarea a oferit argumente doar pentru anumite variabile/ indicatori și nu pentru toate cele vizate.
- **Ipoteză invalidată:** Ipoteza a fost invalidată dacă cercetarea nu oferă argumente pentru validarea ipotezei sau oferă argumente care conduc la contrazicerea enunțului ipotezei.

Metodologia de evaluare a fost descrisă în detaliu în Raportul Inițial, și aprobată. Metodele și instrumentele de evaluare utilizate sunt prezentate pe scurt mai jos și în detaliu în Anexele prezentului raport.

### 2.1.1. METODE DE COLECTARE A DATELOR

În cadrul procesului de evaluare, au fost utilizate următoarele metode de colectare a datelor, descrise în continuare pe fiecare categorie:

<b>CERCETAREA DOCUMENTARĂ</b>	Cercetarea documentară a reprezentat o activitate continuă și a fost utilizată pentru obținerea de informații legate de cadrul în care a fost implementat POR 2007-2013 și, în mod specific, legate de sfera DMI 3.2 (documente de programare, ghidul solicitantului, documente privind politicile publice în domeniul social, Rapoarte Anuale de Implementare, Raportul final de implementarea, studiul de evaluare de impact DMI 3.2, rapoartele de evaluare intermediară POR). De asemenea, a fost analizată
-------------------------------	---



	<p>documentația de la nivel de proiecte (baze de date, cereri de finanțare, rapoarte de Monitorizare și de sustenabilitate).</p> <p>Lista documentelor relevante identificate și consultate pe parcursul evaluării este prezentată în <u>Anexa 14</u>.</p>
<b>INTERVIURI</b>	<p>Interviurile au fost semi-structurate și au urmărit aprofundarea și clarificarea informațiilor obținute în cadrul cercetării documentare, dar și aspecte legate de efectele nete estimate, în urma implementării proiectelor. Interviurile au contribuit cu informații calitative la procesul de analiză, necesare pentru a răspunde întrebărilor de evaluare, dar și pentru a înțelege mai bine sistemul serviciilor sociale, infrastructura socială și evoluția sa de la primele proiecte finanțate până în prezent.</p> <p>Au fost organizate 16 interviuri individuale la nivel național (MDRAP - AMPOR, ANPIS, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Justiției Sociale, ANPD, ANPDCA) și la nivel regional (ADR-uri), pentru care au fost elaborate ghiduri de interviuri detaliate și adaptate instituțiilor de la nivel central și regional. Toate interviurile s-au realizat față-în-față, echipa de evaluare deplasându-se la sediul instituțiilor intervievate din București sau din regiuni. Adicional, au fost realizate 3 interviuri/ vizite în teritoriu la beneficiari de intervenții DMI 3.2.</p> <p>Minutele interviurilor și ghidurile de interviu utilizate sunt prezentate în <u>Anexa 2</u>.</p>
<b>ANCHETĂ/ SONDAJ</b>	<p>Ancheta/ sondajul a reprezentat o metodă importantă de colectare a datelor ce au sprijinit evaluarea contrafactuală și alte tipuri de prelucrări statistice.</p> <p>Au fost realizate două tipuri de sondaje:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>Ancheta/ sondaj pentru măsurarea gradului de satisfacție la nivelul furnizorilor de servicii sociale și la nivelul beneficiarilor finali .</i></li></ul> <p>La nivelul tuturor furnizorilor de servicii sociale din cadrul celor 219 de proiecte implementate, a fost aplicat un sondaj online folosind o aplicație dedicată acestor tipuri de sondaje (Survey Monkey). La finalul sondajului, s-au primit 50 de chestionare din rândul furnizorilor (o rată de răspuns de 22,83%).</p> <p>Rezultatele și chestionarele aferente acestei anchete sunt prezentate în <u>Anexa 6</u>.</p> <p>La nivelul beneficiarilor finali, dată fiind dificultatea abordării acestui grup țintă din cauza situației specifice în care se află (copii minori, adulți cu dizabilități, lipsa discernământului sau probleme medicale, persoane în vârstă cu diverse afecțiuni medicale precum demență, Alzheimer etc.), chestionarele au fost aplicate la nivelul a 5 centre beneficiare de finanțare care și-au manifestat disponibilitatea de a sprijini procesul de evaluare. La finalul sondajului, s-au primit 74 de chestionare din rândul</p>

beneficiarilor de servicii sociale din aceste centre.

Rezultatele și chestionarele aferente acestei anchete sunt prezentate în **Anexa 5**.

➤ *Anchetă/sondaj la nivelul beneficiarilor (grup de tratament) și la nivelul non-beneficiarilor (grupul de control) din categoria APL, furnizori de servicii sociale de drept public sau privat, acreditați în condițiile legii.*

Grupul de tratament (grup supus intervențiilor) a fost reprezentat de toate proiectele finalizate în cadrul DMI 3.2 care au avut ca beneficiari finali persoane vârstnice și adulți vulnerabili sau persoane cu dizabilități din centre rezidențiale (69 proiecte finanțate). S-a selectat acest grup (aproximativ o treime din totalul de 219 proiecte) datorită omogenității caracteristicilor centrelor și serviciilor sociale furnizate, precum și a beneficiarilor finali. La finalul sondajului, după reveniri succesive prin telefon și email, s-au primit 48 de chestionare dintr-un total de 69 de proiecte finanțate (o rată de răspuns de 69,56%).

Grupul de control (la nivelul non-beneficiarilor de intervenții) s-a constituit din 70 de centre cu caracteristici similare precum cel de tratament, care nu au beneficiat de intervenții DMI 3.2, selectate din două situații distincte: (1) centre care au aplicat spre finanțare, au fost respinse și nu se regăseau în rândul beneficiarilor de intervenții și (2) centre din Registrul unic al serviciilor sociale al Ministerului Muncii cu furnizorii acreditați de servicii sociale și care nu au aplicat deloc pentru finanțare POR. Datorită gradului scăzut de răspuns, au fost contactate alte 70 de centre cu caracteristici similare precum cel de tratament, selectat în totalitate din Registrul unic al serviciilor sociale pentru a obține un număr de răspunsuri cât mai apropiat de cel aferent grupului de tratament. La finalul sondajului, după reveniri succesive prin telefon și email, s-au primit 37 de chestionare dintr-un total de 140 de centre (o rată de răspuns de 26,42%).

Rezultatele și chestionarele aferente acestei anchete se regăsesc în cadrul analizei contrafactice prezentată în **Anexa 4**.

UTILIZAREA DATELOR ÎNCRUCIȘATE (CROSS SECTIONAL DATA), SERII DE TIMP, DATE LONGITUDINALE, EȘANTIONARE

Această metodă de colectare a sprijinit procesul de analiză a datelor și aplicarea metodelor contrafactice, prin corelarea datelor relevante din mai multe surse, inclusiv pentru definirea grupului de beneficiarii de intervenții și grupului de control (furnizorii de servicii care nu au beneficiat de finanțare POR și persoanele deservite de aceștia).

## FOCUS GRUPURI

Au fost organizate 6 focus-grupuri regionale care au acoperit toate cele 8 regiuni, la acestea au participat 59 de reprezentanți ai beneficiarilor de intervenții DMI 3.2, ai instituțiilor de la nivel central și regional, ai autorităților locale, furnizori de servicii sociale. Discuțiile din cadrul acestor focus-grupuri au fost consistente și au contribuit la validarea aspectelor constatate în cadrul interviurilor și a studiilor de caz, aducând totodată informații calitative suplimentare. În cadrul FG-urilor au fost abordate teme precum:

- justificarea și oportunitatea intervențiilor finanțate prin POR 2007-2013 la nivelul infrastructurii serviciilor sociale;
- factori care au influențat eficiența și eficacitatea, sustenabilitatea și impactul intervențiilor;
- efectele intervențiilor finanțate în cadrul DMI 3.2.;
- tipurile de intervenții care în timp au generat impact sau efecte semnificative cu privire la creșterea calității sistemului de servicii sociale; lecții învățate și recomandări.

Minutele focus grupurilor precum și Raportul de sinteză rezultat sunt prezentate în Anexa 3.

### 2.1.2. METODE DE ANALIZĂ A DATELOR

În cadrul procesului de evaluare au fost utilizate următoarele metode de analiză a datelor, descrise în continuare pe fiecare categorie:

#### ANALIZA CONTRAFACTUALĂ

Analiza de tip contrafactual a presupus o abordare cantitativă cvasi-experimentală, bazată pe comparația între grupul de unități beneficiare ale intervenției și un grup de unități similare non-beneficiare. S-a urmărit măsurarea impactului net la două niveluri, respectiv al centrelor, dar și la nivelul beneficiarilor finali ai intervențiilor (persoane rezidente).

Colectarea datelor necesare pentru ACF a fost realizată prin intermediul anchetei/ sondajului la nivelul beneficiarilor (grup de tratament) și la nivelul non-beneficiarilor (grupul de control) din categoria APL, furnizori de servicii sociale de drept public sau privat, acreditați în condițiile legii, care a fost detaliat mai sus în cadrul secțiunii dedicate metodelor de colectare de date.

Analiza contrafactuală s-a realizat pentru proiectele aferente centrelor rezidențiale care au ca beneficiari persoanele vârstnice și adulte, proiecte finanțate și nefinanțate. Eșantionul a cuprins 85 de subiecți (48 din cadrul grupului de tratament și 37 din cadrul grupului de control).

Pentru studiul de față s-au aplicat două metode de analiză contrafactuală: corelarea scorului de propensiune, ca metodă principală și diferența-îndiferență, ca metodă complementară.

	Analiza contrafactuală este prezentată în <b>Anexa 4.</b>
<b>ANALIZA DATELOR PRIMARE ȘI SECUNDARE</b>	Analiza datelor a acoperit progresul fizic și financiar al proiectelor, urmărind stadiul proiectelor și repartizarea teritorială, cât și progresul pe tipul de indicatori de impact, pe tipuri de intervenții. Datele au fost colectate de la MDRAP, ANPIS, MMJS și prin intermediul chestionarelor aplicate. Analiza datelor primare și secundare s-a făcut prin prelucrarea statistică a acestora și completarea cu informații reieșite din metodele calitative.
<b>ANALIZA SWOT</b>	Această analiză a sprijinit identificarea aspectelor specifice privind intervențiile DMI 3.2. și a fost utilizată pentru a identifica principalele puncte tari, punctele slabe, oportunitățile și amenințările infrastructurilor de servicii sociale din România.  Analiza SWOT este prezentată în <b>Anexa 10.</b>
<b>ANALIZA PEST</b>	Analiza a urmărit identificarea factorilor de context (politici, economici, sociali) care au influențat implementarea DMI 3.2 și rezultatele obținute.  Prin identificarea factorilor exogeni care influențează domeniul serviciilor sociale, rezultatele analizei PEST au constituit un input important în procesul de reconstrucție al Teoriei Schimbării pentru acest DMI, cu precădere privind factorii contextuali, având în vedere rolul acestei analize în identificarea factorilor exogeni care influențează domeniul serviciilor sociale.  Analiza PEST este prezentată în <b>Anexa 11.</b>
<b>ANALIZA PĂRȚILOR INTERESATE (STAKEHOLDERS)</b>	Această analiză a urmărit influența pe care o au diferiți actori în sfera serviciilor sociale și, respectiv, în reforma la nivelul sistemului de servicii sociale cu accent pe problematica legată de infrastructura serviciilor sociale și a creșterii accesului la serviciile sociale de calitate. Au fost identificate potențialele efecte pe care anumite părți interesate le-au avut sau le au în dezvoltarea sistemului de servicii sociale prin intermediul intervențiilor POR, DMI 3.2 sau similare.  Analiza părților interesate este prezentată în <b>Anexa 9.</b>
<b>ELABORAREA DIAGrameI VIZUALE</b>	A fost utilizată pentru sintetizarea, pe de o parte, a informațiilor privind nevoile identificate, obiectivele și strategia definită la nivelul DMI 3.2, și - pe de altă parte - privind situația proiectelor implementate.
<b>MODELUL LOGIC</b>	Acest instrument a fost utilizat pentru analiza măsurii în care proiectele implementate au contribuit la atingerea obiectivelor DMI 3.2 și satisfacerea nevoilor identificate.
<b>TEORIA SCHIMBĂRII (TS)</b>	A urmărit lanțul causal de producere a rezultatelor, urmând să fie analizate aspectele relevante pe fiecare tip de intervenție. Ipotezele formulate au urmărit modul în care strategia propusă a condus la obținerea

	rezultatelor în condițiile date de factorii de influență. Teoria schimbării reconstruită este prezentată în <b>Anexa 8</b> .
<b>REPREZENTAREA/ ANALIZA TERITORIALĂ A REZULTATELOR</b>	În realizarea analizelor, precum și pentru prezentarea constatărilor, s-au utilizat hărți și reprezentări grafice, pe baza cărora au putut fi corelate rezultatele analizelor cu principalii indicatori statistici teritoriali/ regionali relevanți pentru a urmări efectele intervențiilor într-un context teritorial mai larg. S-a urmărit evoluția în timp a principalilor indicatori relevanți pentru acest domeniu.

### 2.1.3. METODE SUPPLEMENTARE PROPUSE

<b>STUDII DE CAZ</b>	Studiile de caz au permis analiza aprofundată a modului de implementare a intervențiilor și a efectelor obținute, precum și a mecanismelor utilizate pentru obținerea rezultatelor. Modalitatea de selecție a studiilor de caz a avut în vedere asigurarea reprezentativității, atât la nivelul tipurilor de intervenții sprijinite, cât și la nivel de categorii de beneficiari. Strategia de selectare a urmărit identificarea cazurilor cu potențial mare de informație precum și în baza recomandărilor de la ADR-uri. Studiile de caz sunt prezentate în <b>Anexa 12</b> .
----------------------	--

### 2.2. LITERATURA DE SPECIALITATE

Evaluarea de impact a unui Program Operațional este extrem de complexă<sup>9</sup>, deoarece urmărește să surprindă efectele la nivel macro, în condițiile în care numeroși factori afectează lanțul cauzal. În același timp, evaluarea de impact în domeniul social, chiar dacă este vorba de investițiile în infrastructura socială, nu poate fi privită izolat doar din perspectivă economică, numerică sau cantitativă, ci în complementaritate cu perspectiva socială și, în particular, a efectelor dezirabile pe termen mediu și lung cu privire la calitatea serviciilor sociale.

Un aspect important al analizei literaturii de specialitate l-a constituit astfel reconstruirea momentelor de reformă legislativă în domeniul social pentru a putea analiza contextul investițiilor în domeniul infrastructurii sociale de la momentul programării POR, respectiv DMI 3.2.

Din analiza detaliată prezentată în **Anexa 1 - Literatura de Specialitate**, se constată mai multe perioade de reformă în domeniul social, cea mai relevantă pentru momentul programării POR 2007-2013 fiind perioada 2000-2006 caracterizată de evoluția reformei pentru descentralizarea

<sup>9</sup> Așa cum este definită și de ghidul Evalsed:  
[https://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/evaluation/guide/guide\\_evalsed.pdf](https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/evaluation/guide/guide_evalsed.pdf)

activităților de protecție a copilului<sup>10</sup>, restructurarea centrelor de plasament organizate după principii învechite, închiderea majorității instituțiilor mai mari de 150 de locuri<sup>11</sup>, dezvoltarea de servicii noi, de tip familial și pentru prevenirea separării copiilor de familiile lor, formarea de profesioniști în meseriile proprii îngrijirii copilului, adoptarea de standarde minime obligatorii pentru cea mai mare parte a serviciilor existente etc<sup>12</sup>. Nu același progres se înregistra și la nivelul serviciilor sociale pentru celelalte categorii de beneficiari, persoane vârstnice, tineri în situații de dificultate, familii cu venituri reduse, persoane supuse violenței în familie etc, existând un dezechilibru atât în interiorul sistemului în relație cu diverse categorii de beneficiari, dar și între regiuni.

Lipsa fondurilor și a experienței din această perioadă au condus la o **situație precară a infrastructurii serviciilor rezidențiale pentru diferitele categorii de beneficiari**, în continuare existând centre de plasament pentru copii de dimensiuni mari ce nu beneficiaseră de investiții de multă vreme, centrele pentru persoane cu dizabilități sau persoane vârstnice erau suprapopulate, lipsite de dotări și echipamente, iar clădirile necesitau intervenții urgente de reabilitare.

Pe lângă legislația specifică, fiecare domeniu era reglementat în perioada de referință de strategii și planuri de acțiune (cadrul legislativ care reglementa fiecare categorie de beneficiari, respectiv persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, adulți vulnerabili, copii, sunt prezentate în detaliu în analiza extensivă din Anexa 1), iar în 2005 a fost aprobată și Strategia națională de dezvoltare a serviciilor sociale pentru perioada 2006 - 2013, toate aceste documente strategice stând la baza fundamentării intervențiilor din cadrul DMI 3.2-POR 2007-2013.

Diferitele evoluții legislative și instituționale din perioada 2000 - 2006, precum și prioritățile identificate în documentele strategice pentru următoarea perioadă, dar și în constatările Raportului Comisiei Europene din octombrie 2005, au conturat nevoile urgente de investiții ale sistemului de servicii sociale, datorate pe de o parte **calității slabe și insuficiente a infrastructurii** pentru a putea fi îndeplinite standardele minime de calitate pentru furnizarea acestor servicii și, pe de altă parte, nevoii de înființare a unor servicii sociale la nivel comunitar pentru a răspunde nevoilor tuturor categoriilor de beneficiari. Pentru amploarea acestora, la bugetul de stat sau local nu existau resurse financiare, prin urmare, aceste nevoi urgente de reabilitare, modernizare sau dotare a infrastructurii serviciilor sociale, cât și de înființare și diversificare a serviciilor sociale în special la nivel comunitar, au fost transpuse ca priorități pentru finanțare prin Programul Operațional Regional 2007 - 2013.

În domeniul serviciilor sociale pentru copii, pentru unele dintre centrele de plasament clasice, în special cele ce deserveau copiii cu dizabilități, urgența în anii 2006 - 2008 era reprezentată de îmbunătățirea condițiilor de viață și crearea unui mediu cât mai apropiat de cel familial, atâta vreme cât nu existau încă resursele și mecanismele de asigurare a inițierii reintegrării copiilor în familie, plasarea lor în servicii de tip familial sau în servicii alternative la cele

10 Prima Strategie Guvernamentală în domeniul drepturilor copilului, aprobată în 1997, a vizat perioada 1997-2000 și a marcat începutul reformei sistemului de protecție a copilului în România. În 2001, Guvernul a adoptat „Strategia Guvernamentală cu privire la Protecția Copiilor aflați în dificultate 2001 - 2004” prin HG 539/2001.

11 Un rol semnificativ avându-l cele 3 programe PHARE (1999, 2001 și 2002 Copiii mai întâi)

12 Raportul periodic privind progresele înregistrate de România pe calea aderării 2003

rezidențiale. Prin urmare, ca o tranziție către o nouă etapă a reformei, finanțările POR 3.2 au contribuit la construcția unui nivel următor și la stabilitatea sistemului de servicii, fiind de remarcat aici condiția impusă legat de numărul maxim de locuri din centrele rezidențiale (50 de locuri).

Pe perioada implementării proiectelor ce au primit finanțare prin DMI 3.2, reformele în domeniul social nu au stagnat, au fost introduse acte normative noi care au impus noi reguli, condiții sau contexte diferite de derulare a serviciilor sociale, spre exemplu apariția în anul 2012 a legii 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale, ce a reglementat procesul de evaluare, certificare, monitorizare și control pentru asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale. Aceasta a introdus obligativitatea licențierii serviciilor sociale pe baza standardelor minime de calitate ce impunea și obținerea unor avize și autorizații de la instituții precum ISU, ANSVSA sau DSP, obligativitate ce nu exista și, prin urmare, nu era solicitată la momentul aprobării DMI 3.2. De asemenea, apariția noului Nomenclator al serviciilor sociale<sup>13</sup> în 2015 a impus încadrarea serviciilor înființate într-unul din serviciile sociale incluse în nomenclator, ceea ce, în mod special pentru implementatorii serviciilor finanțate prin POR 3.2 a fost o nouă provocare pentru a se alinia serviciilor din nomenclator totodată respectând și indicatorii din Ghidul solicitantului, fără a avea posibilitatea obținerii unor corecții financiare. Prin urmare, apariția noilor condiționări legislative a determinat identificarea unor soluții din partea furnizorilor de servicii ce au implementat proiecte cu finanțare din DMI 3.2 pentru a implementa noile cerințe. De multe ori a fost necesară alocarea unor sume suplimentare din bugetele proprii, ajustări ale proiectelor tehnice, obținerea autorizațiilor, toate aceste aspecte conducând și la întâzieri în implementare sau la dificultăți în asigurarea sustenabilității serviciilor sociale.

O altă problemă întâmpinată de furnizori a fost aceea a lipsei de personal de specialitate necesar pentru funcționarea serviciilor înființate, în mod special al celor înființate la nivel rural. Există foarte multe localități/județe unde este nevoie ca aceste centre să funcționeze la o capacitate cât mai mare, dar acest fapt nu este posibil, din lipsă de personal (fie nu există specialiști în zona respectivă pentru a fi angajați, fie nu sunt dispuși să se deplaseze în aceste zone, sau din cauza lipsei infrastructurii de transport).

### **Noile evoluții legislative în domeniul social și principalele concluzii**

Noile evoluții în domeniul social prezentate în detaliu în Anexa 1 Literatura de specialitate, precum și ultimele modificările și completări ale Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului<sup>14</sup>, aprobată de Guvern în data de 12 iunie 2019, confirmă faptul că obiectivul național din domeniul social privind dezinstituționalizarea și tranziția de la îngrijirea rezidențială la îngrijirea familială continuă acest demers, ducând reformele în domeniul protecției și promovării drepturilor copiilor precum și în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități într-o etapă nouă. Angajamentele de dezinstituționalizare au fost

<sup>13</sup> HG nr. 867/2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale

<sup>14</sup> Actul normativ adoptat interzice plasamentul copiilor în servicii de tip rezidențial cu caracteristicile centrelor de tip clasic, începând cu data de 01 ianuarie 2020. De asemenea, introduce obligația autorităților de la nivel local, dar și a furnizorilor privați de servicii sociale, de a închide centrele de plasament de tip vechi sau de a reorganiza serviciile de tip rezidențial, până la data de 31.12.2020. După data de 01 ianuarie 2021, funcționarea centrelor de plasament este interzisă, iar nerespectarea acestei prevederi va fi considerată contravenție, iar constatarea și aplicarea amenzi este propusă a fi realizată de către prefect.

incluse în Acordul de Parteneriat 2014 - 2020 și preluate în POR 2014 - 2020 în vederea susținerii și consolidării tranziției de la instituțiile rezidențiale mari la îngrijirea comunitară, în paralel cu dezvoltarea serviciilor de prevenire a instituționalizării, în special pentru copii și persoanele cu dizabilități.

