

## Lot 3 - Evaluarea intervențiilor POR 2014-2020

# RAPORT DE EVALUARE

**Tema 8. Dezvoltarea infrastructurii de sănătate și sociale prin creșterea accesibilității serviciilor de sănătate, eficienței îngrijirii spitalicești de urgență și creșterea gradului de acoperire cu servicii sociale**

**August 2019**

Coordonator: Roxana Irimia

Director de proiect: Anca Covaci

# Cuprins

Listă tabele .....	3
Listă figuri .....	3
Listă abrevieri .....	4
1. Sumar executiv .....	6
2. Situația existentă .....	11
3. Etapele studiului .....	12
3.1. Descrierea metodologiei .....	12
3.2. Literatura de specialitate .....	14
3.3. Colectare de date .....	19
3.4. Limitări în realizarea evaluării și mod de rezolvare .....	22
4. Analiză și interpretare .....	22
4.1. Întrebarea de evaluare 1: În ce măsură a contribuit AP8 la creșterea accesibilității, calității și eficienței serviciilor publice de sănătate, inclusiv de urgență și de la nivel secundar, în special în zonele sărace/ izolate? .....	22
4.2. Întrebarea de evaluare 2: În ce măsură a contribuit AP8 la îmbunătățirea eficienței costurilor și calității în îngrijirea de urgență din spitale, din perspectiva reducerii numărului de internări la secțiile de boli acute în spitale/ sau a numărului de paturi pentru internările acute, prin constituirea unei funcționale integrate de direcționare a pacienților? .....	31
4.3. Întrebarea de evaluare 3: În ce măsură a contribuit AP 8 la creșterea acoperirii serviciilor sociale, inclusiv pentru diferitele grupuri vulnerabile vizate? .....	38
4.4. Întrebarea de evaluare 4: Ce tipuri de intervenții/ mecanisme de implementare s-au dovedit a fi eficiente și de ce? .....	42
4.5. Întrebarea de evaluare 5: Cum se diferențiază efectele AP8 din perspectivă teritorială - au fost utilizate resursele în cazurile/ zonele în care nevoile sociale și cererea de servicii sociale au înregistrat cele mai ridicate valori? (în corelare cu concluziile evaluărilor de impact ale POR 2007-2013) .....	46
4.6. Întrebarea de evaluare 6: Cum poate fi îmbunătățită logica intervenției în cadrul acestei AP sau pentru intervenții similare viitoare? .....	48
4.7. Întrebarea de evaluare 7: Care este nivelul de sustenabilitate al serviciilor sociale și medicale și dimensiunea socială a acțiunilor promovate de POR? .....	51
5. Concluzii, recomandări și lecții învățate .....	53
6. Anexe .....	60

## Listă tabele

Tabelul 1 - Metode de colectarea datelor calitative și sursele de date .....	19
Tabelul 2 - Temele studiilor de caz.....	20
Tabelul 3 - Indicator de realizare AP 8 privind serviciile sociale pentru persoane cu dizabilități	39
Tabelul 4 - Indicator de realizare AP 8 privind serviciile sociale pentru copii din sistemul de protecție specială.....	40
Tabelul 5 - Indicator de realizare AP 8 privind serviciile sociale pentru persoane vârstnice.....	42

## Listă figuri

Figura 1 - Distribuția regională a proiectelor și beneficiarilor - situație la 25.02.2019 .....	11
Figura 2 - Dinamica ratei de disponibilitate a aparatelor CT la nivel național și pe regiuni (exclusiv BI) în perioada 2014-2017.....	24
Figura 3 - Dinamica ratei de disponibilitate a aparatelor RMN la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017 .....	26
Figura 4 - Dinamica ratei consultațiilor în ambulator la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017.....	30
Figura 5 - Dinamica ratei de spitalizare continuă la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017.....	33
Figura 6 - Dinamica ratei de spitalizare de zi la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017 .....	34
Figura 7 - Rata episoadelor evitabile la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017 .....	36
Figura 8 - Distribuția numărului de persoane cu dizabilități pe regiuni la 31 decembrie 2018 .....	47

## Listă abrevieri

<b>AC</b>	Autoritatea Contractantă
<b>ADR</b>	Agențiile pentru Dezvoltare Regională
<b>AM POR</b>	Autoritatea de Management pentru Programul Operațional Regional
<b>AP</b>	Axă Prioritară
<b>BE POR</b>	Biroul Evaluare a Programului Operațional Regional
<b>CCE</b>	Comitetul de Coordonare a Evaluării
<b>CdS</b>	Caiet de Sarcini
<b>CJ</b>	Consiliul județean
<b>CM POR</b>	Comitetul de Monitorizare a Programului Operațional Regional
<b>CPU</b>	Centru de Primiri Urgențe
<b>DGASPC</b>	Direcție Generală de Asistență Socială și Protecție a Copilului
<b>DSU</b>	Departamentul pentru Situații de Urgență
<b>FEDR</b>	Fondul European de Dezvoltare Regională
<b>IGSU</b>	Inspectoratul General pentru Situații de Urgență
<b>INS</b>	Institutul Național de Statistică
<b>INSP</b>	Institutul Național de Sănătate Publică
<b>ISU</b>	Inspectoratul pentru Situații de Urgență
<b>ITI</b>	Investiții Teritoriale Integrate
<b>MMJS</b>	Ministerul Muncii și Justiției Sociale
<b>MS</b>	Ministerul Sănătății
<b>PNDR</b>	Programul Național de Dezvoltare Rurală
<b>OI</b>	Organism Intermediar
<b>POR</b>	Programul Operațional Regional
<b>SAJ</b>	Serviciul de Ambulanță Județean
<b>UAT</b>	Unitate Administrativă Teritorială
<b>UPU</b>	Unitate de Primiri Urgențe

Acest raport de evaluare a fost realizat în cadrul Fazei a 2-a implementată în cadrul contractului nr. 66/19.09.2018 “Lot 3 - Evaluarea intervențiilor POR 2014-2020” încheiat între Ministerul Dezvoltării Regionale și al Administrației Publice și asocieria de firme Lattanzio Advisory Spa și Lattanzio Monitoring and Evaluation SRL.

Raportul este bazat pe rezultatele generate de analiza datelor colectate pentru acest studiu și prezintă concluziile și recomandările rezultate din aceste constatări. Prezentul raport reprezintă rezultatul unei evaluări independente, iar opiniile exprimate aparțin evaluatorilor și nu reflectă în mod necesar opiniile Ministerului Dezvoltării Regionale și al Administrației Publice.

## 1. Sumar executiv

Axa Prioritară 8 a POR 2014-2020 vizează investiții în infrastructurile sanitare și sociale care contribuie la dezvoltarea la nivel național, regional și local, reducând inegalitățile în ceea ce privește starea de sănătate și promovând incluziunea socială prin îmbunătățirea accesului la serviciile sociale, culturale și de recreere, precum și trecerea de la serviciile instituționale la serviciile prestate de comunități. Conform datelor furnizate de Autoritatea de Management pentru Programul Operațional Regional (AM POR) valoarea totală a alocării pentru AP 8 este de 348.117.301 euro.

*Constatările principale ale evaluării sunt următoarele:*

1. Există o tendință constantă de creștere atât a numărului de echipamente de înaltă performanță achiziționate, cât și a numărului de investigații/ tratamente efectuate cu aceste echipamente.
2. Distribuția teritorială a serviciilor medicale create/ renovate este extensivă la nivel național.
3. Este prematur de cuantificat accesibilitatea și extrem de dificil dacă nu imposibil de cuantificat calitatea și eficiența serviciilor.
4. Rata internărilor continue în spital a scăzut constant în perioada analizată.
5. Procesul de reformare a instituțiilor rezidențiale mari pentru persoanele adulte cu dizabilități se realizează cu succes.
6. Progresul în ceea ce privește procesul de dezinstituționalizare a copiilor din sistemul de protecție specială este întârziat.
7. Asigurarea persoanelor vârstnice cu servicii sociale îmbunătățite este de asemenea întârziată.
8. Disponibilitatea și retenția resurselor umane medicale și tehnice necesare pentru a utiliza corespunzător echipamentele achiziționate influențează eficacitatea proiectelor.
9. În domeniul social, cel mai eficient mecanism de asigurare a implementării intervențiilor (inițiere a proiectelor de către DGASPC-uri) a fost impulsivitatea reformării sistemului prin schimbări legislative.
10. UAT-urile din mediul urban dețin capacitatea de a asigura sustenabilitatea serviciilor care urmează să fie furnizate în cadrul infrastructurii sociale dezvoltată prin proiectele finanțate din AP 8. Unitățile administrativ-teritoriale din mediul rural par să întâmpine dificultăți în asigurarea sustenabilității, în pofida angajamentelor contractuale asumate.

### *Concluzii și recomandări*

1. Implementarea proiectelor finanțate pe AP 8 are un efect pozitiv prin scăderea nevoii neacoperite de servicii medicale pentru chintila inferioară de la valoarea inițială de 13,3%, la valoarea de 8% în 2015 și, mai recent la valoarea de 3,4% în 2018<sup>1</sup> conform Eurostat. Această valoare recentă depășește deja ținta propusă pentru 2023 (9,3%), iar prin proiectele implementate în fiecare județ din România, practic populația deservită de servicii medicale îmbunătățite depășește cu mult valoarea țintă propusă pentru 2023 (500.000 persoane). Totuși,

<sup>1</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

această evoluție trebuie considerată ca fiind rezultatul mai multor factori determinanți, cum ar fi proiectele finalizate din POR 2007-2013, modificări legislative în domeniul sănătății, modificări de ordin fiscal etc.

Reducerea timpului de intervenție/răspuns necesită îmbunătățiri în condițiile în care două treimi din parcul de ambulanțe este uzat fizic avansat, personalul disponibil este insuficient, iar infrastructura rutieră nu s-a îmbunătățit semnificativ.

În lipsa unui indicator relevant disponibil se poate considera că echipamentele noi sau multiple cresc calitatea și fiabilitatea serviciilor oferite, scad timpul de așteptare și în anumite situații sunt poziționate într-o unitate sanitară mai aproape de domiciliul pacientului, factori care ar trebui să crească satisfacția serviciilor primite de către beneficiari.

R1. Se recomandă promovarea finanțării prioritare a proiectelor care își propun în mod fundamentat scăderea gradientului de inechitate marcat între persoanele cu un status socioeconomic ridicat și persoanele dezavantajate prin dezvoltarea în perioada următoare a centrelor comunitare integrate și a asistenței medicale comunitare pentru populația vulnerabilă.

R2. Se recomandă remodelarea și transformarea unora dintre unitățile sanitare mici și mijlocii în ambulatorii de specialitate/centre comprehensive de diagnostic și tratament inclusiv cu capacitate pentru spitalizarea de zi în vederea diminuării diferenței între echiparea diferitelor regiuni și a modelului unde serviciile ambulatorii sunt concentrate în anumite orașe se păstrează același model de dotare în detrimentul centrelor mai mici<sup>2</sup>.

R.3 Având în vedere că o mare parte din indicatorii de realizare imediată și mai ales cei de rezultat nu au fost completați se recomandă implicarea Ministerului Sănătății în definirea cadrului de monitorizare a intervenției, alinierea indicatorilor cu cei utilizați în mod uzual de către unitățile medicale, limitarea numărului acestora la cei considerați absolut necesari și relevanți.

2. Chiar dacă rata internărilor continue în spital a scăzut constant în perioada analizată, aproximativ 30% din internările efectuate în spital sunt pentru afecțiuni care ar fi putut fi tratate în ambulator (medic de familie sau ambulatoriu de specialitate) dacă aceste servicii ar fi fost disponibile și eficiente.

Disponibilitatea crescută a serviciilor ambulatorii eficiente este esențială pentru degrevarea UPU și a spitalelor de cazurile care nu necesită îngrijiri la acel nivel.

R4. Se recomandă reconfigurarea serviciilor de ambulator (consultații și investigații oferite în aceeași vizită), și actualizarea tarifelor acestora având în vedere eficacitatea și sustenabilitatea acestor servicii în creșterea accesului la servicii de sănătate în special pentru populația vulnerabilă.

---

<sup>2</sup> Reamintim faptul ca Obiectivul principal al axei 8.1 POR 2014-2020 este implementarea viziunii Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 referitoare la schimbarea piramidei ofertei serviciilor de sănătate și reducerea inechităților de acces la servicii de sănătate în special pentru populația vulnerabilă. Până în prezent niciun proiect din această axă nu a avut ca obiectiv remodelarea și transformarea unui spital mic în ambulatoriu de specialitate în condițiile în care o parte importantă a acestor spitale au funcție preponderentă de hostel social și nu de creștere reală a accesului la servicii de sănătate de bază.

3. Ținta de realizare a numărului de beneficiari (persoane cu dizabilități) de infrastructură de dezinstituționalizare construită/reabilitată/modernizată/extinsă/dotată a fost realizată în proporție de 45%, însă progresul indicatorului privind prestarea serviciilor sociale cât mai aproape de locul de trai este minor (3%).

Progresul în ceea ce privește procesul de dezinstituționalizare a copiilor din sistemul de protecție specială este prematur să fie analizat, dat fiind că la data limită a evaluării a existat doar un singur proiect contractat. Totuși, mai recent au fost contractate încă 7 proiecte și sunt în pregătire alte 15, ceea ce asigură premisele pentru îndeplinirea Țintelor propuse.

Crearea serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice este cu mult în urma Țintei având un nivel de realizare de 9%.

R5. Este necesară dezvoltarea parteneriatelor la nivel de județ și definirea portofoliului de proiecte. La nivel de județ, DGASPC împreună cu UAT-urile și prestatorii de servicii sociale ar trebui să realizeze o analiză a nevoilor beneficiarilor la nivel de județ, să identifice prioritățile de finanțare și să elaboreze conceptele de proiecte. Ar trebui estimată necesitatea reală de a crea diverse tipuri de servicii sociale pentru fiecare grup țintă și ar trebui elaborată o listă de instituții, centre care trebuie reabilitate, cât și o listă de comunități în care trebuie create centre noi.

R6. O altă modalitate prin care DGASPC-urile ar putea reduce din presiunea asupra APL-urilor rurale este să facă un concurs de soluții la care să fie invitați să participe UAT-urile. Iar conceptele de proiecte selectate să servească drept bază pentru elaborarea unui proiect mai mare de către DGASPC în care să fie lider de proiect.

4. Intervențiile care se dovedesc eficace sunt cele în care activitățile au fost concepute și implementate integrat cuprinzând servicii de construcții/reabilitări/modernizări/dotări cu echipamente, precum și atragere și instruire de personal suplimentar, iar resursele provin din proiecte complementare finanțate și din alte programe operaționale.

R7. AM POR împreună cu Ministerul Sănătății ar trebui să promoveze existența unei planificări strategice la nivelul instituțiilor sanitare în concordanță cu strategiile de dezvoltare județene/ regionale/ naționale și cu strategiile sectoriale și a unor studii de fezabilitate/ studii de oportunitate/ studii de impact actualizate și disponibile la nivelul instituției sanitare pentru investițiile majore pentru a crește eficacitatea intervenției.

R8. În domeniul sănătății pentru îmbunătățirea calității proiectelor se recomandă elaborarea unor mecanisme și instrumente de coordonare clare și susținute la nivel național pentru a asigura standardizarea instrumentelor care pot evalua necesarul de infrastructură, echipamente, resurse umane, prioritizarea investițiilor, variabilitatea costurilor de achiziție a echipamentelor și a lucrărilor similare.

În domeniul social, în cazul în care apelul de proiecte este competitiv, beneficiază mai mult comunitățile care au experiență în procesul de elaborare de proiecte și administrare, iar comunitățile dezavantajate rămân dezavantajate.

R9. Legislația actuală prevede că centrele comunitare integrate se pot înființa numai ca entități publice în subordinea sau în structura autorității administrației publice locale.



Prin urmare, dezvoltarea echitabilă a acestor servicii ar trebui să includă acordarea de sprijin din POR autorităților publice locale, mai ales celor din comunități dezavantajate, cu oportunități, resurse și instrumente printr-un apel de proiecte dedicat acestei teme. Apelul nu ar trebui să fie competitiv pentru că nu calitatea elaborării aplicației sau aspectul inovator al proiectului este important, ci necesitatea de servicii sociale concrete în anumite localități.

5. Din perspectivă teritorială, resursele au fost distribuite preponderent pentru regiunile de dezvoltare în care nevoile sociale și cererea de servicii sociale au înregistrat cele mai ridicate valori. Totuși, la nivelul distribuirii resurselor în interiorul regiunii de dezvoltare majoritatea investițiilor sunt realizate la nivel urban, cu toate că necesitatea de servicii sociale este, în primul rând, la nivel rural.

R10. Se recomandă lansarea unui apel de proiecte din POR care să acorde prioritate creării centrelor de servicii comunitare integrate și centrelor de zi în comunitățile rurale, dar și oferirea de suport tehnic pentru construcția parteneriatelor la nivel de județ și definirea portofoliului de proiecte pentru o acoperire mai bună cu servicii a acestor comunități. De asemenea, se recomandă corelarea cu intervențiile din PNDR cu obiective sociale.

6. Centrele comunitare integrate medico-sociale menționate distinctiv în Strategia Națională de Sănătate 2014 - 2020 și una dintre verigile importante pe care a fost construită logica intervenției acestui program operațional, nu au fost finanțate până în prezent din POR 2014-2020.

Reintegrarea persoanelor cu dizabilități necesită resurse financiare pentru activități de conștientizare/dezvoltare a toleranței în comunitate și de prestare de servicii sociale pentru toți membrii comunității pentru a reuși o integrare cât mai bună a beneficiarilor țintă.

R11. Se recomandă clarificarea statutului și rolul instituțional al centrelor comunitare integrate în arhitectura funcțională a sistemului de sănătate și a procesului de descentralizare în sănătate este imperios necesară în vederea îmbunătățirii logicii intervenției acestui program.

R12. Se recomandă creșterea rolului ministerelor de resort (Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii și Justiției Sociale) în monitorizarea furnizării de servicii care mențin sau cresc inechitățile de acces pentru grupele dezavantajate și posibilitatea intervenției când se întâmplă acest lucru.

R13. Pentru a spori eficacitatea proiectelor care se adresează persoanelor cu dizabilități este necesară implicarea unui număr cât mai mare de factori interesați din comunitatea respectivă. Aceasta implică planificarea unor procese de consultare mai complexe, cu alocare corespunzătoare de timp și resurse.

**Întrebarea de evaluare 7: Care este nivelul de sustenabilitate al serviciilor sociale și dimensiunea socială a acțiunilor promovate de POR?**

7. Rolul finanțatorilor publici este esențial în sustenabilitatea unităților sanitare reabilite și dotate prin POR. Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății sunt principalii finanțatori ai serviciilor de sănătate furnizate în unitățile sanitare reabilite și dotate prin POR.

R14. Se recomandă întărirea rolului echipei manageriale și a decidentului local în planificarea optimă a activității ambulatoriilor integrate, angajarea personalului necesar pentru echipamentele noi și contractarea suplimentară a serviciilor ce pot fi oferite.

R15. AM POR ar trebui să sprijine Ministerul Sănătății care, împreună cu decidenții locali, să promoveze remodelarea și transformarea unora dintre unitățile sanitare mici și mijlocii în ambulatorii de specialitate/centre comprehensive de diagnostic și tratament inclusiv cu capacitate pentru spitalizarea de zi în conformitate cu obiectivele Strategiei Naționale de Sănătate și a surselor de finanțare identificate pentru implementarea acesteia identificate pentru implementarea acesteia (de exemplu POR 2014-2020).

Preocuparea administrațiilor publice locale din mediul rural pentru asigurarea sustenabilității serviciilor sociale create este mare. În lipsa unui instrument de finanțare direct de la bugetul de stat a serviciilor sociale la nivel de comunitate, interesul din partea administrațiilor publice locale de nivel rural tinde să rămână redus.

#### *Abordarea metodologică*

Din punct de vedere metodologic evaluarea a avut două dimensiuni, una cantitativă și una calitativă - cea dintâi s-a axat pe procesarea datelor secundare colectate pentru indicatorii POR și a datelor statistice din rapoarte sau din baze de date ale instituțiilor implicate, iar cea calitativă pe identificarea factorilor care influențează implementarea și aprofundarea anumitor informații.

Au fost utilizate următoarele metode de colectare a datelor: cercetarea documentară, interviul, grupul nominal, studiul de caz și panelul de experți.

Principala limitare a evaluării a fost reprezentată de stadiul incipient de implementare al multor contracte, ceea ce a limitat substanțial analiza progresului în implementare, a realizărilor obținute și a modului în care se asigură sustenabilitatea. În absența rapoartelor de progres și de monitorizare, în special pentru proiectele UAT, rezultatele evaluării au fost construite predominant pe bază de estimări rezultate din angajamentele contractuale și din informațiile furnizate în cadrul interviurilor și al grupurilor nominale.

