Monitor social

NR.12 DECEMBRIE 2011

REFORMA PRIVIND SISTEMUL DE PROTECȚIE SOCIALĂ A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI PORNIND DE LA O NOUĂ ABORDARE ȘI EVALUARE A DIZABILITĂȚII

Lucia Gavriliță

www.viitorul.org

Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale (IDIS) „Viitorul”

MONITOR SOCIAL

REFORMA PRIVIND SISTEMUL DE PROTECȚIE SOCIALĂ A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI PORNIND DE LA O NOUĂ ABORDARE ȘI EVALUARE A DIZABILITĂȚII

Nr 12, 2011

Lucia Gavriliță

Chișinău 2011

www.viitorul.org

IDIS „Viitorul” reprezintă o instituţie de cercetare, instruire şi iniţiative publice, care activează pe o serie de domenii legate de: analiză economică, guvernare, cercetare politică, planificare strategică şi management al cunoştinţelor. IDIS activează în calitate de platformă comună care reuneşte tineri intelectuali, preocupaţi de succesul tranziţiei spre economia de piaţă şi societatea deschisă în Republica Moldova. Institutul pentru Dezvoltare şi Iniţiative Sociale (IDIS) „Viitorul” este succesorul de drept al Fundaţiei Viitorul, şi păstrează în linii mari tradiţiile, obiectivele şi principiile de acţiune ale fundaţiei, printre care se numără: formarea de instituţii democratice şi dezvoltarea unui spirit de responsabilitate efectivă printre oamenii politici, funcţionari publici şi cetăţenii ţării noastre, consolidarea societăţii civile şi spiritului critic, promovarea libertăţilor şi valorilor unei societăţi deschise, modernizate şi pro-europene.

str. Iacob Hâncu 10/1, Chişinău
MD-2005 Republica Moldova
373 / 22 221844 tel
373 / 22 245714 fax
office@viitorul.org
www.viitorul.org

Fundaţia Friedrich Ebert (FES) este o fundaţie politică, social-democrată germană scopurile căreia sunt promovarea principiilor şi fundamentelor democraţiei, a păcii, înţelegerii şi cooperării internaţionale. FES îşi îndeplineşte mandatul în spiritul democraţiei sociale, dedicîndu-se dezbaterii publice şi găsirii, într-un mod transparent, de soluţii social-democrate la problemele actuale şi viitoare ale societăţii.

Cu Republica Moldova, Fundaţia Friedrich Ebert şi-a început colaborarea în anul 1994 prin intermediul Biroului Regional de la Kiev, iar din octombrie 2002, la Chişinău activează un birou permanent al Fundaţiei.
Tel.: (373 22) 885830
E-mail: fes@fes.md

Monitorul Social apare cu sprijinul Fundaţiei Friedrich Ebert.
Coordonator de ediţie: Ghenadie Mocanu
Redactare: Tatiana Gamanji

Opiniile exprimate aparţin autorilor. Nici Administraţia IDIS „Viitorul” şi nici Consiliul Administrativ al Institutului pentru Dezvoltare şi Iniţiative Sociale „Viitorul” şi Fundaţia Friedrich Ebert nu poartă răspundere pentru estimările şi opiniile prezentate în cadrul acestei publicaţii.

Pentru mai multe informaţii asupra acestei publicaţii ori asupra abonamentului de recepţionare a publicaţiilor editate de către IDIS, vă rugăm să contactaţi direct Serviciul de Presă şi Comunicare Publică al IDIS „Viitorul”. Persoana de contact: Laura Bohanţov - laura.bohantov@viitorul.org.

Adresa de contact:
Chişinău, Iacob Hîncu 10/1, 2004, Republica Moldova
Telefon: (373-22) 21 09 32
Fax: (373-22) 24 57 14
www.viitorul.org
Orice utilizare a unor extrase ori opinii ale autorului acestui Studiu trebuie să conţină referinţă la IDIS „Viitorul”.

„Monitorul Social” - ISSN 1857-408

9 771857 408400

SUMAR:

INTRODUCERE 7
DETERMINAREA DIZABILITĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA 10
PROBLEME, SOLUȚII, OPTIUNI de IMPLEMENTARE și VIZIUNEA privind DETERMINAREA DIZABILITĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA 14
1.Problema: Baza tehnico-materială precară a instituțiilor care sunt implicate în procesul de determinare a dizabilității (CMC și CEMV) 14
2.Problema: Lipsa criteriilor unice standardizate și a instrumentelor de evaluare a dizabilității la nivel național 15
3.Problema: Carențele prevederilor privind descrierea procedurii de examinare a contestației ”gradului de invaliditate” 18
4.Problema: Lipsa criteriilor de determinare a capacității de muncă 20
5.Problema: Lipsa programelor și planurilor de instruire continuă a specialiștilor implicați în determinarea dizabilității prin prisma CIF 23
6.Problema: Predominarea modelelor ierarhice de comunicare specialist - beneficiar 24
7.Problema: Abordarea preponderent medicală a dizabilității 24
LEGĂTURA DINTRE CDDCM ȘI ALTE SERVICII DE INCLUZIUNE SOCIALĂ 27
OPȚIUNI DE DETERMINARE A DIZABILITĂȚII LA COPII 34
OPȚIUNI CU PRIVIRE LA DETERMINAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA 37
EVALUAREA ȘI MONITORIZAREA IMPACTULUI NOII METODOLOGII DE DETERMINARE A DIZABILITĂȚII 40
PLATFORMA DE DISCUȚII 42
Vasile Cușca, șef al Direcției politici de protecție socială a persoanelor cu dizabilități, Ministerul Muncii și Protecției Sociale și Familiei 42
Ivan Puiu, doctor în medicină, conferențiar universitar, USMF ”N.Testemițanu” 47
Igor Mereacre, Director Executiv al Asociației „MOTIVAȚIE” din Moldova, utilizator de scaun cu rotile 50
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI 52
SURSE BIBLIOGRAFICE 55
Anexe 58

În conformitate cu prevederile Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010–2013), Republica Moldova este în proces adoptare a unei metodologii noi de determinare a dizabilității, conform principiilor CIF, principii care se bazează pe evaluarea bio-psiho-socială inclusiv recomandări de reabilitare și incluziune socială a persoanelor cu dizabilități. În acest sens, MMPSF cu asistența tehnică a PNUD, a contractat un grup de consultanți naționali: Ludmila Ciocan - Consultant în domeniul protecției sociale; Lucia Gavriliță - Consultant în domeniul incluziunii educaționale și protecției sociale a copiilor cu dizabilități; Ivan Puiu - Consultant în domeniul CIF; Natalia Mardari - Consultant jurist în domeniul sănătății mintale; Cristina Dumitru-Tăbăcaru - Consultant în domeniul educației și comunicării; Ghenadie Cojocaru - Consultant în domeniul educației și incluziunii în câmpul muncii; Eugenia Veveriță - Consultant în managementul financiar. Recomandările privind introducerea unei noi metodologii de determinare a dizabilității sunt rezultatul lucrului în grup, inclusiv consultări cu specialiștii în domeniu, material care a stat la baza elaborării articolului în cauză.

INTRODUCERE

În lume sunt înregistrați mai mult de un miliard de persoane cu dizabilități dintre care peste 200 de milioane de persoane se confruntă cu situații extrem de dificile din cauza severității dizabilității. În viitorul apropiat, problema dizabilității va lua amploare, deoarece prevalența acesteia este în creștere. Acest lucru se întâmplă din cauza îmbătrânirii populației[1] și a riscului sporit de invaliditate la persoanele de vârsta a treia. Mai multe cercetări scot în evidență faptul că indifirent de locul de trai al persoanelor cu dizabilități, acestea se confruntă cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate, beneficiază de educație de o calitate mai joasă, sunt mai puțin activi din punct de economic și sunt mai supuse sărăciei în comparație cu persoanele fără dizabilități.

În centrul atenției Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului este eliminarea tuturor barierelor care împiedică participarea activă a persoanleor cu dizabilități în comunitate, obținerea unei educații de calitate, găsirea unui loc decent de muncă și posibilitatea de a se exprima și de a fi auziți.

Înțelegerea dizabilității

Dizabilitatea este parte componentă a condiției umane. Aproape fiecare dintre noi pe parcursul vieții ne confruntăm fie temporar, fie pe o perioadă mai îndelungată cu o formă sau alta de dizabilitate. Cele mai multe familii extinse au un membru cu dizabilități și multe persoane fără dizabilități decid să își asume responsabilitatea pentru susținerea și îngrijirea rudelor sau prietenilor cu dizabilități[2].

Dizabilitatea este complexă, dinamică și multidimensională. În ultimile decenii mișcările organizațiilor persoanlor cu dizabilități[3], împreună cu numeroase cercetări[4] au identificat impactul barierilor sociale și fizice privind personele cu dizabilități. Tranziția de la abordarea individualizată din punct de vedere medicală la abordarea din perspectivă socială este descrisă ca o "schimbare de paradigmă" de la "modelul medical"- la "modelul social", în care persoanele sunt privite ca fiind "dizabilitate" de societate mai degrabă decât dizabilitatea în sine pe care o au[5].