Serviciile sociale sunt esențiale pentru eradicarea sărăciei și excluziunii sociale și dezvoltarea acestora trebuie integrată într-o politică coerentă bazată pe o abordare incluzivă proiectată să sprijine persoanele în cadrul familiilor și al comunităților<sup>15</sup>.

O prioritate o constituie, de asemenea, crearea unei rețele de centre comunitare integrate<sup>16</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. La nivel instituțional, livrarea serviciilor integrate cu coordonare reală orizontală și verticală între agenții este vitală pentru asigurarea sprijinului adecvat pentru familiile și copiii aflați într-o situație de sărăcie extremă. În același timp, programele de mediere sau facilitare socială sunt necesare pentru a ajuta familiile extrem de sărace, în special cele din zonele marginalizate, să acceseze servicii sociale, atât în zonele rurale, cât și în cele urbane. Integrarea completă a serviciilor ar însemna abandonarea abordării fragmentare prin care fiecare agenție lucrează numai în cadrul propriului domeniu specificat de responsabilitate și trecerea la adoptarea echipelor multi-instituționale, la nivelurile național, regional și local<sup>17</sup>. Sunt necesare investiții pentru a asigura disponibilitatea și dotarea infrastructurii și echipamentelor pentru aceste servicii integrate, în special în zonele rurale și sărace, pentru a aborda distribuția dezechilibrată actuală a serviciilor publice la nivel primar și/sau comunitare, precum și capacitatea slabă de a adresa nevoile persoanelor sărace și izolate din mediul rural<sup>18</sup>.

Cu sprijin POR 2014 - 2020 se vor închide un număr de 147 de centre de plasament din 35 de județe, lista centrelor eligibile pentru închidere fiind rezultatul unei evaluări realizate în cadrul proiectului "Elaborarea planului de dezinstituționalizare a copiilor din instituții și asigurarea tranziției îngrijirii acestora în comunitate" - cod SIPOCA 2, cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă<sup>19</sup>.

Pentru o mai bună și susținută respectare a drepturilor persoanelor cu dizabilități în concordanță cu Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități ratificată de România în 2010<sup>20</sup>, precum și cu Strategia națională „O societate fără bariere pentru persoanele cu

15 Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei (2014-2020)

16 Ordin comun Ministerul Muncii și Justiției Sociale, 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

17 În a doua jumătate a anului 2018, a început punerea în aplicare a unui proiect specific, cofinanțat de UE, care vizează introducerea unor echipe integrate în 139 de comunități marginalizate. În cadrul proiectului se vor elabora metodologii integrate de gestionare a cazurilor care pot fi extinse la nivel național și se prevede o colaborare mai strânsă cu serviciile de ocupare a forței de muncă.

18 POR 2014 - 2020

19 Studiul de diagnoză a fost elaborat în cadrul Acordului de Servicii de Consultanță privind Dezvoltarea planurilor pentru dezinstituționalizarea copiilor rămași fără îngrijire părintească și transferul acestora către îngrijirea în comunitate, încheiat între Banca Mondială și Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție (ANPDCA) la data de 12 mai 2016. Acordul are în vedere implementarea proiectului implementat de ANPDCA - "Elaborarea planului de dezinstituționalizare a copiilor din instituții și asigurarea tranziției îngrijirii acestora în comunitate" - cod SIPOCA 2, finanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă.

20 Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, adoptată la New York de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 13 decembrie 2006, deschisă spre semnare la 30 martie 2007 și semnată de România la 26 septembrie 2007, a fost ratificată prin Legea nr. 221/2010; articolul 19 din Convenție garantează dreptul persoanelor cu dizabilități de a trăi independent în comunitate.



dizabilități” 2016 - 2020<sup>21</sup>, legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap a fost amendată prin OUG 69/2018, și a introdus, printre altele, limitarea capacității centrelor rezidențiale pentru persoane adulte cu handicap la maxim 50 de locuri concomitent cu dezvoltarea rețelei de servicii alternative la nivel comunitar. Construirea de noi instituții rezidențiale sau renovarea și modernizarea celor existente trebuie să fie abordate doar ca măsuri tranzitorii în contextul unei strategii de dezinstituționalizare, putând fi justificate doar în cazuri excepționale, în care este pusă în pericol viața rezidenților din cauza condițiilor materiale precare<sup>22</sup>. Dat fiind că prin Programul Operațional Regional 2014 - 2020 România și-a asumat dezinstituționalizarea unui număr semnificativ de persoane adulte cu dizabilități (516 persoane în perioada 2015 - 2023), ANPD a întreprins un demers de analiză a nevoilor privind dezinstituționalizarea, demers care servește procesului de fundamentare a selecției obiectivelor de investiții ce vor fi finanțate prin POR 2014 - 2020. Rezultatul analizei a fost o listă cu 11 instituții de tip vechi cu o capacitate de mai mult de 120 de beneficiari din care se vor transfera persoane cu dizabilități în alternative de tip familial. Aceștia, alături de persoane cu dizabilități din comunitate, vor beneficia de o rețea de 24 de centre de zi și 72 de locuințe protejate.

Dezvoltarea și consolidarea capacității la nivel local de a furniza servicii de asistență socială sunt esențiale pentru întregul sistem de protecție socială și ar trebui să acopere o gamă largă de nevoi. Însă, numai aproximativ 20 % din unitățile administrativ-teritoriale dispun de servicii sociale acreditate și acestea sunt, de obicei, concentrate în zonele mai bogate sau în zonele urbane, deși ele sunt cele mai necesare în zonele și regiunile mai sărace, rurale<sup>23</sup>.

### ***Analiza altor studii relevante asupra nevoii de investiție în infrastructura socială și principalele efecte***

Au fost analizate și alte studii relevante asupra nevoii de investiție în infrastructura socială prezentate în detaliu în Anexa 1, din care se pot desprinde următoarele concluzii principale:

- ✓ Serviciile sociale ar trebui să fie bazate pe comunitate, în loc să fie instituționale și segregate. Nici o persoană nu trebuie să fie forțată să locuiască în centre, ci să îi fie permis să trăiască - și să primească sprijin - acolo unde dorește.
- ✓ Finanțarea publică ar trebui, de asemenea, să ajute persoanele să aibă controlul asupra tipului de îngrijire și sprijin de care au nevoie. Aceasta necesită o schimbare de paradigmă pentru serviciile sociale, care implică modificări atât în ceea ce privește suportul, cât și profesioniștii și infrastructura în care aceștia lucrează. În întreaga Europă s-au înregistrat progrese semnificative prin furnizarea de servicii centrate pe persoană, la nivelul comunității, în care persoana deține controlul sau decizia asupra asistenței pe care o primește. Cu toate acestea, mai sunt încă multe de realizat pentru a crea o societate cu adevărat incluzivă.
- ✓ Schimbările demografice joacă un rol important în identificarea nevoii de servicii sociale, la nivel european cererea de servicii de îngrijire și sprijin de lungă durată a vârstnicilor se așteaptă să explodeze în deceniile următoare datorită îmbătrânirii populației. De

21 Aprobata prin HG 655/2016

22 "Documentul de analiză a serviciilor sociale pentru asigurarea transferului în alternative de tip familial al persoanelor adulte cu dizabilități din instituții rezidențiale de tip vechi" - aprobat prin Decizia nr. 171/2018 a Președintelui ANPD

23 RECOMANDARE A CONSILIULUI privind Programul național de reformă al României pentru 2019 și care include un aviz al Consiliului privind Programul de convergență al României pentru 2019, 05.06.2019

asemenea, structurile familiale (mai multe femei în câmpul muncii), aranjamentele de viață (familii mai mici, persoane izolate) și mobilitatea (persoane care trăiesc majoritar în afara familiei, în altă țară sau localitate) sunt factori care determină o nevoie crescută de servicii sociale diversificate în toate subsectoarele serviciilor sociale: îngrijirea copiilor, îngrijirea și sprijinirea persoanelor cu dizabilități, îngrijirea vârstnicilor<sup>24</sup> etc.

- ✓ Există nevoia unui "pachet de investiții sociale"<sup>25</sup> subliniată și în documentul "Investiția socială în Europa", și anume faptul că "serviciile și beneficiile personalizate și integrate (de exemplu, oferite prin one-stop-shops) pot spori eficacitatea politicilor sociale. Simplificarea procedurilor poate ajuta persoanele care au nevoie să aibă acces la beneficii și servicii mai ușor, evitând, de asemenea, suprapunerea sistemelor și a costurilor".
- ✓ Efectul îngrijirii de tip rezidențial asupra copiilor, este concludent reflectat în cercetarea "Explorarea rezultatelor pe termen lung ale copiilor aflați în îngrijire rezidențială" realizată în 2012<sup>26</sup> asupra a 10 tineri din instituții rezidențiale din Malta. Din interviurile tinerilor au reieșit atât caracteristici negative, cât și pozitive ale îngrijirii out-of-home. Cu toate acestea, de cele mai multe ori, fenomenul "instituțiilor" are conotații negative. În cercetarea "Impactul plasamentului în sistem rezidențial asupra dezvoltării copilului" autorii concluzionează că "dacă există dovezi că îngrijirea de tip rezidențial funcționează, atunci va exista o cerere pentru astfel de servicii", referindu-se în mod deosebit la situația copiilor cu boli cronice, ce au nevoie de îngrijire constantă, cu preponderență medicală și care poate contribui la ameliorarea stării de sănătate, dar și la boarding schools ca cele din Marea Britanie unde de regulă merg copiii din familii cu venituri mari, ce caută modele de educație tradiționale<sup>27</sup>.
- ✓ O serie de factori în cultura organizațională a unei unități rezidențiale, fie ea centru rezidențial sau casă de tip familial, pot contribui la calitatea vieții în rândul tinerilor care părăsesc sistemul de protecție (conform rezultatelor studiului. "*Impactul culturii sistemului rezidențial asupra calității vieții tinerilor ce părăsesc sistemul de protecție*"). Este important să se pună accentul pe: finalizarea educației, oferirea spațiului de acțiune independentă, adoptarea unor abordări care pot înlocui dragostea părintească, încurajarea gândirii pozitive, încurajarea relațiilor mai bune cu familia biologică, încurajarea legăturilor sociale promițătoare, promovarea planificărilor pentru viitor, dezvoltarea relațiilor de sprijin între copii, încurajarea hobby-urilor și a modalităților de a-și câștiga banii, astfel încât tinerii să își poată aranja treptat propria lor viață în timp ce sunt încă în îngrijire.

Totodată, echipa de evaluare a analizat și concluziile, recomandările și lecțiile învățate din exercițiile de evaluare anterioare și anume 'Actualizarea evaluării intermediare a Programului Operațional Regional 2007 - 2013 (aprilie 2014)' și Evaluarea de impact a Domeniului Major de Intervenție 3.2. - Reabilitarea/ modernizarea/ dezvoltarea și echiparea infrastructurii sociale

24 European Social Network, Contracting for Quality, An ESN research study on the relationships between financier, regulator, planner, case-manager, provider and user in long-term care in Europe, 2010

25 "Social investment in Europe", a study of national policies, EUROPEAN COMMISSION, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate D – Europe 2020: Social Policies Unit D.3 – Social Protection and Activation Systems, Brussels, 2015

26 "Exploring the Long-Term Outcomes of Children in Residential Out-of-Home Care", 2012, autori Abela Angela, Abdilla Nadya, Abela Claire, Camilleri Juan, Mercieca Daniel & Mercieca Graziella

27 The impact of residential placement on child development: research and policy implications - Little M, Kohm A, Thompson R. Int J Soc Welfare 2005: 14: 200-209 © Blackwell Publishing, 2005.

de la nivelul anului 2014, moment în care portofoliul de proiecte nu era finalizat iar evaluarea de impact nu a putut să surprindă efectul brut și net al investițiilor aferente DMI 3.2.

## 2.3. COLECTAREA DE DATE

### 2.3.1. DATE CANTITATIVE

Procesul de colectare a datelor cantitative pentru evaluare a demarat prin analiza portofoliului de proiecte primite din mai multe surse oficiale (AM POR - Monitorizare, ADR-uri, ANPIS<sup>28</sup>, Ministerul Muncii). Pentru a avea o imagine de ansamblu cât mai completă și mai relevantă cu privire la proiectele depuse, contractate și finalizate pe DMI 3.2, atât din perspectiva finanțării, cât și din perspectiva serviciilor sociale, bazele de date au fost agregate și completate cu informații disponibile pe website-urile oficiale destinate fondurilor europene<sup>29</sup>, precum și cu informații colectate din cererile și contractele de finanțare, din rapoartele finale de progres și din rapoartele de sustenabilitate.

Totodată, au fost derulate 4 sondaje de opinie:

*Ancheta/ sondaj pentru măsurarea gradului de satisfacție la nivelul furnizorilor de servicii sociale și la nivelul beneficiarilor finali.*

Cercetarea pentru măsurarea gradului de satisfacție în rândul unităților furnizoare de servicii sociale și-a propus să determine măsura în care furnizorii de servicii sociale au fost mulțumiți de investițiile realizate prin POR 2007-2013, aferente DMI 3.2 și de rezultatele obținute cu privire la infrastructura socială (a se vedea Anexa 6). Întrebările din cadrul chestionarului utilizat au vizat gradul de mulțumire cu privire la infrastructura (clădire, spații, echipamente, mobilier etc.) de care dispun centrele sociale, precum și condițiile de lucru din cadrul centrelor înainte și după implementarea proiectului/ investițiilor finanțat(e) prin POR 2007 - 2013, DMI 3.2 ținând cont de o serie de aspecte.

Cercetarea pentru măsurarea gradului de satisfacție în rândul beneficiarilor de servicii sociale din cadrul centrelor sociale beneficiare de intervenții (Anexa 5) și-a propus să determine măsura în care beneficiarii de servicii sociale au fost mulțumiți de serviciile primite în cadrul unităților de servicii sociale (investiții realizate prin POR 2007-2013, aferente DMI 3.2). Chestionarul utilizat pentru acest sondaj a inclus întrebări ce au vizat aspecte precum: principalele tipuri de servicii de care beneficiază, modul de apreciere a condițiilor din centre și sugestii de îmbunătățire, dacă serviciile sociale furnizate răspund nevoilor.

*Anchetă/ sondaj la nivelul beneficiarilor (grup de tratament) și la nivelul non-beneficiarilor (grupul de control) din categoria APL, furnizori de servicii sociale de drept public sau privat, acreditați în condițiile legii.*

Sondajul și-a propus colectarea de date cu privire la două tipuri de grupuri țintă (grup de tratament - beneficiari de intervenții și grup de control - non-beneficiar de intervenții), astfel cum a fost descris în secțiunea anterioară. Selecția grupului țintă (beneficiar și non-

28 Raportul Național al campaniei tematice "Controlul serviciilor sociale dezvoltate prin Programul Operațional Regional" realizat de ANPIS în perioada 03.09.2014 - 31.12.2015 la solicitarea Direcției Monitorizare din cadrul AM POR. Fișa campaniei se poate consulta aici: [http://www.mmanpis.ro/wp-content/uploads/2016/06/fisa\\_campanie\\_control\\_servicii\\_sociale-1.pdf](http://www.mmanpis.ro/wp-content/uploads/2016/06/fisa_campanie_control_servicii_sociale-1.pdf)

29 [www.old.inforegio.ro](http://www.old.inforegio.ro), [old.fonduri-ue.ro](http://old.fonduri-ue.ro), [www.fonduri-ue.ro](http://www.fonduri-ue.ro)

beneficiar de intervenții) pentru aceste două sondaje și implicit pentru analiza contrafactuală, cu scopul de a fi cât mai omogen posibil, dată fiind eterogenitatea ridicată atât în ceea ce privește tipul intervenției, dar și categoriile de beneficiari finali, s-a realizat din perspectiva serviciilor sociale furnizate în cadrul centrelor. Centrele sociale din grupul țintă selectat (tratament și control) sunt de același tip, prestează același tip de servicii, fiind înscrise în Nomenclatorul de servicii sub codul de serviciu social 8730 (cămine pentru persoane vârstnice) sau 8790 (centre medico-sociale).

Întrebările din cadrul chestionarelor utilizate pentru derularea sondajelor au abordat diverse aspecte la nivelul anilor 2009 și 2018, pentru fiecare categorie de grup în parte, precum: infrastructura și bugetele anuale ale centrelor, numărul de beneficiari din cadrul centrelor, numărul de personal, tipuri de servicii sociale oferite, tipuri de intervenții de care au beneficiat.

### 2.3.2. DATE CALITATIVE

Colectarea de date calitative a fost realizată prin mai multe metode de cercetare, cum ar fi:

#### *Interviuri*

Au fost realizate 16 interviuri cu reprezentanți ai instituțiilor de la nivel central și regional, la care au participat reprezentanți ai principalelor instituții implicate în managementul și implementarea DMI 3.2 și/ sau cu responsabilități în domeniul serviciilor sociale, respectiv:

- 3 interviuri cu reprezentanți AM POR (Direcția Programare, Direcția Contractare, Direcția Monitorizare) care s-au concentrat pe cadrul strategic al DMI 3.2, precum și pe aspectele legate de contractare și de monitorizare.
- 5 interviuri cu reprezentanți ai Ministerului Muncii și Justiției Sociale și instituții aflate în subordine (ANPIS, ANPDCA, ANPD) și ai Ministerului Sănătății în vederea colectării de informații suplimentare cu privire la contextul serviciilor sociale din România și pentru a corela și observa impactul infrastructurii sociale asupra serviciilor. Cele mai reprezentative au fost interviurile cu ANPIS, ANPDCA și ANPD care au adus informații relevante și complexe despre cadrul de politică și cel legislativ din domeniul serviciilor sociale (în special cu privire la acreditare, licențiere și capacitatea centrelor rezidențiale), despre modul cum s-a derulat finanțarea nerambursabilă în perioada de programare 2007-2013, precum și despre specificitățile fiecărei categorii de persoane vulnerabile.
- 8 interviuri cu reprezentanți din cadrul ADR-urilor (câte un interviu în fiecare regiune de dezvoltare) în vederea obținerii de informații calitative relevante cu privire la o serie de aspecte relevante, precum: necesitatea de intervenție la nivelul infrastructurii sociale, la nivel regional; detalii cu privire la tipurile de proiecte implementate, procesul de implementare; perioada de sustenabilitate a proiectelor și respectiv, potențialele efecte care ar putea fi determinate de aceste tipuri de intervenții la nivel local/ regional. Având în vedere perioada lungă de timp de la lansarea apelului (2008) și până în prezent, precum și gradul ridicat de încărcare al ADR-urilor, la aceste interviuri au participat reprezentanți care au avut responsabilități diferite în ciclul proiectelor și nu au avut întotdeauna toate informațiile necesare sau o viziune de ansamblu privind efectele intervențiilor DMI 3.2 asupra infrastructurii sociale.

Adițional, au mai fost realizate 3 interviuri (vizite în teritoriu) cu beneficiari de intervenții DMI 3.2: *Centrul Social Împreună* din Piatra Neamț (centru de plasament), *Centrul Rezidențial pentru persoane vârstnice "Amalia și Șef Rabin Dr. Moses Rosen"* din București și *Centrul de Îngrijiri Paliative "Sfânta Irina"* din Voluntari cu scopul de a obține informații din partea unor beneficiari de intervenții cu privire la modul de implementare a proiectelor, asigurarea sustenabilității, problemele întâmpinate, impactul intervenției.

### Focus-grupuri

Pe perioada de colectare a datelor, au fost organizate 6 focus-grupuri/ interviuri de grup regionale care au acoperit toate cele 8 regiuni. Acestea au avut o participare diversificată din partea beneficiarilor atât publici, cât și privați, acoperind toate categoriile de servicii sociale, precum și reprezentanți ai ADR-urilor, AJPIS, AJOFM, ai autorităților locale. În plus, focus grupul organizat la București pentru regiunile București-Ilfov și Sud-Muntenia, a beneficiat și de participarea reprezentanților de la nivel central, precum MMJS și ANPIS. Din cauza interesului scăzut sau lipsei de disponibilitate a persoanelor/ instituțiilor invitate, focus-grupul din regiunea Nord-Vest a fost transformat într-un interviu de grup, însă discuțiile s-au dovedit a fi foarte productive și relevante procesului de evaluare, în linie cu discuțiile din cadrul focus-grupurilor din celelalte regiuni.

**TABELUL 2: SITUAȚIA FOCUS-GRUPURILOR/ INTERVIURILOR DE GRUP REGIONALE DERULATE ÎN CADRUL DMI 3.2.**

REGIUNE	NR. PARTICIPANȚI	INSTITUȚII
Sud-Vest	5	ADR SV, AJPIS Dolj, Primăria Bistreț, Primăria Tg. Jiu, Arhiepiscopia Craiovei.
București - Ilfov și Sud-Muntenia	11	ADR BI, ANPIS, MMJS, ANPDCA, DGASPC Sector 4, DGASPC Sector 2, DGASPC Sector 3, DGASPC Sector 6, CJ Ilfov
Vest și Centru	7	DGASPC Sibiu, Primăria Hunedoara, Asociația Samaritenii Orăștiei, DAS Deva, DGASPC Hunedoara, Primăria Hunedoara
Sud-Est	14	ADR SE, DGASPC Constanța, DAS Galați, Primăria Grădina, Centrul Multifuncțional Galați, DAS Focșani, DGASPC Vrancea, AJOFM Constanța, Primăria Focșani,
Nord-Est	19	UAMS Zvoriștea, UAT Tg. Frumos, DGASPC Neamț, CIA Oșlobeni, CIA Tg. Neamț, UAT Piatra Neamț, Comunitatea Penticostală Piatra Neamț, CRRN Războieni, CJ Neamț, Fundația Solidaritate și Speranță, UMS Flămânzi, Primăria Roman, Fundația Bethany.
Nord-Vest	3	CJ Bistrița Năsăud, DGASPC Bistrița Năsăud, UMS Popești.