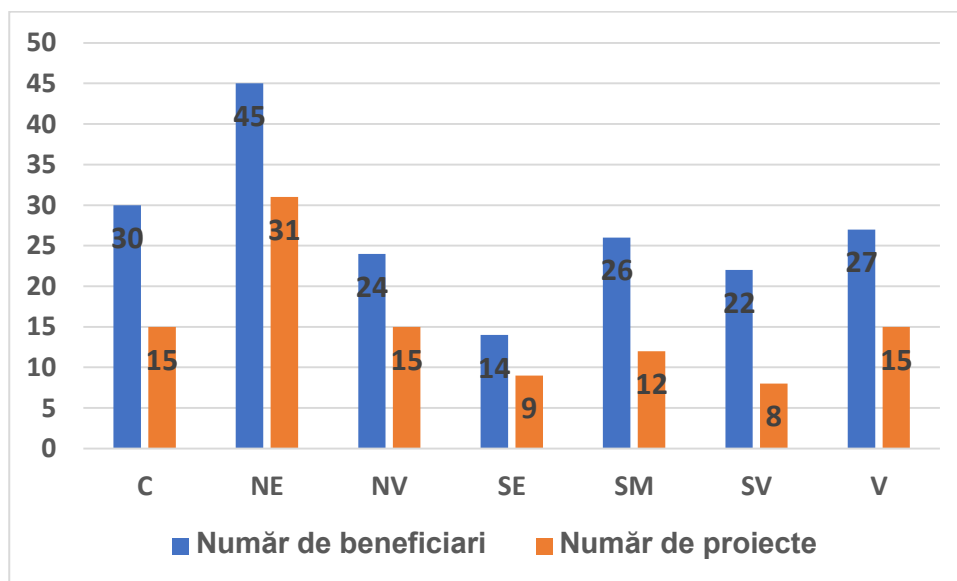
## 2. Situația existentă

Axa Prioritară 8 a POR 2014-2020 vizează investiții în infrastructurile sanitare și sociale care contribuie la dezvoltarea la nivel național, regional și local, reducând inegalitățile în ceea ce privește starea de sănătate și promovând incluziunea socială prin îmbunătățirea accesului la serviciile sociale, culturale și de recreere, precum și trecerea de la serviciile instituționale la serviciile prestate de comunități. Conform datelor furnizate de Autoritatea de Management pentru Programul Operațional Regional (AM POR) valoarea totală a alocării pentru AP 8 este de **348.117.301 euro**.

Până la data de **25.02.2019**, care reprezintă **data stabilită drept limită pentru acest studiu**, au fost lansate 15 apeluri pentru propuneri de proiect în valoare totală de 277.383.091 euro, au fost depuse 407 cereri de finanțare și **au fost contractate 105 proiecte** care acoperă 7 din cele 8 regiuni de dezvoltare (exclusiv BI). **Valoarea totală contractată este de 379.864.822 euro** (Figura 1), iar valoarea totală a finanțării nerambursabile este de 275.334.857 euro. Toate proiectele sunt în curs de implementare, doar 3 proiecte fiind începute în decembrie 2017, restul fiind începute în 2018 sau în 2019. Nici un proiect nu este raportat ca fiind finalizat.

Cele 105 proiecte au **218 beneficiari** - unități medicale și unități sociale - dintre care cei mai mulți beneficiari sunt unități spitalicești (147), iar cei mai puțini sunt reprezentați de unități sociale (42). Cele mai multe proiecte sunt realizate în parteneriat cu Ministerul Sănătății (MS), respectiv Inspectoratul General pentru Situații de Urgență (IGSU) ca lider de proiect, și cu unități administrativ-teritoriale (UAT) de pe raza județului unde se află amplasată unitatea beneficiară.

**Figura 1 - Distribuția regională a proiectelor și beneficiarilor - situație la 25.02.2019<sup>3</sup>**



<sup>3</sup> Sursa : AM POR

## 3. Etapele studiului

### 3.1. Descrierea metodologiei

Evaluarea a avut două dimensiuni, una cantitativă și una calitativă - cea dintâi s-a axat pe procesarea datelor secundare colectate pentru indicatorii POR și a datelor statistice din rapoarte sau din baze de date ale instituțiilor implicate, iar cea calitativă pe identificarea factorilor care influențează implementarea și aprofundarea anumitor informații.

Modelul de analiză a fost construit ținând cont de: analiza documentară, analiza evaluabilității, recomandările Planului Multianual de Evaluare (PME), precum și de lecțiile învățate din evaluările precedente. În special, pornind din progresul în implementarea intervențiilor în cadrul Axei 8 (105 de proiecte, toate cu începere cel mai devreme în 2018) menționăm că în această fază nu s-a putut estima impactul obținut efectiv, ci, mai degrabă, s-a analizat progresul în implementare. A fost adoptat cu precădere un model de tip interpretativ și participativ.

Designul metodologic al evaluării a avut în vedere două criterii de evaluare (eficacitate și sustenabilitate) și șapte întrebări de evaluare. Matricea evaluării este prezentată în Anexa 1.

În procesul de evaluare au fost utilizate cinci metode de colectare a datelor descrise în continuare.

#### 1. Cercetarea documentară

Au fost utilizate următoarele surse de date (Anexa 2):

##### *Documente*

- Cererile de finanțare ale proiectelor contractate până la data limită convenită pentru acest studiu (25.02.2019);
- Rapoarte de progres, de vizită și de monitorizare pentru aceleași proiecte;
- Rapoarte ale instituțiilor centrale de referință pentru cele două domenii ale studiului (sănătate și social);
- Literatura de specialitate (studii, analize etc.).

##### *Baze de date*

- Baza de date AM POR cu privire la proiectele contractate (SMIS);
- Alte baze de date și surse de date statistice relevante (INSP, Eurostat etc.).

##### *Site-uri web*

- Site-uri web ale autorităților locale;
- Site-uri web ale unităților medicale;
- Site-urile MFE ([www.fonduri-ue.ro](http://www.fonduri-ue.ro)), MS ([www.ms.ro](http://www.ms.ro)) și POR ([www.inforegio.ro](http://www.inforegio.ro)).

#### 2. Interviuri semi-structurate

Scopul interviurilor a fost acela de a colecta informații de natură calitativă indispensabile pentru furnizarea unui răspuns la întrebări de evaluare și de a aprofunda anumite aspecte rezultate din datele secundare.

Interviurile au fost realizate față-în-față cu reprezentanți ai beneficiarilor, dar și cu angajații unităților ce prestează servicii de sănătate/ sociale selectate pentru realizarea studiilor de caz, precum și cu reprezentanți ai administrației publice locale. În plus, au fost intervievați membri ai personalului ADR direct implicați în gestionarea programului și responsabili de elaborarea Planurilor de Dezvoltare Regională, Departamentele AM POR, Monitorizare, Contractare și Programare și alte entități publice centrale implicate în gestionarea de politici în domeniul sănătății și al servicii sociale. Pentru realizarea interviurilor am utilizat un ghid de interviu care se regăsește în Anexa 3.

### 3. Grupuri nominale

Grupurile nominale sunt de obicei organizate în etapa finală a activității de evaluare, pentru a discuta și analiza informațiile colectate anterior în procesul de evaluare. Grupul de participanți analizează informațiile colectate, prioritizează problemele și rezultatele relevante, identificând potențialele scenarii noi. Au fost organizate 2 grupuri nominale: primul, în județul selectat în calitate de studiu de caz pentru intervenții în domeniul serviciilor de sănătate și al doilea grup nominal în județul selectat în calitate de studiu de caz pentru intervenții în domeniul serviciilor sociale. Grupurile nominale s-au desfășurat după un scenariu de tip SWOT și au inclus și analiza validității teroriei programului (AP 8), precum și validarea aspectelor empirice constatate în evaluare. Rapoartele aferente celor două grupuri nominale sunt prezentate în Anexa 4.

### 4. Studiul de caz

Scopul realizării studiilor de caz a fost acela de suplimenta informațiile calitative și cantitative deja obținute în vederea detalierii și explicării anumitor constatări deja conturate în urma datelor colectate anterior. Au fost realizate 8 studii de caz, dintre care două de profunzime și restul de 6 de complexitate mai redusă. Studiile de caz de profunzime au fost selectate după următoarele criterii: 1/ județ prioritar identificat în Planurile Regionale de Sănătate; 2/ județ cu un număr mai mare de proiecte în curs de realizare; 3/ județ în care au fost create mai multe tipuri diverse de servicii de sănătate, respectiv sociale. Studiile de complexitate au fost realizate astfel:

- 2 studii de caz realizate în comunitățile mici, marginalizate - pentru identificarea problemelor cu care se confruntă acestea și gradul în care intervenția a contribuit la rezolvarea acestora.
- 2 studii de caz în comunitățile de romi - pentru identificarea problemelor de implementare a proiectelor, cât și a gradului în care intervenția a contribuit la rezolvarea problemelor beneficiarilor finali.
- 2 studii de caz în județe cu un număr minimal de proiecte realizate (pentru a identifica diferențe, explicații pentru relații cauze).

Studiile de caz s-au realizat prin: cercetare documentară, interviuri (cu managerii de proiecte și cu reprezentanții legali ai beneficiarilor, personal al instituției vizitate etc.), vizite la fața locului, observație directă. Studiile de caz sunt prezentate în Anexele 5.1 - 5.8.

### 5. Panelul de experți

Grupul țintă al panelului de experți a inclus 6 experți în domeniul serviciilor de sănătate, respectiv social, deci s-au organizat 2 paneluri de experți. Experții au fost selectați din cadrul comunității academice, din rândul managerilor unităților medicale, și din rândul experților în domeniile social și de sănătate publică. Consultarea panelului de experți a fost organizată pentru a colecta informații specifice cu privire la cele 2 domenii de evaluare (unul în domeniul social și unul în domeniul sănătate publică). În special, panelul de experți a contribuit la:

- identificarea provocărilor actuale și a celor noi pentru dezvoltarea viitoare a serviciilor medicale, și respectiv sociale, luând în considerare datele colectate în teritoriu cât și experiența participanților;
- examinarea sustenabilității celor 2 categorii de intervenții;
- stimularea contribuției reciproce a fiecărei experiențe pentru a îmbogăți baza de cunoștințe pentru evaluare.

Rapoartele celor două paneluri de experți sunt prezentate în Anexa 6.

### 3.2. Literatură de specialitate

Toate documentele strategice importante elaborate în ultimii 15 ani recunosc necesitatea reformării, chiar a restructurării sistemului de sănătate publică astfel încât grupurile social-vulnerabile să devină o prioritate pentru prestarea serviciilor. Cel mai mult sunt afectate grupurile vulnerabile, în special din mediul rural, inclusiv sau în special persoanele care trăiesc în localități rurale mici, izolate. Principiul echității, care constă în creșterea accesului la serviciile de sănătate de bază pentru toți, în special pentru cei vulnerabili și dezavantajați, este unul dintre principiile care stă la baza Strategiei Naționale pentru Sănătate 2014-2020.

Studiul de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020 indică faptul că riscul de sărăcie este de trei ori mai mare în zonele rurale decât în zonele urbane. Caracteristicile decalajului urban/ rural din cadrul societății românești sunt reflectate de diferența foarte mare dintre valorile indicatorului AROP<sup>4</sup> pentru cele două zone. În 2012, în timp ce doar 11% dintre persoanele care trăiau în zonele dens populate sau intermediare erau expuse riscului de sărăcie, 38% dintre cele care trăiau în zonele slab populate erau expuse acestui risc.

**Vârstnicii, în special femeii.** Chiar dacă bunăstarea relativă a vârstnicilor s-a îmbunătățit de-a lungul anilor, în cadrul acestui grup există un decalaj mai mare între sexe. Diferența din punct de vedere al sărăciei dintre bărbații și femeile cu vârste de 65 de ani și peste este de 10 puncte procentuale (19,3% pentru femei, față de 9,2% pentru bărbați). Diferența este și mai mare în cazul persoanelor cu vârste de 80 de ani și peste. În 2012-2013, în categoria persoanelor vulnerabile era inclus un număr estimat de peste 725.000 de persoane cu vârsta peste 80 de ani.

**Romii** prezintă un risc mult mai mare de sărăcie decât populația generală, indiferent de vârstă, educație sau mediu de rezidență. Conform pragului național al sărăciei absolute determinat pe baza consumului din anul 2013, cetățenii de etnie romă sunt expuși unui risc de sărăcie de zece ori mai ridicat decât restul populației, rata de sărăcie absolută în rândul romilor fiind de 33% în

<sup>4</sup> "At risk of poverty rate" - este un indicator EUROSTAT care se referă la procentul de persoane care trăiesc sub pragul de sărăcie.



2013, în timp ce numai 3,4% dintre non-romi se situau sub pragul sărăciei. În 2012-2013, în categoria persoanelor vulnerabile era inclus un număr estimat de 1,85 milioane de romi. Asistența medicală este un alt domeniu în care guvernul vizează grupurile de romi și grupurile dezavantajate (persoanele din mediul rural, unde accesul la servicii de sănătate este limitat) prin intermediul programului de mediere în domeniul sănătății, integrat ca parte a programelor naționale elaborate de Ministerul Sănătății în care se menționează faptul că, în afară de programul de mediatori sanitari romi, nu există niciun alt program specific de asistență medicală care să vizeze numai romii.

**Copii săraci.** În 2012-2013, în categoria persoanelor vulnerabile era inclus un număr estimat de 1,4 milioane de copii săraci (cu vârste cuprinse între 0 și 17 ani). Există grupuri importante numeric de copii vulnerabili care beneficiază prea puțin de servicii sociale sau a căror situație nu se îmbunătățește considerabil în timp. Sistemul de asistență socială nu este încă suficient de bine dezvoltat la nivelul întregii țări pentru a asigura identificarea tuturor cazurilor vulnerabile în comunitate, pentru a le orienta spre forme de suport instituțional, inclusiv financiar, și pentru a preveni agravarea situațiilor. Procesele de dezorganizare familială, corelate cu sărăcia, au generat o creștere a numărului și incidenței problemelor cu care se confruntă anumite categorii de copii, cum ar fi părăsirea copiilor de către părinți, delincvență juvenilă, consum de droguri, abuz/ neglijare/ exploatare, inclusiv exploatare prin muncă sau alte forme, trafic de persoane, traiul în stradă etc.

**Copii și adulți cu dizabilități.** Circa 687.000 de copii și adulți cu dizabilități care trăiesc în familie și alți 16.800 care trăiesc în instituții, peste 62.000 de copii cuprinși în sistemul de protecție specială (fie în centre de plasament, fie în servicii de tip familial) și aproximativ 1.500 de copii abandonți în unitățile medicale.

**Calitatea serviciilor medicale.** Discrepanța dintre servicii medicale urbane și rurale continuă să persiste și este semnificativă. Din punct de vedere al personalului sanitar care asigură îngrijirea sănătății populației, în mediul rural acesta a fost slab reprezentat, de exemplu cabinetele medicale independente cu specialitatea stomatologie au furnizat servicii medicale prin intermediul a 10.800 mii unități dintre care 10.400 în urban și doar 381 în rural. Numărul de locuitori care revin unui cabinet independent de specialitate este de 23 de ori mai mare în mediul rural decât în cel urban<sup>5</sup>.

Performanțele sistemului de sănătate sunt afectate și de factori determinanți interni: o mare parte din serviciile de sănătate se acordă direct în spital, acest segment fiind mult hipertrofiat, pe când serviciile furnizate în comunitate sunt oferite într-un volum mult sub necesar (de exemplu, servicii de asigurarea sănătății mamei și copilului, servicii de îngrijiri la domiciliu pentru pacienții dependenți, servicii de monitorizare a pacienților cu diabet etc.).

Necesitatea de reorganizare a sistemului de sănătate publică este recunoscută de experți în domeniu<sup>6</sup> care constată faptul că pacienții evită adresarea la medicina primară, solicitând serviciile ambulanței sau adresându-se direct la spitalele unde se oferă servicii medicale de urgență, în orele de lucru. Astfel serviciile de medicină primară rămânând nesolicitate, cele de

<sup>5</sup> Institutul Național de Statistică, 2018, [www.insse.ro](http://www.insse.ro)

<sup>6</sup> *Health Systems in Transition* Vol. 18 No. 4 2016, *Romania Health System Review*, Cristian Vlădescu, Silvia Gabriela Scîntee, Victor Olsavszky, Cristina Hernández-Quevedo Anna Sagan

urgență sau de spital fiind suprasolicitate. Un număr mare de cazuri în care a fost solicitată ambulanță sunt rezolvabile la domiciliu, fără spitalizare, ceea ce indică repetat suprasolicitarea serviciilor de ambulanță și sub-solicitarea medicinei primare.

**Plăți informale.** Lipsa integrității sistemului de servicii în domeniul sănătății publice este trăsătura lui principală. Raportul MCV indică problema plăților informale în domeniul sănătății, problemă ce afectează în primul rând păturile social vulnerabile.

**Numărul mare de copii în centre de plasament.** Sistemul de protecție a copilului din România este încă unul dintre cele mai mari, fiind responsabil să asigure servicii de îngrijire pentru aproximativ 60.000 de copii (din care 52.000 în cadrul sistemului special de protecție). La finalul anului 2014, circa o treime din copiii aflați în sistemul de protecție specială erau plasați în servicii rezidențiale, din care circa o jumătate trăiau încă în centre de plasament (pondere asemănătoare cu cea din 2011).

**Accesibilitatea înseamnă prestarea serviciilor cât mai aproape de beneficiari.** Strategia Națională "O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități" 2015-2020 recomandă asigurarea serviciilor de sănătate la un cost rezonabil și cât mai aproape posibil de comunitățile în care trăiesc persoanele cu dizabilități. Adoptarea modelului european cu structuri periferice care au rolul de a oferi nevoile de bază, cu centre de dimensiuni mari și cu specialități specifice ar putea fi o oportunitate de a echilibra teritorialitatea puternică a serviciilor de sănătate, în special pentru zonele mai sărace și cele mai izolate. Cauzele acestor deficiențe structurale se datorează, de asemenea, investițiilor istorice strategice slabe în domeniul sănătății, precum și unor factori externi (de exemplu, infrastructuri rutiere), rezultând o capacitate limitată de a sprijini accesul echitabil la servicii medicale de calitate. (Evaluarea de Impact a DMI 3.1, 2015). Aceeași abordare se regăsește și în Strategia Națională pentru Sănătate 2014-2020. Aceasta menționează necesitatea descentralizării în sănătate, creșterea competențelor comunităților locale și a responsabilizării acestora pentru utilizarea cât mai eficace a resurselor disponibile serviciilor de sănătate, pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Aceasta ar trebui să se realizeze printr-o serie de acțiuni, cum ar fi de exemplu:

1. Un sistem de servicii de asistență comunitară de bază destinate grupurilor vulnerabile.
2. Creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară.
3. Consolidarea calității și eficacității serviciilor furnizate în ambulatoriul de specialitate.
4. Creșterea gradului de siguranță a populației prin consolidarea sistemului integrat de urgență și asigurarea accesibilității la asistența medicală de urgență adecvată în mod echitabil.
5. Regionalizarea/ concentrarea asistenței medicale spitalicești și crearea de rețele regionale de referință cu spitale și laboratoare de diferite grade de competență interconectate cu sectorul de asistență primară și ambulatorie de specialitate.
6. Creșterea accesului la servicii de reabilitare, paliativ și de îngrijiri pe termen lung.

**Dezinstituționalizarea serviciilor pentru îngrijirea copiilor.** Strategia Națională pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Copilului 2014-2020 declară prioritare obiective precum 1/ creșterea gradului de acoperire a serviciilor la nivel local, 2/ reducerea decalajelor existente



între copiii din mediul rural și copiii din mediul urban și 3/ continuarea tranziției de la îngrijirea instituțională a copiilor la îngrijire comunitară.

**Răsturnarea piramidei viciate a serviciilor.** Strategia Națională pentru Sănătate 2014-2020 își propune ca ambulatoriul să dețină o pondere mult mai importantă în oferirea de servicii medicale de specialitate și să constituie un filtru eficace în reducerea spitalizărilor evitabile. Viziunea pentru perioada 2014-2020 este de a inversa această piramidă viciată a serviciilor și de a asigura gradual o acoperire mai mare a nevoilor de sănătate ale populației prin serviciile de la baza sistemului (servicii de asistență comunitară, servicii de asistență acordate de medicul de familie și de ambulatoriul de specialitate). Studiul de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020 recomandă ca priorități naționale mai multe obiective specifice ce asigură dezvoltarea unui ecosistem social de suport pentru grupurile sociale vulnerabile, în special din comunitățile rurale:

- Consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar
- Crearea unor echipe comunitare de intervenție integrată
- Îmbunătățirea coordonării orizontale și verticale și asigurarea integrării serviciilor sociale

De asemenea, Studiul de fundamentare recomandă și obiective specifice pentru asigurarea accesului la servicii de sănătate publică ceea ce coincide cu viziunea expusă în Strategia Națională pentru Sănătate 2014-2020.

**Asigurarea accesibilității începe încă din faza de proiectare. Toate politicile locale trebuie analizate în ce măsură promovează accesibilitatea serviciilor.** În toate politicile, programele, serviciile, produsele și resursele din comunitate destinate persoanelor cu dizabilități, a aspectelor referitoare la cost, disponibilitate, adaptare, proximitate, pentru a preîntâmpina crearea de noi bariere, precum și identificarea și eliminarea barierelor existente care limitează accesul persoanelor cu dizabilități la toate domeniile vieții. Studiile recomandă ca priorități naționale mai multe obiective specifice ce asigură dezvoltarea unui ecosistem social de suport pentru grupurile social vulnerabile, în special din mediul rural:

- consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar;
- crearea unor echipe comunitare de intervenție integrată;
- îmbunătățirea coordonării orizontale și verticale și asigurarea integrării serviciilor sociale;
- estimarea riguroasă a costurilor și alocarea unui buget adecvat;
- elaborarea unor metodologii, protocoale și proceduri de lucru clare.

Dezvoltarea și diversificarea serviciilor sociale adresate grupurilor vulnerabile (vârstnici, copii lipsiți de îngrijire părintească, romi, copii instituționalizați, persoane cu dizabilități, tineri care părăsesc instituțiile rezidențiale, mame).

**Informarea și promovarea serviciilor noi create.** Concomitent cu dezvoltarea măsurilor de prevenire a instituționalizării și de susținerea unui mod de viață independent în comunitate trebuie planificate și realizate măsuri de informare și promovare a serviciilor.