Dizabilitatea nu trebuie abordată doar din punct de vedere medical sau doar din punct de vedere social. Multe persoane cu dizabilități se confruntă cu probleme serioase de sănătate[6]. Este nevoie de o abordare echilibrată, ținându-se cont de multiplele aspecte ale dizabilității[7].

1 Lee R. The demographic transition: three centuries of fundamental change. *The Journal of Economic Perspectives*,2003,17:167-190. doi:10.1257/089533003772034943

2 1) Zola IK. Toward the necessary universalizing of a disability policy. *The Milbank Quarterly*, 1989,67:Suppl 2 Pt 2401-428. doi:10.2307/3350151 PMID:2534158; 2) Ferguson PM. Mapping the family: disability studies and the exploration of parental response to disability. In: Albrecht G,Seelman KD, Bury M, eds. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, Sage, 2001:373–395; 3)Mishra AK, Gupta R. Disability index: a measure of deprivation among the disabled. *Economic and Political Weekly*,2006,41:4026-4029.

3 Charlton J. *Nothing about us without us: disability, oppression and empowerment*. Berkeley, University of California Press, 1998; Driedger D. *The last civil rights movement*. London, Hurst, 1989.

4 Barnes C. *Disabled people in Britain and discrimination*. London, Hurst, 1991; McConachie H et al. Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disability and Rehabilitation*, 2006,28:1157-1164. doi:10.1080/09638280500534507 PMID:16966237

5 Oliver M. *The politics of disablement*. Basingstoke, Macmillan and St Martin's Press, 1990.

6 Thomas C. *Female forms: experiencing and understanding disability*. Buckingham, Open University Press, 1999.

7 Shakespeare T. *Disability rights and wrongs*. London, Routledge, 2006; Forsyth R et al. Participation of young severely disabled children is influenced by their intrinsic impairments and environment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2007,49:345-349. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00345.x PMID:17489807

Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF) este una dintre clasificările cele mai recente ale OMS, care a fost elaborată în anul 2001[8] cu scopul de a înlocui vechea Clasificare Internațională a afectărilor, dizabilităților și handicapurilor (ICIDH), denumită și Clasificare Internațională a Handicapului (CIH), unde dizabilitatea era definită ca o consecință a maladiilor asupra persoanei și era analizată ca:

a) deficiență (infirmitate) – alterarea unei structuri sau a unei funcții psihologice, fiziologice sau anatomice;

b) incapacitate – reducerea parțială sau totală de îndeplinire într-un mod normal a unei activități;

c) dezavantaj – consecința deficienței sau incapacității asupra posibilităților de incluziune socială, școlară sau profesională.

Modelul tradițional medical, insuficient în evaluarea medico-socială a persoanei cu probleme complexe, a fost înlocuit cu un ***model holistic, bio-psiho-social***, care, de fapt, îmbină modelul medical cu cel social al dizabilității. Clasificarea Internațională a Funcționării, dizabilității și sănătății (CIF și CIF-CA) pune accent pe participare și funcția păstrată, nu pe incapacitate și restricție, ține cont de factorii de mediu, cuprinde domenii de sănătate și domeniile asociate sănătății.

CIF este ***un instrument important de realizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități***, dar și o ***metodă valoroasă în standardizarea stărilor de sănătate și dizabilității***.

CIF este o clasificare, ea nu prefigurează un proces, dar oferă piesele necesare pentru a studia diverse aspecte ale unui proces; ea constituie un limbaj, în baza căruia pot fi create texte în funcție de creativitatea și orientarea științifică a utilizatorului.

Funcționarea unui individ este o interacțiune sau o relație complexă între condiția de sănătate și factorii contextuali. O persoană ar putea să aibă niște afectări fără a avea și limitări de capacitate, să aibă probleme de performanță fără a avea afectări, să aibă limitări de capacitate din lipsa unor mijloace de sprijin etc.

În timpul procesului de revizuire în CIF, termenul de „handicap" a fost abandonat, în special, în limba engleză, limbă în care acest termen are o nuanțare negativă, apărută în context istoric. (Termenul handicap, cu aceiași semnificație, poate fi întâlnit în limba franceză, română și alte limbi). Astfel, se dă preferință termenului „dizabilitate", ca termen generic pentru toate cele trei niveluri – corp, individ și societate.

Dizabilitatea este un termen generic pentru afectări, limitări ale activității și restricții în participare; el denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali nefavorabili (de mediu și personali).

Starea de bine este un termen general care cuprinde întregul univers al domeniilor existenței umane, inclusiv aspectele fizice, mintale și sociale. Domenii de sănătate ale stării de bine: vederea, vorbirea, memoria etc. Alte domenii ale stării de bine: educația, locul de muncă, mediul etc. O **stare de sănătate** este nivelul de funcționare în cadrul unui anumit domeniu de sănătate (zone ale existenței).

8 în septembrie 2007, a fost publicată Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății pentru copil și tânăr (CIF-CA), CIF din 2001 neacoperind necesitățile de evaluare a funcționării și dizabilității copilului și adolescentului.

O stare legată de sănătate este nivelul de funcționare în cadrul unui anumit domeniu legat de sănătate al CIF.

Condițiile de sănătate reprezintă un termen generic care desemnează afecțiunile (acute sau cronice), tulburările, leziunile sau traumatismele. Aici pot fi incluse și sarcina, îmbătrânirea, stresul, anomaliile congenitale sau predispunerile genetice. Condițiile de sănătate sunt codificate cu ajutorul clasificării ICD-10.

Afectarea este o pierdere sau o anormalitate (o deviere de la norma stabilită) a structurii corpului sau a unei funcții fiziologice (inclusiv funcțiile mintale).

NB! Este important de subliniat că CIF nu este nici într-un caz o clasificare a oamenilor, ci doar o clasificare a trăsăturilor de sănătate ale persoanelor în contextul situațiilor individuale de viață ale acestora și al efectelor mediului. Dizabilitatea este produsă de interacțiunea dintre trăsăturile de sănătate și factorii contextuali. În CIF termenul de „persoană cu dizabilități mintale" este înlocuit cu „persoană cu o problemă de învățare". În CIF se folosesc termeni neutri sau pozitivi și un limbaj foarte concret. Această abordare aduce problema de „salubrizare a termenilor"; oricum i-am spune unei dizabilități, ea continuă să existe, fie că i se aplică sau nu etichete. Problema nu este una lingvistică, ci de atitudine a altor indivizi și a societății.

Ratificarea Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități de către Republica Moldova[9] și adoptarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010–2013)[10] impun o serie de măsuri, pe care statul trebuie să le întreprindă pentru a **garanta drepturile persoanelor cu dizabilități.**

Pornind de la acest deziderat, putem remarca faptul că Republica Moldova a pornit un proces de reformare a sistemului de protecție socială a persoanelor cu dizabilități, care pornește, în primul rând, de la o nouă abordare a dizabilității, care, la rândul său, prescrie o serie de reforme la nivel central și local menite să pună în practică prevederile Convenției și ale Strategiei.

Aplicarea unei noi metodologii de evaliare și de stabilire a dizabilității se poate considera unul din primii pași care trebuiesc întreprinși. La acest moment am putea evidenția urmatoare deziderate:

- De la abordarea persoanelor cu dizabilități din perspectiva limitărilor și disfuncțiilor la abordarea acestora prin prisma Drepturilor Omului
- De la instituționalizarea și segregarea persoanelor cu dizabilități la asigurarea serviciilor de suport la nivel de comunitate pentru a facilita exercitarea drepturilor acestora
- De la repartizarea persoanelor cu dizabilități în servicii standard la planificarea individualizată a serviciilor în funcție de necesitățile persoanei
- De la axarea pe maladie și pe lipsa capacităților la fortificarea capacităților/aptitudinilor prezente/restante

Pentru a înțelege mai bine de ce este esențial ca printre primii pași în reformarea sistemului de protecție socială a persoanelor cu dizabilități să fie schimbată metodologia de evaluare și stabilire a dizabilității vom face o trecere în revistă a situației actuale a acestui aspect în Republica Moldova.