### Studii de caz

Au fost realizate 5 studii de caz ce au avut în vedere asigurarea reprezentativității atât la nivelul tipurilor de intervenții sprijinite cât și la nivelul categoriilor de beneficiari:

- 1 studiu de caz pentru o unitate medico-socială: aceste tipuri de unități au un statut aparte, potențialul lor de a acoperi anumite categorii de beneficiari (cei cu probleme medico-sociale) justificând analiza mai aprofundată a serviciilor pe care le oferă și a efectelor sale;
- 1 studiu de caz pentru un centru social multifuncțional: analiza unui astfel de proiect este relevantă prin prisma evidențierii modului de aplicare de către beneficiarii finali a furnizării de servicii integrate;
- 1 studiu de caz pentru un centru de zi pentru copii pentru a reflecta cel mai bine potențialul de (re)integrare socială a copiilor în situații vulnerabile;
- 2 studii de caz pentru centre rezidențiale, acoperind două categorii de beneficiari: persoane vârstnice și persoane cu dizabilități, având în vedere că aceste tipuri de centre au cea mai mare pondere din totalul proiectelor finanțate în cadrul DMI 3.2.

#### 2.4. LIMITĂRI (RISCURI MANIFESTATE)

Principalele provocări și limitări metodologice cu cel mai semnificativ impact asupra procesului de evaluare, însoțite de modalitățile de soluționare pentru diminuarea influenței negative asupra evaluării, au fost următoarele:

- *Aplicarea instrumentelor metodologice a durat mai mult decât era estimat, datorită complexității și numărului de metode și timpului scurt avut la dispoziție pentru evaluare, având în vedere întârzierea primirii datelor și informațiilor solicitate.*

Echipa de evaluare a depus toate eforturile pentru a se încadra în termenele solicitate, suplimentând numărul de experți și echipa backstopping.

- *Întârzieri în programarea unor interviuri și obținerea bazelor de date și documente privind portofoliul de proiecte (cereri de finanțare, rapoarte de progres și durabilitate, disponibilitatea pentru realizarea interviurilor, pentru a participa la focus-grupuri).*

Acest risc a fost soluționat prin implicarea BE POR și a echipei de experți, prin comunicarea directă cu părțile interesate, prin depășirea barierelor de comunicare și prin realizarea unui management adecvat. Toate interviurile planificate au fost realizate, unele cu întârzieri, însă acest lucru nu a afectat procesul de evaluare. În plus, echipa de experți a identificat și alte surse oficiale pentru colectarea de date și agregarea ulterioară a tuturor informațiilor obținute și necesare evaluării.

- *Disponibilitatea limitată a furnizorilor de servicii sociale beneficiare de intervenții de a participa la focus-grupuri și rata de răspuns scăzută la sondaje*

Numărul redus de proiecte finanțate prin acest DMI a condus la o bază redusă de beneficiari care să fie invitați la focus-grupurile regionale. În plus, timpul lung scurs de la încheierea proiectelor aferente POR 2007-2013, fluctuația de personal și urgența

activităților zilnice, având în vedere categoriile de beneficiari finali, au influențat negativ interesul de participare la FG-uri și de a răspunde la chestionare.

Această limitare a fost soluționată prin eforturile consecvente depuse de echipa de experți și backstopping prin actualizarea contactelor din bazele de date, transmiterea de invitații tuturor beneficiarilor de la nivelul fiecărei regiuni și menținerea unei comunicări directe cu aceștia pentru a participa la focus-grupuri și a crește rata de răspuns la sondaje.

- *Una dintre ipotezele cele mai restrictive ale metodei contrafactice se referă la omogenitatea grupului țintă.*

În cazul DMI 3.2, unitățile beneficiare de intervenții DMI 3.2 prezintă o eterogenitate ridicată din perspectiva diversității atât în ceea ce privește tipul serviciilor sociale, dar și categoriile de beneficiari finali (de exemplu, vârstnici, copii, persoane cu dizabilități, persoane cu nevoie speciale).

Pentru diminuarea acestui risc, selecția grupului țintă inclus în analiza contrafactuală a ținut cont de numărul proiectelor care adresează cel mai mare număr de beneficiari finali similari. În cazul de față, cele mai multe proiecte au finanțat centrele pentru vârstnici și adulți. Astfel, au fost selectate centrele rezidențiale sociale de același tip, care prestează același tip de servicii, fiind înscrise în Nomenclatorul de servicii sub codul 8730 sau 8790, și astfel se poate afirma faptul că, prin natura selecției, acestea sunt omogene.

### 3. ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE

#### 3.1. IE-1 CARE ESTE EFECTUL NET AL INTERVENȚIEI FONDURILOR PENTRU DMI 3.2 ȘI CARE SUNT FACTORII CARE AU DETERMINAT ACEST EFECT?

*Efectul net*, respectiv impactul unei intervenții, reprezintă schimbarea care poate fi atribuită în mod credibil unei intervenții. Astfel, această evaluare a avut în vedere faptul că schimbările produse puteau fi intenționate, cât și neintenționate, precum și faptul că ele au putut influența grupuri țintă sau teritorii mai extinse față de ceea ce a fost definit la nivelul Programului Operațional.

Impactul a fost urmărit din următoarele perspective:

- ✓ *Impact brut intenționat*: gradul de îndeplinire a obiectivelor intervenției. Acesta nu poate fi atribuit exclusiv intervenției datorită influențelor date de factori socio-economici, politici etc., dar și a co-existenței unor alte potențiale intervenții derulate în același interval de timp.
- ✓ *Impact net*: efectul atribuit exclusiv intervenției (identificarea oricăror efecte pozitive sau beneficii înregistrate sau pentru care există premise favorabile să apară pe termen mediu sau lung)

##### 3.1.1. DATE COLECTATE

Pentru a răspunde la această întrebare de evaluare, colectarea datelor și a informațiilor s-a realizat prin metode cantitative și calitative (prezentate deja în secțiunea anterioară).

- *Date cantitative*: informații legate de intervențiile realizate în cadrul DMI 3.2, portofoliul de proiecte, cererile de finanțare, rapoartele finale de implementare și rapoartele de sustenabilitate de la nivelul proiectelor (în baza unei selecții realizate din cele 219 proiecte din DMI 3.2<sup>30</sup>), date din sondaje derulate.
- *Date calitative*: opiniile și punctele de vedere ale diferitelor părți interesate, colectate prin interviuri, focus-grupuri, date statistice legate de situația socio-economică a regiunilor și probleme sociale, prioritizarea intervențiilor pe tipuri de servicii și categorii de beneficiari.

##### 3.1.2. ANALIZA DATELOR ȘI CONSTATĂRI

În vederea formulării răspunsului la această Întrebare de Evaluare (ÎE), s-au urmărit *ipotezele de evaluare* prezentate mai jos. Pentru validarea/ invalidarea fiecărei ipoteze s-a utilizat un mix de metode, de la metoda evaluării de impact bazată pe teorie (EIT), analiza contrafactuală (ECI), analiza documentară, analiza datelor primare și secundare, informații calitative obținute din interviuri, Focus Grupuri (FG), sondaje, studii de caz.

Analiza a urmărit validarea/ invalidarea ipotezelor formulate în procesul de reconstrucție a Teoriei Schimbării și anume dacă intervențiile DMI 3.2 au efecte privind:

---

<sup>30</sup> Datele din portofoliul de proiecte analizate reflectă situația la 31.12.2015. Pentru această evaluare, data de referință este stabilită 31.12.2018. Prin sondajele realizate în cadrul evaluării, s-au actualizat și datele, la nivelul anului 2018.



- ✓ creșterea numărului și calității infrastructurilor de servicii sociale
- ✓ creșterea numărului de beneficiari de servicii sociale
- ✓ creșterea numărului de servicii sociale și a calității acestora
- ✓ creșterea nivelului de calitate a serviciilor sociale
- ✓ creșterea numărului de personal (a resurselor umane) angajate în cadrul serviciilor sociale
- ✓ creșterea gradului de satisfacție a beneficiarilor de servicii sociale, raportat la numărul și tipurile acestora
- ✓ creșterea accesului persoanelor aflate în situații vulnerabile la servicii integrate (sociale, educaționale, de ocupare, de sănătate)
- ✓ facilitarea procesului de integrare/ reintegrare socio-profesională a beneficiarilor de servicii sociale.

Totodată, analiza a urmărit dacă intervențiile finanțate prin DMI 3.2 au fost prioritizate în funcție de obiectivele strategice stabilite la nivel național și importanța la nivel de regiune/ la nivel local.

### **Prioritizarea intervențiilor DMI 3.2 în funcție de obiectivele strategice stabilite la nivel național și importanța la nivel de regiune la nivel local**

Evaluarea a vizat măsura în care obiectivele, furnizorii de servicii, beneficiarii finali și tipurile de acțiuni finanțate prin DMI 3.2 sunt în concordanță cu obiectivele strategice stabilite la nivel național și regional/ local<sup>31</sup>.

Din perspectiva contextului socio-economic, echipa de evaluare a realizat o cercetare a analizei contextului de derulare a intervențiilor DMI 3.2 și a evoluției câtorva indicatori (indicatorul AROPE, indicatori demografici, rata șomajului), precum și evoluția acestora din 2007 până în 2018, prezentată în [Anexa 7](#).

Astfel, în etapa programării POR 2007-2013, la nivel național cât și regional, principalele probleme sociale identificate au fost cele legate de îmbătrânirea populației (proces care a afectat și afectează populația țării noastre), starea de sănătate precară reflectată în nivelul de trai al populației, extinderea fenomenului de sărăcie (lipsa locurilor de muncă în anumite zone, acces limitat la educație în zonele sărace), rata ridicată a șomajului în rândul tinerilor, incluziunea redusă pe piața muncii etc.

S-a constatat că, prin ghidul solicitantului, s-a solicitat o minimă prioritizare, prin corelarea cu strategiile naționale și regionale, iar proiectele finanțate au avut o repartizare echilibrată în raport cu disparitățile regionale din perspectiva riscului de excluziune socială și sărăcie. **Totuși, neputând fi planificată o prioritizare a intervențiilor pe tipuri de servicii și pe categorii de beneficiari - așa cum sunt aceștia definiți de Legea 292/2011 (persoane vârstnice, adulți vulnerabili, persoane cu dizabilități, copii) - au apărut unele discrepanțe între regiuni cu privire la modul de identificare și de prioritizare a nevoilor beneficiarilor (de**

31 Strategia națională de dezvoltare a serviciilor sociale 2005; Strategiile județene de incluziune socială; Strategiile și Planurile de Dezvoltare ale Regiunilor; Strategia Națională privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei; Strategia Națională în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului 2007-2013; Strategii Județene în domeniul asistenței sociale și protecției drepturilor copilului 2007-2013.

ex. persoane defavorizate). **Pentru anumite grupuri de persoane defavorizate, nevoile acestora nu au fost incluse în strategiile locale/ regionale**, fapt susținut de analiza și evoluția cadrului legislativ prezentat în secțiunea Literatura de Specialitate și in extenso în Anexa 1, precum și reconfirmat prin intermediul focus grupurilor la nivel regional cu beneficiarii finanțării.

Totodată, trebuie ținut cont de faptul că strict din punct de vedere al situației precare a infrastructurii sociale și a ceea ce s-a avut în vedere la momentul programării POR 2007-2013, nevoile regiunii clar impuneau astfel de finanțări, iar proiectele sunt impresionante prin tipurile de investiții care s-au realizat în centre, realizarea unei infrastructuri moderne, existența unor dotări și echipamente moderne, atragerea de personal specializat. Astfel, îmbunătățirea infrastructurii sociale a presupus în primul rând crearea premiselor necesare pentru furnizarea către populație a serviciilor sociale esențiale sprijinirii persoanelor vulnerabile, definite ca beneficiari de servicii sociale (copii, persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, adulți vulnerabili), depășirea unor situații dificile, creșterea calității vieții acestora, sprijinirea reintegrării sociale.

De asemenea, s-a analizat măsura în care obiectivele și tipurile de acțiuni finanțate aferente DMI 3.2 sunt complementare cu prioritățile propuse la nivelul altor programe, derulate în paralel: POSDRU, PODCA, alte programe cu finanțare națională sau externă. Conform Acordului de Parteneriat 2014 - 2020, una dintre cele mai mari deficiențe identificate în aplicarea politicilor și a programelor în exercițiul financiar anterior a fost faptul că nu s-a asigurat complementaritatea dintre programe, iar principalele zone de intervenție nu au fost abordate în mod strategic și coerent. Proiectele strategice ce vizau incluziunea socială în zonele rurale au indicat, de asemenea, o coordonare ineficace la nivel județean și regional, a surselor de finanțare precum și a părților interesate de la nivel local.

Un aspect relevant de factorii implicați a fost acela că, în general, presiunea pe bugetele primăriilor (pentru acoperirea costurilor de funcționare a centrelor) este foarte mare, iar fondurile nerambursabile au compensat parțial, mai ales prin finanțarea investițiilor în ceea ce privește infrastructura aferentă centrelor sociale.

**Nevoile de intervenție asupra infrastructurii serviciilor sociale la nivel regional au fost acoperite într-o măsură foarte mică raportat la nevoi (432 proiecte depuse din care doar 220 proiecte au fost finanțate).** Au rămas numeroase proiecte pe lista de rezervă care nu au putut fi finanțate, iar în unele localități, unde ar fi fost necesară finanțarea, nu au fost depuse proiecte, din cauza capacității limitate de accesare a fondurilor. Din interviurile și focus-grupurile realizate, a fost subliniat faptul că rămâne în continuare nevoia stringentă de finanțare pentru priorități imediate, pe care UAT-urile nu o pot acoperi. Politicile sociale sunt și vor rămâne o prioritate, de aceea se va urmări în continuare atragerea de fonduri europene.

#### Constatări:

- ✓ *Distribuția proiectelor indică un echilibru al numărului de proiecte finanțate către regiunile cu un grad ridicat de excluziune și sărăcie, investițiile fiind determinate la momentul programării POR 2007-2013 în primul rând de situația precară a centrelor. Cu toate acestea, pentru viitor, ar fi utilă o analiza detaliată a nevoilor specifice ale fiecărei regiuni pe tipurile de intervenții (centre rezidențiale/de zi/multifuncționale) și în funcție de nevoile diferitelor categorii de beneficiari ai centrelor sociale, precum și de politicile sociale care vizează aceste categorii de beneficiari*

- ✓ Complementaritatea dintre programe nu a fost urmărită în mod specific în perioada 2007-2013, ceea ce a condus la lipsa unor sinergii și potențări ale unor măsuri de finanțare care ar fi putut fi complementare
- ✓ Nevoile de intervenție asupra infrastructurii serviciilor sociale la nivel regional au putut fi acoperite într-o măsură foarte mică.

### Creșterea numărului și calității infrastructurilor de servicii sociale

Una dintre primele ipoteze identificate de echipa de evaluare în procesul de reconstruire a Teoriei Schimbării a vizat efectele pe care DMI 3.2 le-a avut în ceea ce privește creșterea numărului și calității infrastructurilor de servicii sociale. Acest aspect nu poate fi analizat izolat, ci în raport de nevoile existente.

În acest sens, analiza portofoliului de proiecte din cadrul DMI 3.2 a urmărit și distribuția regională a acestora în raport cu contextul socio-economic. Această analiză relevă faptul că regiunile cu cel mai mare risc de sărăcie și excluziune socială (Regiunile Sud-Vest, Nord-Est, Sud-Est și Sud-Muntenia) au fost și cele în care s-au accesat cele mai multe fonduri prin DMI 3.2. Furnizorii de servicii din regiunea Nord-Est au implementat cele mai multe proiecte, în special în județul Neamț (cu 16 proiecte raportate la 87 de servicii sociale existente). Această regiune are cea mai mare nevoie de a dezvolta servicii sociale, conform informațiilor disponibile de la Ministerul Muncii și Justiției Sociale.

În Regiunea Sud-Vest, de asemenea, au fost accesate numeroase proiecte - 34, de care au beneficiat un număr semnificativ de persoane (de exemplu 19.936 persoane conform ultimelor date din Rapoartele finale). Regiunea nu are disponibil un număr mare de servicii sociale, însă este regiunea cu cel mai mare risc de sărăcie și excluziune socială și are nevoie să își dezvolte serviciile sociale. Regiunile Sud-Muntenia și Sud-Est au un profil similar, cu un risc ridicat de sărăcie și rata șomajului ridicată. Acestea au reușit să atragă finanțare pentru 31, respectiv 30 de proiecte, și au în continuare nevoie de investiții.

Regiunile Vest, Nord-Vest, Centru și București-Ilfov sunt regiuni mai dezvoltate cu o rată șomajului mai mică. Totuși, este de remarcat faptul că regiunile Vest și Nord-Vest au cel mai mare număr de servicii sociale și au atras finanțare pentru peste 20 de proiecte, județul Bihor fiind pe locul 2 ca număr de proiecte.

**TABELUL 3. REPARTIZAREA PROIECTELOR FINANȚATE PE REGIUNI ÎN RAPORT CU NUMĂRUL DE CENTRE BENEFICIARE ȘI SERVICII SOCIALE NECESARE**

REGIUNE	NR. PROIECTE FINANȚATE	NR. CENTRE SOCIALE BENEFICIARE	NUMĂR DE PERSOANE CARE BENEFICIAZĂ DE INFRASTRUCTURA PENTRU SERVICII SOCIALE REABILITATĂ/ MODERNIZATĂ/ EXTINSĂ / ECHIPATĂ	NUMĂR DE SERVICII SOCIALE DIN REGIUNE ÎN 2018 <sup>32</sup>	NUMĂR DE SERVICII SOCIALE NECESARE ÎN REGIUNE <sup>33</sup>
---------	------------------------	--------------------------------	---	---	---

<sup>32</sup> Hartă disponibilă la adresa: <https://portalgis.servicii-sociale.gov.ro/arcgis/apps/MapJournal/index.html?appid=80a803fab834a67971c1053a65c18bd>

<sup>33</sup> Hartă disponibilă la adresa: <https://portalgis.servicii-sociale.gov.ro/arcgis/apps/MapJournal/index.html?appid=452fcc543d224674addca36d6f2ff703>

1 NE	37	37	13,053.00	567	2,611
2 SE	30	31	3,397.00	437	1,663
3 SM	31	34	4,056.00	433	2,287
4 SV	34	41	19.936.00**	308	1,775
5 V	20	20	13,361.00	363	1,436
6 NV	28	31	4,023.00	641	1,703
7 C	24	28	6,103.00	695	1,515
8 BI	15	15	2,039.00	232	283
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>237</b>	<b>59,411.00</b>	<b>3,676</b>	<b>13,273</b>

\*prelucrări baza de date AMPOR la 31 decembrie 2018 și date din <https://portalgis.servicii-sociale.gov.ro/arcgis/apps/MapJournal/index.html?appid=80a803fabb834a67971c1053a65c18bd>.

\*\* (numărul beneficiarilor a fost cuantificat în mod diferit, unii pe toata durata ex-post, alții doar pe ultimul an ex-post)

Se poate constata astfel că proiectele finanțate au urmărit disparitățile regionale, cele mai multe proiecte au fost finanțate în regiunile cu cele mai mari nevoi, în aceste regiuni înregistrându-se și un număr mai mare de centre sociale beneficiare însă acest lucru a fost consecință a cerințelor impuse prin ghidul solicitantului care indica tipurile de investiții care se pot face și conținea solicitarea de a fi relevante pentru prioritățile stabilite prin strategiile de dezvoltare regionale, corelarea cu planurile de dezvoltare la nivel regional (PDR).

Tot din perspectiva numerică/ cantitativă față de ținta POR asumată a indicatorului de output *Centre sociale reabilite/modernizate/extinse*, acesta a fost îndeplinit într-o proporție de 86%, însă creșterea numărului infrastructurii sociale trebuie înțeleasă dincolo de dimensiunea economică, respectiv cea socială legată de îmbunătățirea capacității acestor centre de a face față unui număr mai ridicat de solicitări de servicii sociale.

**TABELUL 4: REZULTATE OBTINUTE LA NIVELUL INDICATORILOR DE PROGRAM**

INDICATOR	ȚINTA POR 2007-2013	ESTIMAT PRIN CONTRACTE SEMNALE	REALIZAT LA 31 DECEMBRIE 2018	GRAD DE REALIZARE
Centre sociale reabilite (nr.)	270	233	234	86%
Persoane care beneficiază de infrastructura pentru servicii sociale reabilitată/ modernizată/ extinsă/ echipată - nr.	10.000	56.024	59.411	594%

Sursa: DCI 2007 și baza de date AMPOR

În contextul conceptului de servicii sociale, termenul de infrastructură socială nu poate fi asociat doar cu infrastructura aferentă unui serviciu social (centru de zi/rezidențial), acesta fiind mai amplu - referindu-se atât la structura/clădirea în care sunt furnizate servicii de specialitate diferitelor tipuri de beneficiari, cât și facilitățile, echipamentele/dotările - resursele umane - necesare funcționării respectivului serviciu social.

Astfel, investițiile prevăzute în aceste centre au fost variate, începând de la reabilitări, renovări și modernizări, la dotări specifice serviciilor furnizate, dar și de construire/ extindere de spații noi.

În ceea ce privește efectul net al POR asupra creșterii numărului infrastructurilor de servicii sociale, în accepțiunea mai sus prezentată a conceptului, analiza contrafactuală a urmărit o serie de variabilele de impact asupra infrastructurii și anume:

1. **dimensiunea agregată a spațiilor disponibile:** suprafață construită, număr clădiri, suprafață spațiu socializare exterior, suprafață spațiu socializare interior;
2. **elemente specifice ale infrastructurii de bază:** număr dormitoare, număr ascensoare, număr paturi/ cameră, număr grupuri sanitare;
3. **elemente ale infrastructurii de sănătate:** număr săli tratamente: număr rampe de acces, spații adaptate persoanelor cu dizabilități;

Este evident faptul că, deși toate variabilele au fost testate prin metodele de ECI, nu toate au prezentat un impact net semnificativ în urma investițiilor POR prin DMI 3.2. Deoarece unele variabile sunt foarte specifice, nu au fost în totalitate acoperite cu date, iar în alte cazuri rezultatele nu au fost semnificative statistic. Cu toate limitările impuse de volumul relativ redus al eșantionului, ECI a demonstrat un impact net semnificativ statistic în cazul următoarelor variabile:

1. numărul de grupuri sanitare și băi,
2. numărul de ascensoare
3. numărul de săli de tratamente

Aceste variabile au fost semnificativ influențate pozitiv de investiția POR, care a contribuit decisiv la creșterea calității serviciilor și a nivelului de trai. Cel mai puternic efect apare în cazul numărului de grupuri sanitare și băi, mai mare cu 18 în cazul grupului finanțat ( $t\text{-stat}=1,84$ ).