**Reforma de dezinstituționalizare a copiilor trebuie să urmeze o planificare riguroasă a reformării tuturor serviciilor și politicilor locale.** Planul operațional pentru închiderea centrelor de plasament pentru copii din România<sup>7</sup>, oferă cinci lecții principale care trebuie luate în considerare de decidenți în această nouă etapă de reformă.

Principalele lecții învățate arată că:

1/ planificarea închiderii centrelor și dezvoltării de noi servicii trebuie să aibă la bază nevoile specifice identificate pentru fiecare copil și familia acestuia, precum și consultarea lor;

2/ închiderea centrelor de plasament trebuie în mod obligatoriu însoțită de dezvoltarea și consolidarea serviciilor de prevenire a separării copiilor de familie de la nivel de comunitate;

3/ este necesară sporirea considerabilă a activităților de monitorizare și evaluare a situației copiilor post-închidere centru de plasament, precum și a calității serviciilor alternative nou înființate;

4/ realizarea dezinstituționalizării ar trebui să se bazeze pe parteneriate public-private, ONG-urile fiind parteneri valoroși în domeniul protecției copilului;

5/ este necesară organizarea unor campanii de informare și sensibilizare la nivelul populației generale și a factorilor de decizie de la nivel local pentru a crește nivelul de acceptare și integrare a acestor copii, mai ales a celor cu nevoi speciale, în comunitate.

Instrucțiuni similare cu privire la dezinstituționalizare sunt oferite de către experții europeni<sup>8</sup>, care recomandă ca tranziția la sistem de servicii sociale la nivel de comunitate să urmeze mai multe reguli de implementare:

1/ totul trebuie să pornească de la o evaluare la nivel de comunitate (resurse, servicii și probleme existente);

2/ în baza evaluării se elaborează un plan strategic și de acțiuni (cu implicarea beneficiarilor în proces);

3/ serviciile comunitare trebuie prestate într-un cadru de politici publice ce le reglementează;

4/ serviciile comunitare se dezvoltă și diversifică prin elaborarea diverselor măsuri de prevenire a instituționalizării;

5/ planificarea adecvată trebuie să includă și alocarea de resurse financiare, materiale și umane;

6/ urmează elaborarea planurilor individuale (implicarea fiecărui beneficiar în elaborarea propriului plan);

7/ oferirea suportului pentru beneficiarii dezinstituționalizați și pentru comunitate pentru a depăși rezistența;

8/ elaborarea și implementarea unui sistem continuu de monitorizare a calității și formarea continuă pentru specialiștii implicați.

<sup>7</sup> Banca Mondială (2017)

<sup>8</sup> *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*, European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, November 2012

**Evaluarea și monitorizarea independentă a serviciilor de sănătate publică.** Toate serviciile de sănătate, în special din localitățile rurale, ar trebui să fie mai bine evaluate și monitorizate de către Comisia Națională pentru Acreditare, în vederea soluționării eficacității scăzute și în privința controlului calității<sup>9</sup>.

**Elaborarea de programe destinate comunităților marginalizate (unde locuiesc romi).** Proiectele intersectoriale integrate de regenerare, care urmăresc atingerea unui echilibru între incluziune socială și competitivitate economică, reprezintă cel mai bun mod de a reduce sărăcia concentrată la nivel teritorial în zonele urbane marginalizate, comunitățile rome și anumite zone rurale izolate. Aceste intervenții pot fi eficiente dacă beneficiază de susținere din partea unui număr mare de actori publici și privați (instituții publice, proprietari, locatari și firme). Politicile de combatere a segregării pot viza o anumită zonă geografică (intervenții zonale) sau anumite sectoare (politici adresate populației). Zonele „problematice” au nevoie de servicii accesibile și de calitate - locuințe la un preț convenabil, educație, locuri de muncă, servicii de îngrijire a copilului, asistență medicală și transport în comun<sup>10</sup>.

### 3.3. Colectare de date

**Colectarea de date cantitative** a avut ca scop prezentarea statistică și cantitativă a rezultatelor cercetării documentare, și anume a analizării bazelor de date disponibile. Datele cu privire la portofoliul de proiecte au fost obținute de la BE POR, AM POR și de la ADR-uri. Au fost colectate date statistice cu privire la infrastructura de sănătate și utilizatori, accesul acestora la servicii medicale, din baze de date statistice disponibile ale Institutului Național de Sănătate Publică și Eurostat.

**Colectarea de date calitative** a fost realizată prin intermediul mai multor metode prezentate în Tabelul 1.

**Tabelul 1 - Metode de colectarea datelor calitative și sursele de date**

Metoda de colectare/ analiză de date	Sursele utilizate în colectarea datelor calitative
Interviuri semi-structurate <ul style="list-style-type: none"> <li>- la nivel central</li> <li>- la nivel regional</li> </ul>	62, din care: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10</li> <li>- 52 (din care 23 interviuri de grup și 29 interviuri individuale) - Anexa 7</li> </ul>
Grup nominal	2 grupuri, unul în Cluj (7 participanți) și unul la Bacău (8 participanți) - Anexa 8
Studiu de caz	8 (Anexele 5.1 - 5.8)
Panelul de experți	2 paneluri, unul în domeniul serviciilor de sănătate (7 participanți), unul în domeniul serviciilor sociale (6 participanți) - Anexa 8

<sup>9</sup> Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

<sup>10</sup> Studiu de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020

În ceea ce privește cele 8 studii de caz (Anexele 5.1 - 5.8) acestea au avut ca teme fie câte un județ în care au fost implementate mai multe proiecte cu finanțare din AP 8, fie câte un proiect (au fost alese proiecte din toate cele trei obiective specifice ale AP 8). Temele studiilor de caz sunt prezentate în Tabelul 2.

**Tabelul 2 - Temele studiilor de caz**

Titlurile proiectelor și codul SMIS	Tema	Beneficiar	Regiune	Județ
„Servicii comunitare pentru persoane adulte cu dizabilități Tg.Ocna” (SMIS 119327); „Investiții în servicii sociale comunitare pentru persoane adulte cu dizabilități în comuna Tamași” (SMIS 119325); „Servicii sociale alternative pentru persoane adulte cu dizabilități” (SMIS 119324); „Infrastructură socială comunitară pentru persoane adulte cu dizabilități” (SMIS 119326); “Reabilitare și extindere clădire privind înființare centru de zi pentru persoane vârstnice cu unitate de îngrijire la domiciliu” (SMIS 116130); ”Înființare Centru de zi pentru persoane vârstnice în orașul Dărmănești, județul Bacău” (SMIS 114627)	Dezvoltarea serviciilor sociale în județul Bacău	DGASPC Bacău, UAT Tg. Ocna, UAT Filipeni, UAT Dărmănești, UAT Tamași, UAT Răcăciuni, UAT Municipiul Moinești, CJ Bacău	NE	Bacău
„Asigurarea accesului la servicii de sănătate în regim ambulatoriu pentru populația din Regiunea Nord Vest prin dotarea cu aparatură de înalta performanță” (SMIS 125231); „Asigurarea accesului la servicii de sănătate în regim ambulatoriu pentru populația județului Cluj” (SMIS 125321); „Asigurarea accesului la servicii de sănătate în regim ambulatoriu pentru populația Municipiului Cluj Napoca” (SMIS 125322); Îmbunătățirea accesului populației din Regiunea Nord Vest la servicii medicale de urgență, prin dotarea cu aparatură de înalta performanță (SMIS 125223); „Îmbunătățirea accesului populației din județul Cluj la servicii medicale de urgență” (SMIS 125318); „Îmbunătățirea accesului populației din Municipiul Cluj-Napoca la servicii medicale de urgență” (SMIS 125320);	Dezvoltarea serviciilor de sănătate în județul Cluj	15 ambulatorii de specialitate și 9 UPU din cadrul spitalelor din municipiul Cluj Napoca, SAJ Cluj, ISU Cluj	NV	Cluj

„Îmbunătățirea capacității de intervenție la urgențele medicale - Regiunea Nord Vest” (SMIS 125450)				
„Reabilitare, modernizare, extindere și dotare clădire, în vederea înființării unui centru social multifuncțional integrat pentru persoane vârstnice, comuna Munteni, județul Galați” (SMIS 117294)	Înființarea unui centru social multifuncțional integrat pentru persoane vârstnice, comuna Munteni, județul Galați	UAT Munteni	SE	Galați
„Îmbunătățirea capacității de intervenție la urgențele medicale în regiunea de Sud-Est” (SMIS 125456)	Îmbunătățirea capacității de intervenție la urgențele medicale în județul Brăila	IGSU, SAJ Brăila, ISU Brăila	SE	Brăila
„Asigurarea accesului la servicii de sănătate în regim ambulatoriu pentru populația județelor Argeș, Teleorman și Călărași” (SMIS 125358); „Îmbunătățirea accesului populației din județele Argeș, Teleorman și Călărași la servicii medicale de urgență” (SMIS 125357)	Îmbunătățirea accesului populației din județul Argeș la servicii medicale (ambulatoriu și de urgență) - Spitalul de Pediatrie Pitești	Ministerul Sănătății, Spitalul de Pediatrie Pitești	SM	Argeș
„Complex de 3 Locuințe Protejate și Centru de Zi, comuna Băbana, satul Lupueni, județul Argeș” (SMIS 120367); „Complex de 4 Locuințe protejate și Centru de zi, Comuna Tigveni, Sat Bârseștii de jos, Județul Argeș” (SMIS 120699)	Dezvoltarea infrastructurii sociale pentru persoane cu dizabilități în județul Argeș	DGASPC Argeș	SM	Argeș
„Îmbunătățirea accesului populației din Regiunea Sud-Vest Oltenia la servicii medicale de urgență, prin dotarea cu aparatură de înaltă performanță” (SMIS 125220); „Asigurarea accesului populației la servicii de sănătate în regim ambulatoriu pentru populația din Regiunea Sud-Vest Oltenia prin dotarea cu aparatură de înaltă performanță” (SMIS 125228); „Îmbunătățirea accesului populației din județele Mehedinți, Dolj și Olt la servicii medicale de urgență” (SMIS 25356); „Asigurarea accesului la servicii de sănătate în regim ambulatoriu pentru populația județelor Mehedinți, Dolj și Olt” (SMIS 125378)	Îmbunătățirea accesului populației din județul Dolj la servicii medicale (ambulatoriu și de urgență) - Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova	Ministerul Sănătății, Spitalul Clini de Urgență Craiova	SV	Dolj

„Schimbare de destinație din birouri în centru de zi pentru persoane vârstnice, extindere și etajare de la P la P+2, împrejmuire teren, puț forat, bazin etanș vidanjabil, platformă pavată” (SMIS 115458)	Modernizare Centru de zi pentru persoane vârstnice în comuna Malu Mare, județul Dolj	Asociația Global Help	SV	Dolj
--	--	-----------------------	----	------

### 3.4. Limitări în realizarea evaluării și mod de rezolvare

**Stadiul incipient de implementare al multor contracte** a limitat substanțial analiza progresului în implementare, a realizărilor obținute și a modului în care se asigură sustenabilitatea. În absența rapoartelor de progres și de monitorizare, în special pentru proiectele UAT, rezultatele evaluării au fost construite predominant pe bază de estimări rezultate din angajamentele contractuale și din informațiile furnizate în cadrul interviurilor și al grupurilor nominale.

**Numărul mare de evaluări care s-a desfășurat în paralel** a limitat considerabil disponibilitatea anumitor grupe de participanți la evaluare (mai ales la nivelul unor ADR-uri), iar acest fapt coroborat cu faza incipientă de implementare a proiectelor, a condus uneori la rezistență și întâzieri în efectuarea colectării de date de teren. Comasarea interviurilor pentru mai multe studii a fost o modalitate practică de a aborda și depăși această situație.

**Accesul limitat la date cantitative** într-un timp rezonabil, având în vedere planficarea activităților evaluării a redus numărul de surse de date, și, implicit, posibilitatea de analiză. Au fost identificate totuși surse de date alternative astfel încât să fie menținută robustețea analizelor.

## 4. Analiză și interpretare

### 4.1. Întrebarea de evaluare 1: În ce măsură a contribuit AP8 la creșterea accesibilității, calității și eficienței serviciilor publice de sănătate, inclusiv de urgență și de la nivel secundar, în special în zonele sărace/ izolate?

Creșterea accesibilității, calității și eficienței serviciilor publice de sănătate a fost analizată în funcție de următorii indicatori și sub-indicatori de evaluare:

- Nevoile neacoperite de servicii medicale (pentru chintila inferioară)
  - Nevoi de asistență medicală care au rămas neacoperite
  - Echipamente disponibile/nu sunt disponibile
  - Distribuția teritorială a serviciilor medicale create/renovate
- Populația deservită de servicii medicale îmbunătățite
  - Reducerea timpului de intervenție/răspuns
  - Gradul de satisfacție a beneficiarilor
  - Reducerea distanței până la domiciliu
  - Reducerea timpului de așteptare a serviciului
  - Echipare pentru persoane cu dizabilități/vârstnici



- Igiena, curățenia
- Beneficiari de infrastructură medicală construită/reabilitată/modernizată/extinsă/dotată
  - Fluxul zilnic de beneficiari (creștere/descreștere).

#### a/ Date colectate

Pentru a formula un răspuns robust la această întrebare de evaluare au fost colectate atât date cantitative, cât și date calitative.

*Datele cantitative:* au fost colectate date din cererile de finanțare și din rapoartele de progres ale intervențiilor contractate în cadrul AP 8 la data limită stabilită pentru evaluare (63 de proiecte). De asemenea, au fost colectate date cantitative secundare referitoare la cei trei indicatori cu sub-indicatorii aferenți prezentați anterior. Sursele de date utilizate au fost rapoartele anuale ale Departamentului de Stat pentru Situații de Urgență (DSU), baza de date online a Eurostat, precum și baza de date a Institutului Național de Sănătate Publică (INSP).

*Datele calitative:* colectate prin interviuri și grupuri nominale au vizat opiniile diferitelor părți interesate cu privire la calitatea și accesibilitatea serviciilor, precum și factorii care au influențat eficacitatea și eficiența intervențiilor finanțate din AP 8 etc.

#### b/ Analiza datelor

##### Nevoi neacoperite de servicii medicale (pentru chintila inferioară)

Nevoile neacoperite de servicii medicale sunt evaluate anual și raportate de către Eurostat în cadrul chestionarului pentru sănătate al Comisiei Europene (EU-SILC). Acestea arată dificultatea accesului la servicii de sănătate deoarece cheltuielile de sănătate sunt fie prea scumpe, fie distanța pentru accesarea serviciilor de sănătate este prea mare, fie există liste de așteptare, fie toate aceste impedimente la un loc. Inechitățile de acces sunt în relație directă cu statusul socio-economic astfel încât persoanele vulnerabile/ dezavantajate prezintă valori mari decât persoanele cu un status socio-economic ridicat, diferența fiind cu atât mai mare cu cât inechitățile sunt mai accentuate. Valoarea de bază stabilită pentru România în 2012, a fost de 13,3% pentru chintila inferioară a veniturilor (*persoanele cele mai vulnerabile*), iar valoarea țintă pentru anul 2023 a fost de 9,3 pentru aceeași categorie de persoane. Conform datelor de la Eurostat, în perioada analizată (2012-2017) a existat o tendință descrescătoare constantă a acestui indicator de la 8% în 2015 la 3,4 în 2018<sup>11</sup>, deja sub valoarea așteptată pentru 2023. Aceasta reprezintă doar parțial un indiciu cu privire la eficacitatea intervențiilor în domeniul sănătății finanțate din AP 8, deoarece există și alți factori care au condus în mod real la scăderea nivelului indicatorului menționat, cum ar fi de exemplu proiectele finalizate prin POR 2007-2013, intervenții realizate prin bugetul de stat, modificări legislative în domeniul sănătății, modificări de ordin fiscal cu impact în domeniu etc. În schimb diferența de acces între persoanele cu status socio-economic ridicat și scăzut rămâne în continuare importantă (5,7%), ceea ce arată ca inechitățile de acces sunt încă o problemă care trebuie adresată.

Din perspectiva monitorizării și evaluării AP 8, este important de remarcat faptul că deși indicatorul acesta este disponibil anual pe website-ul Eurostat, el nu a fost completat în nicio cerere de finanțare pentru proiectele evaluate sau în rapoartele de monitorizare care au fost puse la dispoziția evaluatorilor.

<sup>11</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

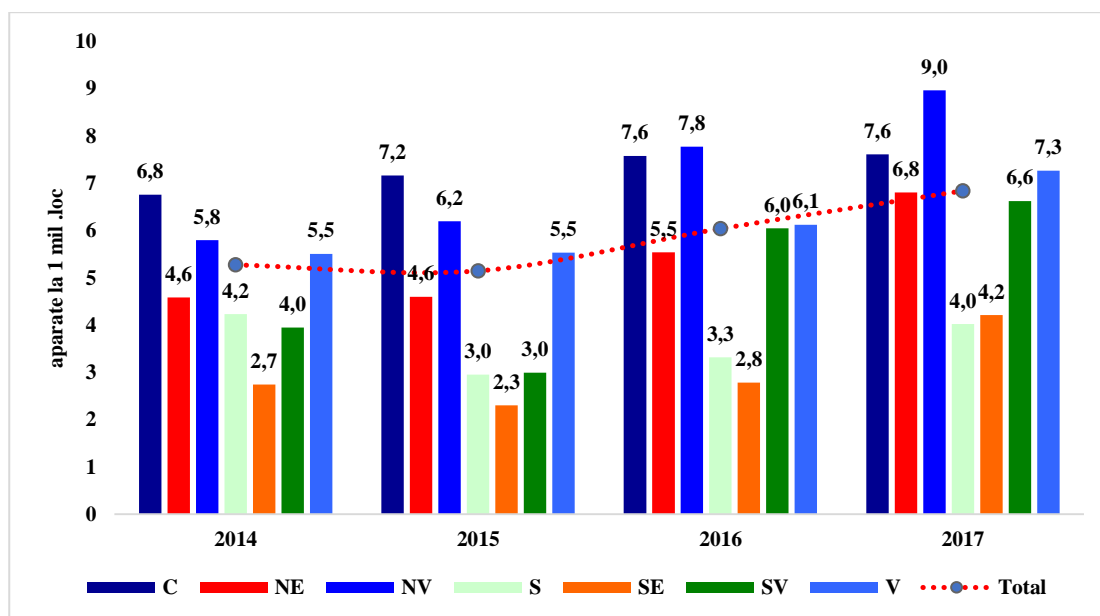
○ **Echipe disponibile**

Conform datelor de teren colectate<sup>12</sup>, infrastructura și platforma tehnologică din sănătate este uzată și depreciată atât fizic cât și moral, cea mai mare parte dintre echipamentele utilizate fiind în afara termenului de garanție, fără contracte de service corespunzătoare și cu un grad de uzură foarte ridicat. O parte din aceste echipamente sunt suprasolicitate, se defectează frecvent și pot reprezenta potențiale riscuri de siguranță pentru pacienți și implicit și pentru personalul care le deservește. Chiar dacă în ultimii ani stocul de echipamente medicale noi este în creștere, aceasta este valabil în special pentru sectorul privat. Echipamentele din sectorul public nu sunt suficiente pentru nevoia de servicii de sănătate existentă, iar cele din sectorul privat sunt de multe ori inaccesibile ca preț atunci când plata serviciilor medicale trebuie efectuată de către pacient sau când timpii de așteptare pentru examinare sau tratament sunt nerezonabili.

În acest sens dotarea cu echipamente moderne atât ambulatoriilor integrate ale spitalelor cât și a sectorului de medicină de urgență și secții de suport este o inițiativă binevenită în cadrul acestei axe de finanțare, pe de o parte ca și complementaritate a finanțării operaționale anterioare (POR 2007-2013) pentru ambulatoriile reabilite, sau ca inițiativă nouă pentru spitalele publice care nu au accesat finanțarea anterioară având în vedere faptul că spitalele din venituri proprii sau proprietarii acestora (UAT sau MS) nu puteau susține financiar dotarea la acest nivel.

În conformitate cu datele de la Eurostat, dar și cu datele administrative locale, dotarea cu aparatură de înaltă performanță, dar și utilizarea acesteia s-a îmbunătățit constant în perioada 2012 -2017 după cum se observă în Figurile 2 și 3.

**Figura 2 - Dinamica ratei de disponibilitate a aparatelor CT la nivel național și pe regiuni (exclusiv BI) în perioada 2014-2017<sup>13</sup>**



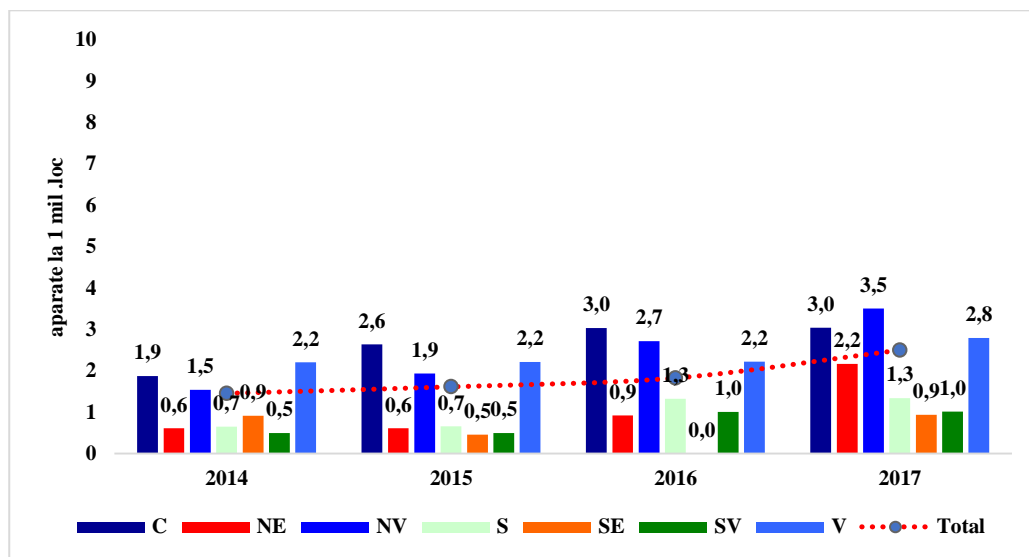
<sup>12</sup> Interviuri cu beneficiarii de proiecte și interviuri la nivel central, grup nominal cu beneficiarii de proiecte

<sup>13</sup> Sursa: INSP



Echiparea cu aparate de înaltă performanță (CT) este extrem de variabilă în regiunile de dezvoltare de la valori de 2,3 aparate la 1 milion de locuitori în regiunea Sud-Est, până la 9 aparate la 1 milion de locuitori în regiunea Vest. În perioada 2014 - 2017, tendința este una crescătoare pentru toate regiunile analizate, la sfârșitul perioadei analizate de două ori mai multe echipamente CT la 1 milion de locuitori se aflau la în regiunea Nord-Vest decât în regiunea Sud-Est.