9 prin Legea nr. 166 din 09.07.2010

10 **prin L**egea nr. 169 din 09.07.2010

DETERMINAREA DIZABILITĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

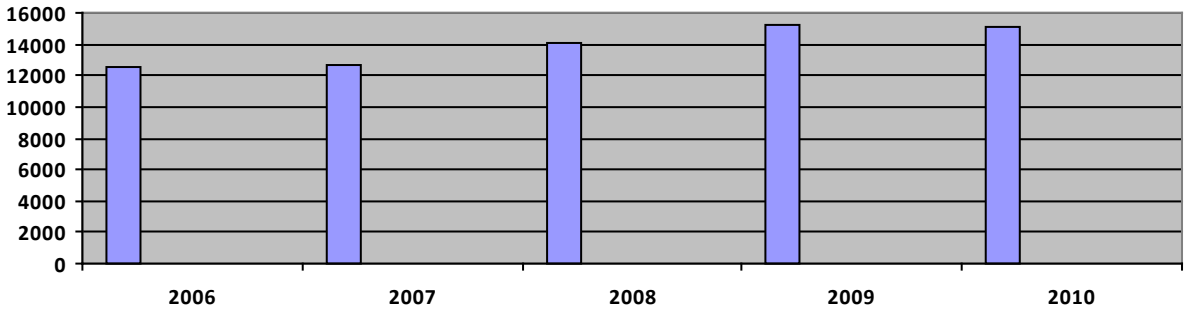
Determinarea dizabilității la copii

Conform situației de la 31.12.2010, în Republica Moldova numărul copiilor cu dizabilități este de 15 100. Dinamica numărului copiilor cu dizabilități este în creștere începând cu 2006 (12 600 copii), în 2007 (12 700 copii), 2008 (14 100 copii), 2009 (15 200 copii), iar în 2010 se observă o ușoară descreștere al acestora, numărul copiilor cu dizabilități constituind 15 100 copii.

Instituția responsabilă de politicile de stabilire a dizabilității la copii este **Ministerul Sănătății, Direcția politici asistența medicală femeii, copilului și grupurilor vulnerabile.**

Competența de executare a acestor politici aparține **Consiliului Medical Consultativ (CMC),** fiind stabilită prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 490 din 15.07.2010 privind Regulamentul Consiliului Medical Consultativ (CMC).

Sarcina de bază a CMC Comun în cazul copiilor este ”***efectuarea expertizei vitalității copiilor 0-18 ani în comun cu vice-directorul/specialistul principal în asistența medicală a mamei și copilului”;***



Potrivit datelor Ministerului Sănătății, cele mai frecvente ”cauze de invaliditate” în rândul copiilor sunt:

- malformațiile congenitale, deformații și anomalii cromozomiale (incidența 4,8 la 1000 de copii);
- tulburările mentale și de comportament (incidența 4,0 la 1000 de copii, din care 2,8 - retard mental);
- boli ale sistemului nervos (incidența 3,8 la 1000 de copii, din care 2,2 – paralizie cerebrală infantilă).

CMC Comun determină gradul de severitate a invalidității și, de asemenea, recomandă instruire la domiciliu copiilor cu dizabilități.

În scopul realizării Legii nr. 499-XIV din 1 iulie 1999 privind alocațiile sociale de stat pentru unele categorii de cetățeni (Monitorul Oficial, 1999, nr.106-108, art. 512), precum și optimizării asistenței medicale și sociale acordate copiilor cu deficiențe severe fizice și

psihice, Guvernul Republicii aproba HG nr. 1065 din 11.11.1999 cu privire la aprobarea ***Listei bolilor și stărilor patologice care acordă copiilor până la vârsta de 18 ani dreptul la primirea statutului de copil-invalid și alocațiilor sociale de stat conform legislației*** (Monitorul Oficial Nr. 128-129, 17.11.1999). Lista conține un număr de 146 de diagnoze medicale împărțite în 19 categorii.

Contestarea gradului de severitate a invalidității se face în baza unei cereri în formă scrisă din partea părinților sau a tutorelui la adresa Ministerului Sănătății. Cazurile de contestări sunt foarte rare, deoarece se încearcă soluționarea dezacordului în unitatea sanitară teritorială.

Ca urmare a stabilirii gradului de severitate a invalidității, părintele/tutorele copilului cu certificatul obținut de la CMC accesează prestații și servicii sociale. Întrucât CMC stabilește severitatea dizabilității la copil în baza diagnosticului medical, partea de evaluare privind încadrarea copilului cu dizabilități în sistemul educațional, este efectuată de către consultațiile medico-psihologo-pedagogice.

La 24.01.1994, Guvernul Republicii Moldova a aprobat ***Hotărârea nr. 42 cu privire la instituirea consultațiilor republicane și raionale (orășenești) medico-psiho-pedagogice pentru copii cu deficiențe fizice și mintale***.

Conform Regulamentului de funcționare a Consultației medico-psihologo-pedagogice (CMPP), aprobat de Ministerul Educației, coordonat cu Ministerul Finanțelor, Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, principalele competențe ale CMPP sunt:

- depistarea, examinarea și diagnosticarea complexă a "copiilor cu deficiențe fizice și mintale" de la 1,5 ani până la 18 ani;
- recomandarea plasării diferențiate a "copiilor cu deficiențe fizice și mintale" în unitățile speciale instructiv-educative și curative corespunzătoare;
- reexaminarea, confirmarea sau anularea diagnosticului precedent (după necesitate) a copiilor, aflați în instituțiile instructiv-educative și curative;
- alegerea "traseului pedagogic" optimal pentru fiecare "copil cu deficiențe fizice și mintale", determinarea și recomandarea condițiilor speciale pentru instruirea adecvată.

CMPP, conform Hotărârii Guvernului nr. 42 din 24.01.1994, ar trebui să existe în fiecare raion/oraș, cu toate acestea doar 10 CMPP s-au dovedit a fi funcționale, din următoarele considerente: neasigurarea de către consiliile raionale și primării a localurilor necesare pentru activitatea CMPP, lipsa specialiștilor, lipsa de finanțare pentru angajarea specialiștilor necesari în cadrul CMPP. CMPP raionale sunt în jurisdicția direcțiilor raionale de învățământ.

Determinarea dizabilității la adulți

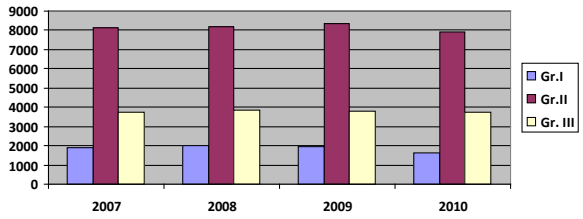
Evaluarea stării sănătății în vederea stabilirea dizabilității la adulți se efectuează la prima etapă de către **Consiliului Medical Consultativ** (Ordinul Ministerului Sănătății nr. 490 din 15.07.2010)**.** CMC decide asupra trimiterii pacientului la Consiliul de Expetiză Medicală a Vitalității (CEMV).

Consiliul Republican de Expertiză Medicală a Vitalității (în continuare **CREMV**) este unica instituție de stat cu împuterniciri plenipotențiare în domeniul expertizei medicale a vitalității. CREMV este centru metodic și exercită funcții organizatorice și de control.

Conform situației de la 31.12.2010, în Republica Moldova numărul total al persoanelor cu dizabilități a constituit 179 100 (dintre care copii - 15 100), în creștere față de anul 2006 cu 11 600 persoane[11].