Aceasta confirmă faptul că *investițiile prin intermediul DMI 3.2 au contribuit în primul rând la satisfacerea unor nevoi de bază ale centrelor sociale, prin modernizarea infrastructurii existente, mai degrabă decât prin construirea de noi spații*. Creșterea numărului de băi și grupuri sanitare este un efect identificat și în alte studii de impact asupra infrastructurii sociale<sup>34</sup>, ca răspuns al intervenției la satisfacerea unor nevoi de bază specifice perioadei analizate, în cazul de față primului exercițiu de programare cu finanțare prin fonduri europene. Numărul de ascensoare a crescut cu 0,5 ( $t\text{-stat}=1.84$ ) în urma intervenției, un efect important asupra calității vieții dacă se ține cont de faptul că centrele studiate sunt destinate vârstnicilor, adulților vulnerabili sau persoanelor cu dizabilități, care pot să aibă limitări ale motricității. Aceste efecte măsoară diferențele medii dintre centrele finanțate și cele nefinanțate, după aplicarea modelului de matching. De exemplu, numărul de săli de tratament este de cca 6 în primul caz, față de 2 în al doilea, iar numărul de ascensoare este 0,7 față de 0,2. Prin urmare, la 10 centre sociale există o diferență de 5 ascensoare în favoarea grupului tratat. În ceea ce privește efectul asupra numărului de grupuri sanitare și băi, eșantionul tratat a avut o medie de 35, față de 17 în cazul celui de control, ceea ce confirmă un impact puternic asupra acestui tip de infrastructură.

Mai mult decât atât, **intervenția a avut un impact pozitiv și asupra infrastructurii de sănătate**, determinând mai mult cu 4 săli de tratament în cazul grupului tratat. (t-stat=1.81). Acestea sunt destinate serviciilor precum fizioterapie, kinetoterapie, hidroterapie sau altor tipuri de servicii medicale oferite.

Investițiile în modernizare și reabilitare, preponderente în cazul centrelor pentru vârstnici și adulți, au un impact net pozitiv asupra infrastructurii acestora, **determinând o creștere a calității vieții și îmbunătățirii sănătății rezidenților prin creșterea numărului de băi și grupuri sanitare, creșterea numărului de ascensoare și a numărului sălilor de tratament.**

Investițiile în construcția și extinderea spațiilor au fost mai reduse ca număr, prin urmare nu se constată un efect net asupra variației numărului de clădiri, numărului de dormitoare sau suprafeței construite. În acest caz, s-a completat analiza prin comparația cu situația infrastructurii centrelor înainte de intervenție realizată prin dubla diferență, iar rezultatele sunt prezentate sintetic în tabelul de mai jos:

**TABELUL 5: ANALIZA IMPACTULUI ASUPRA INFRASTRUCTURII FOLOSIND METODA DIFERENȚA-ÎN-DIFERENȚĂ**

	SUPRAFAȚA TOTALĂ CONSTRUITĂ (ÎN METRI PĂTRAȚI)	NUMĂR DE CLĂDIRI/ UNITĂȚI CARE CONSTITUIE INFRASTRUCTURA TOTALĂ A CENTRULUI	NUMĂR DE ASCENSOARE/ LIFTURI	NUMĂRUL DE DORMITORE (CAMERA PENTRU REZIDENTI)	NUMĂRUL DE PATURI/CAMERĂ MEDIE	NUMĂRUL DE GRUPURI SANITARE / BĂI UTILIZATE DE PERSOANELE REZIDENTE ÎN CENTRU	CAPACITATEA SPAȚIULUI DE SERVICIE A MESEI (NR. DE LOCURI)	NUMĂR SĂLI DE TRATAMENT / TERAPIE/ RECUPERARE (KINETOTERAPIE, LOGOTERAPIE, ERGOTERAPIE ETC.)
control 2009	1168.96	2.03	0.05	15.03	2.43	8.59	29.81	1.19
tratat 2009	1155.98	2.48	0.26	18.69	4.09	18.85	32.38	2.50
D1	-12.98	0.45	0.20	3.66	1.65	10.26	2.56	1.31
control 2008	2093.89	3.14	0.43	22.00	3.06	16.08	46.92	1.86
tratat 2018	2067.98	3.38	0.77	29.31	3.39	30.71	54.27	5.27
D2	-25.90	0.24	0.33	7.31	0.33	14.63	7.35	3.41
D2-D1	-12.92	-0.21	0.13	3.65	-1.32	4.37	4.79	2.10

\*prelucrări ACF

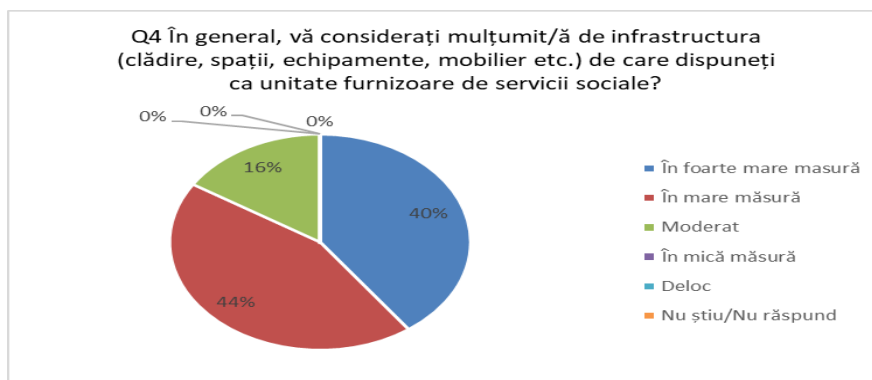
Rezultatele confirmă constatările anterioare, chiar dacă au magnitudini diferite. Se constată, din analiza dublei diferențe o scădere cu 1,3 a numărului mediu de paturi în cameră, un semnal clar de îmbunătățire a calității serviciilor de găzduire oferite, concomitent cu creșterea numărului de dormitoare cu 3,65.

Rezultatele ECI sunt susținute de faptul că peste 68% din proiectele finanțate au urmărit reabilitări/ modernizări, iar majoritatea acestor proiecte au prevăzut și achiziționarea de echipamente.

Analiza ECI este completată și de rezultatele obținute în urma celor două anchete derulate în rândul unităților furnizoare de servicii sociale, datele colectate prin aceste anchete indicând o percepție pozitivă atât a unităților furnizoare de servicii sociale cât și a beneficiarilor finali.

Astfel, *marea majoritate a furnizorilor de servicii sociale (84%) este mulțumită de infrastructura existentă* (clădire, spații, echipamente, mobilier) și doar 16% au apreciat în mod moderat calitatea infrastructurii. Niciun respondent nu a apreciat în mică măsură sau deloc calitatea.

## FIGURA 2. PERCEPȚIA FURNIZORILOR DE SERVICII SOCIALE CU PRIVIRE LA INFRASTRUCTURĂ MODERNIZATĂ

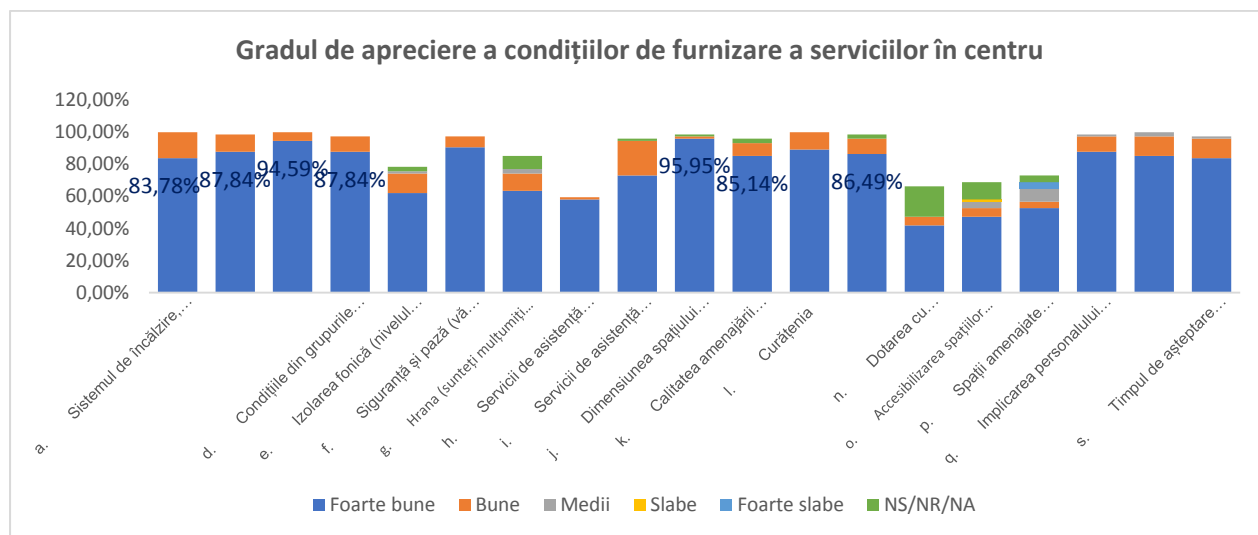


Sursa: Anchetă de măsurare a gradului de satisfacție din rândul unităților furnizoare de servicii sociale

Beneficiarii finali au apreciat condițiile din centru cu privire la următoarele variabilele de infrastructură ca fiind foarte bune (peste 80%):

- ✓ Sistemul de încălzire, pe timpul anotimpului rece (e suficient de cald în clădire?)
- ✓ Iluminat interior, exterior (măsura în care spațiile centrului sunt iluminate corespunzător)
- ✓ Accesul la apă curentă, potabilă (la nivelul băilor, bucătăriilor, în spațiile de locuit)
- ✓ Condițiile din grupurile sanitare (curățenie, dotare băi, WC etc)
- ✓ Dimensiunea spațiului în care v-au fost furnizate/ vă sunt furnizate serviciile (beneficiați de un spațiu corespunzător, ca dimensiune pentru desfășurarea activităților?)
- ✓ Calitatea amenajării spațiului (spațiul este primitiv, prietenos, frumos amenajat?)
- ✓ Dotarea cu echipamente, mobilier, calculatoare

**FIGURA 3: PERCEPȚIA BENEFICIARILOR FINALI DE SERVICII SOCIALE CU PRIVIRE LA INFRASTRUCTURA MODERNIZATĂ**



Sursa: Anchetă de măsurare a gradului de satisfacție din rândul beneficiarilor finali

Totodată, datele calitative colectate în urma interviurilor și focus-grupurilor vin să confirme constatarea reieșită și din analizele de mai sus, respectiv că **intervensiile DMI 3.2 au avut un impact pozitiv asupra creșterii numărului și calității infrastructurilor sociale raportat la nevoile de la acel moment ce au ținut de:**

- ✓ starea extrem de precară a clădirilor în care funcționau unitățile de asistență socială la acel moment, care necesitau investiții foarte mari;
- ✓ calitatea slabă și insuficientă a infrastructurii sociale la începutul perioadei de programare, care trebuia îmbunătățită cu investiții financiare foarte mari care nu erau disponibile la acel moment;
- ✓ necesitatea de a asigura standardele minime pentru furnizarea acestor servicii;

Impactul net se poate izola la nivelul centrelor rezidențiale pentru vârstnici și adulți, investițiile în modernizarea și reabilitarea infrastructurii acestor centre având un efect pozitiv asupra **creșterii calității infrastructurii acestora și determinând și o creștere a calității vieții și îmbunătățirii sănătății rezidenților prin creșterea numărului de băi și grupuri sanitare, creșterea numărului de ascensoare și a numărului sălilor de tratament.**

**Constatări:**

- ✓ Din perspectiva numărului de centre sociale reabilite, ținta asumată prin Program nu a fost îndeplinită, însă acest indicator trebuie înțeles dincolo de dimensiunea numerică și în accepțiunea îmbunătățirii capacității acestor centre.
- ✓ Peste 68% din proiectele finanțate au urmărit reabilitări/ modernizări și achiziționarea de echipamente. În urma analizei ECI realizată la nivelul centrelor rezidențiale pentru vârstnici și adulți, reiese că cel mai puternic efect apare în cazul numărului de grupuri sanitare și băi, mai mare cu 18, urmat de sălile de tratament, mai multe cu



4. Numărul de ascensoare a crescut cu 0,4 în urma intervenției. Scădere cu 1,3 a numărului mediu de paturi în cameră, un semnal clar de îmbunătățire a calității serviciilor de găzduire oferite.

- ✓ Marea majoritate a beneficiarilor finali chestionați în cadrul unui sondaj de analiză a gradului de satisfacție (80%) este mulțumită de infrastructura existentă (clădire, spații, echipamente, mobilier).
- ✓ 96% dintre unitățile furnizore de servicii sociale chestionate în urma sondajului realizat în rândul unităților au apreciat că efectele finanțării prin POR sunt pozitive, în special în ceea ce privește condițiile infrastructurii sociale reabilite.

### Creșterea numărului de beneficiari de servicii sociale

Din perspectiva indicatorul de program *Număr de persoane care beneficiază de infrastructura pentru servicii sociale reabilitată/ modernizată/ extins / echipată* prezentat în secțiunea anterioară, se constată că au beneficiat de servicii sociale un număr de aproximativ 59.411 față de ținta stabilită la nivelul programului, indicator ce a fost depășit cu peste 500%, cele mai mari valori (în jur de 13.000 persoane beneficiare) înregistrându-se la nivelul regiunilor Nord-Est, Sud-Vest cu un număr similar de centre reabilite (37, respectiv 38) și Vest prin 20 de centre reabilite.

Conform tabelului următor, cel mai mare număr de beneficiari s-a înregistrat la nivelul centrelor de zi (aproximativ 79,54%), urmat de centrele rezidențiale (aproximativ 18.53%) și de centrele multi-funcționale<sup>35</sup> (1.93%).

Conceptul de centre multi-funcționale în accepțiunea POR a plecat de la ideea de centre sociale multi-funcționale (CSM), ce pot acoperi o gamă variată de servicii sociale (inclusiv servicii primare), cu scopul de a ajuta persoanele în dificultate, începând cu acceptarea lor în centru, până la rezolvarea unor probleme specifice cu care acestea se confruntă, temporar, inclusiv prin organizarea unor ateliere de lucru pentru dezvoltarea deprinderilor de viață independente și a competențelor profesionale.

**TABELUL 6: NUMĂRUL DE BENEFICIARI PE TIPURI DE CENTRE FINANȚATE**

CATEGORII CENTRE	NUMĂR PROIECTE	PERSOANE CARE BENEFICIAZĂ DE INFRASTRUCTURA PENTRU SERVICII SOCIALE REABILITĂȚĂ/ MODERNIZĂȚĂ/ EXTINSĂ/ ECHIPATĂ	% PERSOANE CARE BENEFICIAZĂ DE INFRASTRUCTURA DE SERVICII SOCIALE REABILITATA/MODERNIZATĂ/ EXTINSĂ/ ECHIPATĂ
Centru de zi	77	47.258	79.54%
Centru multifuncțional	4	1.147	1.93%
Centru rezidențial	138	11.006	18.53%

<sup>35</sup> De menționat că din cele 4 centre multifuncționale clasificate conform bazei de date AMPOR, 2 sunt tip centre de zi și 2 rezidențiale, dar din analiza bazei de date a reieșit că sunt mai multe centre multifuncționale care nu au fost încadrate ca atare.

<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>59.411</b>	<b>100%</b>
--------------	------------	---------------	-------------

\*Prelucrări conform bazei de date primite de la Departamentul Monitorizare, AMPOR.

Conform tabelului de mai jos, se constată totodată că există anumite diferențe între valorile raportate și colectate de AMPOR pentru acest indicator în diverse perioade pe baza rapoartelor finale și a celor de durabilitate de la nivelul Beneficiarilor (inclusiv față de valoarea raportată la nivel de RFI 2017 de 47,805 persoane). Acest aspect reliefează dificultăți în colectarea unor informații precise cu privire la acest indicator de program, dat fiind și caracterul fluctuant al numărului de persoane care solicită serviciile acestor centre la nivelul centrelor de zi pe parcursul unui an și de la an la an.

**TABELUL 7: EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE BENEFICIARI PE TIPURI DE CENTRE ÎN PERIOADA 2015-2018**

REGIUNE	NUMĂR PERSOANE CARE BENEFICIAZĂ (DATE LA NIVELUL DECEMBRIE 2015)	NUMĂR PERSOANE CARE BENEFICIAZĂ DE INFRASTRUCTURA PENTRU SERVICII SOCIALE REABILITATĂ/ MODERNIZATĂ/ EXTINSĂ/ ECHIPATĂ DIN RP/ RD	NUMĂR DE PERSOANE CARE BENEFICIAZĂ EFECTIV REALIZAȚI (CF ULTIMELOR RAPOARTE/ VIZITE)
Centru de zi	30.230	47.258	44.305
Centru multifuncțional	1.715	1.147	2.313
Centru rezidențial	7.383	11.006	10.380
<b>Grand Total</b>	<b>39.328</b>	<b>59.411</b>	<b>56.998</b>

\*sursa prelucrări baze de date AMPOR

Singurele informații disponibile la nivel de categorii de beneficiari, respectiv persoane vârstnice, adulți vulnerabili, copii, persoane cu handicap, care beneficiază de infrastructura reabilitată sunt cele la nivelul anului 2015<sup>36</sup>, care arată că cea mai mare pondere a utilizatorilor care beneficiază de servicii sociale o au adulții vulnerabili (68.34%), urmată de persoanele cu handicap (24.79%), persoane vârstnice (17.19%) și copii (11.33%).

**TABELUL 8: NUMĂR DE UTILIZATORI DUPĂ CATEGORII DE BENEFICIARI**

TIP CENTRU	PERSOANE VÂRSTNICE	ADULȚI VULNERABILI	COPII	PERSOANE CU HANDICAP
Centru de zi	3.480,00	18.474,00	3.210,00	4.662,00
Centru multifuncțional	72,00	1.615,00	28,00	
Centru rezidențial	2.005,00	2.004,00	426,00	3.352,00
<b>Total</b>	<b>5.557,00</b>	<b>22.093,00</b>	<b>3.66,00</b>	<b>8.014,00</b>

36 Baza de date AMPOR pentru CM POR 2015, singura care prezintă defalcarea indicatorului număr de persoane beneficiare de infrastructura reabilitată pe cele 4 categorii de beneficiari

Procent	17.19%	68.34%	11.33%	24.79%
---------	--------	--------	--------	--------

\*Prelucrări baza de date AMPOR, CM 2015.

Analiza contrafactuală a urmărit impactul creșterii numărului de persoane la nivelul centrelor rezidențiale pentru persoane vârstnice și cu dizabilități (datorită limitărilor metodologice prezentate în secțiunea Metodologie).

Impactul asupra numărului de rezidenți a fost analizat prin două variabile de impact din cele menționate: *numărul persoanelor vârstnice și numărul total de beneficiari*; categoria de adulți vulnerabili fiind prezentă într-un număr prea redus de centre pentru a permite izolarea impactului. Impactul asupra numărului persoanelor vârstnice este negativ și de o magnitudine ridicată (15 persoane mai mult în cazul centrelor finanțate), dar acest efect nu este semnificativ statistic diferit de zero (conform tabelului de mai jos). Setul de date 2 oferă informații asupra următoarelor variabile care descriu beneficiarii intervențiilor din centrele pentru persoane vârstnice: Număr total beneficiari, Persoane cu dizabilități, Persoane vârstnice, Pondere femei, Pondere roma, Durata medie a șederii (luni). Descrierea acestora este prezentată în [Anexa 4](#).

**TABELUL 9. IMPACT ASUPRA NUMĂRULUI DE BENEFICIARI VÂRSTNICI CONFORM ECI**

PERSOANE VÂRSTNICE	EȘANTION	TRATAT	CONTROL	DIFERENȚA	EROAREA STANDARD	T-STAT
	Necorelat	54.28889	58.83784	-4.54895	15.48006	-0.29
PSM (NN)	Corelat	51.23256	70.48992	-19.2574	17.67665	-1.09
PSM (Kernel)		50.38095	66.12817	-15.7472	18.05517	-0.87

\*prelucrări ACF

Deși un efect pozitiv se constată și în cazul numărului total de beneficiari (persoane vârstnice plus adulți vulnerabili), unde ECI, prin corelarea scorului de propensiune, arată un număr de 5 beneficiari mai mult în unitățile tratate, acesta nu este semnificativ. Diferența între cele două categorii înainte de corelare este extrem de redusă, și nesemnificativă statistic, ceea ce sugerează faptul că alte mecanisme decât cele legate de finanțarea infrastructurii au impact decisiv asupra numărului de beneficiari (aspecte legislative, costuri, gradul de popularitate etc.).

**TABELUL 10: IMPACT ASUPRA NUMĂRULUI TOTAL DE BENEFICIARI CONFORM ECI**

VARIABLE	EȘANTION	TRATAT	CONTROL	DIFERENȚA	EROAREA STANDARD	T-STAT
Total beneficiari	Necorelat	47.76471	48.06897	-0.30426	5.519235	-0.06
PSM (NN)	Corelat	48.66667	43.62963	5.037037	7.748315	0.65

\*prelucrări ACF

Pentru a fundamenta concluziile, s-a aplicat metoda dublei diferențe care are beneficiul de a face comparația între cele două grupuri de centre, dar și între perioada pre-intervenție (anul 2009) și post intervenție (anul 2018). În tabelul de mai jos se descriu rezultatele obținute pentru toate variabilele legate de beneficiarii centrelor, disponibile în baza de date.