Figura 3 - Dinamica ratei de disponibilitate a aparatelor RMN la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017<sup>14</sup>



Echiparea cu aparate de înaltă performanță (RMN) este extrem de variabilă în regiunile de dezvoltare de la 0,5 aparate la 1 milion de locuitori (Sud-Vest) până la 3,5 aparate la 1 milion de locuitori (Nord-Vest). În perioada 2014 - 2017, tendința este una crescătoare pentru toate regiunile analizate, de la valori sub-unitare în majoritatea regiunilor la începutul perioadei de programare, la valori supra-unitare în aproape toate regiunile, la sfârșitul perioadei analizate (Figura 2).

Din datele prezentate pe regiuni se poate observa că există încă diferențe semnificative între diferite regiuni de dezvoltare acest lucru putând fi explicat în parte prin infrastructura de sănătate și resursele umane disponibile într-un număr mai mare în regiunile cu centre medicale universitare importante.

Pentru aceste proiecte, cu excepția celor care au avut ca scop dotarea cu echipamente achiziționate prin Banca Mondială, spitalele au achiziționat anterior sau erau în procedură de derulare a achizițiilor pentru echipamente proprii în baza unor referate de necesitate și planuri de achiziții care sunt proprii, nestandardizate și care nu întotdeauna reflectă planurile de servicii regionale sau poziționarea unității sanitare respective într-o rețea de servicii medicale județeană sau regională care furnizează aceste servicii eficient, planificat și coordonat (Anexa 9).

- Distribuția teritorială a serviciilor medicale create/renovate

Conform datelor furnizate de documentele proiectelor (cereri de finanțare și raporte de progres) și de interviurile efectuate cu prilejul vizitelor în regiuni, toate județele țării au beneficiat de proiecte pe AP 8 până în prezent, marea majoritate pe toate prioritățile de investiție

<sup>14</sup> Sursa: INSP

(ambulator, medicină de urgență și ambulanțe), și doar o mică parte pe două dintre priorități (de obicei medicină de urgență și ambulanțe). Distribuția teritorială s-a realizat în funcție de infrastructura existentă care urma să fie modernizată astfel încât să crească eficiența și calitatea actului medical, cât și satisfacția pacienților și a personalului medical, dar și să corespundă direcțiilor strategice stabilite în Planurile regionale pentru servicii de sănătate pentru perioada 2014-2020 (Anexa 9).

- **Populația deservită de servicii medicale îmbunătățite**

Unitățile sanitare dotate cu echipamente în cadrul proiectelor evaluate se regăsesc pe tot cuprinsul țării în cele 7 regiuni de dezvoltare eligibile pentru finanțare. Aceste unități sanitare sunt de diferite tipuri de la ambulatorii integrate/ambulatorii de specialitate ale unor spitale mici și mijlocii (orășenești/municipale) care deserveșc populația din aceste orașe și localitățile rurale și limitrofe până la ambulatoriile integrate/ambulatoriile de specialitate ale spitalelor județene sau institutelor clinice regionale care deserveșc populația județului, respectiv a regiunii pentru anumite specialități medicale de nișă. Prin urmare, se poate afirma faptul că o parte relativ importantă din populația țării este acoperită și are acces potențial la servicii medicale îmbunătățite.

Indicatorul de realizare imediată pentru AP 8 „Populație acoperită de servicii de sănătate îmbunătățite” are o valoare țintă pentru 2023 de 500.000 persoane valoare care în momentul de față este depășită dacă se are în vedere arealul geografic acoperit de unitățile sanitare modernizate.

Totuși, chiar dacă indicatorul acesta este disponibil el nu a fost completat în toate cererile de finanțare pentru proiectele evaluate sau în rapoarte de monitorizare care au fost puse la dispoziția evaluatorilor.

Pentru *ambulatorii de specialitate (inclusiv dotare cu echipamente secții de suport)* în 29 de proiecte nu este disponibilă valoarea indicatorului în cererea de finanțare; un proiect din regiunea Sud-Vest care acoperă județele Dolj, Mehedinți, Olt are trecută valoarea 575.106 persoane.

Pentru *unități primire urgențe/ compartimente primire urgențe (inclusiv dotare cu echipamente secții de suport)* în 23 de proiecte nu este disponibilă valoarea indicatorului în cererea de finanțare; două proiecte din regiunea Nord-Vest au trecut valorile 323,48 (Municipiul Cluj) și 4.000 (județele Bistrița Năsăud și Satu Mare), dar nu se cunoaște fundamentarea care a stat la baza acestor valori.

- **Reducerea timpului de intervenție/răspuns**

Reducerea timpului de răspuns este strict dependentă de numărul și fiabilitatea ambulanțelor disponibile, cât și de personalul care lucrează în acest domeniu. În conformitate cu raportul DSU<sup>15</sup> chiar dacă parcul de ambulanțe este uzat fizic, peste 62% din ambulanțele disponibile având în 2018 o vechime de peste 10 ani, numărul intervențiilor efectuate de către echipajele de ambulanță a crescut continuu (peste 200.000 intervenții suplimentare în perioada 2015-2018) ajungând la peste 8.000 intervenții/zi. Conform Raportului de activitate al DSU pentru 2018, timpul mediu de răspuns al echipajelor Serviciilor Județene de Ambulanță a fost de 14 min. și 30

<sup>15</sup> <http://www.dsu.mai.gov.ro/wp-content/uploads/2019/02/Brosura-Bilant-DSU-2018.pdf>

sec. în mediul urban și 27 min. și 20 sec. în mediul rural. Aceste valori sunt relativ mari față de cele preconizate anterior în D.M.I. 3.3, respectiv 8 min. în mediul urban și 12 min. în mediul rural. Această țintă este dificil de atins în condițiile în care pe de o parte două treimi din parcul de ambulanțe se află într-o stare de uzură fizică avansată, personalul disponibil este insuficient, iar infrastructura rutieră nu s-a îmbunătățit semnificativ.

- **Gradul de satisfacție a beneficiarilor**

Recent MS a pus la dispoziția utilizatorilor de servicii medicale o aplicație care înregistrează informații legate de satisfacția serviciilor medicale furnizate, dar aceasta este disponibilă doar pentru un eșantion reprezentativ al pacienților care au avut cel puțin o internare în spital. Sistemul nu este disponibil și pentru pacienții care primesc servicii medicale ambulatorii sau servicii medicale de urgență. În plus, fiecare unitate sanitară are obligația de a pune la dispoziția pacienților un spațiu de colectare a sugestiilor, reclamațiilor sau a chestionarelor de satisfacție administrate la finalizarea actului medical, dar acestea nu sunt disponibile pentru consultare de către evaluatori externi.

Totuși, pe baza datelor de teren colectate, se poate estima în mod rezonabil că echipamentele noi cresc calitatea și fiabilitatea serviciilor oferite, scad timpul de așteptare și, în anumite situații, sunt poziționate într-o unitate sanitară mai aproape de domiciliul pacientului, factori care ar trebui să crească satisfacția serviciilor primite de către beneficiari.

- **Reducerea distanței până la domiciliu**

Un număr important de ambulatorii integrate din structura spitalelor orășenești și municipale au fost dotate cu echipamente în cadrul acestei finanțări ceea ce prezumă că pacienții nu mai trebuie să călătorească atât de frecvent până la ambulatoriul de specialitate din capitala județului respectiv, iar pentru probleme de sănătate minore sau simple primesc asistență medicală completă în ambulatoriile din aceste spitale mici și medii.

Până în prezent s-au dotat 49 spitale municipale și 35 spitale orășenești (ambulatorii integrate/ UPU/ CPU și secții de suport) în afara tuturor spitalelor județene și a institutelor clinice din centrele medicale universitare, ceea ce arată că serviciile medicale de diagnostic și tratament vor fi disponibile mai aproape de domiciliul cetățenilor în condițiile în care acestea vor fi și utilizate corespunzător. Această schimbare de comportament ar trebui să reducă de asemenea și aglomerarea centrelor medicale județene și a celor regionale și eficientizarea acestora prin alocarea mai mare a timpului pentru rezolvarea cazurilor complexe.

- **Reducerea timpului de așteptare a serviciului**

Aceeași ipoteză ca mai sus ar trebui să conducă la reducerea timpului de așteptare pentru servicii medicale fie prin introducerea unor servicii noi în spitalele mici și mijlocii mai aproape de domiciliul pacienților, fie prin numărul mai mare de echipamente achiziționate în aceste unități. În plus, o condiție esențială o reprezintă disponibilitatea echipei medicale de a furniza serviciile medicale la acest nivel și într-o modalitate care să permită accesul cât mai multor categorii de *pacienți (de exemplu, două ture în ambulatoriul integrat/ ambulatoriul de specialitate)*. Având în vedere că salariile personalului medical au devenit atractive începând cu anul trecut prin creșterea salarială substanțială și că per total țară numărul personalului medical a crescut sensibil dar constant în ultimii ani, este posibil ca această ipoteză să fie plauzibilă.

- **Echipare pentru persoane cu dizabilități/vârstnici**

Studiile de caz efectuate (Anexele 6.1 - 6.8) indică faptul că dotarea unităților pentru persoane cu mobilitate redusă/dizabilități se află într-un stadiu incipient, proiectele care au ca scop dezvoltarea serviciilor pentru aceste grupuri țintă fiind începute recent. Prin urmare, nu au fost realizate încă achizițiile de echipamente, deci nu se pot emite judecăți de valoare în ceea ce privește progresul.

- **Beneficiari de infrastructură medicală construită/reabilitată/modernizată/extinsă/dotată**

Acest indicator este dificil de măsurat deoarece la nivelul ambulatoriilor nu se înregistrează persoane, ci servicii medicale efectuate (consultații, investigații, tratamente), iar o persoană poate accesa unul sau mai multe servicii într-o vizită în unitatea medicală, fapt care face ca acest indicator să necesite un sistem informatic disponibil în unitatea sanitară care să permită cuantificarea pacienților după un identificator unic (de exemplu, codul de asigurat - CID disponibil pe cardul de asigurări de sănătate).

Indicatorul “Beneficiari de infrastructură medicală construită/reabilitată/modernizată/extinsă/dotată” are o valoare țintă pentru 2023 de 230.000 persoane, valoare țintă care este posibil să fie realizată mai rapid dacă luăm în considerare arealul geografic acoperit de unitățile sanitare modernizate.

Deși valorile pentru acest indicator sunt relativ disponibile, el nu a fost completat în toate cererile de finanțare pentru proiectele evaluate sau nu se regăsește în rapoartele de monitorizare care au fost puse la dispoziția evaluatorilor.

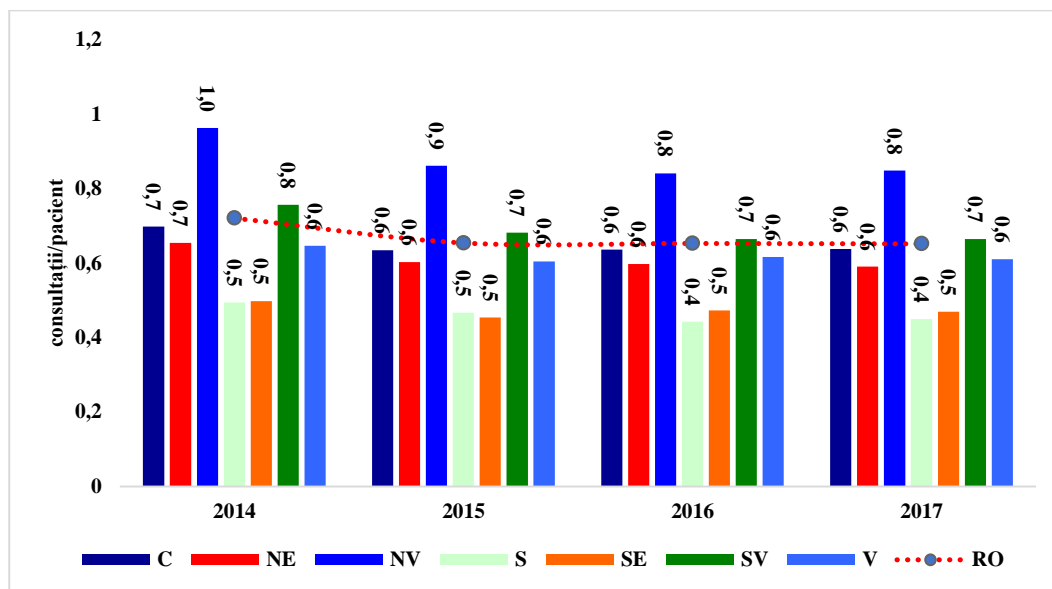
Pentru *ambulatorii de specialitate (inclusiv dotare cu echipamente secții de suport)* suma valorilor țintă ale indicatorului rezultată din proiectele care au indicat valori în acest sens este de 2.524.282 persoane. Nu este clar care a fost fundamentarea care a stat la baza acestei valori.

- **Fluxul zilnic de beneficiari (creștere/descreștere)**

La nivel național, fluxul zilnic de beneficiari de servicii ambulatorii este în scădere continuă în ultimii 10 ani în principal din cauza sub-finanțării cronice a acestui sector, infrastructurii inadecvate și a echipamentelor lipsă sau uzate fizic, fapt ce a făcut ca populația să se îndrepte spre spital și să aglomereze acest sector, în special pentru spitalele din centrele medicale universtare (Figura 4).

Rata consultațiilor în ambulator este în scădere lentă în perioada analizată, cele mai ridicate valori fiind în regiunea Nord-Vest, iar cele mai scăzute valori sunt în regiunile Sud și Sud-Est. Diferența dintre numărul consultațiilor oferite în regiunea Nord-Vest și Sud este dublă, acest fapt fiind posibil de argumentat parțial prin numărul mare de ambulatorii din regiunea Nord-Vest, dar și prin reducerea numărului de specialiști din județele limitrofe Bucureștiului. Se pare că intervențiile finanțate în cadrul AP 8 nu au avut o influență asupra evoluției acestui indicator.

Figura 4 - Dinamica ratei consultațiilor în ambulator la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017<sup>16</sup>



c/ Rezultate în urma analizei (constatări)

Ținta propusă pentru 2023 pentru indicatorul “nevoi neacoperite de servicii medicale (pentru chintila inferioară)” pentru persoanele cele mai dezavantajate<sup>17</sup> a scăzut de la 8% în 2015 la 3,4% în 2018, dar în continuare există un grad de inechitate important între persoanele cu un status socio-economic ridicat și persoanele dezavantajate.

Unitățile sanitare au achiziționat o varietate de echipamente medicale de la obiecte cu valoare mică și utilizare frecventă până la aparatură de înaltă performanță pentru diagnostic și tratament. Există o tendință constantă de creștere atât a numărului de echipamente de înaltă performanță achiziționate, cât și a numărului de investigații/ tratamente efectuate cu aceste echipamente. Cu toate acestea se păstrează o diferență între echiparea diferitelor regiuni explicabilă în parte prin existența centrelor medicale universitare.

Având în vedere numărul și diversitatea unităților sanitare care au beneficiat de dotări în cadrul acestor proiecte putem considera că distribuția teritorială a serviciilor medicale create/ renovate este extensivă la nivel național, cu mențiunea că pentru anumite regiuni unde serviciile ambulatorii sunt concentrate în anumite orașe se păstrează același model de dotare în detrimentul centrelor mai mici.

Indicatorul de realizare imediată al AP 8 „Populație acoperită de servicii de sănătate îmbunătățite” are o valoare țintă pentru 2023 de 500.000 persoane valoare care, la nivel estimativ, în momentul de față este depășită dacă luăm în considerare arealul geografic acoperit de unitățile sanitare modernizate. Cu toate acestea, realizarea țintei pentru acest indicator

<sup>16</sup> Sursa: INSP

<sup>17</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

**este dificil de măsurat în mod riguros** deoarece aceasta nu a fost menționată în toate cererile de finanțare pentru proiectele evaluate sau în rapoartele de monitorizare disponibile.

**Reducerea timpului de intervenție/ răspuns necesită îmbunătățiri**, iar acest lucru este dificil de realizat în condițiile în care pe de o parte două treimi din parcul de ambulanțe este uzat fizic, personalul disponibil este insuficient, iar infrastructura rutieră nu s-a îmbunătățit semnificativ.

În lipsa unui indicator relevant disponibil se poate considera că **echipamentele noi sau multiple cresc calitatea și fiabilitatea serviciilor oferite**, scad timpul de așteptare și în anumite situații sunt poziționate într-o unitate sanitară mai aproape de domiciliul pacientului, factori care ar trebui să crească satisfacția serviciilor primite de către beneficiari.

Se poate estima faptul că valoarea propusă ca țintă pentru beneficiarii de infrastructură medicală construită/ reabilitată/ modernizată/ extinsă/ dotată va fi atinsă inclusiv cu contribuția proiectelor UAT, totuși factorii care nu fac atractiv ambulatoriul de specialitate trebuie remediați rapid (de exemplu, sub-finanțarea constantă și restricțiile de finalizare a actului medical). De asemenea, **este necesară îmbunătățirea infrastructurii informatice de ambulator** pentru a putea măsura adecvat acest indicator.

Având în vedere că proiectele nefinalizate au constat în dotări cu echipamente care au fost achiziționate în perioada 2015 - 2018 și că proiectele care au ca lideri de proiect UAT au fost contractate în urmă cu câteva luni, **este prematur de cuantificat accesibilitatea și extrem de dificil dacă nu imposibil de cuantificat calitatea și eficiența serviciilor** furnizate din următoarele motive:

- accesibilitatea poate fi măsurată prin numărul de persoane care beneficiază de servicii oferite cu echipamentele achiziționate în funcție de domiciliul acestora. Spitalul înregistrează domiciliul pacientului în cazul unei spitalizări de zi sau continue, dar acest lucru nu este valabil la nivel național pentru consultațiile și investigațiile oferite în regim ambulator. Din discuțiile cu factorii de decizie implicați rezultă că s-a efectuat o colectare de date referitoare la utilizatorii echipamentelor achiziționate, dar aceste date nu au fost puse la dispoziția evaluatorului până la momentul redactării raportului;
- calitatea și eficiența serviciilor de sănătate oferite în sistemul public de sănătate nu pot fi în prezent cuantificate obiectiv în lipsa unor indicatori prestabiliți de către autoritățile de reglementare.

**4.2. Întrebarea de evaluare 2: În ce măsură a contribuit AP8 la îmbunătățirea eficienței costurilor și calității în îngrijirea de urgență din spitale, din perspectiva reducerii numărului de internări la secțiile de boli acute în spitale/ sau a numărului de paturi pentru internările acute, prin constituirea unei funcționale integrate de direcționare a pacienților?**

Analizarea contribuției AP 8 la îmbunătățirea costurilor și a calității în îngrijirea de urgență din spitale a fost realizată pe baza următorilor indicatori:



- Costuri per pacient
- Rata internărilor acute în spital din total internări
- Unități de primiri urgențe/compartimente de primiri urgențe
- Unități medicale construite/reabilitate/modernizate/extinse/dotate
- Eficiența direcționării pacienților
  - Locul/serviciul medical la prima adresare și motivele alegerii serviciului
  - Numărul de cazuri/internări/consultații în spitale - fără bilete de trimitere
  - Rata internărilor acute în spital din total internări.

#### a/ Date colectate

Răspunsul la această întrebare de evaluare a fost formulat pe baza analizei de date atât cantitative, cât calitative.

*Datele cantitative:* au fost colectate date din cererile de finanțare și din rapoartele de progres ale intervențiilor contractate în cadrul AP 8 la data limită stabilită pentru evaluare (63 de proiecte). De asemenea, au fost colectate date cantitative secundare referitoare la cei cinci indicatori cu sub-indicatorii aferenți prezentați anterior. Sursele de date secundare utilizate au fost baza de date a Institutului Național de Sănătate Publică (INSP) și rapoartele anuale ale DSU.

*Datele calitative:* colectate prin interviuri și grupuri nominale au vizat opiniile diferitelor părți interesate cu privire la calitatea și accesibilitatea serviciilor, precum și factorii care au influențat eficacitatea și eficiența intervențiilor finanțate din AP 8 etc.

#### b/ Analiza datelor

- Costuri per pacient

Sistemul de sănătate este sub-finanțat cronic, România având cea mai mică alocare pentru sănătate din toate statele membre ale Uniunii Europene (5,2% din PIB comparativ cu 9,6% media UE). De asemenea, alocarea bugetară pe diferite domenii de asistență medicală favorizează în continuare serviciile spitalicești și medicamentele rambursate, în detrimentul serviciilor de asistență medicală primară și ambulatorii<sup>18</sup>.