11 Raportul Social, 2010, pag. 160, http://mpsfc.gov.md/file/raporte/RSA%202010%20final.pdf

Cota valorică a gradelor de invaliditate primară



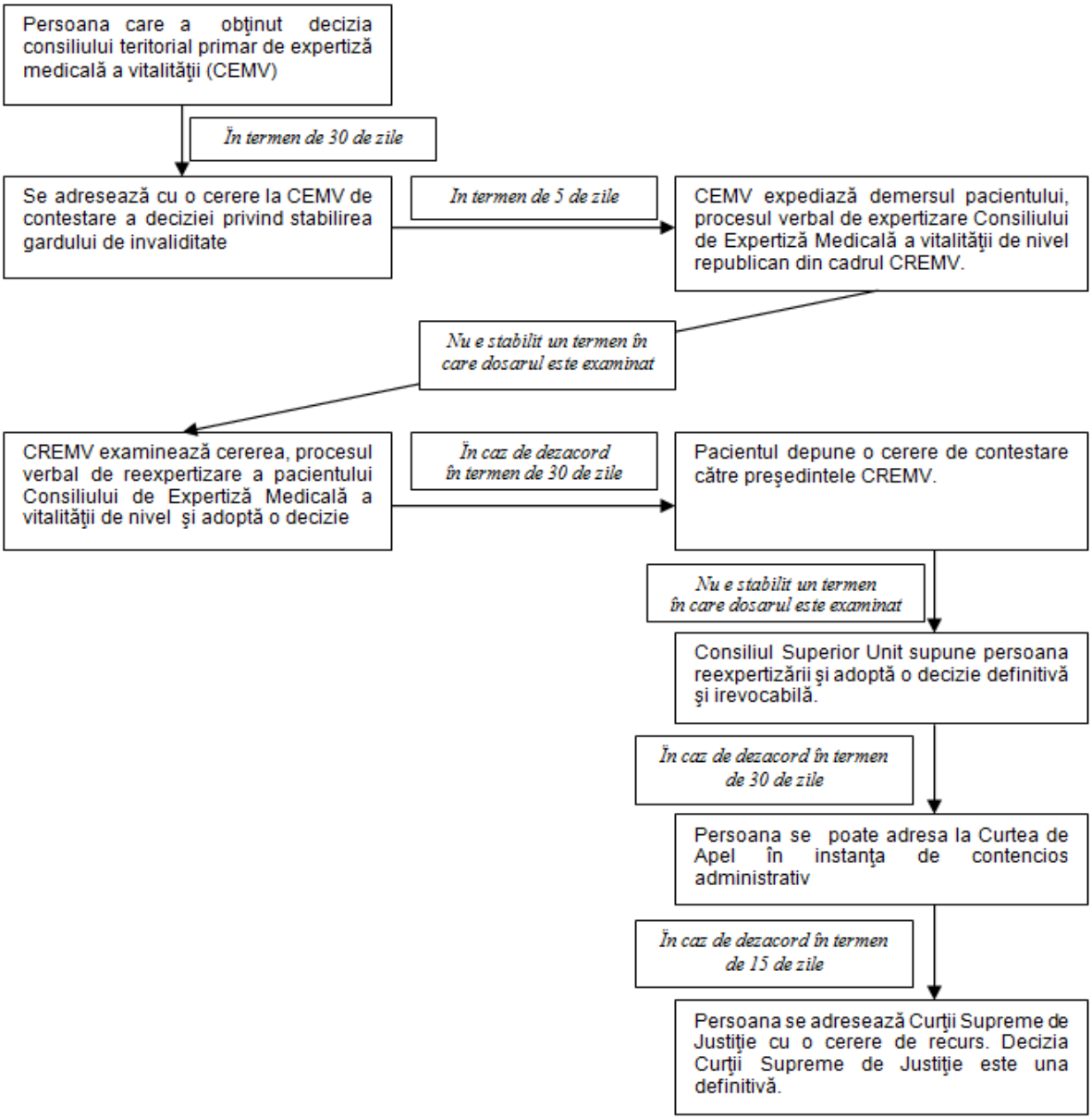
Adresările pacienților la CEMV pentru efectuarea expertizei medicale primare a vitalității sunt în creștere până în 2009, iar în 2010 este mai mică cu 852 de cazuri față de 2009[12] și mai mare cu 753 față de anul 2007.

Contestarea gradului de invaliditate

Conform ***Hotărârii Guvernului nr. 688 din 20.06.2006*** cu privire la expertiza medicală a vitalității, capitolul X prevede modul de contestare a deciziilor adoptate de consiliile teritoriale de expertiză medicală a vitalității.

Schematic[13], persoana parcurge următoarele etape:

În urma analizei sistemului actual de determinare a dizabilității constatăm abor-



12 Raportul Social, 2010, pag. 165, http://mpsfc.gov.md/file/rapoarte/RSA%202010%20final.pdf

13 conform procedurilor stabilite de Hotărîrea Guvernului nr. 688 din 20.06.2006 şi Legii contenciosului administrativ

darea preponderent medicală a dizabilității. Remarcăm că decizia privind încadrarea într-un grad de ”severitate” în cazul copiilor sau într-un ”grad de invaliditate” în cazul adulților este luată în exclusivitate de către medici din cadrul CMC și respectiv CEMV. Stabilirea gradului de ”severitate” și de ”invaliditate” se soldează cu accesul persoanelor cu dizabilități la prestații și alte beneficii sociale, fără a se pune accent suficient pe capacitățile, potențialul persoanei și pe recomandările de incluziune educațională, în **câmpul muncii etc.**

Schimbarea metodologiei de determinare a dizabilității implică o serie de schimbări la nivelul mai multor sisteme: medical, educațional, de protecție socială, economic etc. Aceste schimbări sunt intercondiționate și necesită a fi bine planificate în timp la nivelul diferitor instituții ale statului implicate în procesul de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități.

Din aceste considerente, în primul rând vor fi vizate instituțiile-cheie implicate nemijlocit în determinarea dizabilității și instituțiile care trebuie să asigure accesul persoanei cu dizabilități la serviciile generale, accesibile tuturor cetățenilor fără dizabilități.

PROBLEME, SOLUȚII, OPTIUNI DE IMPLEMENTARE ȘI VIZIUNEA PRIVIND DETERMINAREA DIZABILITĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Reieșind din analiza procedurilor de stabilire a dizabilității la copii și adulți și respectiv a carențelor metodologiei actuale, este indispensabilă revizuirea procedurilor de evaluare, atât la copii, cât și la adulți. În afară de instituțiile implicate nemijlocit în evaluare (CMC și CREMV), un rol nu mai puțin important îl au instituțiile-verigi de legătură între instituția de determinare a dizabilității și accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile generale de care beneficiază persoanele fără dizabilități. De aceea, este foarte important să înțelegem cum va arăta atât sistemul de expertizare reformat, cât și care sunt instituțiile conexe și importanța acestora în reforma propriu-zisă.

Probleme identificate în sistemul de determinare a dizabilității și opțiuni de soluționare

1. **Problema:** ***Baza tehnico-materială precară a instituțiilor care sunt implicate în procesul de determinare a dizabilității (CMC și CEMV)***

Descrierea problemei

Amplasarea, echiparea și starea actuală a încăperilor (oficiilor) în care activează specialiștii implicați în determinarea dizabilității au un impact negativ asupra calității serviciilor prestate beneficiarilor. Printre carențele majore menționăm:

- accesibilitate redusă a clădirilor unde sunt amplasate CMC și CEMV (pante și bare neadecvate, ascensoare înguste care nu permit accesul tuturor cărucioarelor, uși înguste, lipsa adaptării informaționale a spațiului). Am asistat la situații când, datorită lipsei accesibilității, specialiștii sunt nevoiți să examineze beneficiarul afară, în automobil;
- condițiile de așteptare inadecvate pentru beneficiari (coridoare neîncălzite, amplasare în zone de primire a pacienților cu boli contagioase). Spre exemplu, oficiul CEMV sect. Centru – Chișinău este amplasat lângă cabinetul ftiziopulmonologic. Astfel persoanele afectate de tuberculoză așteaptă pe aceeași bancă cu persoane afectate de maladii oncologice cu imunitate scăzută, care sunt expuse riscului de infectare;
- insuficiența sau lipsa în unele cazuri a echipamentului pentru diagnosticarea cu precizie și în timp rezonabil a pacienților în cadrul CMC și CEMV. În cele mai multe raioane, specialiștii CMC și CEMV sunt nevoiți să direcționeze beneficiarii către instituțiile specializate din Chișinău, pe motivul lipsei echipamentului necesar de diagnosticare în teritoriu/la locul expertizării. Beneficiarii cu sănătatea afectată grav de cele mai multe ori se află și în situație ma-

terială precară, astfel deplasarea la distanțe mai mari le creează dificultăți suplimentare;

- insuficiența sau lipsa în unele cazuri a echipamentului electronic (calculator, imprimantă/scaner, fax). În aceste condiții atât personalul CEMV, cât și beneficiarul suportă consecințele acestor lipsuri. Personalul medical alocă foarte mult timp pentru completarea manuală a diferitor fișe, formulare, în detrimentul timpului necesar pentru consultarea și evaluarea beneficiarilor. Lipsa echipamentului electronic se prezintă ca un impediment major și pentru crearea și accesarea unei bazei unice de date a CREMV. Aceasta se soldează și cu consumul mare de timp pentru revederea și analiza evoluției fiecărui caz în parte în cazul beneficiarilor care se prezintă pentru re-expertizare;
- insuficiența mijloacelor de transport pentru efectuarea vizitelor la domiciliu în cazul beneficiarilor nedeplasabili.

Pe lângă aceste probleme menționăm de asemenea lipsa unui CEMV în sectorul Buiucani și supra-încărcarea CEMV Rîșcani, cu efect direct asupra impedimentului accesului beneficiarilor la acest serviciu.

Recomandări:

- Asigurarea accesibilității în cadrul CMC și CEMV prin construirea unor pante conforme standardelor de calitate și lărgirea ușilor de acces.
- Ajustarea, prin reparație, a încăperilor în care se efectuează evaluarea persoanelor.
- Fortificarea CMC raionale cu echipament minim necesar pentru diagnosticarea complexă a solicitanților la stabilirea dizabilității (încadrarea în ”grad de invaliditate”).
- Asigurarea CEMV teritoriale cu mobilier (set de bază: mese, scaune, dulap păstrare dosare, dulap haine) și echipament tehnic (calculator, imprimantă/scaner, fax) de primă necesitate. Se impune, de asemenea procurarea soft-ului și a server-ului pentru baza de date, sistemul automatizat de înregistrare și evidență a datelor, angajarea și instruirea unui administrator de rețea la CREMV, elaborarea formatului fișei electronice a beneficiarului, stocarea electronică a informației în baza de date plasată pe serverul CREMV.
- Dotarea CEMV cu mijloace adecvate de transport pentru deplasările în teritoriu (evaluarea complexă a beneficiarilor la domiciliu) cu capacitate de 8-9 locuri.
- Reorganizarea CEMV de nivel republican și a secției consultative CREMV în Consilii specializate de expertiză medico-socială de nivel republican de profil terapeutic, neuropsihiatric, chirurgical oncologic.