**TABELUL 11: ANALIZA IMPACTULUI ASUPRA NUMĂRULUI DE BENEFICIARI FOLOSIND METODA DIFERENȚA-ÎN-DIFERENȚĂ**

EȘANTION	NUMĂRUL TOTAL DE PERSOANE CARE AU BENEFICIAT DE SERVICII	PERSOANE CU DIZABILITĂȚI (NR.)	PERSOANE VÂRSTNICE (NR.)	ALTE PERSOANE AFLATE ÎN SITUAȚII VULNERABILE	PONDEREA REZIDENȚILOR DE GEN FEMININ (%)	PONDEREA REZIDENȚILOR DE ETNIE RROMĂ (%)
Control 2009	49.37838	6.945946	32.78378	5.459459	37.18919	2.27027
Tratat 2009	58.8125	9.6875	40.02083	2.729167	39.64583	1.1875
D1	9.434122	2.741554	7.23705	-2.73029	2.456644	-1.08277
Control 2018	79.03	7.27027	58.83784	6.756757	53.83784	3.972973
Tratat 2018	79.31250	12.9375	55.54167	5.916667	53.02083	2.479167
D2	0.29	5.67	-3.30	-0.84	-0.82	-1.49
<b>D2-D1</b>	<b>-9.1486</b>	<b>2.925676</b>	<b>-10.5332</b>	<b>1.890203</b>	<b>-3.27365</b>	<b>-0.41104</b>

\*prelucrări ACF

Dubla diferență arată un efect negativ asupra numărului total de rezidenți și respectiv a numărului de persoane vârstnice deși ne semnificativ statistic, un efect pozitiv asupra numărului de persoane cu dizabilități.

Prin urmare, ECI **nu demonstrează un impact semnificativ asupra numărului de beneficiari la nivelul centrelor rezidențiale.** Mai mult, numărul total de beneficiari a scăzut mai mult în centrele finanțate comparativ cu grupul de control, potrivit dublei diferențe. Acest impact negativ nu poate fi atribuit intervenției și el trebuie corelat cu alți factori identificați prin analiza calitativă.

Această constatare este susținută și de evoluția numărului de beneficiari pe tipuri de centre conform datelor din monitorizare colectate în diverse momente și care arată scăderea numărului de persoane de la nivelul centrelor rezidențiale așa cum au fost acestea raportate la nivelul rapoartelor finale/ durabilitate și situația de la nivelul 2018 în urma monitorizărilor ulterioare. Acest aspect în acord și cu evoluțiile legislative prezentate la Întrebarea 2 de evaluare ca factor de influență și reflectat și de informațiile obținute din interviuri și focus-

grupuri, și anume cele legate de necesitatea aplicării politicii de dezinstituționalizare și integrare a persoanelor defavorizate în societate, indiferent de categoria de beneficiari (deși proiectele aveau niște indicatori de îndeplinit și trebuind asigurată și sustenabilitatea proiectelor).

**Din perspectiva numărului de persoane la nivelul centrelor de zi se constată o creștere a numărului de beneficiari în perioada 2015-2018.** În legătură cu stabilirea indicatorului de program ca număr total de persoane care beneficiază de infrastructură reabilitată, pe parcursul interviurilor și a focus-grupurilor a fost subliniată importanța separării categoriilor de beneficiari datorită politicilor sociale diferite care se adresează nevoilor acestor categorii, precum și a politicii privind dezinstituționalizarea. Indicatorul de program nu și-a propus colectarea de informații pe cele 4 categorii mari de beneficiari de servicii sociale (copii, persoane vârstnice, adulți vulnerabili, persoane cu dizabilități) potrivit L292/2011 cu modificările și completările ulterioare.

Chiar și la nivelul celor 4 categorii de beneficiari, informațiile obținute din interviurile la nivel central cu principalele instituții implicate în politica socială și la nivelul FG-urilor cu beneficiarii finanțării s-a accentuat și importanța separării categoriilor de beneficiari, deoarece dezinstituționalizarea nu se poate aplica tuturor categoriilor, precum în cazul persoanelor vârstnice cu demență, probleme medicale grave sau cu afecțiuni neuropsihice ce pot fi chiar un pericol pentru familie și societate, pe lângă faptul că au nevoie de îngrijiri corespunzătoare. Aceste tipuri de persoane trebuie să fie instituționalizate atât pentru binele lor, cât și pentru binele membrilor de familie. Deși la nivel de monitorizare AMPOR s-a încercat împărțirea numărului total de persoane pe aceste tipuri de beneficiari, colectarea acestor informații s-a dovedit a fi dificilă. **În concluzie, deși indicatorul de program arată o creștere a numărului de beneficiari ai infrastructurii reabilite, modernizate prin intermediul DMI 3.2, această creștere este înregistrată la nivelul centrelor de zi și nu are un impact semnificativ asupra centrelor rezidențiale în special cele dedicate persoanelor vârstnice, fapt ce este în acord cu tendințele impuse de politica de dezinstituționalizare.**

### Constatări

- ✓ Analiza contrafactuală **nu demonstrează un impact semnificativ asupra numărului de beneficiari (persoane vârstnice) la nivelul centrelor rezidențiale.** Această constatare este susținută și de evoluția numărului de beneficiari pe tipuri de centre conform datelor din monitorizare colectate în diverse momente și care arată scăderea numărului de persoane de la nivelul centrelor rezidențiale așa cum au fost acestea raportate la nivelul rapoartelor finale/ durabilitate și situația de la nivelul 2018 în urma monitorizărilor ulterioare.
- ✓ Creșterea numărului de beneficiari înregistrată la nivelul indicatorului de program este datorată numărului de beneficiari în creștere la nivelul centrelor de zi. Totodată, există anumite diferențe între valorile raportate și colectate de AMPOR în diverse perioade (2015, 2017, 2018). Acest aspect reliefează dificultățile în colectarea unor informații precise cu privire la acest indicator de program dat și mai ales pe categorii de beneficiari.

### Creșterea numărului de servicii sociale și a calității acestora

Una dintre cerințele POR era existența acreditării menționată chiar în Ghidul solicitantului, însă nu și a licențierii, care a apărut abia din 2015. În acest context, problema centrelor beneficiare de finanțare POR a reprezentat-o situarea între 2 cazuri legislative diferite: la început, trebuia ca furnizorii să fie doar acreditați (autorizați), iar ulterior au fost nevoiți să se alinieze la noile standarde de calitate, mult mai stricte de licențiere. Nomenclatorul serviciilor sociale (aprobat prin H.G. nr. 867/2015) listează, în prezent, 73 de categorii de servicii sociale, grupate în 25 de tipuri mari de servicii sociale, definite în funcție de regimul de asistare (rezidențial/nerezidențial), locul de acordare (în centre/în comunitate/ la domiciliul beneficiarului, etc.) și categoriile de beneficiari cărora se adresează.

La momentul apelului DMI 3.2 se observă ca peste 30% din furnizorii acreditați au depus proiecte în cadrul DMI 3.2, regiunile cu cea mai mare nevoie, Sud-Est, Sud-Muntenia înregistrând o rată de peste 50% din totalul furnizorilor acreditați în 2008, fapt ce confirmă nevoia mare de investiții din acele regiuni. Competiția pentru accesarea finanțării a fost deschisă tuturor categoriilor de furnizori de servicii sociale acreditați în condițiile legii, din toate localitățile țării. S-a urmărit și micșorarea decalajului din zonele rurale, în special privind îmbunătățirea condițiilor din infrastructura socială și creșterea accesului la servicii sociale și de sănătate de calitate.

Față de momentul 2008, 10 ani mai târziu se constată o creștere de peste 200-300% a numărului de furnizori de servicii sociale în majoritatea regiunilor, cea mai mare creștere fiind înregistrată la nivelul regiunii BI, tendință ce arată și o creștere a numărului de servicii sociale.

**TABELUL 12: EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE FURNIZORI DE SERVICII SOCIALE ACREDITAȚI**

REGIUNE	NUMĂR DE FURNIZORI CARE AU DEPUȘ PROIECTE ÎN CADRUL DMI 3.2	NUMĂR DE FURNIZORI DE SERVICII SOCIALE ACREDITAȚI ÎN 2008	NUMĂR DE FURNIZORI DE SERVICII SOCIALE ACREDITAȚI ÎN 2018 (ÎN BAZA LEGII 197/2012)
1 NE	37	188	449
2 SE	31	61	239
3 SM	37	51	300
4 SV	19	42	176
5 V	23	64	305
6 NV	39	74	454
7 C	36	129	421
8 BI	18	20	335
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>629</b>	<b>2697</b>

Sursa: date MMJS Raport de Activitate 2008 și REUSS, Furnizori de Servicii Sociale acreditați în baza Legii 197/2012, 10 decembrie 2018 (prelucrare), date AMPOR proiecte depuse

Din analiza portofoliului de proiecte clasificată pe coduri de servicii sociale conform Nomenclatorului de servicii sociale (aprobat prin H.G. nr. 867/2015)<sup>37</sup> și pe baza corelărilor cu baza de date obținută de la ANPIS (prezentat în detaliu în Anexa 7), rezultă că la nivelul celor 234 centre sunt furnizate un număr total de 271 de servicii, cele mai multe fiind cele de tip 1 în nomenclatorul unităților furnizoare de servicii sociale (adică 80% dintre proiecte au avut prevăzut un singur tip de serviciu, cel principal - tipul 1), iar în cadrul acestora cel mai mare număr îl au serviciile de tip rezidențial cămine pentru persoane vârstnice (49), urmate de centre de zi pentru copiii aflați în situații de risc (28), centre rezidențiale pentru copilul separat temporar de părinți (22) și centre rezidențiale de recuperare și reabilitare (20) și îngrijire și asistență (14). Doar 17% din cele 219 proiecte finanțate au avut prevăzute și alte tipuri de servicii (tip 2) și doar 4%, respectiv 2% de tip 3 și 4, adică foarte puține proiecte și-au propus acordarea mai multor tipuri de servicii față de cele de bază.

Din analiza portofoliului de proiecte există un număr de centre care și-au diversificat numărul de servicii sociale, în special cele de nișă, de tip paleativ, recuperare, prin extinderea spațiului și dotări specifice sau la nivelul centrelor de zi pentru copii prin diversificarea tipurilor de servicii cu servicii de consiliere pentru părinți, activități educaționale.

Din perspectiva grupelor mari de servicii, serviciile sociale adresate în cadrul centrelor beneficiare de asistență în cadrul DMI 3.2 au vizat:

- ✓ servicii sociale destinate copilului și/ sau familiei,
- ✓ servicii sociale destinate persoanelor cu dizabilități,
- ✓ servicii sociale destinate persoanelor vârstnice,
- ✓ servicii sociale destinate victimelor violenței în familie,
- ✓ servicii sociale destinate persoanelor fără adăpost,
- ✓ servicii sociale pentru persoane în risc de sărăcie,
- ✓ servicii sociale pentru alte persoane aflate în situații de nevoie.

Analiza impactului asupra numărului de servicii disponibile în cadrul centrelor sociale a fost urmărită și prin analiza contrafactuală, respectiv metoda dublei diferențe. S-a constatat că ambele categorii de centre sociale, respectiv cele finanțate și nefinanțate, și-au diversificat numărul de servicii oferite beneficiarilor finali, care a crescut cu 3,7 în primul caz și 3,4 în cel de-al doilea. Prin urmare, impactul investiției asupra numărului de servicii pare a fi negativ, respectiv o diferență de 0,3 servicii.

ESANTION	2009	2018	D1
Control	7.108	10.892	3.784
Tratament	6.250	9.729	3.479
D2	-0.858	-1.163	-0.305

37 Nomenclatorul serviciilor sociale listează, în prezent, 73 de categorii de servicii sociale, grupate în 25 de tipuri mari de servicii sociale, definite în funcție de regimul de asistare (rezidențial/nerezidențial), locul de acordare (în centre/în comunitate/ la domiciliul beneficiarului, etc.) și categoriile de beneficiari cărora se adresează

Prin urmare, intervenția nu a avut efect asupra numărului de servicii prestate de către centrele sociale, care, deși a crescut în perioada 2009-2018, nu poate fi asociat cu intervențiile asupra infrastructurii acestora, derulate prin DMI 3.2.

Din perspectiva creșterii calității serviciilor sociale, adoptarea unor măsuri legislative specifice ariei intervențiilor au permis îmbunătățirea calității serviciilor sociale furnizate, respectiv începând cu anul 2015, când s-a cerut ca furnizorii să obțină și licențierea pentru servicii sociale, în vederea alinierii la standarde de calitate mult mai stricte. Pe de altă parte, aceste modificări legislative apărute în timpul derulării proiectelor au îngreunat implementarea, beneficiarii fiind nevoiți să identifice surse de finanțare suplimentare pentru a se alinia la noile standarde, acestea fiind cheltuieli neprevăzute în finanțarea POR.

Conform analizei datelor realizată de ANPIS în urma campaniei de control din perioada 2014-2015<sup>38</sup> și a datelor din sistemul de monitorizare POR 2007-2013, rezultă că aproximativ 89% din centrele finanțate îndeplinesc condițiile de acreditare conform Legii 197, iar peste 90% dintre centrele de zi și cele rezidențiale au solicitat și obținuseră licența provizorie, iar între timp majoritatea au obținut și licența definitivă.

**TABELUL 13. STADIUL ACREDITĂRII CENTRELOR FINANȚATE PRIN POR**

ÎNDEPLINEȘTE CONDIȚIILE DE ACREDITARE CF LEGII 197	DA	NU	TOTAL
<b>Centru de zi</b>	<b>75</b>	<b>6</b>	<b>81</b>
DA (depus dosarul pentru licență provizorie)	48		48
DA (licență provizorie)	21		21
NU au depus dosar	6	6	12
<b>Centru multifuncțional</b>	<b>4</b>		<b>4</b>
DA (depus dosarul pentru licență provizorie)	1		1
DA (licență funcționare)	1		1
DA (licență provizorie)	1		1
NU	1		1
<b>Centru rezidențial</b>	<b>115</b>	<b>18</b>	<b>133</b>
DA (depus dosarul pentru licență provizorie)	61		61
DA (licență funcționare)	12		12
DA (licență provizorie)	38		38
NU	4	18	22
<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>24</b>	<b>218</b>

*\*prelucrări baza de date monitorizare AMPOR și ANEPIS*

38 Campania de control din perioada 2014-2015 realizată de ANPIS a fost realizată strict din perspectiva serviciilor sociale, respectiv dacă aceste centre ce au beneficiat de finanțare POR chiar au fost înființate, dacă încă mai desfășoară activitate, sunt licențiate și respectă standardele sociale în vigoare.



Din perspectiva unităților furnizoare de servicii sociale, respondenții din cadrul sondajului realizat în cadrul unităților de servicii sociale (a se vedea Anexa 6), au apreciat că efectele sunt pozitive în special în ceea ce privește creșterea calității serviciilor sociale furnizate (96%), creșterea capacității de a furniza servicii sociale către mai mulți beneficiari (94%) și efecte pozitive asupra diversificării serviciilor.

Din datele colectate în urma sondajului realizat la nivelul beneficiarilor finali ai finanțării, percepția acestora (96% dintre respondenți) este pozitivă în special în ceea ce privește creșterea calității serviciilor sociale furnizate, adaptarea serviciilor la nevoile beneficiarilor (toți respondenții au considerat că serviciile sociale furnizate de centru au răspuns/ răspund nevoilor acestora) și **personalul de specialitate** (în general calificat pentru tipul de servicii furnizate).

**TABELUL 14: PERCEPȚIA UNITĂȚILOR FURNIZOARE DE SERVICII SOCIALE CU PRIVIRE LA CREȘTEREA CALITĂȚII ȘI DIVERSIFICAREA SERVICIILOR SOCIALE**

	DA, ACORD TOTAL	ACORD PARȚIAL	DEZACORD PARȚIAL	NU, DEZACORD TOTAL	NU ȘTIU/NU RĂSPUND
Au avut efecte pozitive asupra creșterii calității serviciilor sociale furnizate?	96,00%	4,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Au avut efecte pozitive asupra capacității de a furniza servicii sociale către mai mulți beneficiari?	94,00%	6,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Au avut efecte pozitive asupra diversificării serviciilor sociale furnizate?	84,00%	14,00%	0,00%	0,00%	2,00%

Din analizele efectuate, susținute și de informațiile obținute prin interviuri și focus-grupuri rezultă că intervențiile din cadrul DMI 3.2 au vizat investiții în infrastructura socială propunându-și îmbunătățirea calității acestora și implicit a numărului de beneficiari deserviți și nicidecum efecte majore la nivelul creșterii numărului acestora. Deși analiza ECI evidențiază o creștere/ diversificare a serviciilor cu 3.7 în perioada 2009-2018 a centrelor finanțate, și cele nefinanțate au înregistrat aproximativ aceeași creștere de 3.4, efectul neputând fi atribuit intervențiilor DMI 3.2.

Cu privire la creșterea calității serviciilor furnizate, există o percepție pozitivă a nivelului unităților furnizoare de servicii sociale cu privire la înregistrarea unor efecte pozitive ale investițiilor efectuate prin intermediul DMI 3.2 asupra calității serviciilor furnizate și diversificării serviciilor, aspect susținut de peste 96%, respectiv 94% dintre respondenți. Această ipoteză este invalidată cu privire la efectele asupra creșterii numărului de servicii sociale și validată parțial în ceea ce privește efectele asupra calității acestora.

#### **Constatări**

- ✓ Deși analiza ECI evidențiază o creștere/ diversificare a numărului de servicii cu 3.7 în perioada 2009-2018 a centrelor finanțate, și cele nefinanțate au înregistrat aproximativ aceeași creștere de 3.4, efectul neputând fi atribuit intervențiilor DMI 3.2.

- ✓ Din analiza portofoliului de proiecte, există un număr de centre care și-au mărit numărul de servicii sociale, în special cele de nișă, de tip paleativ, recuperare, prin extinderea spațiului și dotări specifice sau la nivelul centrelor de zi pentru copii prin diversificarea tipurilor de servicii cu servicii de consiliere pentru părinți, activități educaționale.
- ✓ Din perspectiva calității serviciilor, în urma sondajului realizat în cadrul unităților furnizoare de servicii sociale, există o percepție pozitivă a respondenților cu privire la înregistrarea unor efecte pozitive ale investițiilor efectuate prin intermediul DMI 3.2 asupra calității serviciilor furnizate și diversificării serviciilor, aspect susținut de peste 96%, respectiv 94% dintre respondenți.
- ✓ La nivelul beneficiarilor finali, percepția acestora (96% dintre respondenți) este pozitivă în special în ceea ce privește creșterea calității serviciilor sociale furnizate, adaptarea serviciilor la nevoile beneficiarilor (toți respondenții au considerat că serviciile sociale furnizate de centru au răspuns/răspund nevoilor acestora) și **personalul de specialitate** (în general calificat pentru tipul de servicii furnizate).

### **Creșterea numărului de personal (a resurselor umane) angajat în cadrul serviciilor sociale**

Creșterea numărului de personal (a resurselor umane) angajat în cadrul serviciilor sociale nu a fost un aspect urmărit de program și verificat în mod direct. Din interviurile și focus grupurile realizate, a reieșit că s-a dorit menținerea și chiar creșterea numărului de personal la nivelul serviciilor sociale.

Totodată, unitățile furnizoare de servicii sociale respondente la sondajul realizat au răspuns în proporție de 84% că intervențiile DMI 3.2 au avut efecte pozitive asupra creșterii numărului de personal. Cele mai multe date colectate pentru această ipoteză au provenit din ancheta/sondajul realizat la nivelul non-beneficiarilor/grupul de control în vederea realizării analizei contrafactice, respectiv din Setul 2. Variabilele de impact au fost selectate din următoarea listă: Număr total mediu de angajați echivalenți cu normă întreagă din care: asistenți sociali (număr mediu), psihologi (număr mediu), medici (număr mediu). Alte specializări (număr mediu), personal de îngrijire (nr. mediu).

Prin metoda standard de ECI, corelarea scorului de propensiune, **se demonstrează un efect pozitiv consistent în ceea ce privește numărul de angajați echivalent normă întreagă, semnificativ statistic:**

**TABELUL 15: IMPACTUL GENERAL ASUPRA NUMĂRULUI DE ANGAJAȚI CONFORM ACF (ECI)**

	NR_ANGAJATI	COEF.	STD. ERR.	Z	P>Z	[95% CONF.	INTERVAL]
NN(3)	DIFERENȚA	9.562963	5.290924	1.81	0.071	-	19.93298
Nr_angajati		Tratat	Control	Diferența	S.E.	T-stat	
NN(1)		35.02326	23.25581	11.76744	6.008089	1.96	

*\*prelucrări ACF*

**Se confirmă un efect net de 9 angajați suplimentari în centrele finanțate, ceea ce validează ipoteza de evaluare. Analiza este detaliată pe categorii de personal, respectiv medici și**

personal mediu de îngrijire. Un efect net pozitiv se constată și asupra numărului de medici (mai mare cu 0,5 persoane, remarcabil în condițiile crizei pieței muncii din sectorul medical devenită cronică în ultimii ani. Cel mai puternic efect se manifestă în cazul personalului de îngrijire, care este mai mare cu 11 persoane în cazul centrelor finanțate. Rezultatele sunt detaliate în Anexe.

TABELUL 16: IMPACTUL ASUPRA CATEGORIILOR DE ANGAJAȚI CONFORM ECI

	NUMĂR TOTAL MEDIU DE ANGAJAȚI ECHIVALENȚI CU NORMĂ ÎNTREAGĂ DIN CARE:	ASISTENȚI SOCIALI (NR. MEDIU)	PSIHOLOGI (NR. MEDIU)	MEDICI (NR. MEDIU)	ALTE SPECIALIZĂRI (NR. MEDIU)	PERSONAL DE ÎNGRIJIRE (NR. MEDIU)
control 2009	23.05	1.00	0.32	0.38	6.24	12.24
tratat 2009	28.81	1.46	0.42	0.50	7.58	15.40
D1	5.76	0.46	0.09	0.12	1.34	3.15
control 2008	27.73	1.05	0.49	0.35	8.35	14.54
tratat 2018	37.40	1.44	0.92	0.71	9.19	23.50
D2	9.67	0.38	0.43	0.36	0.84	8.96
D2-D1	3.91	-0.07	0.34	0.24	-0.50	5.81

\*prelucrări ACF

Analiza prin metoda dublei diferențe confirmă aceste rezultate și le completează. Numărul total de angajați a crescut, de asemenea și numărul de psihologi și de medici. Pe de altă parte, se arată că numărul mediu de asistenți sociali și personalul de specialitate de alte categorii a scăzut, dar nesemnificativ.