Serviciile ambulatorii sunt în continuare sub-finanțate, iar tariful acestora este considerat neatractiv pentru o parte din personalul medical care are o relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate. Cu toate acestea, pentru personalul medical angajat de spital și care efectuează și servicii în ambulatoriul de specialitate, plata acestora se efectuează salarial nu pe servicii efectuate astfel încât remunerarea este considerată satisfăcătoare. O problemă poate fi considerată însă finanțarea diferitelor investigații paraclinice care au tarife neactualizate și care nu este sustenabilă pe termen lung. Serviciile de urgență sunt finanțate de la bugetul de stat, iar costul mediu pe intervenție a crescut constant în fiecare an<sup>19</sup>.

Pentru pacienți, disponibilitatea unor servicii de sănătate mai aproape de domiciliul acestora scade costurile suplimentare ocazionate de transportul în capitala de județ, iar pentru populația activă și scad costurile cu productivitatea pierdută prin absența mai îndelungată de la muncă.

<sup>18</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)

<sup>19</sup> <http://www.dsu.mai.gov.ro/wp-content/uploads/2019/02/Brosura-Bilant-DSU-2018.pdf>



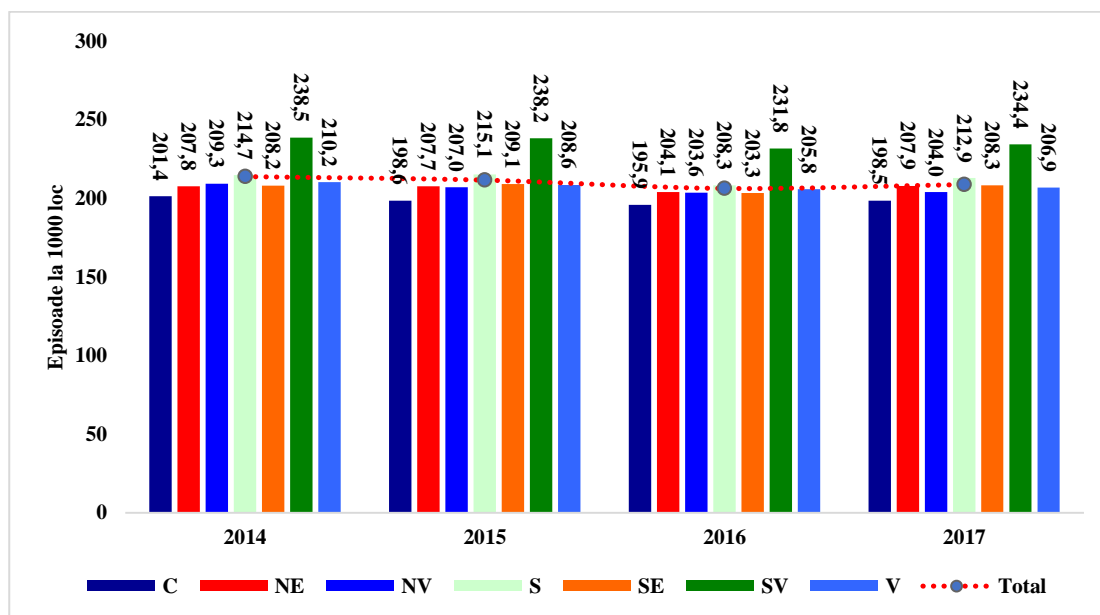
Pentru sistemul de sănătate, costurile asociate cazurilor excedentare spitalizate pentru că nu a existat disponibilitate pentru diagnostic și tratament mai aproape de domiciliul acestora, sau costurile cu complicațiile pentru că pacienții au întârziat prezentarea la medic din lipsa accesului la un serviciu ambulatoriu ar trebui să scadă, pe termen mediu și lung.

- Rata internărilor acute în spital din total internări

Rata internărilor în spital a scăzut constant de la 25 internări în spitale/100 locuitori în 2010 la 20.8 internări în spitale/100 locuitori în 2017<sup>20</sup>. Acest fapt este în concordanță cu obiectivele Strategiei Naționale de Sănătate, dar nu ia în considerare și creșterea constantă a ratei spitalizărilor de zi care reprezintă în marea majoritate a cazurilor un serviciu ambulator mascat (consultație și investigații oferite în același timp și foarte avantajos pentru pacient) finanțat avantajos de către CNAS.

Chiar dacă indicatorul acesta este relativ disponibil el *nu a fost completat în nicio cerere de finanțare pentru proiectele evaluate* sau în rapoarte de monitorizare din cele care au fost puse la dispoziția evaluatorilor.

Figura 5 - Dinamica ratei de spitalizare continuă la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017<sup>21</sup>

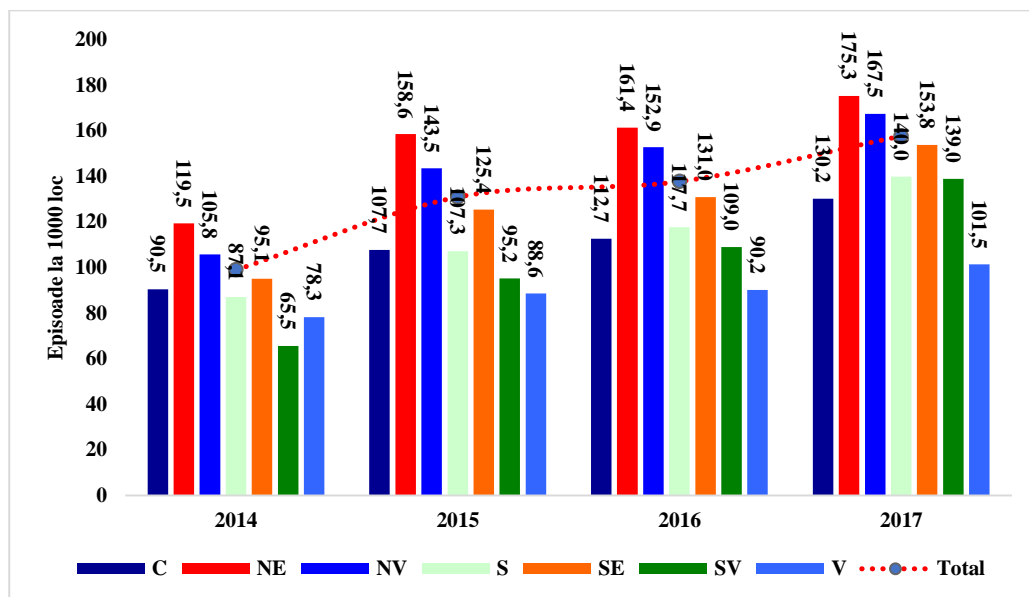


Rata de spitalizare continuă este relativ constantă și în scădere ușoară în perioada analizată cele mai ridicate valori fiind în regiunea Sud-Vest, iar cele mai scăzute în regiunea Centru (Figura 5).

<sup>20</sup> <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/11/SSPR-2017.pdf>

<sup>21</sup> Sursa: INSP

Figura 6 - Dinamica ratei de spitalizare de zi la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017<sup>22</sup>



Rata spitalizării de zi este în creștere constantă în perioada analizată, cele mai ridicate valori fiind în regiunea Nord-Est, iar cele mai scăzute valori sunt în regiunea Vest (Figura 6).

Este dificil de izolat contribuția AP 8 la dinamica acestor indicatori în absența reconfigurării serviciilor de ambulator împreună cu actualizarea tarifelor acestora și monitorizarea constantă a cazurilor spitalizate în spitalizare de zi în vederea oferirii unui start echitabil ambulatoriilor reabilite/ modernizate.

- **Unități de primiri urgențe/compartimente de primiri urgențe**

Unitățile de primiri urgențe/compartimentele de primiri urgențe sunt parte integrată a asistenței medicale de urgență și reprezintă cele mai aglomerate structuri medicale care rulează aproximativ 5,4 milioane pacienți pe an, din care aproximativ un sfert se internează în spital<sup>23</sup>. Unul din motivele aglomerării acestor structuri este disponibilitatea lor continuă, posibilitatea de a oferi consultații și investigații medicale inclusiv de înaltă performanță dacă se impune, în mod gratuit pentru orice persoană care se prezintă cu o problemă medicală. Costul mediu al unei intervenții în UPU a fost de 238 lei/ caz în 2018<sup>24</sup>, aproximativ egal cu costul unei spitalizări de zi într-o secție medicală. Alte motive țin de disponibilitatea medicilor de familie în comunități și de modelul de practică medicală al acestora, de programul și disponibilitatea serviciilor ambulatoriului de specialitate și a laboratoarelor de analize sau imagistică.

Indicatorul prestabilit de realizare imediată pentru Unități Primire Urgențe/Compartimente Primire Urgențe (inclusiv dotare cu echipamente secții de suport) nu este foarte clar definit, în

<sup>22</sup> Sursa: INSP

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> <http://www.dsu.mai.gov.ro/wp-content/uploads/2019/02/Brosura-Bilant-DSU-2018.pdf>

sensul ca nu este clară intervenția asupra acestora<sup>25</sup>.

Din proiectele pe Axa 8.1 POR 2014-2020, contractate până la data limită a evaluării rezultă că 138 de unități de primiri urgențe/compartimente de primiri urgențe (nivel terțiar) au fost dotate cu echipamente prin contractele de finanțare ale MS (nefinalizate), în condițiile în care 4 proiecte nu au valoarea țintă disponibilă în cererea de finanțare. Având în vedere că ținta stabilită a fost de 35 de UPU/CPU, putem estima că se va ajunge la o depășire substanțială a acestei valori, mai ales că se vor adăuga și realizări din proiectele UAT contractate recent (după data limită a acestei evaluări).

- **Eficiența direcționării pacienților**

- **Locul/serviciul medical la prima adresare și motivele alegerii serviciului**

În România, medicul de familie are rol de “gatekeeper”<sup>26</sup> și de integrator al serviciilor de sănătate furnizate pacientului în conformitate cu legislația în vigoare, cu excepția situațiilor de urgență majoră când pacientul este preluat de către sistemul de urgență. Medicul de familie este cel care trimite pacientul către structurile de sănătate mai specializate (ambulatoriu sau spital) și tot el este cel care monitorizează parcursul acestuia în sistemul de sănătate. În fapt, doar o parte dintre pacienți parcurg traseul descris în pachetul de servicii de sănătate pentru asigurați<sup>27</sup>, unul dintre motivele principale fiind disponibilitatea scăzută și ineficiența serviciilor din ambulatoriul de specialitate clinic sau paraclinic combinată cu modalitatea relativ ușoară de a obține o internare în spital. Disponibilitatea crescută a serviciilor ambulatorii eficiente este esențială pentru degrevarea UPU și a spitalelor de cazurile care nu necesită îngrijiri la acel nivel ceea ce ar crește eficiența sistemului de sănătate prin direcționarea fondurilor UPU și spitalelor către cazurile care necesită asistență de urgență sau spitalizare. Proiectele finanțate din AP 8 nu au vizat intervenții asupra „intrării în sistem”, iar legătura causală dintre activitatea medicilor de familie - eficiența ambulatoriilor - degrevarea UPU - degrevarea serviciilor medicale spitalicești nu poate fi documentată din lipsă de date.

- **Numărul de cazuri/internări în spitale - fără bilete de trimitere**

În România anual se internează aproximativ 2,5 milioane de pacienți care totalizează în jur de 4 milioane de episoade de spitalizare. Având în vedere că aproximativ 1,4 milioane de cazuri se internează anual în spital direct din UPU ceea ce reprezintă 33% din totalul spitalizărilor<sup>28</sup> într-un an calendaristic putem concluziona că 66% din pacienții internați în spital ar trebui să prezinte un bilet de trimitere pentru internare. În practică, obținerea biletului de trimitere pentru internare este de cele mai multe ori o formalitate administrativă, prezența acestuia nereprezentând în toate cazurile un motiv real pentru internare. Aproximativ 30% din internările efectuate în spital sunt pentru afecțiuni care ar fi putut fi tratate în ambulator (medic de familie sau ambulatoriul de specialitate) dacă aceste servicii ar fi fost disponibile și eficiente. Așa cum este prezentat în detaliu în studiul de caz (Anexa 5.2), în județul Cluj în anul 2017, peste o treime din top 10 diagnostice externate din spital sunt afecțiuni care puteau fi tratate în

<sup>25</sup> Acest indicator este definit astfel: „Unități de primiri urgențe/ compartimente de primiri urgențe (nivel terțiar)”

<sup>26</sup> Termenul este utilizat în domeniul serviciilor sociale și medicale și desemnează intrarea în sistemul de servicii.

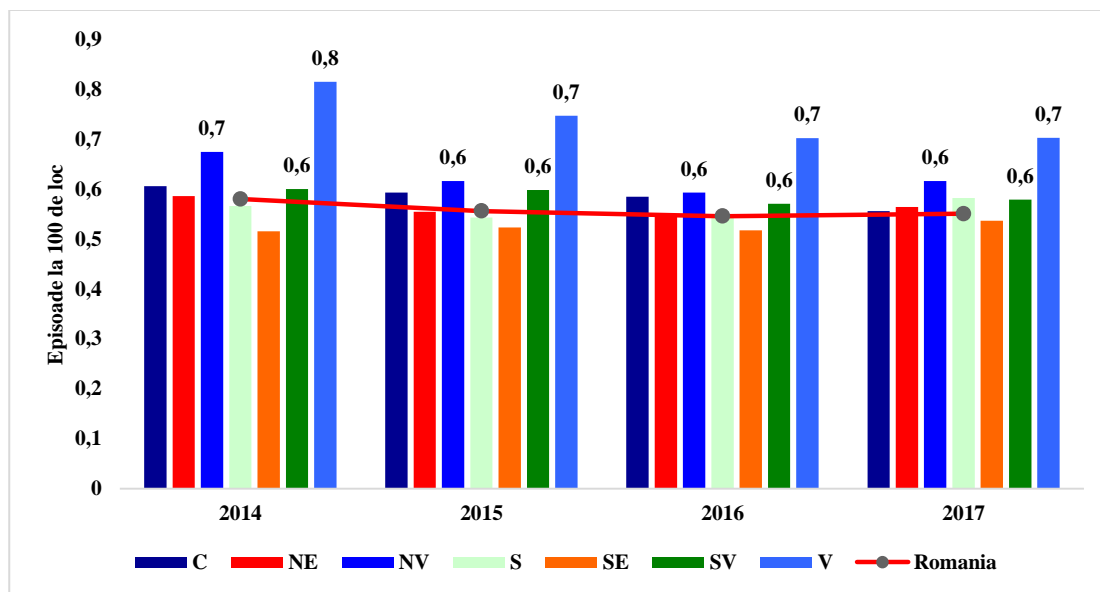
<sup>27</sup> <http://www.casan.ro/cassam/post/type/local/contract-cadru-si-norme-de-aplicare-2018.html>

<sup>28</sup> Sursa: INSP

afara spitalului, ceea ce indică ineficiența acestui sector. Pe de altă parte, o parte importantă din spitalele mici și mijlocii internează suplimentar pentru a obține un buget mai mare.

Măsurarea acestui fenomen se realizează prin intermediul ratei episoadelor evitabile, acestea reprezentând afecțiuni pentru care pacienții nu ar trebui internați în spital în condițiile în care serviciile din ambulator ar fi disponibile și eficiente.

Figura 7 - Rata episoadelor evitabile la nivel național și pe regiuni în perioada 2014-2017<sup>29</sup>



Rata episoadelor evitabile (*diabet zaharat, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă cronică și bronho-pneumopatie cronică obstructivă*) este în scădere ușoară în perioada analizată, cele mai ridicate valori fiind în regiunea Vest, urmată de regiunea Nord-Vest, iar cele mai scăzute valori sunt în regiunea Sud-Est (Figura 7). Având în vedere faptul că dinamica acestui indicator este puternic influențată de factori care, așa cum am explicat anterior, apar deocamdată ca fiind prea puțin influențați de specificul intervențiilor din cadrul AP 8, sunt necesare analize suplimentare efectuate după încheierea proiectelor pentru a stabili cu certitudine contribuția acestor proiecte la eventuale schimbări în comportamentul beneficiarilor finali de servicii medicale ai proiectelor.

#### c/ Rezultate în urma analizei (constatări)

Pentru a putea fi eficiente și sustenabile, serviciile ambulatorii trebuie reconfigurate și tarifele acestora trebuie actualizate. De asemenea, costurile adiționale pentru pacient ar trebui să se reducă prin diminuarea distanței și a timpului de acces. **Costurile asociate cazurilor excedentare spitalizate** din cauză că nu a existat disponibilitate pentru diagnostic și tratament mai aproape de domiciliul acestora, sau costurile cu complicațiile pentru că pacienții au întârziat prezentarea la medic din lipsa accesului la un serviciu ambulatoriu ar trebui să scadă, pe termen mediu și lung.

<sup>29</sup> Sursa: INSP

**Rata internărilor continue în spital a scăzut constant în perioada analizată împreună cu durata medie de spitalizare la nivel național. Cu toate acestea rata spitalizărilor de zi este în creștere constantă și o parte importantă din spitalizarea de zi este reprezentată de un serviciu ambulatoriu mascat cu o finanțare mai avantajoasă.**

Disponibilitatea crescută a serviciilor ambulatorii eficiente este esențială pentru degrevarea UPU și a spitalelor de cazurile care nu necesită îngrijiri la acel nivel. Se estimează că **prin îmbunătățirea serviciilor medicale în ambulatoriu va crește eficiența sistemului de sănătate prin utilizarea fondurilor UPU și ale spitalelor doar pentru cazurile care necesită asistență de urgență sau spitalizare.**

Se constată ca aproximativ 30% din internările efectuate în spital sunt pentru afecțiuni care ar fi putut fi tratate în ambulator (medic de familie sau ambulatoriul de specialitate) dacă aceste servicii ar fi fost disponibile și eficiente. Având în vedere că proiectele evaluate la nivel național sunt încă nefinalizate este relativ prematur să poată fi observate efecte asupra dezvoltării socio-economice. Cu toate acestea, deoarece marea majoritate a achizițiilor de echipamente au fost realizate cu până la trei ani în urmă și echipamentele sunt funcționale, anumite efecte ar putea fi previzionate. Acest fapt totuși nu se realizează deoarece până în prezent **nu există o modalitate obiectivă de monitorizare a efectelor socio-economice.** Astfel:

- pentru echipamentele achiziționate care au înlocuit echipamente mai vechi (de ex. echipamente din sălile de operații, din secția de ATI sau din UPU) se așteaptă ca fiabilitatea echipamentelor noi să crească satisfacția și ergonomia<sup>30</sup> personalului medical, dar și calitatea, eficiența și siguranța actului medical și implicit satisfacția și, în anumite situații, productivitatea pacienților;
- pentru echipamente noi care contribuie la furnizarea unor noi servicii medicale sau care permit finalizarea mai rapidă a procedurii de diagnostic și tratament (de ex., echipamente de imagistică de înaltă performanță, echipamente chirurgicale pentru tehnici chirurgicale noi) se așteaptă să genereze locuri noi de muncă pentru personalul medical și personal auxiliar, să crească bugetul beneficiarilor prin furnizarea unor servicii rambursabile din fondurile asigurărilor sociale de sănătate sau servicii plătite direct de către pacienți; de asemenea, se așteaptă ca aceste echipamente să crească calitatea actului medical și implicit calitatea vieții și productivitatea pacienților, având în vedere că populația activă beneficiază de mai puține zile de concediu medical și este mai rapid reintegrată în muncă;
- pentru echipamentele noi care au fost achiziționate în ambulatoriile integrate (de ex. echipamente diagnostice - endoscopie, de screening - mamografie și testare HPV, de explorări funcționale - spirometrie sau de tratament - radioterapie) se așteaptă să furnizeze noi servicii de sănătate care să fie rambursate, să reducă timpii de așteptare și distanța parcursă de pacienți pentru investigații diagnostice și tratament, să permită diagnosticarea precoce a unor boli grave fapt care poate crește supraviețuirea, speranța de viață sănătoasă, calitatea vieții și productivitatea pacienților, având în vedere că

<sup>30</sup> Echipamentele medicale uzate, prin modul acestora de funcționare pot întreține condiții de muncă dificile, chiar lipsite de siguranță pentru personalul medical (iradiere crescută pentru echipamente de radiologie vechi, riscuri de electrocutare/arsuri electrice la echipamentele de electrochirurgie vechi etc.).

populația activă beneficiază de mai puține zile de concediu medical și este mai rapid reintegrată în muncă.

### 4.3. Întrebarea de evaluare 3: În ce măsură a contribuit AP 8 la creșterea acoperirii serviciilor sociale, inclusiv pentru diferitele grupuri vulnerabile vizate?

Similar altor state din Uniunea Europeană, România în ultimele decenii a fost afectată de fenomene sociale profunde, cum ar fi îmbătrânirea populației și reducerea populației active, ca urmare a participării reduse a unor categorii de populație (persoane cu dizabilități/persoane rome etc.) pe piața muncii. Mediul rural este deficitar în privința existenței centrelor sociale și a personalului necesar, relevând necesitatea finanțării intervențiilor în infrastructura serviciilor sociale de zi. În acest context, contribuția AP 8 la creșterea acoperirii serviciilor sociale pentru diferite grupuri vulnerabile a fost analizată pe următoarele două dimensiuni:

- Gradul de acoperire cu servicii sociale (pe categorii de grup țintă)
  - Nevoi de asistență socială care au rămas neacoperite
  - Echipamente disponibile/ nu sunt disponibile
  - Distribuția teritorială a serviciilor sociale create/renovate
  - Beneficiari ai serviciilor sociale de tip rezidențial acordate în instituții de tip vechi - copii/ persoane cu dizabilități
  - Beneficiari de infrastructură socială de zi/ dezinstituționalizare reabilitată/modernizată/ extinsă/dotată pe tipologie de grup țintă (copii, persoane cu dizabilități, vârstnici)
- Populația deservită de servicii sociale îmbunătățite
  - Gradul de satisfacție a beneficiarilor
  - Reducerea distanței până la domiciliu
  - Echipare pentru persoane cu dizabilități/vârstnici
  - Igiena, curățenia.