Utilizarea tehnologiilor informaționale este indispensabilă în reformarea sistemului de determinare a dizabilității. Acesta are drept avantaje: reducerea timpului necesar pentru completarea, verificarea și stocarea informației, asigurarea transparenței procedurilor de determinare a dizabilității, asigurarea unei comunicări eficiente între toate CEMV teritoriale și CREMV, accesul specialiștilor la informații de ultimă oră privind tendințele și metodologiile noi de determinare a dizabilității.

2. **Problema:** ***Lipsa criteriilor unice standardizate și a instrumentelor de evaluare a dizabilității la nivel național***

2.1. Lipsa unor surse comprehensive de

referință pentru determinarea obiectivă a deficiențelor permanente (permanent impairment) – partea "medicală" a evaluării

Descrierea problemei

La momentul actual medicii experți din cadrul CEMV teritoriale se bazează în general pe două surse de referință în evaluarea deficiențelor permanente:

- V. Serbin, T. Grejdian. Expertiza medicală a vitalității. Chișinău, 2006.
- М.Б. Коробов. Справочник по медико-социальной экспертизе, С. Петерсбург, 2005.

Conform afirmațiilor experților, aceste surse nu sunt complete, întrucât nu reflectă multe stări cu care se confruntă în practica cotidiană. Această situație are consecințe negative asupra obiectivității aprecierii deficienței și respectiv încadrării într-un grad de invaliditate. Astfel, se vede necesară elaborarea unor Ghiduri autohtone de evaluare a Deficiențelor permanente, în baza experiențelor și Ghidurilor internaționale.

Pentru soluționarea problemei este necesară elaborarea criteriilor de expertiză medico-socială la nivel național, înzestrarea CEMV cu Ghiduri moderne de evaluarea a deficiențelor permanente și organizarea unui curs de instruire a specialiștilor în aplicarea acestora.

Referințe de bază recomandade:

1. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, American Medical Association, Robert Rondinelli, 6th edition, 2007 ***(Ghid de evaluare a deficiențelor permanente. Asociația Americană a Medicilor, ediția a 6-a, 2007)***;
2. Rehabilitation and health assessment. Applying ICF guidelines. E. Mpofu, T.Oakland, 2010 ***(Reabilitarea și evaluarea sănătății. Aplicarea ghidurilor CIF. E. Mpofu, T.Oakland, 2010)***;
3. AMA Guide to the evaluation of Functional ability. Elizabeth Genovese, 2009 ***(Ghidul AMA de evaluare a abilităților funcționale, Elizabeth Genovese, 2009)***;
4. Psychological aspects of functioning, disability and health. David Peterson, 2011, NY ***(Aspecte psihologice a funcționării, dizabilității ți sănătății, David Peterson, 2011, NY)***;
5. Criteriu medico-psihosociale de încadrare în grad de dizabilități din 31/08/2007, Ministerul Muncii, Familie și Educații de Șanse (Romania);
6. Criterii de evaluare medico-socială a dizabilității. Varianta lituaniană urmează a fi tradusă în limba romană;
7. Коробов М.В. "Справочник по медико-социальной экспертизе", 2010, V. Serbin, T. Grejdian. Expertiza medicală a vitalității. Chișinău, 2006.

Primele patru surse le considerăm ca cele mai valoroase surse de referință. Traducerea lor necesită permisiunea autorilor, o procedură îndelungată (traducerea în două direcții), fapt care poate fi prevăzut într-o perspectivă mai îndelungată. Am sugera, în grupurile de lucru care vor elabora Ghiduri naționale, să fie incluse persoane care cunosc limba engleză și ar putea folosi aceste publicații doar ca punct

de reper. Această activitate ar putea fi efectuată în perioada 2012-2015.

2.2. ***Lipsa unor instrumente unice standardizate de determinare a dizabilității propriu-zise – abordarea holistică medico-socială cu estimarea limitărilor de activitate, restricțiilor de participare, analiza factorilor de mediu, factorilor facilitatori și celor de barieră, factorilor personali etc.***

Descrierea problemei

Evaluarea și încadrarea într-un grad de dizabilitate nu este un scop în sine, ci trebuie să ducă la creșterea calității vieții persoanei, prin îmbunătățirea îngrijirii și intervențiilor personalizate cu scop recuperator și de facilitare a incluziunii sociale.

Identificarea și aprecierea gradului de dizabilitate se fac prin raportare la CIF, OMS. Aceasta ia în considerare ***deficiența*** (afectarea), ***limitarea activității*** și ***restricțiile de participare*** socială ale persoanei respective. Prezența unei condiții de sănătate (boli, afecțiuni etc.) este o premiză, dar aceasta nu conduce obligatoriu la dizabilitate. Diagnosticul medical în sine nu este ca atare suficient pentru a argumenta încadrarea într-un ”grad de invaliditate”, el trebuie corelat cu evaluarea psihosocială. La evaluarea și stabilirea eventualei dizabilități, alături de stabilirea gradului de disfuncționalitate a organismului, se vor lua în considerare și factorii de mediu, inclusiv cei familiali, calitatea educației, măsurile luate de familie, posibila neglijare, precum și factorii personali.

La momentul actual, stabilirea deficiențelor permanente și a ”gradului de invaliditate” în majoritatea cazurilor, nu este urmat de activități și recomandări clare de reabilitare, instruire vocațională, mecanisme de motivare a reîncadrării în câmpul muncii (atât din partea persoanei, cât și a potențialului angajator). Această situație, pe de o parte sporește an de an povara financiară a statului, iar pe de altă parte, nu oferă posibilități suficiente persoanei de și realiza dreptul de participare, prin incluziunea socială, astfel, drepturile acestor persoane sunt limitate.

Lipsa instituțiilor și serviciilor de reabilitare profesională, instruire vocațională, lipsa mecanismelor de motivare a angajatorilor de a accepta persoane cu dizabilități la un serviciu, lipsa locurilor de muncă se soldează cu ”lipsa de șanse egale pentru toți”, încălcarea drepturilor omului, sporirea cheltuielilor statului pentru întreținerea numărului sporit de persoane cu dizabilități.

Soluționarea problemei rezidă în revizuirea modalității de evaluare a persoanei cu dizabilități și anume prin prisma evaluării medico-sociale și principiilor CIF. Astfel se impune necesitatea instruirii specialiștilor, procurării instrumentelor CIF. Aplicarea instrumentarului CIF trebuie implementat gradual. În continuare sunt listate cele mai importante materiale de referință pentru instruirea și implementarea treptată a instrumentelor CIF:

- clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății, OMS (tradusă în română, 2004)[14];
- fișele de evaluare CIF versiunea 2.1a (Checklists - Icf Checklist, Clinician form)[15];
- manualul ”Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule”. WHODAS 2.0.

14 accesibilă în formă electronică http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241545429rum.pdf
15 accesibile în formă electronică http://www.education.edean.org/pdf/Tool017.pdf

WHO, 2010 (cu Fișele de evaluare a dizabilității)[16];

- seturile de categorii CIF (Core Sets)[17].

Aceste "instrumente" de evaluare trebuie traduse și adaptate contextului național în colaborare cu specialiștii practicieni din domeniul evaluării vitalității, dar și cu implicarea experților din domeniul academic. Aceste surse de referință vor servi ca instrumente practice de evaluare, dar vor fi și subiecte de studiu în programele de instruire (USMF, Colegii medicale, Universitatea pedagogică etc.)

3. **Problema:** ***Carențele prevederilor privind descrierea procedurii de examinare a contestației "gradului de invaliditate"***

Descrierea problemei

Hotărârea Guvernului nr. 688 din 20.06.2006 nu prevede procedura clară de examinare a contestațiilor. Prevederile legale sunt de ordin general, deoarece indică doar termenii de contestare și organul ce examinează contestația. Regulamentul cu privire la activitatea Consiliului Superior Unit, adoptat de Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei la 29.01.2010, nu poate fi considerat un act juridic care ar reglementare clar procedura, modalitatea examinării contestațiilor, efectuarea reexpertizării în cazul contestațiilor deciziilor adoptate de Consiliul Medical de Expertiză Medicală a Vitalității de nivel republican. În textul regulamentului sunt incluse prevederi care lasă loc de interpretare ca de exemplu: *"expertizarea la insistența perseverentă a pacientului"; "cazuri extrem de dificile"; "evoluții paradoxale"*.

În cazul copiilor până la vârsta de 18 ani, contestarea gradului de severitate a invalidității se face în baza unei cereri în formă scrisă din partea părinților sau a tutorelui la adresa Ministerului Sănătății. Cazurile de contestări sunt foarte rare (aproepe inexistente), deoarece se încearcă soluționarea dezacordului în unitatea sanitară teritorială. O procedură legală de contestare nu este prevăzută în Ordinul Ministerului Sănătății din 15.07.2010 "Cu privire la Consiliile Medicale Consultative".