Aceste efecte confirmă un impact pozitiv asupra numărului și structurii resurselor umane existente la nivelul centrelor. În contextul crizei forței de muncă din sectorul de sănătate, acest efect este remarcabil. Totuși, rezultatele trebuie privite într-un context mai larg, care să ia în calcul aspectele legislative. La întrebarea deschisă din Setul 2 privind obstacolele pe care le întâmpină furnizorii de servicii sociale, un respondent face următoare afirmație referitoare la dificultatea asigurării cu personal: ”S-a încheiat contract de prestări servicii cu personal de îngrijire (infirmiere) deoarece legislația nu permitea angajarea de personal”, care descrie și soluția găsită de furnizor pentru problema identificată.

Un alt efect neprevăzut, dar foarte important, privind Resursa Umană și implicarea comunității, este legat de creșterea numărului de voluntari. Participanții la Focus Grupuri din rândul furnizorilor de servicii sociale au susținut faptul că numărul de voluntari a crescut în centre în urma finanțării și comunitatea a devenit mai implicată în acest sens. În contextul crizei de angajați specializați din domeniul Asistenței Sociale, acest efect este binevenit, oferind voluntarilor oportunități de practică și de implicare în beneficiul comunității.

### Constatări

- ✓ Din analiza contrafactuală, se confirmă un efect net de 9 angajați suplimentari în centrele finanțate, ceea ce validează ipoteza de evaluare. În cazul personalului de îngrijire se constată o creștere a numărului acestuia (mai mare cu 7 persoane în cazul centrelor finanțate)
- ✓ Un alt efect neprevăzut, dar foarte important, privind Resursa Umană și implicarea comunității, este legat de creșterea numărului de voluntari.

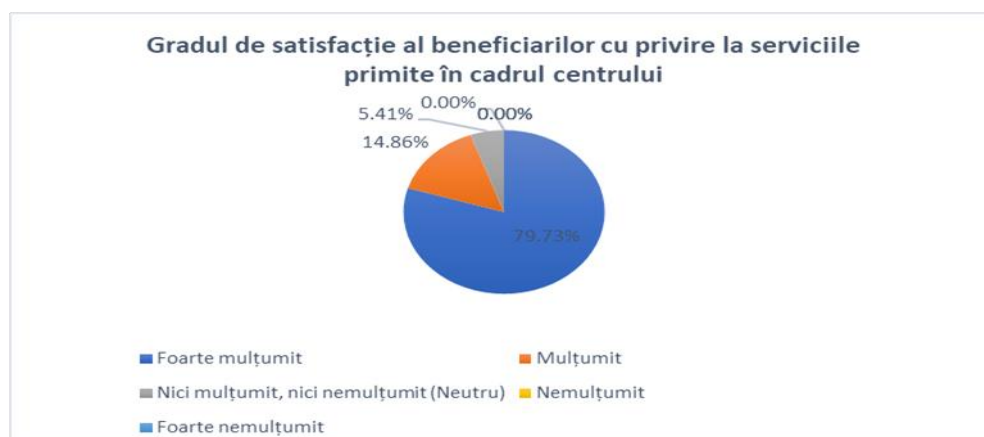
### **Creșterea gradului de satisfacție a beneficiarilor de servicii sociale, raportat la numărul și tipurile acestora (servicii sociale)- validată**

Proiectele finanțate prin DMI 3.2 au urmărit îmbunătățirea standardelor de viață ale beneficiarilor finali și este larg răspândită percepția că, pe ansamblu, gradul de satisfacție în raport cu serviciile sociale furnizate a crescut. Datele colectate pentru această ipoteză provin din cele două anchete de măsurare a gradului de satisfacție de la nivelul unităților furnizoare de servicii sociale și a beneficiarilor.

Furnizorii de servicii sociale observă faptul că investițiile făcute au crescut semnificativ gradul de confort al beneficiarilor și că aceștia simt că beneficiază de condiții la standarde europene, adaptate nevoilor specifice (în special pentru persoanele cu dizabilități sau vârstnice).

Din perspectiva gradului de satisfacție a beneficiarilor finali, din cele două sondaje realizate în cadrul prezentei evaluări rezultă că 96% dintre respondenți sunt foarte mulțumiți în special în ceea ce privește creșterea calității serviciilor sociale furnizate, adaptarea serviciilor la nevoile beneficiarilor (toți respondenții au considerat că serviciile sociale furnizate de centru au răspuns/ răspund nevoilor acestora) și personalul de specialitate (în general calificat pentru tipul de servicii furnizat). Rezultatele detaliate ale celor două sondaje sunt prezentate în **Anexele 5 și 6**.

**FIGURA 4: GRADUL DE SATISFACȚIE AL BENEFICIARILOR CU PRIVIRE LA SERVICIILE PRIMITE ÎN CADRULUI CENTRULUI**



Sursa: prelucrări rezultate anchetă de măsurarea a gradului de satisfacție în rândul beneficiarilor finali

Un alt efect al investițiilor corelat cu acesta ține de satisfacția aparținătorilor beneficiarilor, în special a vârstnicilor. În unele situații, a crescut încrederea familiei în serviciile sociale de care ar putea beneficia rudele și au ales să apeleze la acestea.

### **Constatări:**

- ✓ Furnizorii de servicii sociale observă faptul că investițiile făcute au crescut semnificativ gradul de confort al beneficiarilor și că aceștia simt că beneficiază de condiții la standarde europene, adaptate nevoilor specifice (în special pentru persoanele cu dizabilități sau vârstnice).
- ✓ Din perspectiva gradului de satisfacție a beneficiarilor finali, din cele două sondaje realizate în cadrul prezentei evaluări rezultă că 96% dintre respondenți sunt foarte mulțumiți în special în ceea ce privește creșterea calității serviciilor sociale furnizate, adaptarea serviciilor la nevoile beneficiarilor (toți respondenții au considerat că serviciile sociale furnizate de centru au răspuns/ răspund nevoilor acestora) și personalul de specialitate (în general calificat pentru tipul de servicii furnizat).

### ***Creșterea accesului persoanelor aflate în situații vulnerabile (din punct de vedere socio-economic) la servicii integrate***

Cu privire la efectele intervențiilor POR la creșterea accesului persoanelor aflate în situații vulnerabile (din punct de vedere socio-economic) la servicii integrate, capacitatea crescută de a furniza servicii sociale în urma investițiilor a oferit posibilitatea mai multor persoane din mediile defavorizate de a le accesa. Un aspect important al accesibilității în cazul serviciilor sociale ține de dotările specifice pentru persoanele cu dizabilități și pentru vârstnici. POR a permis dotarea clădirilor atât cu elemente de infrastructură de bază adecvate persoanelor cu dizabilități (de exemplu, lifturi sau spații de igienă specifice), cât și dotări cu echipamente necesare pentru recuperarea acestora fapt ce a îmbunătățit accesibilitatea acestora.

Astfel de efecte există și din perspectiva centrelor multifuncționale, însă sunt efecte izolate ale intervențiilor DMI 3.2. În acest sens, reprezentativ este proiectul de la Târgu Frumos selectat ca și studiu de caz, unde sunt trei centre multifuncționale ce au componentă de cazare, educațională și alte tipuri de activități din mai multe domenii. Centrul oferă o abordare holistă a serviciilor, mai exact abordarea familiei în integralitatea sa (copii și părinți) și acordarea în mod planificat și organizat de servicii integrate socio-medicele și educaționale. Serviciile sunt furnizate nu doar la sediul centrului, ci și în mediul în care beneficiarii acestuia trăiesc sau la școală și sunt adaptate nevoilor reale și specifice ale acestora. Serviciile oferite în cadrul centrului sunt complementare demersurilor și eforturilor propriei familii, precum și serviciilor oferite în unitățile de învățământ și corespunzător nevoilor individuale ale copilului/ persoanei vulnerabile în context socio-familial.

Înființarea unui centru în care să se furnizeze servicii acordate în sistem integrat: social, educațional și medical copiilor și persoanelor aflate în situații de risc, dar și familiilor acestora, reprezintă o garanție a dezvoltării durabile a comunității locale prin implementarea incluziunii sociale active: ocrotirea sănătății, educație pentru o comunitate mai sigură, în care sunt respectate și promovate drepturile fiecărei persoane. Astfel, întreaga familie este sprijinită pentru a depăși situația de risc/dificultate, indiferent dacă problemele cu care se confruntă sunt de ordin social, educațional, medical etc.

Această ipoteză este doar parțial validată întrucât aceste efecte se pot identifica la nivelul proiectelor care oferă mai multe tipuri de servicii și și-au propus acest lucru la nivelul designului proiectului.

#### Constatări:

- ✓ POR a permis dotarea clădirilor atât cu elemente de infrastructură de bază adecvate persoanelor cu dizabilități (de exemplu, lifturi sau spații de igienă specifice), cât și cu dotări cu echipamente necesare pentru recuperare, fapt ce a îmbunătățit accesibilitatea acestora
- ✓ Astfel de efecte există și din perspectiva centrelor multifuncționale, însă sunt efecte izolate ale intervențiilor DMI 3.2.

#### *Facilitarea procesului de integrare/reintegrare socio-profesională a beneficiarilor de servicii sociale*

Investițiile în infrastructură nu au un impact asupra integrării în comunitate dacă nu există intervenții complementare de tip soft în acest sens sau suficiente oportunități de locuri de muncă. Datele disponibile nu susțin ideea conform căreia investițiile au sprijinit creșterea nivelului de reinserție pe piața muncii a grupului țintă apt pentru muncă. Totuși, efecte privind reintegrarea în comunitate se pot observa din două perspective:

- 1) copiii sau persoanele cu dizabilități sau adulții vulnerabili se bucură de o capacitate crescută a furnizorilor, respectiv echipamentele necesare recuperării acestora și îmbunătățirii capacității de a desfășura activitățile de zi cu zi, în special pentru copiii care se pot reintegra la școală sau dotări specifice în ateliere/ laboratoare speciale fie de tip educațional, fie pentru persoanele cu probleme (gen autism). Un astfel de efect este evidențiat și de studiul de caz de menționat, unde printre serviciile sociale organizate se număra organizarea cursului de educație parentală menit să sprijine părinții/ reprezentanții legali ai copiilor să își îmbunătățească abilitățile parentale și să își consolideze relațiile cu proprii copii. În cadrul centrului se asigură o colaborare permanentă cu unitățile de învățământ la care sunt înscriși copiii, pentru remedierea problemelor de ordin educațional (absenteism, abandon școlar, altele) întâmpinate de aceștia. Astfel, prin sprijinirea copiilor și familiilor acestora în vederea integrării sociale, creșterea accesului la servicii complementare sistemului actual de învățământ, furnizarea de servicii socio-medicale adaptate nevoilor, responsabilizarea părinților/ reprezentanților legali/ comunității cu privirea la importanța dezvoltării armonioase a tuturor copiilor cu asigurarea drepturilor, a non-discriminării și a egalității de șanse, este asigurată o dezvoltare comunitară durabilă.
- 2) crește popularitatea furnizorilor de servicii care pot găsi mai ușor parteneri la nivel local și astfel pot să diversifice activitățile în care este implicat grupul țintă ajutându-l să se simtă parte din comunitate.

Această ipoteză este doar parțial validată întrucât aceste efecte se pot identifica la nivelul proiectelor care oferă mai multe tipuri de servicii și și-au propus acest lucru la nivelul designului proiectului.

#### Constatări:

- ✓ Datele disponibile nu susțin ideea conform căreia investițiile au sprijinit creșterea nivelului de reinserție pe piața muncii a grupului țintă apt pentru muncă. Se regăsesc

efecte izolate în acest sens la nivelul proiectelor care și-au propus acest obiectiv și au dotat ateliere de lucru sau ateliere pentru activități educaționale etc.

### 3.2. IE-2 CE TIP DE INTERVENȚIE DĂ REZULTATE, PENTRU CINE ȘI ÎN CE CIRCUMSTAŢE?

Pentru a răspunde la această Întrebare de Evaluare, s-a urmărit **identificarea celor mai eficiente intervenții și a beneficiarilor direcți sau finali**<sup>39</sup> **pentru care intervențiile au avut beneficii evidente.**

S-a analizat impactul investițiilor, pe tipuri de intervenții și de furnizori de servicii sociale, pe beneficiari ai finanțării, măsura în care au existat variații ale impactului cu privire la gradul de satisfacție a beneficiarilor finali (prin prisma creșterii calității vieții; creșterea numărului de utilizatori de servicii sociale; diversificarea serviciilor sociale la nivel regional/ comunitate; facilitarea reinsertiei socio-profesionale).

Cele două **ipoteze avute în vedere** în cadrul acestei întrebări de evaluare au avut în vedere:

- ✓ analiza factorilor care influențează efectele investițiilor realizate în cadrul DMI 3.2 asupra beneficiarilor și beneficiarilor finali,
- ✓ existența diferențelor referitoare la impactul investițiilor între anumite tipuri de intervenții și anumite tipuri de furnizori de servicii sociale, beneficiari ai finanțării

Analiza aferentă acestei Întrebări de evaluare a avut la bază:

#### 3.2.1. DATE COLECTATE

Colectarea datelor și a informațiilor s-a realizat prin metode cantitative și calitative (prezentate deja în secțiunea 2a) și anume cercetare documentară, interviuri semi-structurate, focus grupuri, precum și informațiile colectate din sondaje.

#### 3.2.2.

Reconstrucția și interogarea teoriei programului, prin analiza măsurii în care strategia propusă a programului a produs rezultatele scontate, în condițiile date de factorii de influență, a sprijinit procesul de evaluare.

Totodată, în vederea formulării răspunsului la această Întrebare de Evaluare (ÎE), factorii care la momentul programării reprezentau doar presupuneri sau riscuri estimate au fost verificați și confirmați (sau infirmați) de către evaluatori, iar influența lor asupra Programului a fost analizată.

Metodele de analiză utilizate au inclus analiza datelor primare și secundare, analiza SWOT, PEST, analiza factorilor interesați, diagrame vizuale.

#### Tipuri de investiții finanțate prin DMI 3.2

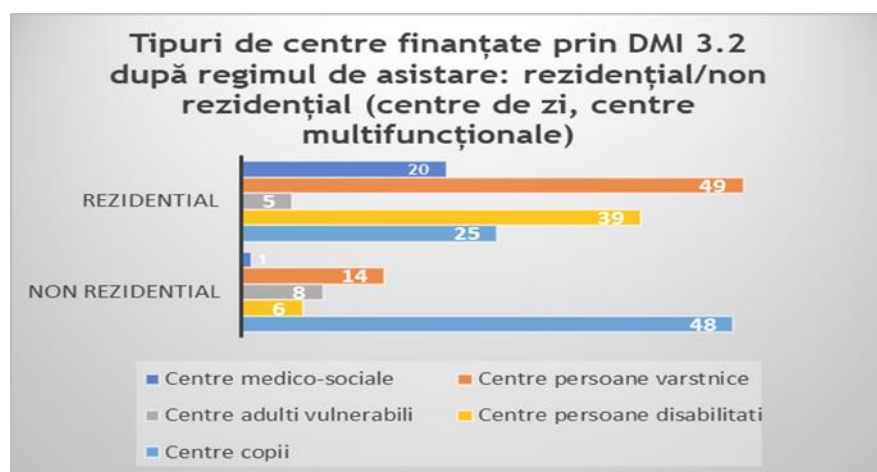
La nivelul DMI 3.2 s-au finanțat următoarele tipuri de proiecte:

- Reabilitarea, modernizarea, dezvoltarea și echiparea clădirilor pentru centre sociale multifuncționale;
- Reabilitarea, modernizarea și echiparea clădirilor pentru centre sociale rezidențiale.

39 Beneficiarii direcți sunt cei care au primit finanțare și au derulat proiecte; beneficiarii finali sunt cei care au primit servicii în centrele reabilitate.

Prin DMI 3.2 s-au finanțat atât investițiile în centrele rezidențiale, cât și în cele non-rezidențiale (centre de zi și centre multifuncționale pe cele 4 categorii de beneficiari<sup>40</sup> (copii, persoane vârstnice, persoane cu dizabilități/ handicap, adulți vulnerabili). Nevoia investițiilor a fost determinată de situația extrem de precară a infrastructurii de servicii sociale, având ca beneficiari aceste categorii de persoane menționate.

FIGURA 5: TIPURI DE CENTRE FINANȚATE PRIN DMI 3.2 DUPĂ REGIMUL DE ASISTARE



Sursa: prelucrări baza AMPOR

Investițiile în **centrele rezidențiale** reprezintă 63% din investițiile finanțate prin DMI 3.2 (138 dintre cele 219 proiecte finanțate). La nivelul acestora, cea mai mare pondere o au investițiile în **centre rezidențiale pentru persoane vârstnice**, de tipul cămine pentru persoane vârstnice (35.51%), urmate de **centrele rezidențiale pentru persoanele cu dizabilități** (28.26% dintre care cele mai multe centre de recuperare și reabilitare (20 de centre) și centre de îngrijire și asistență (14 centre), **centrele pentru copii** (18.21%, cele mai multe fiind centre rezidențiale pentru copilul separat temporar sau definitiv de părinții săi) și **centrele medicosociale** (14.49%). Centrele medicosociale au fost majoritatea de asistență medico-social (17) și 3 de îngrijiri paliative.

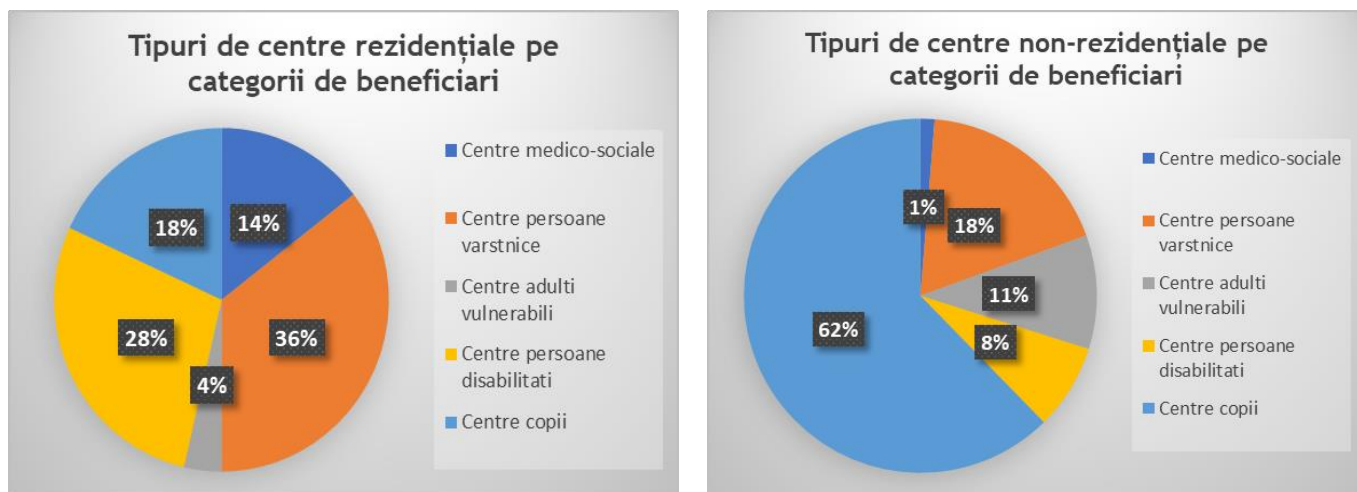
În ceea ce privește **centrele non-rezidențiale**, din cele 78 de proiecte, cea mai mare pondere au **centrele de zi pentru copii** ( 62%, dintre care cele mai multe (28) sunt centre de zi pentru copii aflați în situație de risc de separare de părinți, 9 centre de zi de recuperare copii cu dizabilități, 4 centre de zi pentru dezvoltarea deprinderilor de viață independentă și 4 creșe), urmate de **centrele pentru persoane vârstnice** (18% - 7 centre de zi de asistență și recuperare și 7 de socializare și petrecere a timpului liber ) și pentru **adulți vulnerabili** (11% - 4 cantine sociale, 3 servicii de asistență comunitară, 1 centru de informare și consiliere). La

40 După categoriile de Beneficiari, potrivit Legii 292/2011, cu modificările și completările ulterioare, serviciile sociale se acordă pentru: copii, persoane vârstnice, persoane cu dizabilități/handicap, adulți vulnerabili).



polul opus, cu 1%, se situează **centrele medico-sociale**<sup>41</sup> care reprezintă o categorie aparte a centrelor finanțate prin POR.

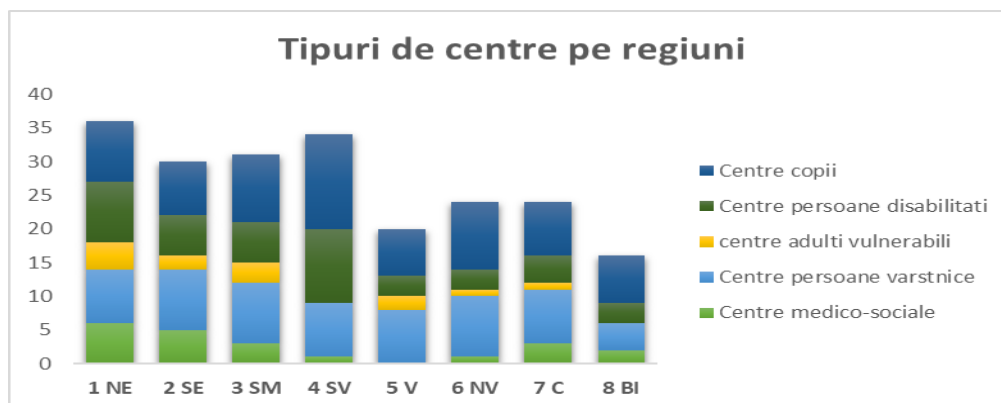
FIGURA 6: TIPURI DE CENTRE PE CATEGORII DE BENEFICIARI



Sursa: baza de date AMPOR corelată cu baza de date ANPIS

Un număr de 3 proiecte au fost identificate ca fiind încadrate în categoria centre de tip rezidențial, însă în urma campaniei de monitorizare derulate de ANPIS la nivelul anului 2015, s-a constatat că acestea nu furnizează servicii sociale de tip rezidențial, ci funcționează ca locuințe de tip social.