#### a/ Date colectate

Răspunsul la această întrebare de evaluare a fost formulat pe baza analizei de date atât cantitative, cât calitative.

*Datele cantitative:* au fost colectate date din cererile de finanțare și din rapoartele de progres ale intervențiilor contractate în cadrul OS 8.3. al AP 8 la data limită stabilită pentru evaluare (42 de proiecte). De asemenea, au fost colectate date cantitative secundare referitoare la cei doi indicatori cu sub-indicatorii aferenți prezentați anterior. Sursa de date secundare utilizate a fost Ministrul Muncii și Justiției Sociale.

*Datele calitative:* colectate prin interviuri și grupuri nominale au vizat opiniile diferitelor părți interesate cu privire la calitatea și accesibilitatea serviciilor, precum și factorii care au influențat eficacitatea și eficiența intervențiilor finanțate din AP 8 (OS 8.3) etc.

#### b/ Analiza datelor

În domeniul social AP 8 are ca obiectiv creșterea gradului de acoperire cu servicii sociale a trei grupuri sociale vulnerabile: persoane vârstnice, persoane cu dizabilități și copii din sistemul de

protecție specială. Din considerentul de a menține coerența prezentării analizei datelor în cele ce urmează aceasta se regăsește structurată în funcție de fiecare grup vulnerabil vizat.

Indiferent de grupul țintă vizat, strategia principală de realizare a intervenției este reformarea instituțiilor rezidențiale existente prin limitarea la maxim de 50 persoane într-o instituție rezidențială, construcția locuințelor protejate pentru micșorarea numărului de persoane în instituțiile rezidențiale mari și crearea centrelor de servicii sociale în fiecare comunitate (în comunitățile urbane specializate pe anumite grupuri social-vulnerabile, iar în localitățile rurale centre comunitare integrate cu servicii medicale și sociale).

- **Persoane cu dizabilități**

Procesul de reformare a instituțiilor rezidențiale mari a fost impulsionat, în primul rând, de modificările legislative OUG nr. 69/2018 pentru modificarea Legii nr. 448/2006, prin care se stabilește la 50 de locuri, capacitatea maximă a centrelor rezidențiale pentru persoane cu dizabilități. În baza acestei cerințe exprese, se prevede obligația reorganizării centrelor rezidențiale cu capacitate mai mică de 50 locuri și a elaborării planurilor de restructurare pentru cele cu capacitate mai mare de 50 locuri.

Numărul instituțiilor publice rezidențiale de asistență socială pentru persoanele adulte cu dizabilități este în creștere: de la 417 în decembrie 2017, la 434 în decembrie 2018. Aceasta se explică prin procesul de reformare al instituțiilor existente și deschiderea de locuințe protejate noi. Aproximativ două treimi (59,68%) din instituțiile rezidențiale publice pentru persoanele adulte cu dizabilități sunt: 1/ centre de îngrijire și asistență (27,88%), având 6.397 de beneficiari și 2/ locuințe protejate (31,80%), având 1.002 de beneficiari. Aceștia reprezintă 41,32% din numărul total de 17.908 persoane aflate în instituțiile rezidențiale. Numărul mediu de persoane cu dizabilități într-o instituție rezidențială la finalul anului 2018 a fost de 41 persoane<sup>31</sup>.

În ceea ce privește numărul de beneficiari (utilizatori) finali ai intervențiilor contractate în cadrul AP 8 pentru acest grup țintă, pe baza proiectelor contractate până la data limită de realizare a acestui studiu se estimează că vor fi oferite servicii sociale îmbunătățite pentru 231 persoane cu dizabilități în locuințe protejate noi și 304 persoane cu dizabilități vor beneficia de servicii sociale în centre de zi reabilitate (Tabelul 3).

**Tabelul 3 - Indicator de realizare AP 8 privind serviciile sociale pentru persoane cu dizabilități<sup>32</sup>**

Indicatori de realizare POR	Ținta	Realizat	Gradul de realizare
Beneficiari (persoane cu dizabilități) de infrastructură socială de zi reabilitată/modernizată/	10.000 persoane	304 persoane	3%

<sup>31</sup> <http://anpd.gov.ro/web/transparenta/statistici/>

<sup>32</sup> Sursa: AM POR (Cererile de finanțare ale proiectelor vizând serviciile sociale pentru persoane cu dizabilități contractate la termenul limită de 25.02.2019).



extinsă/ dotată			
Beneficiari (persoane cu dizabilități) de infrastructură de dezinstituționalizare construită/ reabilitată/ modernizată/ extinsă/ dotată	516 persoane	231 persoane	45%

Gradul de satisfacție a beneficiarilor nu poate fi măsurat pentru că toate contractele de investiții au fost încheiate la finalul anului 2018 sau începutul anului 2019, iar proiectele se află cel mult la etapa de obținere a autorizațiilor de construcție sau de achiziție a serviciilor de construcție.

- **Copii din sistemul de protecție specială**

Procesul de dezinstituționalizare a copiilor din sistemul de protecție specială după o perioadă de progrese, ceva mai lente pe parcursul ultimilor ani sau, în prezent se află chiar într-un ușor regres. La 31 decembrie 2018 în 98 de centre de plasament clasice publice se aflau 3.358 de copii și 455 de copii în centre de plasament clasice private, în total cu 463 de copii mai mult decât în decembrie 2017<sup>33</sup>.

În ceea ce privește numărul de beneficiari (utilizatori) finali ai intervențiilor contractate în cadrul AP 8 pentru acest grup țintă, pe baza singurului proiect contractat până la data limită de realizare a acestui studiu, se estimează că vor fi oferite servicii sociale îmbunătățite pentru 20 de copii beneficiari ai infrastructurii sociale de zi și 48 de copii, beneficiari ai infrastructurii modernizate (Tabelul 4).

**Tabelul 4 - Indicator de realizare AP 8 privind serviciile sociale pentru copii din sistemul de protecție specială<sup>34</sup>**

Indicatori de realizare POR	Ținta	Realizat	Gradul de realizare
Beneficiari (copii) de infrastructură socială de zi reabilitată/ modernizată/ extinsă/ dotată	75.000 persoane	20 persoane	0.03%
Beneficiari (copii) de infrastructură de dezinstituționalizare construită/ reabilitată/ modernizată/	750 persoane	48 persoane	6.4%

<sup>33</sup> Sursa: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului

<sup>34</sup> Sursa: AM POR (Cererile de finanțare ale proiectelor vizând serviciile sociale pentru copii din sistemul de protecție contractate la termenul limită de 25.02.2019).



Totuși, conform datelor Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopției (ANPDCA), la sfârșitul primului trimestru al anului 2019 erau contractate 8 proiecte (încă 7 în plus față de cel contractat în 2018). În plus, ANPDCA a mai emis 15 avize pentru alte proiecte.

ANPDCA a fost consultată când au fost stabiliți indicatorii corespunzatori acestui grup țintă și estimează că prin intermediul celor 8 proiecte, plus cele 15 pentru care au fost emise avize mai recent, valorile țintă pentru acești indicatori vor fi atinse. În ceea ce privește efectele acestor proiecte se consideră că acestea creează toate condițiile care țin de mediul fizic. Însă, în realitate, efectele proiectelor depind foarte mult de calitatea resuselor umane din sistemul de protecție a copilului.

În ceea ce privește creșterea recentă a numărului proiecte, aceasta este consecința faptului că procesul de reformare a instituțiilor rezidențiale a primit un impuls legislativ (în iunie 2019), Guvernul a aprobat modificarea și completarea Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, principalele schimbări vizând finalizarea dezinstituționalizării copiilor până la sfârșitul anului 2020. Astfel, acest act normativ adoptat interzice plasamentul copiilor în servicii de tip rezidențial cu caracteristicile centrelor de tip clasic, începând cu data de 01 ianuarie 2021. De asemenea, din 2021 centrele de plasament vor avea interdicție de funcționare, vor mai putea funcționa doar Casele de tip familial și Centrele de plasament în regim de urgență. Aceasta a stimulat interesul factorilor interesați pentru a identifica resurse în vederea reformării centrelor de plasament.

- **Persoane vârstnice**

Numărul de servicii sociale pentru vârstnici este în creștere, dar mult sub limita nevoilor. În conformitate cu Strategia Națională pentru Promovarea Îmbătrânirii Active și Protecția Persoanelor Vârstnice 2014 - 2020 în fiecare localitate ar trebui să existe un centru de servicii sociale integrate pentru acest grup țintă.

Conform datelor Ministerului Muncii și Justiției Sociale, la data de 31 decembrie 2018 la nivel regional situația numărului de servicii sociale licențiate pentru vârstnici are următoarea: Nord-Est - 85, Sud-Est - 71, Sud Muntenia - 50, Sud-Vest Oltenia - 35, Vest - 93, Nord-Vest - 183, Centru - 189, București-Ilfov - 42. Majoritatea serviciilor sunt oferite la nivel urban cu toate că numărul localităților rurale este mult mai mare, distribuția serviciilor fiind următoarea:

- Centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială pentru persoane vârstnice, bolnavi cronici în fază terminală: urban - 27, rural - 29.
- Centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoane vârstnice: urban - 212, rural - 183.
- Centre de zi pentru persoane vârstnice: urban - 93, rural - 23.
- Servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane aflate în situație de dependență: urban - 190, rural - 69.

Această tendință a fost relativ păstrată și în intervențiile POR. Din cele 33 de intervenții destinate grupului țintă vârstnici, 11 sunt amplasate în localități urbane și 22 în localități rurale.

Conform estimărilor realizate pe baza proiectelor contractate până la data limită stabilită pentru această evaluare, prin intervențiile POR contractate în cadrul AP 8 pentru acest grup

țintă vor fi oferite servicii sociale îmbunătățite pentru 3.114 vârstnici (în localități rurale) și 2.208 vârstnici (în localități urbane), așa cum este prezentat în Tabelul 5.

**Tabelul 5 - Indicator de realizare AP 8 privind serviciile sociale pentru persoane vârstnice<sup>35</sup>**

Indicatori de realizare POR	Ținta	Realizat	Gradul de realizare
Beneficiari (vârstnici) de infrastructură socială de zi reabilitată/ modernizată/ extinsă/ dotată	62.040 persoane	5.322 persoane	9 %

Gradul de satisfacție a beneficiarilor nu poate fi măsurat pentru că toate contractele de investiții au fost încheiate la finalul anului 2018 sau în anul 2019, iar proiectele se află cel mult la etapa de obținere a autorizațiilor de construcție sau de achiziție a serviciilor de construcție.

*c/ Rezultate în urma analizei (constatări)*

**Procesul de reformare a instituțiilor rezidențiale mari pentru persoanele adulte cu dizabilități** se realizează cu succes - gradul de realizare a țintei este de 45%. Rămân practic nerealizate intervențiile ce țin de asigurarea cu servicii sociale de zi a persoanelor dezinstituționalizate/ integrate în familie/ comunitate - gradul de realizare a țintei fiind de 3%.

**Progresul în ceea ce privește procesul de dezinstituționalizare a copiilor** din sistemul de protecție specială este nesemnificativ - o singură instituție rezidențială reformată la momentul evaluării. Totuși, pe baza estimării ANPDCA valorile țintă ale indicațiilor vor fi atinse ca urmare a proiectelor recent contractate și a celor recent avizate.

Gradul de realizare a țintei intervențiilor POR în domeniul **asigurării persoanelor vârstnice cu servicii sociale îmbunătățite** este de asemenea redus (9%). Ponderea serviciilor sociale dezvoltate la nivel de localități rurale rămâne în continuare mică cu toate că nevoia este mai mare decât în mediul urban.

#### 4.4. Întrebarea de evaluare 4: Ce tipuri de intervenții/ mecanisme de implementare s-au dovedit a fi eficace și de ce?

Analiza eficacității intervențiilor a fost făcută pe trei dimensiuni:

- Ce tipuri de intervenție sunt mai eficace? De ce?
- Dificultăți întâmpinate în implementare și cauze
- Succese realizate și cauzele care au determinat succesele.

*a/ Date colectate*

Răspunsul la această întrebare de evaluare a fost formulat pe baza analizei de date calitative.

*Datele calitative:* colectate prin interviuri și grupuri nominale au vizat opiniile diferitelor părți interesate cu privire la eficacitatea serviciilor medicale și sociale realizate prin intervențiile finanțate din AP 8, precum și factorii care au influențat eficacitatea acestor intervenții.

<sup>35</sup> Sursa: AM POR (Cererile de finanțare ale proiectelor vizând serviciile sociale pentru persoane vârstnice contractate la termenul limită de 25.02.2019).

## b/ Analiza datelor

- **Intervenții/ mecanisme cu cea mai mare rată de eficacitate**

Unul din rezultatele evaluării finanțării operaționale anterioare a menționat ca și intervenții eficiente, intervențiile în care s-au efectuat integrat sau complementar atât servicii de construcții/reabilitări/modernizări, cât și de dotări cu echipamente și eventual atragere și instruire de personal suplimentar. În proiectele evaluate până în prezent majoritatea sunt doar dotări cu echipamente ale structurilor ambulatorii sau de urgență din spitale, însă o parte din ambulatoriile sau secțiile de suport dotate au fost reabilitate/modernizate în cadrul POR 2007-2013. De asemenea, în această perioadă spitalele clinice și institutele regionale derulează în paralel și alte proiecte din fonduri nerambursabile, inițiativă care crește valoarea adăugată a fiecărui proiect în parte și a beneficiarului în ansamblu. De exemplu, Institutul Oncologic Cluj Napoca care a primit dotări pentru creșterea performanței testării în screeningul pentru cancerul de col uterin, o unitate mobilă de recoltare pentru screening și în cadrul unui proiect finanțat din POCU actualizează metodologia și curricula pentru screeningul pentru cancer de col uterin, instruește personalul medical și implementează procedura de screening pentru grupul țintă.

Centralizarea de către Ministerul Sănătății a activității de coordonare pentru proiectele nefinalizate ale MS a contribuit prin agregarea mai multor beneficiari într-un proiect la creșterea numărului acestora având în vedere că pe de o parte unii beneficiari nu mai erau eligibili dacă aplicau singuri sau pe de altă parte singuri nu aveau capacitatea de a elabora și implementa proiectul respectiv, conform discuțiilor avute cu persoanele intervievate atât din cadrul Ministerului Sănătății cât și al beneficiarilor.

Mai recent, se pare că implicarea anumitor unități administrative teritoriale (consilii județene/consilii locale) care au o experiență considerabilă la nivel local în managementul proiectelor pe fonduri nerambursabile a contribuit semnificativ la implementarea cu succes a acestor proiecte.

Din discuțiile cu beneficiarii a reieșit că un alt factor cu rată mare de eficiență și eficacitate a fost prezența la nivelul beneficiarului, dar și la nivelul consiliilor locale a unei echipe cu experiență anterioară în managementul proiectelor și stabilă pentru o perioadă relativ lungă de timp. De exemplu, existența unei echipe foarte bune și stabilă în cadrul Direcției de dezvoltare regională<sup>36</sup> a Consiliului Județean Galați, care derulează în prezent 24 de proiecte cu finanțare din POR 2014-2020, a reușit să atragă finanțare pentru trei proiecte în cadrul AP 8 pentru trei spitale din județ<sup>37</sup>. Conform interviurilor efectuate cu prilejul vizitei de teren, personalul implicat în pregătirea și implementarea acestor proiecte are deja experiență din perioada anterioară de programare, cunoaște foarte bine nevoile din județ și colaborează foarte bine cu instituțiile beneficiare.

Relația instituțională pozitivă a echipei manageriale a unității sanitare cu proprietarul instituției sanitare (consiliul local, Consiliul județean, Ministerul Sănătății) și cu decidenții sanitari locali

<sup>36</sup> Echipa este alcătuită din patru persoane: un director și trei referenți de specialitate.

<sup>37</sup> Spitalu Clinic Județean de Urgență „Sf. Aportol Andrei” Galați, Spitalul de Pneumoftiziologie Galați și Spitalul Orășenesc Târgu Bujor.

(DSP, CNAS<sup>38</sup>) este considerată un avantaj pentru asigurarea premiselor pentru succesul proiectului.

Adresabilitatea crescută a unității sanitare și oferta unor servicii specializate pentru unitățile sanitare poziționate într-un oraș mare sau adresabilitatea crescută și disponibilitatea de servicii paraclinice uzuale pentru unitățile sanitare care sunt în orașe mici, poziționate la distanțe importante de principalul oraș din județ asigură un potențial mai mare de eficacitate a proiectelor.

Predictibilitatea bugetului de achiziții și existența de planuri de achiziții documentate comprehensiv, fundamentate solid pe nevoile de sănătate ale populației deservite la nivelul beneficiarului, serviciile medicale rambursate de către CAS și introducerea unor criterii de prioritizare transparente și obiective ale investițiilor solicitate sporesc eficacitatea și sustenabilitatea proiectelor prin scăderea procentului cheltuielilor neeligibile și asigurarea unei surse de finanțare constante la implementare<sup>39</sup>.

Din discuțiile cu persoanele intervievate în teritoriu a reieșit că disponibilitatea și retenția resurselor umane medicale și tehnice necesare la nivelul beneficiarului pentru a utiliza corespunzător echipamentele achiziționate este un factor esențial pentru eficacitatea și impactul proiectelor având în vedere lipsa personalului specializat pe domenii de nișă (de exemplu fizicieni medicali), curba de învățare pentru utilizarea unor echipamente complexe și fluctuația de personal medical ridicată (de exemplu ATI, imagistică medicală etc.) în special prin migrația acestora în centre regionale sau în străinătate.

- **Dificultăți întâmpinate în implementare și cauze**

Cele mai multe dificultăți au fost întâmpinate fie în derularea procedurilor de achiziții, fie în comunicarea instituțională cu unele ADR-uri, în principal din lipsa unui “limbaj de specialitate” comun sau din lipsa personalului specializat în managementul acestui tip de proiecte la nivelul beneficiarului, aspecte reieșite din interviurile cu beneficiarii care au declarat că personalul administrativ și medical din unitățile sanitare nu are în general experiență practică în managementul acestor proiecte.

Timpul scurt pentru pregătirea acestor proiecte, ca și lipsa unei instruiți prealabile a personalului de la nivelul beneficiarului constituie dificultăți care au fost percepute de către beneficiarii de proiecte.

De asemenea, povara administrativă din fișa postului, la care s-a adăugat suplimentar managementul acestor proiecte, dublată de o salarizare considerată insuficientă pentru volumul și complexitatea muncii depuse au fost factori care au contribuit la demotivarea personalului administrativ. Pe termen lung, categoria de resurse umane menționată se pare că va avea tendința să evite participarea în aceste tipuri de proiecte aspect relevat din interviurile cu beneficiarii care precizează că factorii prezentați mai sus acționează ca un motiv suplimentar de stres și “burn-out” la locul de muncă.

<sup>38</sup> CNAS decide în urma negocierii cu furnizorii de servicii medicale (beneficiarii proiectelor) sumele pe care le alocă anual pentru serviciile acordate asiguraților, iar o relație instituțională pozitivă poate fi un avantaj în negociere.

<sup>39</sup> Vizitele în teritoriu au evidențiat că anumite unități sanitare au tendința să efectueze “liste de cumpărături”, și nu achiziții strategice, în special pentru achiziția de echipamente medicale, în lipsa unor bugete de achiziții predictibile și a unor planuri de achiziții documentate corespunzător acest fapt scăzând eficacitatea proiectelor.

Pentru proiectele sociale, având ca grupuri țintă persoane cu dizabilități și copii din sistemul de protecție specială, se constată că deși există multe centre eligibile, numărul de aplicanți este foarte mic. Pentru proiecte de dezinstituționalizare a persoanelor cu dizabilități au fost anunțate 2 apeluri la nivel național, și la momentul evaluării se implementau doar 6 proiecte. Conform datelor prezentate în studiile de caz (Anexele 5.1, 5.3, 5.6 și 5.8) dar și a interviurilor realizate la nivel central, lipsa proiectelor este motivată de următoarele cauze: 1/ lipsa spațiilor/locațiilor ce aparțin administrației publice, 2/ capacitatea redusă de a asigura durabilitatea proiectelor din punct de vedere financiar de către DGASPC, cât și de către administrațiile publice locale (mai ales cele din mediul rural), ne-eligibilitatea ONG-urilor de a aplica în calitate de beneficiar principal. Aceeași situație fiind valabilă și în cazul proiectelor de dezinstituționalizare a copiilor din sistemul de protecție specială.

În ceea ce privește nevoia pentru crearea centrelor rezidențiale și serviciilor sociale pentru vârstnici, deși aceasta este mai mare în localitățile rurale, numărul de aplicanți este foarte mic. La nivel regional există potențial pentru un portofoliu mare de proiecte. Dezvoltarea serviciilor sociale este una dintre prioritățile formulate și în Planurile Regionale de Dezvoltare. Responsabilitatea principală pentru asigurarea serviciilor sociale revine consiliilor județene (prin Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecție a Copiilor) și administrațiilor publice locale. Cu toate acestea există o intenție destul de mare în realizarea de astfel de proiecte.

- **Succese realizate și cauzele care au determinat succesele**

Abordarea centralizată pentru proiectele de dotare cu echipamente ale MS (nefinalizate) a fost considerată o inițiativă de succes având în vedere constrângerile de timp, diversitatea beneficiarilor și numărul mare de proiecte.

Colaborarea continuă a beneficiarilor cu consiliul local/consiliul județean în toate etapele proiectului având în vedere expertiza limitată a echipei tehnice de la nivelul beneficiarului a fost considerat un factor de succes.