Recomandări

- Competențele actualului Consiliu Superior Unit să treacă în responsabilitatea unei Comisii, aflate în subordinea Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei pentru soluționarea contestațiilor la certificatele privind severitatea dizabilității și capacitatea de muncă.
- De îmbunătățit cadrul legal în ceea ce privește soluționarea contestațiilor împotriva deciziilor privind severitatea dizabilității și capacității de muncă în care să fie expres prevăzută procedura examinării, termenul examinării, procedura efectuării reevaluării/reexpertizării persoanei; modelul deciziilor; termenul de atac în instanțe al deciziilor; procedura selectării specialiștilor care vor examina contestațiile ș.a.
- De unificat procedurile de contestare a invalidității în cazul adulților și în cazul copiilor.

Argumente

Legislația actuală, la acest capitol este vagă, necesită a fi îmbunătățită, conform standardelor stabilite în domeniul creației legisla-

16 accesibilă în formă electronică http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241545429rum.pdf

17 accesibile în formă electronică http://www.education.edean.org/pdf/Tool017.pdf

tive. Prevederile legale urmează să fie clare, cu aplicabilitate uniformă, astfel încît să nu creeze confuzii și probleme nici pentru cel care aplică prevederile respective și nici pentru cei în privința cărora sunt aplicate.

Drept bune practici în domeniul contestațiilor vom face referire la experiența lituaniană și românească.

În **Lituania** funcționează Comisia de Examinare și Soluționare a Litigiilor. În cazul în care persoana nu este de acord cu decizia de stabilire a gradului de dezabilitate și % capacității de muncă restantă, evaluată de oficiul teritorial central, aceasta contestă decizia la Comisie. Această structură este un organ independent, în subordinea Ministerului Securității Sociale și a Muncii din Lituania. Persoana are dreptul să conteste decizia Comisiei de Examinare și Soluționare a Litigiilor în instanța de judecată.

În **România**, Conform Ordonanței de Urgență, Nr. 84 din 20.09. 2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități (publicată în Monitorul Oficial nr. 654 din 22.09.2010) în structura Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale funcționează ***Comisia Superioară, cu activitate decizională în soluționarea contestațiilor la certificatele de încadrare în grad și tip de dizabilități,*** emise de comisiile de evaluare județene sau ale sectoarelor municipiului București.

Principalele atribuții ale Comisiei superioare sunt:

a) soluționarea contestațiilor la certificatele de încadrare în grad și tip de dizabilități, eliberate de comisiile de evaluare;

b) stabilirea prin decizie a reevaluării persoanelor adulte cu dizabilități, ca urmare a recomandărilor cuprinse în documentele întocmite în urma unor acțiuni de control dispuse prin ordin al ministrului muncii, familiei și protecției sociale sau în situația în care se sesizează din oficiu în cazul eliberării unor certificate de încadrare în grad de dizabilități fără respectarea prevederilor legale.

În exercitarea atribuțiilor sale, Comisia superioară emite decizii:

(a) de încadrare în grad de dizabilități în sensul menținerii sau modificării gradului și tipului de dizabilități atestat prin certificatul emis de către comisiile de evaluare;

(b) de anulare a încadrării în grad și tip de dizabilități pentru persoanele adulte cu dizabilități supuse reevaluării.

Modelul deciziilor se aprobă prin regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei superioare. Deciziile emise de Comisia superioară pot fi atacate potrivit Legii contenciosului administrativ nr. 554/2004, cu modificările și completările ulterioare, în instanța de judecată, fiind scutite de taxa judiciară.

Procedura reevaluării persoanelor cu dizabilități se stabilește prin ordinul ministrului muncii, familiei și protecției sociale. Reevaluarea se efectuează de o comisie de ***experți din domeniul medicinii, din domeniul psihologiei și din domeniul asistenței sociale*** în termen de până la 45 de zile lucrătoare de la data înregistrării contestației sau de la data emiterii deciziei privind reevaluarea per-

soanelor adulte cu dizabilități. Specialiștii sunt selectați, prin tragere la sorți, dintr-o listă națională de specialiști, aprobată prin Ordinul comun al ministrului muncii, familiei și protecției sociale și al ministrului sănătății. Specialiștii au acces la toate documentele medicale și sociale aferente cazului. Reevaluarea persoanei se desfășoară la sediul spitalului municipal/județean din unitatea administrativ-teritorială în care își are domiciliul persoana cu dizabilități, pe baza unui protocol încheiat între Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale cu consiliul județean/local al sectoarelor municipiului București. La finalul reevaluării, specialiștii întocmesc, în termen de 5 zile, un raport de reevaluare a persoanei, pe care îl înaintează Comisiei superioare.

Specialiștilor li se asigură, din bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, cheltuieli de transport, diurnă și cazare conform legii și indemnizație zilnică în cuantum de 150 RON, pentru întreaga perioadă în care se realizează reevaluarea.

Opțiuni de implementare a recomandărilor:

Opțiunea I: Crearea unei structuri la nivelul Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei care va fi împuternicită să examineze și soluționeze litigiile apărute ca urmare a dezacordului cu decizia adoptată de Consiliul republican de expertiză medicală a vitalității (CNDDCM după reformă).

Opțiunea II: A revizui și îmbunătăți structura, componența, procedura, prevederile legale ce reglementează actualmente modul de soluționare a litigiilor la nivel republican/superior, fără necesitatea creării unui organ în cadrul Ministerului Muncii, Protecției și Familiei. În atare situație, a decide procedura de contestare a gradului de dezabilitate, în cazul copiilor minori.

Pentru implementare este necesar de:

- elaborat un nou Regulament de organizare și funcționare a CREMV (CNDDCM după reformă);
- elaborat Regulamentul Comisiei pentru soluționarea contestațiilor la certificatele privind severitatea dizabilității și capacitatea de muncă în care să fie expres prevăzută procedura examinării, termenul examinării, procedura efectuării reevaluării/reexpertizării persoanei; modelul deciziilor; termenul de atac al deciziilor; procedura selectării specialiștilor care vor examina contestațiile ș.a.
  Urmează să se țină cont și de procedura contestării gradului de dezabilitate și în situația copiilor;
- abrogată Hotărârea Guvernului nr. 688 din 10.06.2006 cu modificările ulterioare cu privire la expertiza medicală a vitalității.

4. **Problema:** ***Lipsa criteriilor de determinare a capacității de muncă***

Descrierea problemei

Accesul limitat pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități se soldează cu dependența acestora de prestațiile sociale mici, sărăcia și excluderea socială. Aceasta situație se datorează mai multor factori precum: lipsa

unor prevederi legale care să stimuleze angajarea persoanelor cu dizabilități, lipsa serviciilor de reabilitare profesională, lipsa locurilor de muncă (decalajul foarte mare dintre cerere și ofertă pe piața muncii), lipsa specialiștilor responsabili de elaborarea recomandărilor de reabilitare profesională și încadrare în câmpul muncii, precum și lipsa instrumentelor standardizate de evaluare a capacității de muncă.

Ordinul comun al MPSFC și MS Nr. 30/99 din 15 aprilie 2009 cu privire la aprobarea Recomandărilor de muncă în diverse limitări funcționale la persoanele cu dizabilități este un succes în domeniu. În același timp, recomandările, așa cum se regăsesc în "certificatul de invaliditate" nu contribuie nici pe departe la accesul pe piața muncii a persoanelor. De multe ori, acestea conduc la concedierea persoanei. Recomandările de muncă în diverse limitări funcționale constituie doar o etapă, dar nu înlocuiesc evaluarea capacității de muncă a persoanei. De cele mai multe ori unei persoane încadrate în gradul I sau II de invaliditate i se prescrie contraindicată munca. De aici, accesul pe piața muncii i se restricționează definitiv.

Pe de o parte, în "certificatul de invaliditate", persoanei îi este prescrisă "munca contraindicată", pe de altă parte, angajatorul evită să angajeze aceste persoane, deoarece fie necesită acomodarea locului de muncă (cheltuieli suplimentare), fie are nevoie de asistență la locul de muncă.

Conform articolului 23 al Legii nr. 102-XV din 13.03.2003 privind ocuparea forței de muncă și protecția socială a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă angajatorii dispun de un stimul suplimentar pentru a angaja absolvenți cu dizabilități în mărimea unui salariu minim plătit angajatorului timp de 18 luni. Condiția este ca absolventul să fi urmat studiile de la buget. Legea acoperă un segment îngust de tineri, deoarece lipsa adaptărilor arhitecturale, precum și a dezvoltării insuficiente a învățămîntului incluziv face ca doar un număr redus de tineri să fie admiși la studii în general.