FIGURA 7: DISTRIBUȚIA TERITORIALĂ A TIPURILOR DE CENTRE PE REGIUNI



Sursa: baza de date AMPOR corelată cu baza de date ANPIS

Din perspectiva distribuției teritoriale a tipurilor de centre pe regiuni, se constată că cele mai multe centre se regăsesc în regiunea NE cu o distribuție echilibrată pe cele 4 categorii de beneficiari, urmată de regiunea SV unde cea mai mare pondere o au centrele pentru copii cu

41 unitățile medico-sociale sunt structuri în subordinea consiliilor locale/județene, pentru care plata salariilor personalului medical este asigurată de Ministerul Sănătății iar controlul și verificarea unităților fiind efectuate de ANPIS. Dat fiind numărul mare de instituții implicate în gestionarea acestora, există un vid instituțional cu privire la situația de ansamblu.

dizabilități. Cele mai multe centre sunt cele pentru copii și un număr mare de astfel de centre se regăsesc în fiecare regiune (peste 30% din totalul centrelor de la nivelul fiecărei regiuni).

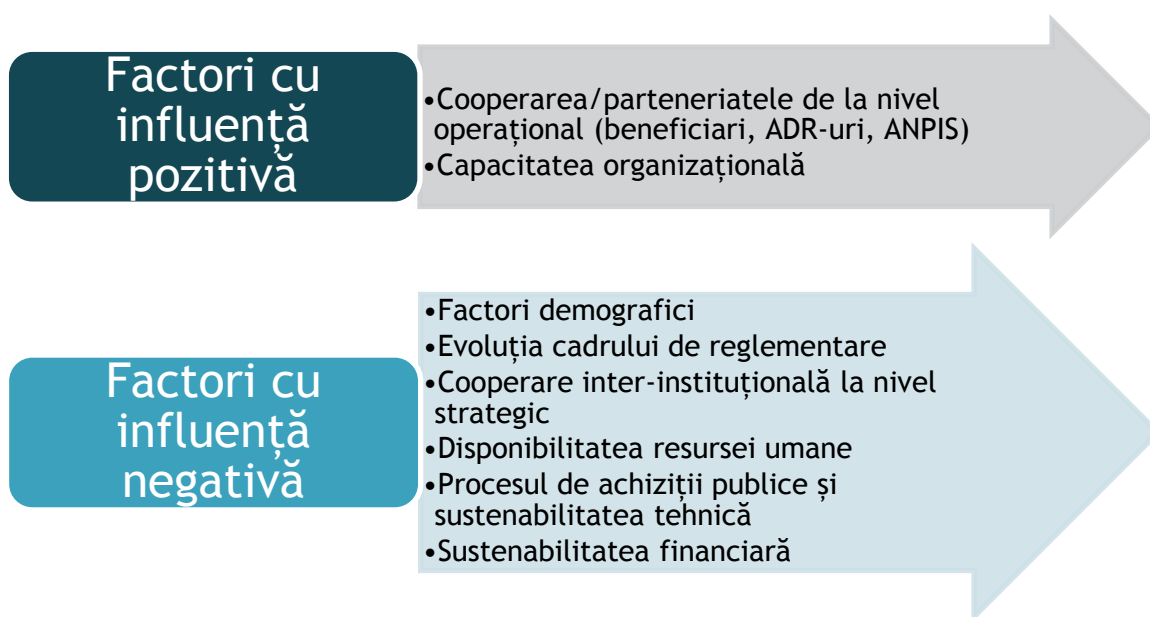
Se constată, de asemenea, o distribuție echilibrată a numărului de centre pentru persoane vârstnice la nivelul tuturor regiunilor (mai puțin regiunea BI), fapt ce reconfirmă că nevoia pentru astfel de centre este mare, dat fiind factorul demografic legat de îmbătrânirea populației.

### Factori de influență

Evaluarea a luat în considerare **circumstanțele și factorii de influență cei mai semnificativi care au facilitat (sau împiedicat/ limitat), producerea efectelor**, cei mai importanți fiind:

- ✓ Factori asociați evoluției cadrului de reglementare în domeniul social<sup>42</sup>;
- ✓ Factori privind cooperarea inter-instituțională;
- ✓ Factori de tip organizațional
- ✓ Factori demografici

Acești factori au fost clasificați în factori care au influențat (pozitiv sau negativ) implementarea și efectele intervențiilor finanțate prin DMI 3.2<sup>43</sup>, conform diagramei de mai jos și detaliați în secțiunea de mai jos.



Așa cum rezultă și din diagrama de mai sus, au existat mai mulți factori cu influență negativă care au afectat atât implementarea proiectelor cât și efectele acestora. Dintre aceștia, cei mai importanți sunt cei asociați evoluției cadrului de reglementare privind serviciile sociale și a politicilor sociale privind diversele categorii de beneficiari de servicii sociale.

### Factori asociați evoluției cadrului de reglementare privind serviciile sociale și a politicilor sociale privind diversele categorii de beneficiari de servicii sociale

42 Vezi Anexa 1 - Analiza literaturii de specialitate.

43 Informațiile au fost colectate din datele cantitative și corelate cu datele calitative rezultate din interviuri și focus grupuri.

Principalele evoluții legislative care au influențat și afectat implementarea proiectelor au fost cele legate de procedura de licențiere<sup>44</sup>, prezentate în detaliu și în Anexa 1.

Una dintre cerințele POR era existența acreditării menționată chiar în Ghidul solicitantului, însă nu și a licențierii, care a apărut ulterior. În acest context, problema centrelor beneficiare de finanțare POR este că ele se aflau la un moment dat în contextul a două situații legislative diferite: la început, furnizorii trebuiau să fie doar acreditați, iar ulterior, în 2015, au fost nevoiți să se alinieze la noile standarde de calitate, mult mai stricte, iar acest lucru le-a îngreunat implementarea proiectelor deoarece au fost nevoiți să găsească soluții și alte surse de finanțare pentru a îndeplini aceste standarde, costuri ce nu erau prevăzute în finanțarea POR.

De exemplu, prin aplicarea noilor standarde prin care beneficiarii sunt împărțiți în centre diferite în funcție de categoria în care se încadrează (persoanele cu dizabilități nu mai pot fi cazate împreună cu persoanele vârstnice, deși serviciile ar fi similare), furnizorii sunt nevoiți să găsească surse de finanțare pentru a adapta sau recompartimenta centrele existente astfel încât să poată primi licență de funcționare în continuare și să-și păstreze beneficiarii/rezidenții.

Un alt aspect care a influențat lanțul causal de la momentul elaborării POR a fost cel legat de evoluția din perioada 2011-2018 a politicilor sociale care vizează dezinstituționalizarea. Cerința de la nivelul Ghidului Solicitantului POR referitoare la această politică era legată de limitarea centrelor rezidențiale la o capacitate de maxim 50 de locuri, aspect ce a fost respectat de beneficiari.

Aspectele legate de politica de dezinstituționalizare, precum planul de restructurare și închidere a centrelor pentru persoane cu dizabilități, aprobat prin OUG 69/2018 din 17 iulie 2018, cu termen 31 decembrie 2018, a creat unele distorsiuni, fiind în contradicție cu cerința din POR privind asigurarea durabilității, conform căreia centrele pot fi închise doar după o perioadă de 5 ani de la data finalizării asistenței.

Din analiza literaturii de specialitate, precum și din interviurile și focus grupurile realizate, se constată necesitatea ca pe viitor corelarea cu politicile de dezinstituționalizare să se realizeze pe baza unei distincții clare între diferitele probleme ale unor categorii de beneficiari (pentru persoanele cu dizabilități, de exemplu, cei mai mulți dintre beneficiarii acestor centre sunt persoane cu handicap neuropsihic sau asociat grav, și nu dispun de abilități pentru a duce o viață independentă, fiind dificil de identificat pentru aceștia o alternativă la serviciul rezidențial furnizat în prezent).

Includerea în planul de restructurare a unor centre modernizate și recent reabilitate prin POR 2007-2013, fără a se ține seama de situația beneficiarilor din aceste centre (persoane cu handicap mintal, neuropsihic sau asociat care nu au abilități de a duce o viață independentă și pentru care nu există posibilitatea accesării de servicii alternative), are efecte asupra aspectelor legate de sustenabilitatea acestor proiecte și menținerea indicatorilor de program asumați (indicatorul de rezultat *număr de beneficiari ai infrastructurii reabilitate/modernizate*), precum și asupra beneficiarilor finali care prin serviciile de care

---

44 Prin modificarea legislației și apariției Legii 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale s-a făcut delimitarea între partea de furnizori de servicii sociale (procesul de acreditare) și serviciile sociale efective (procesul de acreditare finalizat cu obținerea licenței de funcționare). Anterior anului 2013, licențierea se aplica numai în cazul centrelor pentru copii iar începând cu anul 2015 a apărut obligativitatea de licențiere a tuturor serviciilor.

aveau parte în aceste centre aveau acces la servicii de calitate și implicit îmbunătățirea stării de sănătate.

### **Factorii demografici**

Sectorul îngrijirii de lungă durată nu este pregătit să facă față îmbătrânirii rapide a populației. România se confruntă cu una dintre cele mai rapide rate de îmbătrânire din UE, dar această tendință nu este luată în considerare pe deplin în cursul elaborării politicilor actuale sau al realizării previziunilor privind nevoile pe termen lung. În 2016, centrele de îngrijire pentru persoanele în vârstă au acoperit doar 1 % din populația în vârstă de peste 75 de ani. Există foarte puține servicii de îngrijire la domiciliu și pe timpul zilei, iar cele care există sunt de obicei în apropierea zonelor cu venituri mai mari. Pentru ca România să țină pasul cu rata de îmbătrânire a populației sale, sunt necesare investiții suplimentare<sup>45</sup>. Acestor factori demografici li se adaugă și factori legați de fenomenul migrației externe care afectează copiii rămași acasă care eventual ajung în centre de plasament.

### **Cooperarea inter-instituțională la nivel strategic**

La momentul programării POR 2007-2013/DMI 3.2, cadrul de reglementare în domeniul social era în schimbare datorită proceselor de reformă semnificative, fapt ce a determinat un proces de consultare relativ fragmentat. Au existat însă la acel moment consultări între MDRAP și reprezentanții Ministerului Muncii. La acel moment, **Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap<sup>1</sup>**, **Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adopție** și **Agencia Națională pentru Protecția Familiei** se aflau în subordinea MMSSF ca instituții publice cu personalitate juridică și nu au fost implicate de MMSSF în procesul de consultare cu MDRAP, limitând nivelul de consultare pe aspecte strategice și asigurarea unei corelări depline cu politicile din domeniul social, așa cum este evidențiat de Analiza părților interesate din Anexa 9. Deși finanțarea POR a vizat în primul rând intervenții pe partea de infrastructură socială, pentru viitoarea perioadă de programare este utilă realizarea unei analize mai aprofundate a situației existente în domeniul intervenției corelat cu nevoile beneficiarilor de infrastructura socială.

### **Disponibilitatea resursei umane**

Mulți dintre furnizori au întâmpinat dificultăți în asigurarea personalului necesar pentru funcționarea centrelor. Au existat foarte multe localități/ județe unde s-a materializat cererea ca aceste centre să funcționeze la capacitate ridicată, însă acest aspect nu a putut fi rezolvat, datorită lipsei de personal, de specialiști disponibili pentru zona respectivă. Numărul furnizorilor de servicii sociale din România este încă scăzut, iar serviciile nu sunt foarte diversificate. Din acest motiv, raportul dintre numărul de beneficiari și cel al personalului specializat nu este, în multe cazuri, cel optim, ceea ce influențează negativ posibilitatea de a oferi servicii de calitate. Există o lipsă acută de specialiști în domeniul social, acest lucru afectând durabilitatea proiectelor și viabilitatea centrelor din anumite zone.

### **Procesul de achiziții publice**

---

<sup>45</sup> Raportul de țară din 2019 privind România, inclusiv un bilanț aprofundat referitor la prevenirea și corectarea dezechilibrelor economice, care însoțește documentul COMUNICARE A COMISIEI CĂTRE PARLAMENTUL EUROPEAN, CONSILIUL EUROPEAN, CONSILIU, BANCA CENTRALĂ EUROPEANĂ ȘI EUROGRUP, Semestrul european 2019: evaluarea progreselor înregistrate în ceea ce privește reformele structurale, prevenirea și corectarea dezechilibrelor macroeconomice, precum și rezultatele bilanșurilor aprofundate efectuate în temeiul Regulamentului (UE) nr. 1176/2011

Procesul de implementare a fost îngreunat frecvent de întârzieri în desfășurarea procedurilor de achiziții, în special cele legate de execuția de lucrări, precum și de apariția de situații neprevăzute pe parcursul execuției lucrărilor la proiectele de reabilitare a clădirilor. S-au înregistrat uneori dificultăți legate de prestația furnizorilor din cadrul sectorului de construcții, astfel că în unele situații nivelul de calitate al infrastructurii reabilitate sau modernizate nu a fost cel preconizat. Acest aspect este important, deoarece infrastructura trebuie să respecte standarde specifice pentru grupul țintă vulnerabil. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor infrastructura realizată beneficiază de un nivel calitativ foarte înalt, conform cu standardele europene.

### ***Sustenabilitatea financiară și tehnică***

O provocare importantă pentru furnizori este asigurarea durabilității pe termen lung a infrastructurii reabilitate/modernizate. Din punct de vedere financiar, majoritatea furnizorilor publici întâmpină dificultăți majore în a asigura finanțarea, după 5 ani, pentru reparații și mentenanță. Lucrând cu un grup țintă vulnerabil și cu cerințe speciale privind infrastructura, sunt cu atât mai mari și mai importante resursele financiare dedicate sustenabilității. În acest sens, sunt extrem de necesare mecanisme care să răspundă acestor nevoi.

Din punct de vedere tehnic, sustenabilitatea proiectelor este influențată atât de evoluțiile cadrului de reglementare al furnizării de servicii sociale (de exemplu, noile standarde de calitate sunt mult mai dificil de implementat pentru furnizori, inclusiv datorita impunerii unui număr mărit de personal de specialitate), cât și cele legate de politica de dezinstituționalizare (închiderea centrelor de plasament pentru copii și a celor pentru persoane cu dizabilități), acestea punând presiuni suplimentare asupra beneficiarilor finanțării și asupra respectării indicatorilor asumați în perioada de sustenabilitate.

Dintre factorii cu influență pozitivă se pot menționa:

### ***Cooperarea/parteneriatele de la nivel operațional (beneficiari, ADR-uri, ANPIS)***

Așa cum reiese și din analiza de mai sus, dat fiind specificul proiectelor din cadrul DMI 3.2, cooperarea inter-instituțională a reprezentat un factor determinant, astfel că a acționat atât ca factor pozitiv cât și negativ.

Un aspect pozitiv este acela că, în general, a existat o bună colaborare între beneficiari, ADR-uri și ANPIS. S-au efectuat vizite anuale la beneficiari, fiecare dintre autorități verificând aspectele ce intrau sub sfera sa de responsabilitate.

### ***Capacitatea organizațională***

S-au depus eforturi pentru susținerea financiară a serviciilor sociale, de acoperire a costurilor cu întreținerea și operarea centrelor (asigurarea salarizării personalului care deservește respectivul centru social). O echipa bună de management a proiectului face diferența la implementare, iar în perioada de sustenabilitate un factor decisiv este managementul centrului și calitatea personalului de specialitate.

De asemenea, creșterea numărului de persoane implicate în acțiuni de voluntariat a sprijinit foarte mult asigurarea resurselor umane pentru activități care permit acest lucru.

#### Constatări:

- ✓ Evoluțiile din cadrul legislativ în domeniul asistenței sociale și a politicilor sociale de dezinstituționalizare au afectat implementarea proiectelor (aspectele legate de procedura de licențiere), cât și sustenabilitatea acestora (măsurile de închidere a centrelor rezidențiale pentru persoanele cu dizabilități - de exemplu, planul de restructurare și închidere a centrelor pentru persoanelor cu dizabilități, aprobat prin OUG 69/2018 din 17 iulie 2018, cu termen 31 decembrie 2018)
- ✓ Aspectele legate de dificultățile procesului de achiziții publice, capacitatea financiară uneori limitată a beneficiarilor finanțării de a asigura fluxul financiar al proiectelor, disponibilitatea limitată a resursei umane - au reprezentat alți factori de influență.
- ✓ Printre factorii cu influență pozitivă se numără capacitatea organizațională de la nivelul beneficiarilor de a găsi soluții pentru rezolvarea diverselor probleme apărute pe perioada implementării proiectelor, precum și aspecte legate de cooperarea inter-instituțională UAT-ri și ANPIS, colaborarea cu reprezentanții AMPOR.

#### ***Efecte ale intervențiilor DMI 3.2 pe tipuri de beneficiari finali ai finanțării***

Din perspectiva celor patru categorii de beneficiari (persoane vârstnice, copii, adulți vulnerabil, persoane cu handicap) se constată furnizarea unor servicii noi sau îmbunătățite. Clasicele cămine de bătrâni reușesc să se ridice la standarde europene, unitățile medico-sociale oferă servicii mai performante și scad presiunea asupra spitalelor, centrele multifuncționale și cantinele fac față mai eficient cererii.

De pildă, pentru persoanele vârstnice, DMI 3.2. a îmbunătățit serviciile sociale în centrele rezidențiale și de zi prin reabilitări, dotări, extinderi și modernizări, ceea ce a condus la creșterea gradului de confort. Prin achiziționarea de echipamente s-a permis îmbunătățirea serviciilor medicale și de îngrijire, dezvoltarea serviciilor paleative, a unor servicii complementare de recuperare (kineto-terapie și masaj, servicii de balneoterapie, servicii de fizioterapie, servicii de consiliere psihologică, servicii de logopedie (*Studiul de Caz de la Băcești - Anexa 12*).

De exemplu, prin reabilitarea centrului medico-social Băcești, ca efecte majore ale investiției CAMS Băcești putem enumera următoarele:

- ✓ Oferirea oportunității de locuri de muncă personalului disponibilizat din cadrul Spitalului Orășenesc Negrești, închis în anul 2011;
- ✓ Dublarea numărului de angajați ai centrului față de momentul în care s-a demarat investiția;
- ✓ Creșterea numărului persoanelor defavorizate (vârstnici, persoane cu dizabilități, bolnavi cronic, etc.) din județul Vaslui deservite de servicii de îngrijire medico-socială;
- ✓ Scăderea numărului de persoane care solicită prestații sociale de la Primărie;
- ✓ Prevenirea instituționalizării, în special pentru persoanele cu venituri mici;
- ✓ Îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor de servicii, pe toate planurile: emoțional, social, medical, funcțional și fizic;

- ✓ Decongestionarea unităților de spitalizare, supraaglomerate cu cazuri sociale, cu persoane vârstnice, datorită faptului că uneori bătrânețea este confundată cu boala.

Un alt exemplu este centrul rezidențial de bătrâni din Focșani, care, prin finanțare, a reușit să transforme un azil de bătrâni într-un centru la standarde europene, cu o calitate foarte bună a serviciilor de cazare, sală de recreere și alte facilități care să sprijine servicii de calitate.

Pentru copii, o altă categorie de beneficiari, proiectele din DMI 3.2. au contribuit la îmbunătățirea calității serviciilor sociale destinate copiilor aflați în plasament, dar și pentru copiii cu probleme (copiii aflați în situație de risc de separare sau separați de părinți, cei din familii cu dificultăți, copiii cu probleme speciale (autism) prin modernizarea centrelor, dotarea cu echipamente moderne la standardele UE și asigurarea unor oportunități de incluziune socială prin serviciile oferite (cum ar fi centrele de consiliere). Un exemplu în acest sens este și DGASPC Constanța, participant la focus grupuri, cu foarte multe proiecte implementate, care a dezvoltat servicii prin care să rezolve problema separării copilului de mamă și problemele legate de violența domestică.

Impactul, însă, pentru această categorie de beneficiari (copii) este scăzut, datorită evoluțiilor legislative privind dezinstituționalizarea și planul ANPDCA de închidere a centrelor de plasament.

Pentru adulții vulnerabili (categorie care include și persoane fără adăpost, victime ale violenței domestice, cei cu risc de sărăcie, persoane dependente) au fost reabilitate și modernizate clădiri (de exemplu, un centru social din municipiul Roman); echiparea și dotarea cu echipamente specifice serviciilor sociale. Beneficiarii finali au primit consiliere, s-a asigurat accesul egal și garantat al populației din toate categoriile defavorizate la serviciile sociale și la infrastructura reabilitată.

Pentru persoanele cu dizabilități, mai ales cele cu handicap neuro-motor, nevoia de servicii complexe și profesionale de recuperare și reabilitare, personalizate și adecvate nevoilor individuale, este mare. De asemenea, deși în ultimii ani s-au făcut eforturi vizibile pentru incluziunea socială a grupurilor vulnerabile la nivelul întregii țări, mentalitatea cu privire la persoanele aflate în dificultate se manifestă în continuare prin tendința societății de excludere a acestora și implicit apare efectul de autoexcludere și izolare socială. Prin proiectele reabilitate, au fost realizate modernizări/reabilitări și dotări cu echipamente care permit diversificarea unor servicii de recuperare pentru această categorie. Un exemplu de succes în acest sens este Modernizarea, dezvoltarea și echiparea modulului " Sfânta Maria" Craiova care prin investițiile realizate și-au diversificat serviciile de recuperare neuro-motorie de tip ambulatoriu prin includerea de noi terapii respectiv: recuperare în apă, meloterapie, aroma-terapie, stimulare senzorială, ergoterapie. Impactul investiției este evident atâta timp cât atât reprezentanții Centrului cât și ai DGASPC Dolj consideră că în prezent cele două centre, Sfânta Maria și centrul similar din sudul Craiovei, împreună cu centrul de la Filiași, acoperă nevoile tuturor persoanelor adulte cu dizabilități din județul Dolj. Nu există liste de așteptare la centru, toate cazurile care li se adresează sunt rezolvate. Managementul centrului a raportat că au avut ca reușite multe cazuri de reinsertie socială, mai ales pentru persoanele cu încadrare de handicap mic și mediu. De exemplu, au fost mulți tineri cu

încadrare de handicap la o categorie ușoară/medie, iar după tratamentele de recuperare din centru n-au mai avut nevoie de nici o încadrare.