Echipele manageriale stabile<sup>40</sup> de la nivelul beneficiarului, care aveau deja o practică de lucru în comun, reprezintă factori necesari în implementarea cu succes a acestor proiecte.

*c/ Rezultate în urma analizei (constatări)*

**Intervențiile eficace sunt cele în care activitățile au fost efectuate integrat sau complementar** cuprinzând atât servicii de construcții/reabilitări/modernizări cât și de dotări cu echipamente și eventual atragere și instruire de personal suplimentar.

**Relația instituțională pozitivă** a echipei manageriale a unității sanitare cu proprietarul instituției sanitare (consiliul local, consiliul județean, Ministerul Sănătății) și cu decidenții sanitari locali (DSP, CNAS) este considerată un avantaj pentru implementarea cu succes a proiectelor.

**Disponibilitatea și retenția resurselor umane medicale și tehnice** necesare pentru a utiliza corespunzător echipamentele achiziționate influențează eficacitatea proiectelor.

---

<sup>40</sup> Stabilitatea echipelor care asigură managementul spitalelor este foarte influențată politic, iar echipele manageriale sunt schimbate frecvent ceea ce crează o reținere a echipelor noi în a prelua și continua inițiativele echipelor manageriale anterioare, în special în domeniul achizițiilor publice.

Problemele legate de derularea procedurilor de achiziții, lipsa personalului specializat la nivelul beneficiarului și supra-încarcarea personalului, dar și comunicarea uneori dificilă cu unele ADR-uri din cauza lipsei unei abordări comune au fost considerate **principalele dificultăți întâmpinate în implementare**.

Abordarea centralizată la nivelul MS, colaborarea continuă cu consiliile locale/consiliile județene și existența unei relații manageriale stabile la nivelul beneficiarului au fost considerați **factori de succes** pentru implementarea acestor proiecte.

Cu toate că există multe centre rezidențiale eligibile, iar numărul localităților, în special rurale, în care nu există centre sociale de zi sau centre comunitare de servicii integrate este ridicat, numărul de aplicanți este foarte mic.

Cel mai eficient mecanism de asigurare a implementării intervențiilor (inițiere a proiectelor de către DGASPC-uri) a fost **impulsionarea reformării sistemului prin schimbări legislative**. Acestea se referă la limitarea numărului de beneficiari ai unei instituții rezidențiale la 50 de persoane și la interzicerea instituționalizării copiilor în centre de plasament clasice.

Lipsa reglementărilor legislative și metodologice pentru crearea centrelor integrate de servicii medico-sociale la nivel de comunitate rurală a determinat reticență în propunerea de proiecte sociale pentru persoane cu dizabilități și pentru persoane vârstnice, deoarece la nivel local, mai ales la nivelul UAT-urilor conceptul de servicii integrate medico-sociale nu este bine înțeles, există confuzie în ceea ce privește rolul diferitelor tipuri de servicii.

#### 4.5. Întrebarea de evaluare 5: Cum se diferențiază efectele AP8 din perspectivă teritorială - au fost utilizate resursele în cazurile/ zonele în care nevoile sociale și cererea de servicii sociale au înregistrat cele mai ridicate valori? (în corelare cu concluziile evaluărilor de impact ale POR 2007-2013)

Analiza modului în care au fost utilizate resursele din perspectivă teritorială a fost realizată pe două paliere:

- Distribuția teritorială a proiectelor/resurselor
- Distribuția teritorială a nevoilor sociale și cererilor de servicii sociale.

##### a/ Date colectate

Răspunsul la această întrebare de evaluare a fost formulat pe baza analizei de date atât cantitative, cât calitative.

*Datele cantitative:* au fost colectate date cantitative secundare referitoare la cei doi indicatori având ca sursă Ministrul Muncii și Justiției Sociale.

*Datele calitative:* colectate prin interviuri și grupuri nominale au vizat opiniile diferitelor părți interesate cu privire la factorii care influențează distribuția proiectelor.

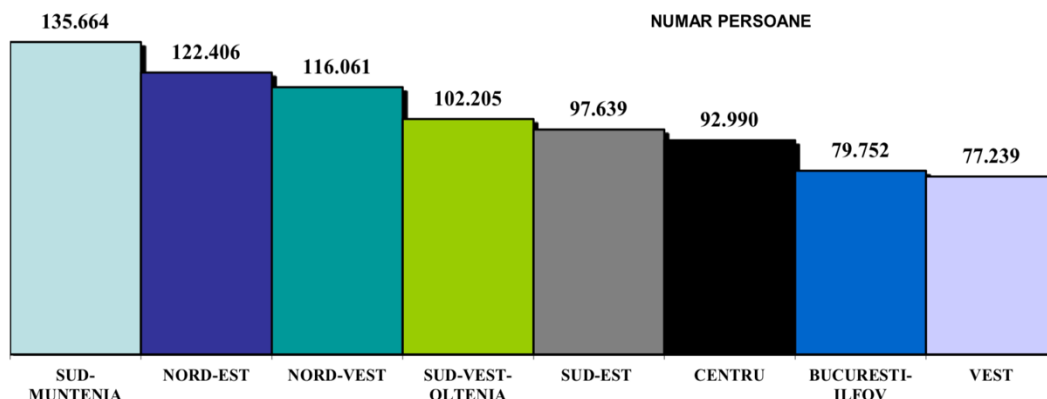
##### b/ Analiza datelor



Conform distribuției geografice, cele mai multe proiecte în domeniul social sunt în regiunea Nord-Est (13), urmată de regiunile Vest (6), Centru (4), Sud Muntenia (3), Sud-Vest (3), Nord-Vest (2) și Sud-Est (2). Această distribuție a proiectelor corespunde cu analiza geospațială a marginalizării rurale: proporția populației care trăiește în zone rurale marginalizate este de aproape două ori mai mare în Nord-Est comparativ cu media rurală națională (11,3% comparativ cu 6,2%). În regiunea Centru se înregistrează o rată de marginalizare mai mare decât rata medie națională de marginalizare (8%). La cealaltă extremă, regiunile Vest cu 1,2%, respectiv București-Ilfov cu 0,6% au rate foarte mici de marginalizare<sup>41</sup>.

DGASPC-urile au beneficiat de investițiile POR pentru a restructura instituțiile rezidențiale mari rămase, la data limită stabilită pentru această evaluare existând în județul Bacău 4 proiecte, în județul Vaslui 2 proiecte, respectiv în județul Argeș 2 proiecte. Proiectele fiind deci din regiunile NE (6) și SM (2). Această distribuție a proiectelor corespunde într-o oarecare măsură nevoilor regionale, în sensul că numărul cel mai mare de persoane cu dizabilități se află în cele două regiuni (SM și NE), însă ierhia este inversă (Figura 8).

**Figura 8 - Distribuția numărului de persoane cu dizabilități pe regiuni la 31 decembrie 2018<sup>42</sup>**



În perioada anterioară de programare, comunitățile mai mari (în special cele urbane) au beneficiat de proiecte în acest domeniu. Totuși, media de vârstă în comunitățile rurale este mai ridicată, și, de fapt, nevoia de servicii sociale pentru vârstnici este mai mare în localitățile rurale. Echipe de îngrijire la domiciliu (centre de zi) ar trebui să existe în fiecare comunitate rurală și acest lucru este recunoscut de Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice. Echipele de asistenți sociali la nivel rural ar trebui să aibă responsabilitatea de a identifica nevoile, să realizeze evaluarea inițială a beneficiarilor și să presteze servicii sociale în fiecare comunitate. Cu toate acestea au fost foarte puține solicitări de a crea centre de zi pentru vârstnici la nivel de localități rurale.

<sup>41</sup> Atlasul Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România. Banca Mondială. [http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Minister/F6\\_Atlas\\_Rural\\_RO\\_23Mar2016.pdf](http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Minister/F6_Atlas_Rural_RO_23Mar2016.pdf)

<sup>42</sup> Sursa: Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități



#### c/ Rezultate în urma analizei (constatări)

Distribuția geografică a intervențiilor curente corespunde cu analiza geospațială a marginalizării. Cu toate acestea au fost foarte puține solicitări de a crea centre de zi sau centre comunitare integrate la nivel de localități rurale. Conform datelor prezentate în studiile de caz (Anexele 5.1, 5.3, 5.6 și 5.8) UAT de la nivel rural nu au demonstrat inițiativă din mai multe considerente: nu cunosc bine domeniul social, nu dispun de specialiști în domeniul prestării servicii sociale la nivel rural, capacitatea administrativă de implementare a proiectelor este redusă și, cel mai important, nu au resurse financiare suficiente pentru a asigura sustenabilitatea serviciilor sociale nou create.

### 4.6. Întrebarea de evaluare 6: Cum poate fi îmbunătățită logica intervenției în cadrul acestei AP sau pentru intervenții similare viitoare?

Analiza acestei întrebări de evaluare s-a bazat pe următorii cinci indicatori:

- În ce măsură logica intervenției este confirmată de practică
- Dificultăți întâmpinate în implementare și cauze
- Soluții de îmbunătățire a logicii intervenției
- În ce măsură schimbările/ condițiile au afectat implementarea proiectelor, așteptările? (schimbări de ordin politic, economic, financiare, migrația, legislația, altele)
- Care condiții/ cauze externe au contribuit la realizarea efectelor dorite sau invers au stopat? Cum anume?

#### a/ Date colectate

Răspunsul la această întrebare de evaluare a fost formulat pe baza analizei de date calitative.

*Datele calitative:* colectate prin interviuri și grupuri nominale au vizat opiniile diferitelor părți interesate cu privire la modul în care logica intervenției pentru AP 8 se confirmă în practică, precum și care ar fi modalitățile de îmbunătățire pe viitor.

#### b/ Analiza datelor

- **Logica intervenției în practică**

Documentele programatice pentru perioada 2014-2020 definesc domeniul sănătății ca domeniu prioritar de dezvoltare, având în vedere 1/ indicatorii nesatisfăcători ai stării de sănătate (speranța de viață la naștere, decese prin afecțiuni evitabile și speranța de viață sănătoasă), 2/ starea precară a infrastructurii de sănătate (unități sanitare ambulatorii sau spitale improprii și cu echipamente medicale uzate) și 3/ numărul scăzut și distribuția disproporționată a personalului medical.

Rețeaua de infrastructură de sănătate propusă pentru finanțare în perioada 2014-2020 a luat în considerare inițial în special comunitățile rurale, izolate, localitățile preponderent afectate de segregare urbană și comunitățile marginalizate și în special accesul populației din aceste localități la servicii de sănătate medicale de bază, împreună cu creșterea capacității de

diagnostic și tratament a structurilor de asistență primară ambulatorii de specialitate și a structurilor medicale de urgență conform viziunii Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 de inversare a piramidei furnizării serviciilor de sănătate.

Cu toate acestea, până în prezent, proiectele finanțate prin AP 8 au avut în vedere construcția/ reabilitarea/ extindere/ modernizarea/ dotarea ambulatoriilor de specialitate și a unităților de primiri urgențe și dotarea secțiilor de suport, precum și a infrastructurii de servicii sociale, dar nu și a centrelor multifuncționale, a centrelor de permanență sau a centrelor integrate medico-sociale, motivul principal fiind apariția întârziată a legislației specifice pentru domeniul asistenței medicale comunitare.

Centrele comunitare integrate medico-sociale menționate distinctiv în Strategia Națională de Sănătate 2014 - 2020 nu au fost finanțate până în prezent din POR 2014-2020. Există mai multe posibile cauze care au determinat acest lucru și care au întârziat finanțarea acestor structuri comunitare impuse ca și condiționalități pentru finanțarea structurilor sanitare specializate (de exemplu spitalele regionale). Dintre acestea menționăm înțelegerea diferită din partea diverselor echipe guvernamentale de la ministerele implicate (MS și MMJS) asupra termenului de „centre comunitare integrate medico-sociale” și a rolului acestora în arhitectura sistemului de sănătate și a celui de securitate socială. De asemenea, un alt impediment a constat în întârzierea adoptării normelor tehnice referitoare la aceste centre integrate<sup>43</sup> care au fost publicate recent.

- **Dificultăți întâmpinate în implementare și cauze**

Problema identificării spațiilor pentru construcții prezintă o problemă mare pentru DGASPC-uri. De exemplu, pentru primul apel de proiecte pentru dezinstituționalizarea infrastructurii pentru copii, județul Iași avea în listă spre închidere 8 centre, pentru care trebuiau identificate 25 de terenuri pe care să fie construite casele de tip familial. În cazul centrului de la Bogdănești administrația publică locală a fost deschisă și a oferit terenurile. Municipality Iași nu a oferit nici un teren, cu toate că instituțiile rezidențiale se află în municipiu. Totuși, 3 terenuri au fost oferite de Consiliul Județean Iași. Din această cauză la primul apel de finanțare nu au fost depuse mai multe proiecte. Între timp s-a reușit obținerea acordului din partea unor primării din suburbia municipiului Iași pentru a oferi terenuri, iar DGASPC Iași avea în plan să depună câteva proiecte pentru apelul care s-a încheiat la 1 iulie 2019.

Majoritatea beneficiarilor din zonele rurale se confruntă cu diverse probleme în ceea ce privește achizițiile (de ex., achiziția proiectelor tehnice este refuzată datorită documentațiilor incomplete sau contestațiilor care apar după semnarea contractelor), dar și în procesul de administrare a proiectelor.

Primele versiuni ale ghidului au fost foarte stricte, ceea ce a condiționat descalificarea mai multor cereri de finanțare pentru criterii nesemnificative (de ex., bugetul formulat cu 2 zecimale). Cerințele privind de actele ce dovedesc proprietatea asupra imobilului au descalificat la etapa inițială mai multe aplicații, iar ulterior, după ce au fost ajustate ghidurile, oricum au contribuit la blocarea procesului pentru că beneficiarii au așteptat foarte mult timp Hotărârile

<sup>43</sup> Hotărârea nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară (publicată în Monitorul Oficial în data de 7 iunie 2019)

de Guvern prin care se atesta dreptul la proprietate. Ulterior, reducerea cerințelor în acest sens a determinat și creșterea numărului de aplicații.

Modificarea legislației în ceea ce privește salariul minim în construcții a crescut contribuția financiară proprie a beneficiarilor, de exemplu contribuția DGASPC Bacău a crescut cu 25%, ceea ce constituie un efort financiar foarte mare. Căutarea posibilităților de co-finanțare a proiectelor a condiționat și întârzierea achizițiilor în proiecte. Consiliul Județean Bacău va acoperi aceste diferențe, dar fiind beneficiar în patru proiecte, diferența de 25% va constitui o povară destul de mare. Această problemă a fost semnalată de un număr mare de beneficiari.

Existența unor servicii noi în comunitate necesită resurse financiare pentru activități de promovare/conștientizare/dezvoltare a toleranței în comunitatea în care sunt realizate intervențiile.

- **Soluții de îmbunătățire a logicii intervenției**

Pentru ca logica intervenției să fie îmbunătățită este imperios necesar să fie clarificat statutul și rolul instituțional al centrelor comunitare integrate medico-sociale în arhitectura funcțională a sistemului de sănătate. De asemenea, este necesar să fie clarificat statusul procesului de descentralizare în domeniul sănătății deoarece acestea afectează în mod direct organizarea și finanțarea asistenței medicale comunitare. Acesta este unul dintre factorii care încă determină o variabilitate marcată a ofertei de astfel de servicii la nivel național. Noțiunea de “integrare” a serviciilor medicale și sociale la nivelul comunității, precum și modul de furnizare a serviciilor respective în teritoriu necesită clarificare la nivelul ministerelor de resort.

Ministerele de resort (MS și MMJS) au nevoie de o consolidare a rolului de elaborare a politicilor sectoriale referitoare la accesul echitabil la servicii de sănătate al întregii populații și de monitorizare a implementării acestora și să creeze mecanisme prin care poate interveni atunci când sunt indicii că locul și modul în care sunt furnizate serviciile menține sau crește inechitățile de acces pentru grupele dezavantajate.

- **Efectele schimbărilor asupra implementării proiectelor**

Schimbările politice frecvente ale echipelor guvernamentale de la ministerele de resort, împreună cu schimbarea aproape la fel de frecventă a decidenților tehnici și a personalului implicat în monitorizarea acestor proiecte, au avut un impact negativ asupra modului în care a fost derulată finanțarea pe AP 8. Anumite condiționalități nu au fost rezolvate în totalitate sau, atunci când au fost rezolvate, nu au mai avut efectul scontat cum ar fi de exemplu: Planul de monitorizare a Strategiei Naționale de Sănătate, planurile regionale de servicii de sănătate, dezvoltarea spitalelor regionale, legislația referitoare la centrele comunitare integrate).

*c/ Rezultate în urma analizei (constatări)*

Conform Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 inițial, rețeaua de infrastructură de sănătate propusă pentru finanțare în perioada 2014-2020 a luat în considerare în special **comunitățile rurale, izolate, localitățile preponderent afectate de segregare urbană și comunitățile marginalizate**. De asemenea, au fost considerate prioritare creșterea accesul populației din aceste localități la servicii de sănătate medicale de bază și creșterea capacității de diagnostic și tratament a structurilor de asistență primară, a ambulatoriilor de specialitate și a structurilor medicale de urgență

**Centrele comunitare integrate medico-sociale** menționate distinctiv în Strategia Națională de Sănătate 2014 - 2020, una dintre verigile importante pe care a fost construită logica intervenției acestui program operațional, **nu au fost finanțate** până în prezent din POR 2014-2020. Clarificarea statutului și rolul instituțional al centrelor comunitare integrate medico-sociale în arhitectura funcțională a sistemului de sănătate și a procesului de descentralizare în sănătate este imperios necesară în vederea îmbunătățirii logicii intervenției acestui program.

Ministerele de linie ar trebui să aibă un rol mai important în monitorizarea furnizării de servicii care mențin sau cresc inechitățile de acces pentru grupele dezavantajate. În acest sens, este necesară dezvoltarea unui mecanism de feedback funcțional cu AM POR, ADR-urile și a decidenții locali, în vederea prioritizării proiectelor care au ca scop **diminuarea inechităților de acces pentru grupurile vulnerabile**.

**Disponibilitatea de specialiști în domeniul achizițiilor publice și managementului de proiecte** la nivelul UAT-urilor din mediul rural rămâne scăzută ceea ce determină întârzieri ale achizițiilor de servicii sau chiar rezistența UAT-urilor de a elabora cereri de finanțare în domeniul social.

Conform datelor prezentate în studiile de caz (Anexele 5.1, 5.3, 5.6 și 5.8) o integrare cât mai bună utilizatorilor de servicii în comunitate presupune ca investițiile realizate/indicatorii de proiect să includă și **prestarea de servicii sociale comune cu alți membri din comunitatea țintă**, inclusiv referiri la participări ale voluntarilor.

#### 4.7. Întrebarea de evaluare 7: Care este nivelul de sustenabilitate al serviciilor sociale și medicale și dimensiunea socială a acțiunilor promovate de POR?

Analiza sustenabilității serviciilor sociale și medicale a fost realizată în funcție de următorii doi indicatori:

- Resurse financiare bugetate pentru menținerea și dezvoltarea în continuare a serviciilor sociale și medicale create pentru fiecare categorie de intervenție în parte (inclusiv menținerea și dotarea cu echipamente)
- Fluxul de beneficiari ai infrastructurilor (utilizatori).

##### a/ Date colectate

Răspunsul la această întrebare de evaluare a fost formulat pe baza analizei de date calitative.

*Datele calitative:* colectate prin interviuri și grupuri nominale au vizat opiniile diferitelor părți interesate cu privire la sustenabilitatea serviciilor medicale și sociale realizate prin intervențiile finanțate din AP 8.

##### b/ Analiza datelor

- **Sustenabilitatea serviciilor medicale**

Marea majoritate a echipamentelor utilizate sunt incluse în circuitele clinice ale pacienților, serviciile furnizate acestora fiind plătite de CNAS sau de MS. Pentru serviciile noi, care sunt furnizate cu echipamentele achiziționate care sunt deja în funcțiune, există posibilitatea contractării anuale a serviciilor corespunzătoare acestora de la CNAS în condițiile în care

serviciile respective se află în pachetul de bază de servicii medicale. Echipamentele care permit scurtarea timpului de internare în spital la același tarif oferit de CNAS permit spitalului efectuarea unor internări suplimentare plătite de către Casa de Asigurări de Sănătate.

Echipa managerială are datoria de a planifica cât mai optim activitatea în cadrul ambulatoriului integrat, contractarea suplimentară a serviciilor noi oferite și atragerea personalului medical suplimentar care ar putea oferi mai multe servicii pe echipamentele achiziționate.

Având în vedere că în urmă cu un an au crescut semnificativ salariile personalului medical și că numărul acestora este în creștere, este de așteptat ca unitățile sanitare dotate cu echipamente moderne să fie atractive pentru personalul medical și să contribuie la retenția acestora și implicit la sustenabilitatea proiectului.

Poziționarea unităților sanitare dotate mai aproape de domiciliul pacienților va stimula creșterea numărului de vizite în ambulator și implicit decongestionarea spitalelor județene și regionale în condițiile în care actul medical poate fi finalizat la nivelul unităților sanitare mici și mijlocii prin aceasta crescând sustenabilitatea serviciilor medicale oferite prin AP 8.

Din interviurile aplicate în teren, dar și din informațiile publice disponibile referitoare la activitatea Asociației Profesionale a Medicilor de Ambulator<sup>44</sup> există indicii că se întreprind demersuri astfel încât CNAS să aloce o finanțare mai adecvată ambulatoriului de specialitate, să permită furnizarea de consultații și investigații în timpul aceleași vizite și să actualizeze tarifele serviciilor medicale furnizate în ambulator.