Hotărârea de Guvern Nr. 862 din 14.07.2003 pentru aprobarea procedurilor privind accesul la măsurile de ocupare a forței de muncă stipulează clar că șomerii includ următoarele categorii de persoane aflate în căutarea unui loc de muncă: persoane provenite din

Plasarea în cîmpul muncii a persoanelor cu dizabilități 2007-2009

Categoria	2007		2008		2009	
	Au apelat la servicii	Plasați in cîmpul muncii	Au apelat la servicii	Plasați in cîmpul muncii	Au apelat la servicii	Plasați in cîmpul muncii
Invalizi de gradul III	448	102	398	114	711	81
Invalizi de gradul I si II	170	*	187	*	191	*

* nu se duce evidența

Sursa: Raport Social Anual 2009, MMPSF

muncă, **inclusiv invalizii apți pentru prestarea unei muncii.** CEMV de regulă, prescrie doar pentru "gradul III de invaliditate" recomandări de muncă, astfel persoana cu dizabilități nu poate fi încadrată în serviciile oficiilor forței de muncă ca persoană în căutarea unui loc de muncă și respectiv are îngrădit accesul pe piața muncii. Din discuțiile cu reprezentanții CREMV și CEMV sect. Ciocana al capitalei se remarcă că în ultimul timp parvin adresări ale persoanelor de a le fi retras sau micșorat "gradul de invaliditate" pe motiv că există riscul de concediere din partea angajatorului.

Recomandări

- Elaborarea unei metodologii de determinare a capacității de muncă în baza criteriilor:
    a) Medicale;
    b) Funcționale;
    c) Profesionale;
    d) altor parametri ce afectează posibilitatea de acces pe piața muncii a persoanei.

Criteriul medical este evaluat în baza stării de sănătate a persoanei și a maladiei ce afectează vitalitatea. Pentru diferite forme nozologice, cât și manifestări ale acestor forme va fi determinat un anumit procentaj al capacității de muncă ***(capacitatea de muncă de bază).*** Aceasta va fi stabilită conform unui tabel care va încadra disfuncția persoanei drept urmare a diverselor forme de maladii într-o limită anumită de procentaj. Pentru mai multe maladii sau leziuni care rezultă din tulburări funcționale, ce duc la întreruperea activității de bază, se practică înmulțirea cu un anumit coeficient.

Criteriul funcțional este evaluat în baza disfuncției persoanei și va reflecta numărul de ore lucrate zilnic, respectiv numărul de zile. Aplicarea criteriul funcțional relevă faptul că gradul de dizabilitate nu este întotdeauna proporțional legat de un anumit procentaj al capacității de muncă.

Criteriul profesional precum și **alți parametri** ce afectează posibilitatea de acces pe piața muncii vor ține cont de nivelul de studii al persoanei, vârstă, specialitatea sau meseria profesată anterior, posibilitatea sau imposibilitatea utilizării calificărilor într-un anumit domeniu, lipsa specialității etc.

- Instruirea a câte unui specialist din cadrul CEMV în aplicarea noii metodologii de determinarea capacității de muncă;
- Constituirea serviciilor de reabilitare profesională (cu specializare pentru dizabilități locomotorii, senzoriale, psiho-neurologice);
- Instituirea unei subdiviziuni aparte în cadrul AOFM sectoriale din mun. Chișinău, care să se ocupe de asistarea persoanelor cu dizabilități la angajarea în câmpul muncii, dat fiind faptul că numărul persoanelor din Chișinău este unul net superior celui din raioane;
- Angajarea sau reprofilarea unui specialist din cadrul AOFM raionale, responsabil pe asistența persoanelor cu dizabilități la angajarea în câmpul muncii. În competența AOFM ar trebui să fie identificarea locului de muncă pentru persoana cu dizabilități în colaborare cu angajatorul și suportarea cheltuielilor

pentru acomodarea rezonabilă a locului de muncă, în caz de necesitate;

- Elaborarea cadrului normativ privind funcționarea întreprinderilor sociale;
- Elaborarea și adoptarea politicilor fiscale de stimulare a angajatorului pentru încadrarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități.

Surse de referință pentru elaborarea metodologiei de determinare a capacității de muncă:

- Legea din 25.03.2005 privind criteriile de determinare a capacității de muncă din Lituania
- Procedurile din 19.11.2003 de examinare a persoanelor cu dizabilități la Comisia Medicală de Stat pentru examinarea Capacității de Muncă și Sănătății a Letoniei
- Occupational Therapy and Physical Dysfunction: principles, skills and practice (Terapia ocupațională și disfuncțiile: principii, abilități și practici, Ediția V)
- Assessing Disability in Europe, Council of Europe, 2003 (Evaluarea dizabilității în Europa, Consiliul Europei, 2003).

5. **Problema:** ***Lipsa programelor și planurilor de instruire continuă a specialiștilor implicați în determinarea dizabilității prin prisma CIF***

Descrierea problemei

Instruirea specialiștilor în domeniul utilizării noilor metodologii este o precondiție a realizării reformei. Până în prezent, doar aproximativ 300 medici de familie (din cei circa 2000 care activează) și circa 100 asistente medicale din Republica Moldova, în cadrul instruirilor la USMF "N.Testemițanu" - Catedra Medicină de familie și la Colegiul Național de Medicină și Farmacie din Chișinău, au făcut cunoștință cu principiile generale și conținutul CIF. Instrumentele de aplicare CIF în practică sunt în general necunoscute în Republica Moldova. Aceste instrumente nu sunt ușor accesibile din cauză că lipsește traducerea în limba română și rusă fiind disponibile doar versiunile în limbile engleză și franceză.

Experții din cadrul CEMV și CREMV nu au beneficiat încă de instruiri cu privire la CIF și aplicabilitatea instrumentarului CIF. La fel nu este prevăzută formarea continuă a diferitor specialiști care activează în domeniul determinării dizabilității și protecției sociale a persoanelor cu dizabilități.

Recomandări de soluționare a problemei

- Instruirea specialiștilor implicați în determinarea dizabilității și formarea de noi specialiști în cadrul instituțiilor universitare și colegiilor cu profil medical, social și educațional;
- Colaborarea cu instituții internaționale care au drept obiect de studiu determinarea dizabilității în vederea formării specialiștilor care activează în domeniu. Aceasta presupune schimb de experiență, vizite de studiu, mobilități și diseminare de informații și bune practici etc.;
- Conceperea curriculumului și a programei analitice pentru instruirile în domeniul determinării dizabilității, elaborarea suportului de curs;
- Organizarea instruirilor cu grupuri de specialiști în teritoriu.

Cu privire la modalitatea de instruire, pot fi luate în considerație **următoarele etape**:

- 2011- 2012 - Formarea de formatori;
- 2012 - Formarea tuturor specialiștilor implicați în determinarea dizabilității și capacității de muncă;
- 2013 - Formarea specialiștilor din sfera medicală, educațională, socială care vor activa în domeniul dizabilității.

6. **Problema:** ***Predominarea modelelor ierarhice de comunicare specialist - beneficiar***

Descrierea problemei

În procesul de expertizare a vitalității s-a remarcat utilizarea terminologiei sofisticate și preponderent medicale a personalului în comunicarea cu beneficiarii. De asemenea, s-a observat explicarea insuficientă de către experți a procesului de desfășurare a activității de evaluare, a impactului, beneficiilor sau riscurilor identificate pentru beneficiar. Persoanele cele mai vulnerabile sunt cele cu capacitate de înțelegere redusă sau persoanele care nu pot comunica. Acestea sunt excluse din start din procesul de decizie, activitatea de evaluare este desfășurată cu însoțitorul persoanei, iar persoana nu mai are drept de alegere, decizie și nu îi este prezentată decizia (recomandări, servicii accesibile, beneficiile financiare) la nivelul ei de înțelegere.

Recomandări de soluționare a problemei:

Abordarea persoanei cu dizabilități din perspectiva drepturilor omului impun revizuirea atitudinii față de beneficiar și acordarea unei poziții de partener în echipa de expertizare și evaluare. Prin urmare, se impune specialiștilor implicați în determinarea dizabilității:

- Informarea beneficiarului cu privire la procesul de evaluare și a recomandărilor cu privire la beneficiile sociale, riscurile nerespectării unor recomandări, serviciile accesibile, etc;
- Folosirea unui limbaj accesibil în general și în special în cazul persoanelor cu dificultăți severe de învățare, de înțelegere sau cu probleme de comunicare;
- Formarea specialiștilor CEMV (CDDCM), CMC, SPAE cu privire la sistemele alternative de comunicare;
- Accesibilizarea informațională a spațiului instituțiilor menționate (simboluri, pictograme, programe și calendare vizuale), astfel încât suportul vizual să însoțească informațiile prezentate în alb – negru.

Argumente:

- Ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități de către Republica Moldova[18];
- Legea cu privire la drepturile și obligațiile pacientului[19].