Totodată, la momentul programării POR 2007-2013, centrele multifuncționale au avut în vedere locații care să ofere mai multe tipuri de servicii sociale pe standarde separate (de exemplu, un centru poate avea la parter o cantină socială, la etajul 1 funcționează căminul pentru persoane vârstnice, iar la etajul 2 un centru de zi pentru copii). Aceste tipuri de clădiri se numesc și în accepțiunea MMJS "complex de servicii multifuncțional" deoarece oferă mai multe tipuri de servicii sociale pe aceeași infrastructură existentă, dar care are licență pentru fiecare tip de serviciu social oferit în conformitate cu standardul aferent serviciului respectiv.

Din perspectiva instituțiilor responsabile de poliția sectorială pentru fiecare categorie de beneficiari, de exemplu ANDPCA, acordarea de servicii pentru mai multe categorii de beneficiari în cadrul aceluiași centru nu ar asigura o adresare corectă a nevoilor specifice fiecărei categorii de beneficiari (de exemplu, centre multifuncționale dedicate atât copiilor cât și bătrânilor) și recomandă, pentru obținerea unor efecte sporite, finanțarea de centre de servicii integrate și care ar presupune de exemplu un centru care ar oferi pe lângă serviciile sociale și servicii complementare de sănătate sau educaționale, consiliere etc. în funcție de categoria de beneficiari vizată.

Ca și concluzie cu privire la efectele intervențiilor DMI 3.2 pe categorii de beneficiari, pentru toate cele patru categorii de beneficiari, intervențiile prin DMI 3.2 au contribuit semnificativ la creșterea gradului de satisfacție în rândul acestora prin îmbunătățirea calității infrastructurii și serviciilor sociale furnizate și implicit a gradului de confort asigurat celor 4 categorii de beneficiari, a diversificării tipurilor de servicii precum și prin creșterea atractivității acestora.

Cel mai mare impact este evidențiat la nivelul persoanelor vârstnice și a persoanelor cu dizabilități unde centrele rezidențiale reabilitate au condus la creșterea nivelului de confort dar și de îngrijire medicală a acestor persoane prin dezvoltarea de servicii medicale și îngrijire sau a unor servicii complementare (de recuperare etc). Pentru unele dintre aceste categorii de persoane, spre exemplu în cazul persoanelor vârstnice cu demență, cu probleme cronice de sănătate, sau în cazul persoanelor cu afecțiuni neuropsihice ce au nevoie de îngrijire constantă, de specialitate, într-un cadru care să permită astfel de servicii, centrele rezidențiale ar trebuie să existe ca și servicii separate chiar și în contextul etapelor următoare ale reformelor în domeniul social, aliniate practicilor europene, care vizează dezinstituționalizarea și integrarea persoanelor defavorizate în societate.

Pentru celelalte categorii de beneficiari, de exemplu copii sau adulți vulnerabili, în contextul politicilor de dezinstituționalizare, cele mai bune efecte au fost obținute în cadrul centrelor multifuncționale care au vizat acordarea de servicii integrate care au vizat complementaritatea dintre serviciile sociale și alte servicii de tip educațional sau consiliere.

#### Constatări:

- ✓ În funcție de categoriile de beneficiari (persoane vârstnice, adulți vulnerabili, copii, persoane cu handicap) - cea mai mare pondere a utilizatorilor care beneficiază de



servicii sociale o au adulții vulnerabili (68%), urmată de persoanele cu handicap (24%), persoane vârstnice (17%) și copii (11.33%).

- ✓ Există efecte diferite ale investițiilor în infrastructura socială în funcție de tipul de centre finanțate (centre rezidențiale/ de zi) și tipul de beneficiari (persoane vârstnice, persoane cu dizabilități). Per ansamblu, pentru toate cele patru categorii de beneficiari, intervențiile prin DMI 3.2 au contribuit semnificativ la creșterea gradului de satisfacție în rândul acestora prin îmbunătățirea calității infrastructurii și serviciilor sociale furnizate și implicit a gradului de confort asigurat celor 4 categorii de beneficiari, a diversificării tipurilor de servicii precum și prin creșterea atractivității acestora.
- ✓ Cel mai mare impact este evidențiat la nivelul persoanelor vârstnice și a persoanelor cu dizabilități unde centrele rezidențiale reabilite au condus la creșterea nivelului de confort dar și de îngrijire medicală a acestor persoane prin dezvoltarea de servicii medicale și îngrijire sau a unor servicii complementare (de recuperare etc).

### LECȚII ÎNVĂȚATE

- Pentru maximizarea beneficiilor finanțării din POR, s-a conturat și necesitatea implementării de proiecte conexe, cu surse de finanțare din alte programe operaționale, cum ar fi POCU, prin care să se asigure finanțarea costurilor administrative (operaționale), extinderea categoriilor de cheltuieli eligibile, pe o perioadă de timp determinată după finalizarea investițiilor de infrastructură prin POR. Pentru a se stimula această abordare, o posibilitate este prioritizarea și acordarea de punctaj suplimentar unor proiecte care vizează astfel de măsuri complementare/conexe.
- Un impact sporit pentru aceste tipuri de investiții în infrastructura socială ar putea avea investițiile în servicii sociale de tip non-rezidențiale și investițiile în servicii sociale integrate în comunitate.
- Una dintre lecțiile învățate menționate și în evaluarea anterioară de impact și reconfirmată și ca limitare metodologică în cadrul prezentei evaluări, se referă la variabilitatea ridicată a eșantionului infrastructurilor de servicii sociale și de beneficiari, care, împreună cu gradul de disponibilitate a datelor, reprezintă o provocare majoră pentru realizarea unei abordări contrafactice exhaustive pe tipuri de centre și categorii de beneficiari. Acest aspect reconfirmă concluzia studiului anterior de evaluare legată de diferențierea tipologiei indicatorilor după tipul grupului țintă și al centrului.

Alte lecții învățate, care nu au reieșit strict din implementarea POR, dar care pot fi avute în vedere ca și măsuri suplimentare sau conexe, în viitoare perioadă de programare, s-au evidențiat: necesitatea elaborării unor documentații tehnice de calitate încă din faza de pregătire a proiectului (Studii de fezabilitate, DALI, studii topografice) care să elimine posibilitatea apariției de erori în fazele avansate de implementare.

## 4. CONCLUZII, RECOMANDĂRI ȘI LECȚII ÎNVĂȚATE

TABELUL 17: TABEL CONSTATĂRI, CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

### RECOMANDAREA 1

ESTE NECESARĂ CONTINUAREA FINANȚĂRII INVESTIȚIILOR ÎN INFRASTRUCTURA SOCIALĂ, PE BAZA UNEI ANALIZE DETALIAȚE A NEVOILOR DE LA NIVEL REGIONAL, ÎN CORELARE CU POLITICILE SOCIALE AFERENTE FIECĂREI CATEGORII DE BENEFICIARI (COPII, PERSOANE VÂRSTNICE, ADULȚI VULNERABILI, PERSOANE CU HANDICAP).

TOTODATĂ, ÎN CONTEXTUL ETAPELOR URMĂTOARE ALE REFORMELOR ÎN DOMENIUL SOCIAL, ALINATE PRACTICILOR EUROPENE, CARE VIZEAZĂ DEZINSTITUȚIONALIZAREA ȘI INTEGRAREA PERSOANELOR DEFAVORIZATE ÎN SOCIETATE, ESTE IMPORTANT ȘI UTIL SĂ SE FINANȚEZE ÎN CONTINUARE INVESTIȚII ÎN INFRASTRUCTURA SOCIALĂ PE TIPURI DE SERVICII (CENTRE REZIDENȚIALE/DE ZI) SEPARATE PENTRU DIVERSELE CATEGORII DE BENEFICIARI DEOARECE DEZINSTITUȚIONALIZAREA NU SE POATE APLICA ÎN MOD ASEMĂNĂTOR, SPRE EXEMPLU ÎN CAZUL PERSOANELOR VÂRSTNICE CU DEMENTĂ, CU PROBLEME CRONICE DE SĂNĂȚATE SAU ÎN CAZUL PERSOANELOR CU AFECȚIUNI NEUROPSIHICE CE AU NEVOIE DE ÎNGRIJIRE CONSTANTĂ, DE SPECIALITATE, ÎNTR-UN CADRU CARE SĂ PERMITĂ ASTFEL DE SERVICII.

#### CONSTATĂRI

Raportat la nevoile existente la momentul finanțării, corelat cu schimbările demografice, cu fenomenul de îmbătrânire a populației și a riscului de excluziune și sărăcie, investițiile în infrastructura de servicii sociale au reprezentat o necesitate stringentă. DMI 3.2 a acoperit însă doar o parte dintre nevoile de finanțare.

Marea majoritate a proiectelor finanțate au urmărit reabilitări/ modernizări, achiziționarea de echipamente și alte dotări.

În urma cercetării, un număr semnificativ de beneficiari finali a apreciat că efectele finanțării prin POR sunt pozitive, în special în ceea ce privește creșterea calității serviciilor sociale furnizate.

Marea majoritate a furnizorilor de servicii sociale și-a exprimat satisfacția față de infrastructura reabilitată

#### CONCLUZII

1. Investițiile prin intermediul DMI 3.2 au avut un impact pozitiv asupra **creșterii calității infrastructurii sociale**, contribuind la satisfacerea unor nevoi de bază ale centrelor sociale și asigurarea unor standarde minime pentru furnizarea de servicii, prin modernizarea infrastructurii, caracterizată printr-o stare foarte precară anterior finanțării.
2. Majoritatea tipurilor de centre finanțate (rezidențiale, de zi, multifuncționale) au combinat investițiile de reabilitare, modernizare cu dotarea cu echipamente. **Efectele pozitive produse în urma intervențiilor DMI 3.2 se evidențiază pentru toate categoriile de centre**, prin îmbunătățirea pe ansamblu a condițiilor.
3. Investițiile din cadrul DMI 3,2 au avut un **efect pozitiv asupra îmbunătățirii gradului de confort al beneficiarilor finali**. Impactul net se evidențiază la persoanele vârstnice din cadrul centrelor rezidențiale. Investițiile în modernizarea și reabilitarea centrelor au dus la creșterea calității vieții și îmbunătățirii sănătății

<p>(clădire, spații, echipamente, mobilier).                  În funcție de categoriile de beneficiari (persoane vârstnice, adulți vulnerabili, copii, persoane cu handicap) - cea mai mare pondere a utilizatorilor care beneficiază de servicii sociale o au adulții vulnerabili (68%), urmată de persoanele cu handicap (24%), persoane vârstnice (17%) și copii (11%)<sup>46</sup>.</p>	<p>rezidenților (creșterea numărului de băi și grupuri sanitare, creșterea numărului de ascensoare și a numărului sălilor de tratament)<sup>47</sup>.</p>
<p>Intervențiile din cadrul DMI 3.2 au permis dotarea clădirilor atât cu elemente de infrastructură de bază adecvate persoanelor cu dizabilități (de exemplu, lifturi sau spații de igienă specifice), cât și dotări în echipamente necesare pentru recuperarea acestora fapt ce a îmbunătățit accesibilitatea acestora.</p>	<p>4. <b>Accesibilitatea persoanelor cu dizabilități și a vârstnicilor în clădirile care au fost reabilitate/ modernizate este îmbunătățită.</b></p>
<p>Deși indicatorul de program arată o creștere a numărului de beneficiari ai infrastructurii reabilitate/ modernizate (ținta acestui indicator fiind depășită cu peste 500%), creșterea este înregistrată la nivelul centrelor de zi și nu are un impact semnificativ asupra centrelor rezidențiale.</p>	<p>5. DMI 3.2 a avut efecte asupra creșterii numărului de beneficiari ai infrastructurii reabilitate/ modernizate, după cum reflectă indicatorul de program. Creștere este însă preponderentă la nivelul centrelor de zi și nu are un impact semnificativ asupra creșterii numărului de beneficiari de servicii sociale de la nivelul centrelor rezidențiale, aspect care este în concordanță cu tendințele impuse de politica de dezinstituționalizare.</p>
<p>Analiza impactului asupra numărului de servicii disponibile în cadrul centrelor sociale a fost urmărită și prin analiza contrafactuală, respectiv metoda dublei diferențe. S-a constatat că ambele categorii de centre sociale, respectiv cele finanțate și nefinanțate, și-au diversificat numărul de servicii oferite beneficiarilor finali, care a crescut cu 3,7 în primul caz și 3,4 în cel de al doilea. Prin urmare, impactul investiției asupra numărului de servicii pare a fi negativ, respectiv o diferență de 0,3 servicii. deci intervenția nu are impact supra numărului de servicii, care a crescut mai mult</p>	<p>6. DMI 3.2 nu a avut efecte directe asupra creșterii numărului de servicii sociale, ci doar efecte neintenționate asupra creșterii calității serviciilor furnizate.</p>

46 Date rezultate din analiza de tip contrafactual pe un eșantion de proiecte.

47 Conform rezultatelor cercetărilor din cadrul prezentei evaluări de impact.

<p>în centrele nefinanțate. Există centre care și-au mărit numărul de servicii sociale, în special cele de nișă, de tip paleativ, prin extinderea spațiului și dotări specifice.</p>	
<p>Se constată o creștere a numărului personalului de îngrijire în centrele reabilite. DMI 3.2 a avut un impact net asupra numărului de angajați echivalent normă întreagă și structurii resurselor umane existente la nivelul centrelor, ceea ce în contextul crizei forței de muncă din sectorul de sănătate este un aspect remarcabil. Ca și efect neintenționat, numărul de voluntari a crescut în centre în urma finanțării.</p>	<p>7. DMI 3.2 a avut un efect pozitiv consistent în ceea ce privește numărul de angajați echivalent normă întreagă, semnificativ statistic. De asemenea, numărul de voluntari a crescut în centre în urma finanțării, iar comunitatea a devenit mai implicată.</p>

#### RECOMANDAREA 2

**PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA EFICIENȚEI ȘI IMPACTULUI INVESTIȚIILOR ÎN INFRASTRUCTURA SOCIALĂ ESTE NEVOIE DE O MAI BUNĂ PRIORITIZARE A PROIECTELOR, ÎN FUNCȚIE DE NEVOILE REGIUNILOR VIZATE DE CĂTRE INTERVENȚII ȘI POLITICILE SOCIALE PENTRU FIECARE CATEGORIE DE GRUP ȚINTĂ, PRECUM ȘI DE MECANISME DE ASIGURARE A SUSTENABILITĂȚII ACESTOR TIPURI DE INTERVENȚII**

CONSTATĂRI	CONCLUZII
<p>Analiza datelor, inclusiv din literatura de specialitate, triangulate cu informațiile calitative obținute în urma interviurilor și a focus grupurilor, au relevat faptul că la momentul programării POR 2007-2013, nevoia principală de finanțare a fost determinată de situația precară a infrastructurii sociale de la nivel regional</p> <p>La momentul programării POR au fost consultate toate instituțiile relevante, în special MMSSF în calitate de instituție responsabilă de toate politicile și cadrul legal din domeniul muncii și protecției sociale.</p> <p>Corelarea politicilor și strategiilor sectoriale realizată în prezent, dar care nu era posibilă la momentul programării POR 2007-2013 datorită</p>	<p>Proiectele finanțate au avut o repartizare echilibrată în raport cu disparitățile regionale din perspectiva riscului de excluziune socială și sărăcie, iar proiectele sunt impresionante prin tipurile de investiții care s-au realizat în centre, de realizare a unei infrastructuri moderne, existența unor dotări și echipamente moderne, atragerea de personal specializat. Cu toate acestea, pe viitor ar fi utilă și o analiza mai clară a nevoilor specifice ale fiecărei regiuni pe tipurile de intervenții (centre rezidențiale/de zi/multifuncționale) și în funcție de nevoile categoriilor de beneficiari ai centrelor sociale, precum și de politicile sociale care vizează aceste categorii de beneficiari.</p>

dinamicii cadrului de reglementare în domeniul social poate permite ca pe viitor astfel de investiții să fie corelate și cu nevoile sectoriale ale categoriilor de beneficiari de infrastructură socială

Există o serie de factori care au influențat efectele investițiilor din cadrul DMI 3.2, cei mai importanți fiind cei legați de evoluția ulterioară a cadrului legislativ cu privire în special la procedura de licențiere și politicile de dezinstituționalizare.

8. Datorită evoluțiilor legislative privind dezinstituționalizarea, și anume planul ANPDA pentru închiderea/restructurarea centrelor rezidențiale pentru persoanele cu dizabilități, se constată că deși pe perioada de asigurare a sustenabilității efectele sunt menținute, pe termen lung, efectelor acestor tipuri de investiții în centrele rezidențiale (din perspectiva funcționalității acestor centre pe termen lung pentru întreaga categoria de beneficiari persoane cu dizabilități) pot fi limitate (pentru persoanele care nu pot fi dez-instituționalizate, investițiile vor continua să își producă efectele).

### RECOMANDAREA 3

**ESTE NECESARĂ CORELAREA INTERVENȚIILOR PENTRU DEZVOLTAREA DE INFRASTRUCTURĂ CU INTERVENȚII DE TIP SOFT (EX: PROIECTE CARE SĂ ASIGURARE FINANȚAREA SALARIILOR PENTRU PERSONALUL CENTRELOR; ACOPERIREA CHELTUIELILOR DE FUNCȚIONARE A CENTRELOR SOCIALE, PE O PERIOADĂ DETERMINATĂ DE TIMP).**

CONSTATĂRI	CONCLUZII
<p>Un impact important este cel legat de creșterea și diversificarea serviciilor sociale din cadrul centrelor reabilitate, în special cele de nișă, de tip paleativ, dar și de altă natură. Unii dintre furnizori au introdus servicii care să răspundă nevoilor nou apărute în perioada 2007-2010 (sprijinirea copiilor cu autism, sprijinirea vârstnicilor cu Alzheimer sau a persoanelor cu deficiențe neuromotorii).</p> <p>Din perspectiva furnizorilor de servicii sociale, finanțarea prin POR a reprezentat o oportunitate pentru a diversifica tipurile de servicii sociale.</p>	<p>9. Un impact semnificativ se observă în cazul proiectelor unde a existat complementaritate între proiecte de tip soft și hard, iar furnizorii au accesat ambele tipuri de intervenții.</p>
<p>Datele disponibile nu susțin ideea conform căreia investițiile au sprijinit creșterea nivelului de reinsertie pe piața muncii a grupului țintă apt pentru muncă. Se regăsesc efecte izolate în acest sens la nivelul proiectelor care și-au propus acest obiectiv și au dotat ateliere de lucru sau ateliere pentru activități educaționale etc.</p>	<p>10. Investițiile în infrastructură nu au un impact direct asupra integrării în comunitate dacă nu există intervenții complementare sau suficiente oportunități de locuri de muncă.</p>

#### RECOMANDAREA 4

ÎN VEDEREA ASIGURĂRII UNEI RAPORTĂRI UNITARE ASUPRA PROGRESULUI ȘI IMPACTULUI INTERVENȚIILOR, ESTE NECESAR SĂ EXISTE O METODOLOGIE MAI CLARĂ AFERENTĂ INDICATORILOR, CUPRINZÂND INSTRUCȚIUNI DE DEFINIRE ȘI DE CALCUL A VALORII INDICATORILOR. TOTODATĂ, DATELE LEGATE DE ATINGEREA INDICATORILOR (ȚINTE), REZULTATE DIN ACTIVITATEA DE MONITORIZARE A PROIECTELOR, TREBUIE AGREGATE ÎNTR-O BAZĂ DE DATE CARE SĂ PERMITĂ ANALIZA MĂSURII ÎN CARE INTERVENȚIILE ȘI-AU ATINS REZULTATELE, PRECUM ȘI IMPACTUL ACESTORA.

#### CONSTATĂRI

Utilizarea unor indicatori care măsoară preponderent dimensiunea mai degrabă economică a intervențiilor (precum număr de centre reabilitate/ modernizate, număr de servicii înființate, număr de utilizatori ai serviciilor) poate conduce la rezultate incomplete sau neconcludente în privința efectelor estimate ale intervențiilor din DMI 3.2.

Prin selectarea de indicatori care vizează direct măsurarea calității serviciilor sociale și a calității vieții (sau a condițiilor de viață) a beneficiarilor (asumat ca scop final al intervențiilor care vizează domeniul social) se poate obține o imagine mai completă asupra efectelor intervențiilor.

Analiza efectuată asupra indicatorilor aferenți DMI 3.2 relevă faptul că nu a existat o abordare unitară, solicitanții de finanțare putând să propună în cererile de finanțare o multitudine de indicatori, mulți dintre aceștia fiind irelevanți pentru măsurarea rezultatelor.

#### CONCLUZII

11. Lipsa unei metodologii clare pentru solicitanții de finanțare privind calcularea și colectarea indicatorilor a îngreunat procesul de monitorizare a proiectelor din perspectiva raportării asupra rezultatelor și măsurării impactului.
12. Indicatorii de program nu au fost împărțiți pe categorii de beneficiari, ceea ce nu a permis calcularea corespunzătoare a impactului intervențiilor asupra diferitelor categorii de beneficiari.

#### RECOMANDAREA 5

ÎN VEDEREA ASIGURĂRII DURABILITĂȚII INVESTIȚIILOR PE TERMEN LUNG, ESTE NECESAR SĂ SE IA ÎN CONSIDERARE, ÎNCĂ DIN ETAPA DE DESIGN A PROIECTELOR, DIFERITE STRATEGII DE SOLUȚIONARE A PROBLEMELOR LEGATE DE DURABILITATE.

#### CONSTATĂRI

Din punct de vedere financiar, majoritatea furnizorilor întâmpină dificultăți majore în a asigura finanțarea, după 5 ani, pentru reparații și mentenanță.

#### CONCLUZII

Este necesar să se acorde o mai mare atenție condițiilor de asigurare a sustenabilității proiectelor încă de la momentul contractării și să se identifice mecanisme de asigurare a sustenabilității (de exemplu, solicitarea ca beneficiarul, la momentul depunerii cererii de finanțare, să anexeze și un Plan de asigurare a Sustenabilității pentru etapa post-implementare a proiectului sau mecanisme de finanțare care să asigure complementaritatea proiectelor POR cu proiecte din alte surse de finanțare, cum ar fi POCU sau alte programe prin care să se asigure și finanțarea costurilor administrative (operaționale), extinderea categoriilor de cheltuieli eligibile, pe o perioadă de timp determinată după finalizarea investițiilor de infrastructură).