- **Sustenabilitatea serviciilor sociale**

Fiecare serviciu nou creat pentru persoane cu dizabilități determină creșterea cheltuielilor și implicit necesită creșterea bugetului DGASPC-urilor care sunt preocupate de faptul că în următorii ani ar trebui să fie planificate mai multe resurse pentru a asigura calitatea serviciilor în toate centrele nou create. Conform datelor prezentate în studiile de caz (Anexele 5.1, 5.3, 5.6 și 5.8), aceste instituții întreprind toate demersurile necesare pentru a asigura continuitatea serviciilor.

Un factor important în asigurarea sustenabilității proiectelor îl constituie existența resurselor umane calificate care să lucreze în infrastructura de servicii nou creată. Multe dintre proiectele contractate menționează în acest sens complementaritatea POR - POCU, care totuși nu poate fi asigurată așa cum a fost planificat la momentul când au fost depuse cererile de finanțare pe AP 8 POR. Este posibil ca această lipsă de coordonare să genereze sincope în asigurarea cu personal calificat a serviciilor ce urmează să fie furnizate în infrastructura nou creată.

În cazul serviciilor pentru persoane vârstnice, sustenabilitatea este asigurată de UAT-uri. Asigurarea sustenabilității serviciilor dezvoltate în mediul urban pare să nu reprezinte o problemă pentru că o administrație publică urbană deține resursele (financiare și umane) necesare. În ceea ce privește UAT-urile rurale, acolo unde aceste servicii sunt și cele mai necesare, sustenabilitatea pare să fie un impediment important, care se manifestă sub mai multe aspecte:

<sup>44</sup> <https://www.agerpres.ro/comunicate/2019/08/05/comunicat-de-presa-asociația-profesională-a-medicilor-de-ambulator--351519>

- Lipsa asistenților sociali cu studii superioare de specialitate în localitățile rurale, studiile superioare fiind necesare, în primul rând, pentru acreditarea și licențierea serviciilor.
- Necesitatea de a licenția fiecare serviciu social separat, creează impedimente pentru diversificarea serviciilor la nivel de comunitate rurală.
- Resursele financiare limitate creează dificultăți pentru angajarea asistenților sociali sau contractarea serviciilor sociale de la furnizori licențiați.

Preocuparea administrațiilor publice locale (nivel rural) pentru asigurarea sustenabilității serviciilor sociale create este majoră. În lipsa unui instrument de finanțare direct de la bugetul de stat a serviciilor sociale la nivel de comunitate, capacitatea acestor UAT-uri apare ca fiind destul de redusă.

#### *c/ Rezultate în urma analizei (constatări)*

Casa de Asigurări de Sănătate și MS sunt principalii finanțatori ai serviciilor de sănătate furnizate în unitățile sanitare reabilite și dotate prin AP 8 servicii care în prezent sunt sub-finanțate și au tarife neactualizate. Rolul UAT-urilor este de asemenea important în asigurarea sustenabilității unităților sanitare reabilite și dotate prin AP 8.

Rolul echipei manageriale și al decidentului local este esențial în planificarea optimă a activității ambulatoriilor integrate, angajarea personalului necesar pentru echipamentele noi și contractarea suplimentară a serviciilor ce pot fi oferite.

Complementaritatea POR - POCU nu poate fi asigurată așa cum a fost planificat atunci când au fost depuse proiectele pe AP 8, ceea ce pare că va avea un efect negativ în ceea ce privește asigurarea cu personal calificat a serviciilor ce vor fi furnizate în noua infrastructură socială.

UAT-urile din mediul urban dețin capacitatea de a asigura sustenabilitatea serviciilor care urmează să fie furnizate în cadrul infrastructurii sociale dezvoltată prin proiectele finanțate din AP 8. UAT-urile din mediul rural par să întâmpine dificultăți în asigurarea sustenabilității, în pofida angajamentelor contractuale asumate.

## 5. Concluzii, recomandări și lecții învățate

În raport cu obiectivele AP 8, având în vedere constatările rezultate în urma analizei și pornind de la răspunsurile la întrebările de evaluare, se pot extrage următoarele concluzii și recomandări:

**Întrebarea de evaluare 1: În ce măsură a contribuit AP 8 la creșterea accesibilității, calității și eficienței serviciilor publice de sănătate, inclusiv de urgență și de la nivel secundar, în special în zonele sărace/ izolate?**

Implementarea proiectelor finanțate pe AP 8 are un efect pozitiv prin scăderea nevoii neacoperite de servicii medicale pentru chintila inferioară de la valoarea inițială de 13,3%, la valoarea de 8% în 2015 și, mai recent la valoarea de 3,4% în 2018<sup>45</sup> conform Eurostat. Această valoare recentă depășește deja ținta propusă pentru 2023 (9,3%), iar prin proiectele

<sup>45</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>



implementate în fiecare județ din România, practic populația deservită de servicii medicale îmbunătățite depășește cu mult valoarea țintă propusă pentru 2023 (500.000 persoane). Totuși, această evoluție trebuie considerată ca fiind rezultatul mai multor factori determinanți, cum ar fi proiectele finalizate din POR 2007-2013, modificări legislative în domeniul sănătății, modificări de ordin fiscal etc.

Un număr de 49 de ambulatorii integrate din structura spitalelor municipale și 35 din structura spitalelor orașenești au fost dotate cu echipamente în cadrul acestei finanțări, concomitent cu creșterea consistentă a salariilor personalului medical ceea ce prezumă că pacienții primesc servicii mai aproape de casă și mai rapid.

Reducerea timpului de intervenție/răspuns necesită îmbunătățiri în condițiile în care două treimi din parcul de ambulanțe este uzat fizic avansat, personalul disponibil este insuficient, iar infrastructura rutieră nu s-a îmbunătățit semnificativ.

În lipsa unui indicator relevant disponibil se poate considera că echipamentele noi sau multiple cresc calitatea și fiabilitatea serviciilor oferite, scad timpul de așteptare și în anumite situații sunt poziționate într-o unitate sanitară mai aproape de domiciliul pacientului, factori care ar trebui să crească satisfacția serviciilor primite de către beneficiari.

Calitatea și eficiența serviciilor de sănătate oferite în sistemul public de sănătate nu pot fi în prezent cuantificate obiectiv în lipsa unor indicatori prestabiliți de către autoritățile de reglementare.

R1. Se recomandă promovarea finanțării prioritare a proiectelor care își propun în mod fundamentat scăderea gradientului de inechitate marcat între persoanele cu un status socioeconomic ridicat și persoanele dezavantajate prin dezvoltarea în perioada următoare a centrelor comunitare integrate și a asistenței medicale comunitare pentru populația vulnerabilă.

R2. Se recomandă remodelarea și transformarea unora dintre unitățile sanitare mici și mijlocii în ambulatorii de specialitate/ centre comprehensive de diagnostic și tratament inclusiv cu capacitate pentru spitalizarea de zi în vederea diminuării diferenței între echiparea diferitelor regiuni și a modelului unde serviciile ambulatorii sunt concentrate în anumite orașe se păstrează același model de dotare în detrimentul centrelor mai mici<sup>46</sup>.

R.3 Având în vedere că o mare parte din indicatorii de realizare imediată și mai ales cei de rezultat nu au fost completați se recomandă implicarea MS în definirea cadrului de monitorizare a intervenției, alinierea indicatorilor cu cei utilizați în mod uzual de către unitățile medicale, limitarea numărului acestora la cei considerați absolut necesari și relevanți.

---

<sup>46</sup> Obiectivul principal al axei 8.1 POR 2014-2020 este implementarea viziunii Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 referitoare la schimbarea piramidei ofertei serviciilor de sănătate și reducerea inechităților de acces la servicii de sănătate în special pentru populația vulnerabilă. Până în prezent niciun proiect din această axă nu a avut ca obiectiv remodelarea și transformarea unui spital mic în ambulatoriu de specialitate în condițiile în care o parte importantă a acestor spitale au funcție preponderentă de hostel social și nu de creștere reală a accesului la servicii de sănătate de bază.



**Întrebarea de evaluare 2: În ce măsură a contribuit AP 8 la îmbunătățirea eficienței costurilor și calității în îngrijirea de urgență din spitale, din perspectiva reducerii numărului de internări la secțiile de boli acute în spitale sau a numărului de paturi pentru internările acute, prin constituirea unei funcționale integrate de direcționare a pacienților?**

Un număr de 30 de Unități de Primiri Urgențe/Compartimente de Primiri Urgențe (*valoare țintă 35*) la nivel național sunt contractate până în prezent pentru lucrări în contracte finanțare ale UATurilor, iar 138 de spitale cu UPU/CPU/secții de support sunt contractate până în prezent pentru dotare cu echipamente în contracte de finanțare ale Ministerului Sănătății (nefinalizate).

Chiar dacă rata internărilor continue în spital a scăzut constant în perioada analizată, aproximativ 30% din internările efectuate în spital sunt pentru afecțiuni care ar fi putut fi tratate în ambulator (medic de familie sau ambulatoriul de specialitate) dacă aceste servicii ar fi fost disponibile și eficiente.

Disponibilitatea crescută a serviciilor ambulatorii eficiente este esențială pentru degrevarea UPU și a spitalelor de cazurile care nu necesită îngrijiri la acel nivel fapt care ar crește eficiența sistemului de sănătate prin direcționarea fondurilor UPU și spitalelor către cazurile care necesită asistență de urgență sau spitalizare.

R4. Se recomandă reconfigurarea serviciilor de ambulator (consultații și investigații oferite în aceeași vizită), și actualizarea tarifelor acestora având în vedere eficacitatea și sustenabilitatea acestor servicii în creșterea accesului la servicii de sănătate în special pentru populația vulnerabilă.

**Întrebarea de evaluare 3: În ce măsură a contribuit AP8 la creșterea acoperirii serviciilor sociale, inclusiv pentru diferitele grupuri vulnerabile vizate?**

Ținta de realizare a numărului de beneficiari (persoane cu dizabilități) de infrastructură de dezinstituționalizare construită/ reabilitată/ modernizată/ extinsă/dotată a fost realizată în proporție de 45%, însă progresul indicatorului privind prestarea serviciilor sociale cât mai aproape de locul de trai este minor (3%).

Progresul în ceea ce privește procesul de dezinstituționalizare a copiilor din sistemul de protecție specială este prematur să fie analizat, dat fiind că la data limită a evaluării a existat doar un singur proiect contractat. Astfel, la nivel național, țintele practice au rămas nerealizate: 0,03% copii beneficiari de infrastructură socială de zi reabilitată și 6,4% de copii care vor beneficia de locuințe protejate noi. Totuși, mai recent au fost contractate încă 7 proiecte și sunt în pregătire alte 15, ceea ce asigură premisele pentru îndeplinirea țintelor propuse.

Crearea serviciilor sociale pentru persoanele vârstnice este cu mult în urma țintei având un nivel de realizare de 9%. Dar chiar și din această țintă, prin intervențiile POR contractate în 2018-2019 vor fi oferite servicii sociale îmbunătățite pentru 2208 vârstnici din localitățile urbane și doar 3114 vârstnici din localitățile rurale. Iar din proiectele implementate la nivel rural doar câteva proiecte vor oferi servicii medicale și sociale în centre integrate, ceea ce trebuia să constituie o prioritate pentru aceste intervenții.

R5. Este necesară dezvoltarea parteneriatelor la nivel de județ și definirea portofoliului de proiecte. La nivel de județ, DGASPC împreună cu UAT-urile și prestatorii de servicii sociale ar trebui să realizeze o analiză a nevoilor beneficiarilor la nivel de județ, să

identifice prioritățile de finanțare și să elaboreze conceptele de proiecte. În procesul de planificare, DGASPC-urile trebuie să realizeze analiza nevoilor reale a beneficiarilor țintă (persoane cu dizabilități, vârstnici și copii) până la nivelul fiecărei comunități rurale și să realizeze o inventariere a tuturor centrelor de zi care pot fi reabilitate sau construcțiilor în care pot fi create centre de zi. În baza acestui studiu ar trebui estimată necesitatea reală de a crea diverse tipuri de servicii sociale pentru fiecare grup țintă și ar trebui elaborată o listă de instituții, centre care trebuie reabilitate, cât și o listă de comunități în care trebuie create centre noi.

R6. O altă modalitate prin care DGASPC-urile ar putea reduce din presiunea asupra APL-urilor rurale este să facă un concurs de soluții la care să fie invitați să participe UAT-urile. Iar conceptele de proiecte selectate să servească drept bază pentru elaborarea unui proiect mai mare de către DGASPC în care să fie lider de proiect.

#### **Întrebarea de evaluare 4: Ce tipuri de intervenții/ mecanisme de implementare s-au dovedit a fi eficace și de ce?**

Intervențiile care se dovedesc eficace sunt cele în care activitățile au fost concepute și implementate integrat cuprinzând servicii de construcții/ reabilitări/ modernizări, dotări cu echipamente, precum și atragere și instruire de personal suplimentar, iar resursele provin din proiecte complementare finanțate și din alte programe operaționale.

R7. AM POR împreună cu Ministerul Sănătății ar trebui să promoveze existența unei planificări strategice la nivelul instituțiilor sanitare în concordanță cu strategiile de dezvoltare județene/regionale/naționale și cu strategiile sectoriale și a unor studii de fezabilitate/studii de oportunitate/studii de impact actualizate și disponibile la nivelul instituției sanitare pentru investițiile majore pentru a crește eficacitatea intervenției.

R8. În domeniul sănătății pentru îmbunătățirea calității proiectelor se recomandă elaborarea unor mecanisme și instrumente de coordonare clare și susținute la nivel național pentru a asigura standardizarea instrumentelor care pot evalua necesarul de infrastructură, echipamente, resurse umane, prioritizarea investițiilor, variabilitatea costurilor de achiziție a echipamentelor și a lucrărilor similare.

În domeniul social, în cazul în care apelul de proiecte este competitiv, beneficiază mai mult comunitățile care au experiență în procesul de elaborare de proiecte și administrare, iar comunitățile dezavantajate rămân dezavantajate.

R9. Legislația actuală prevede că centrele comunitare integrate se pot înființa numai ca entități publice în subordinea sau în structura autorității administrației publice locale. Prin urmare, dezvoltarea echitabilă a acestor servicii ar trebui să includă acordarea de sprijin din POR autorităților publice locale, mai ales celor din comunități dezavantajate, cu oportunități, resurse și instrumente printr-un apel de proiecte dedicat acestei teme. Apelul nu ar trebui să fie competitiv pentru că nu calitatea elaborării aplicației sau aspectul inovator al proiectului este important, ci necesitatea de servicii sociale concrete în anumite localități.

**Întrebarea de evaluare 5: Cum se diferențiază efectele AP8 din perspectivă teritorială - au fost utilizate resursele în cazurile/zonele în care nevoile sociale și cererea de servicii sociale au înregistrat cele mai ridicate valori?**

Din perspectivă teritorială, resursele au fost distribuite preponderent pentru regiunile de dezvoltare în care nevoile sociale și cererea de servicii sociale au înregistrat cele mai ridicate valori. Totuși, la nivelul distribuirii resurselor în interiorul regiunii de dezvoltare majoritatea investițiilor sunt realizate la nivel urban, cu toate că necesitatea de servicii sociale este, în primul rând, la nivel rural.

R10. Lansarea unui apel de proiecte din POR care să acorde prioritate creării centrelor de servicii comunitare integrate și centrelor de zi în comunitățile rurale, dar și oferirea de suport tehnic pentru construcția parteneriatelor la nivel de județ și definirea portofoliului de proiecte pentru o acoperire mai bună cu servicii a acestor comunități. De asemenea, se recomandă corelarea cu intervențiile din PNDR.

**Întrebarea de evaluare 6: Cum poate fi îmbunătățită logica intervenției în cadrul acestui AP sau pentru intervenții similare viitoare?**

Centrele comunitare integrate medico-sociale menționate distinctiv în Strategia Națională de Sănătate 2014 - 2020 și una dintre verigile importante pe care a fost construită logica intervenției acestui program operațional, nu au fost finanțate până în prezent din POR 2014-2020.

R11. Se recomandă clarificarea statutului și rolul instituțional al centrelor comunitare integrate în arhitectura funcțională a sistemului de sănătate și a procesului de descentralizare în sănătate este imperios necesară în vederea îmbunătățirii logicii intervenției acestui program.

R12. Se recomandă creșterea rolului ministerelor de resort (MS și MMJS) în monitorizarea furnizării de servicii care mențin sau cresc inechitățile de acces pentru grupele dezavantajate și posibilitatea intervenției când se întâmplă acest lucru.

Reintegrarea persoanelor cu dizabilități necesită resurse financiare pentru activități de conștientizare/ dezvoltare a toleranței în comunitate și de prestare de servicii sociale pentru toți membrii comunității pentru a reuși o integrare cât mai bună a beneficiarilor țintă.

R13. Pentru a spori eficacitatea proiectelor care se adresează persoanelor cu dizabilități este necesară implicarea unui număr cât mai mare de factori interesați din comunitatea respectivă. Aceasta implică planificarea unor procese de consultare mai complexe, cu alocare corespunzătoare de timp și resurse.

**Întrebarea de evaluare 7: Care este nivelul de sustenabilitate al serviciilor sociale și dimensiunea socială a acțiunilor promovate de POR?**

Rolul finanțatorilor publici este esențial în sustenabilitatea unităților sanitare reabilitate și dotate prin POR. Casa Națională de Asigurări de Sănătate și MS sunt principalii finanțatori ai serviciilor de sănătate furnizate în unitățile sanitare reabilitate și dotate prin POR.

R14. Se recomandă întărirea rolului echipei manageriale și a decidentului local în planificarea optimă a activității ambulatoriilor integrate, angajarea personalului necesar pentru echipamentele noi și contractarea suplimentară a serviciilor ce pot fi oferite.

R15. AM POR ar trebui să sprijine MS care, împreună cu decidenții locali, să promoveze remodelarea și transformarea unora dintre unitățile sanitare mici și mijlocii în ambulatorii de specialitate/centre comprehensive de diagnostic și tratament inclusiv cu capacitate pentru spitalizarea de zi în conformitate cu obiectivele Strategiei Naționale de Sănătate și a surselor de finanțare identificate pentru implementarea acestora identificate pentru implementarea acestora (de exemplu POR 2014-2020).

În cazul proiectelor administrate de DGASPC-uri sustenabilitatea este asigurată din bugetul acestora. Din acest motiv, DGASPC-urile nu își pot permite realizarea mai multor proiecte în paralel, deoarece fiecare proiect va solicita ulterior cheltuieli adiționale pentru asigurarea sustenabilității.

Preocuparea administrațiilor publice locale din mediul rural pentru asigurarea sustenabilității serviciilor sociale create este mare. În lipsa unui instrument de finanțare direct de la bugetul de stat a serviciilor sociale la nivel de comunitate, interesul din partea administrațiilor publice locale de nivel rural tinde să rămână redus.

R16. Este necesară realizarea de consultări AM POR, AM POCU și AM PNDR în vederea identificării unui instrument de sprijin pentru beneficiari UAT-uri din comunitățile rurale cu privire la:

- structura și serviciile prestate de un centru comunitar de servicii integrate, diverse tipuri de servicii sociale care pot fi prestate într-un centru de zi în funcție de grupurile țintă de beneficiari din localitate (vârstnici, persoane cu dizabilități, copii cu nevoie de protecție socială);
- acreditarea și licențierea serviciilor sociale/ centrului comunitar de servicii integrate;
- modele de finanțare a serviciilor sociale/ centrelor comunitare de servicii integrate;
- modele de colaborare cu DGASPC și prestatorii de servicii sociale la nivel de județ;
- modalități de asigurare a complementarității POR-POCU;
- modele de organizare a activităților de voluntariat.

## Lecții învățate

**Realizarea unei colaborări eficiente în investigarea nevoilor la nivel de județ, conceperea proiectului și în realizarea infrastructurii a rămas deficitară și în actuala perioadă de programare.**

Este necesară oferirea de suport tehnic pentru elaborarea proiectelor și realizarea proiectelor în parteneriat (DGASPC, UAT, prestatori licențiați de servicii sociale) pentru implementarea intervențiilor la nivel rural.

**Principala provocare pentru infrastructurile de servicii sociale rămâne asigurarea sustenabilității rezultatelor obținute. Acest lucru a demotivat mulți dintre beneficiari, în special din mediul rural, să acceseze fondurile.**

Se recomandă instruirea/consultarea UAT-urilor rurale în aplicarea diferitor modele de proiectare a serviciilor sociale și de asigurare a sustenabilității. Ar fi preferabil ca aceste activități să fie realizate împreună cu Asociația Consiliilor Județene și cu Asociația Comunelor din România, astfel încât existe o modalitate de diseminare cât mai bună a informațiilor.

**Monitorizarea deficitară a unor proiecte, în special a celor centralizate din domeniul sănătății, se menține și în actuala perioadă de programare, chiar dacă marea majoritate a indicatorilor sunt relativ facil de colectat și cuantificat.**

Este necesar ca orice instituție publică care își asumă rolul de lider pentru proiecte în care există numeroși parteneri să aloce suficiente resurse pentru conceperea și monitorizare proiectelor astfel încât să asigure evaluabilitatea proiectelor.

## 6. Anexe

**Anexa 1. Matricea evaluării**

**Anexa 2. Bibliografia literaturii de specialitate**

**Anexa 3. Ghiduri de interviu**

**Anexa 4. Rapoarte grupuri nominale**

**Anexa 5. Studiile de caz**

**Anexa 6. Raporte paneluri de experți**

**Anexa 7. Lista interviurilor**

**Anexa 8. Lista participanților la grupurile nominale și la panelurile de experți**

**Anexa 9. Direcțiile strategice de planificare a infrastructurii sanitare în raport cu prioritățile regionale**

**Anexa 10. Lista comentariilor și modul de adresare**