7. **Problema:** ***Abordarea preponderent medicală a dizabilității***

Descrierea problemei

Modelul tradițional medical (de la etiologie – la patogenie – la manifestări clinice) de abordare a persoanei cu dizabilități este in-

18 a se vedea definiția comunicării, care certifică includerea în termenul de comunicare a sistemelor alternative și augmentative - art. 9 (1b), art.21 (integral)

19 nr. 263 din 27.10.2005 (a se vedea art. 11)

suficient în evaluarea medico-socială a pacientului cu probleme complexe. Modelul medical consideră dizabilitatea ca o problemă a persoanei, cauzată direct de boală, traumă sau altă stare de sănătate care necesită îngrijire medicală, oferită ca tratament individual de către profesioniști.

Folosirea Clasificării Internaționale a Maladiilor - Ediția a 10-a (**CIM 10**, OMS) oferă doar denumirea maladiei și un cod al ei. Diagnosticul bolii nu este însă suficient pentru stabilirea serviciilor și pentru planificarea activităților de management a pacientului.

Clasificările Internaționale ale funcționării, dizabilității și sănătății (**CIF și CIF-CA**, OMS) pun accent pe participare și funcția păstrată, nu pe incapacitate și restricție, țin cont de factorii de mediu, cuprind domenii de sănătate și domenii asociate sănătății. CIF oferă instrumentarul de evaluare a activității și restricției participării, factorilor facilitatori și de barieră ale mediului.

CIF și CIF-CA completează **CIM 10** cu instrumentele de evaluare a funcțiilor și structurilor, activității și participării, factorilor de mediu și celor individuali.

Legea nr. 169 din 09.07.2010 pentru aprobarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010–2013) prevede:

- elaborarea și aprobarea unei noi metodologii de determinare a dizabilității la copii și la adulți, în conformitate cu prevederile Clasificării internaționale a funcționalității, dizabilității și sănătății (punctul 18);
- reorganizarea structurii și a modului de funcționare a Centrului Republican de Expertiză Medicală a Vitalității (CREMV) și a subdiviziunilor teritoriale în Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă cu subdiviziunile teritoriale respective.
- CNDDCM**,** va determina atât dizabilitatea la copii, cât și dizabilitatea, și capacitatea de muncă la adulți (punctul 20.1).

În vederea implementării acestor prevederi constatăm că componența actuală de personal a CMC și CEMV nu este suficientă și nici pregătită pentru determinarea dizabilității conform principiilor CIF. În același timp condițiile actuale ale CEMV teritoriale și fluxul mare de beneficiari pe zi, în special pentru re-expertizare, riscă să facă și mai defectuoasă evaluarea, cu impact negativ asupra calității serviciilor prestate și respectiv a beneficiarilor.

Propuneri de soluționare a problemei

În vederea găsirii unei soluții optime de realizare a prevederilor Legii nr. 169 (punctele 18 și 20.1) au fost analizate mai multe opțiuni privind implicarea diferitor structuri în realizarea părții sociale în evaluarea persoanei cu dizabilități:

1. realizarea anchetei sociale a persoanei cu dizabilități de către un asistent social din cadrul structurii teritoriale de asistență socială;
2. realizarea evaluării complexe, inclusiv sociale a copilului cu dizabilități (vârstă 0-5 ani) de către serviciile teritoriale de intervenție timpurie;
3. realizarea evaluării sociale complexe, inclusiv sociale a copilului cu dizabilități (vârstă ≥5 -18 ani) de către

serviciile teritoriale psiho-pedagogice și de suport educațional.

În toate aceste cazuri, evaluarea socială cu recomandările ce țin de accesarea diferitor servicii din teritoriu ar facilita determinarea dizabilității de către specialiștii CEMV. Cu toate acestea trebuie menționat faptul, că serviciile de intervenție timpurie și respectiv psiho-pedagogice și de suport educațional încă nu există. În același timp asistenții sociali din cadrul structurilor teritoriale de asistență socială sunt suprasolicitați și le revine un număr foarte mare de beneficiari în asistență.

În aceste condiții, soluția optimă pare a fi fortificarea CEMV pentru a face față noilor cerințe. Astfel, pe lângă personalul medical este necesară angajarea unităților de personal din domeniul social.

- În scopul oferirii unor servicii calitative de evaluare, în vederea implementării noilor modalități de determinare a dizabilității, CEMV (CDDCM după reformă) ar trebui să dispună de o echipă multidisciplinară (medico-socială) formată din următorii specialiști: **3 Medici experți** (unul cu funcția de Președintele CDDCM), **Psiholog/asistent social**, **Psihopedagog** (pentru expertizarea copiilor). Respectiv poate fi solicitată implicarea altor specialiști la solicitare în funcție de cazurile expertizate, angajați prin cumul, care vor fi remunerați din bugetul CDDCM, conform numărului de ore prestate**.**
- **Asistentul social de la locul de trai** al pacientului va întocmi ancheta socială pentru a fi prezentată la CDDCM. Odată cu eliberarea certificatului de încadrare în dizabilitate, CDDCM va elabora programul individual de reabilitare și incluziune socială a persoanei cu dizabilități. Programul individual de reabilitare și incluziune socială se întocmește și se revizuiește în conformitate cu normele metodologice.
- Se vede oportună, de asemenea, revederea Orarului săptămânal de activitate al CNDDCM: o zi – evaluarea copiilor, 3 zile – evaluarea adulților, 1 zi – evaluarea la domiciliu.
- În vederea eficientizării lucrului cu beneficiarii care se prezintă pentru ”re-expertizare”, de revizuit termenii de re-expertizare pentru anumite categorii de deficiențe.

LEGĂTURA DINTRE CDDCM ȘI ALTE SERVICII DE INCLUZIUNE SOCIALĂ

În vederea facilitării determinării dizabilității de către instituția responsabilă este necesară colaborarea acesteia cu serviciile din teritoriu în vederea consilierii beneficiarului și prescrierii recomandărilor în dependență de vârstă, dizabilitate, necesități etc. Din această perspectivă se impun a fi create și/sau dezvoltate diferite servicii care ar asigura implementarea recomandărilor instituției de determinare a dizabilității, contribuind astfel la incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. Printre cele mai importante considerăm a fi serviciul de intervenție timpurie, serviciul de suport psihopedagogic și asistența educațională, centrele de reabilitare profesională, serviciile de suport (asistent personal, cadru didactic de sprijin, echipe mobile, centre de zi etc.)

A. Servicii de intervenție timpurie

Serviciile de intervenție timpurie în copilărie (ITC) sunt instituite pentru a soluționa nevoile de dezvoltare a copilului de la naștere până la vârsta de 3 (5) ani, în cazul în care acesta prezintă tulburări de dezvoltare fizică, cognitivă, neuropsihică, a comunicării, sferei emoționale, sociale, de adaptare sau în cazul când el are o stare de sănătate cu un grad înalt de risc de manifestare a acestor tulburări.[20]

Deși fiecare dizabilitate în parte se întâlnește rar, luate împreună, ele afectează circa 10% din copii și constituie un compartiment important al pediatriei practice. OMS a estimat în țările dezvoltate incidența inadaptabilității la 10%, dar cifrele sunt subestimate, alte surse prezintă o incidență și mai înaltă, în special, în țările în curs de dezvoltare. Afecțiunile cronice se întâlnesc la circa 30% din copii, dizabilitățile severe fiind mai rare, dar cu un impact mai important asupra vieții copilului și familiei[21]. Prevalența reală a întârzierilor în dezvoltare a sugarului și copilului mic nu este bine cunoscută, dar cca 20% copii de vârstă preșcolară și școlară necesită servicii educaționale speciale semnificative[22].

Dificultățile copiilor cu dizabilități impun modalități organizate și sistematizate de intervenție psiho-pedagogică și medicală care ar fi centrate nu atât pe starea critică, cât pe ceea ce reprezintă potențialul restant sau poate nevalorificat al copilului. În acest context, o importanță deosebită o are intervenția timpurie, care se dovedește a fi eficientă atât la prevenirea dizabilităților severe prin stimularea dezvoltării, la prevenirea complicațiilor, cât și la diminuarea impactului psihologic negativ asupra părinților, fraților și surorilor, rudelor. De asemenea, ele constituie o modalitate eficientă de prevenire a abandonului și de instituționalizare a copilului.

Programele de intervenție timpurie își propun să depisteze cât mai precoce întârzierile de dezvoltare, pentru a le putea corecta optimal și, de asemenea, a preveni agravarea

20 American Academy of Pediatrics, Committee on Children with Disabilities, 2001; BAILEY, D.B, 2004; Мухамед Рахимов, Р.Ж., 2003.

21 UNICEF, 2001, 2004

22 Guralnick, M. J., Albertini, G., 2005

lor. Menirea acestor programe este de a-l ajuta pe copil în realizarea cât mai eficientă a potențialului său cognitiv, socio-afectiv, de comunicare, de adaptare, de dezvoltare fizică, prin acordarea serviciilor necesare.

În Europa de Vest, SUA, Canada și în multe alte țări dezvoltate, copiii de la 0 la 3 ani pot beneficia de programe de intervenție timpurie, în funcție de starea lor de sănătate. După vârsta de 3 ani se recomandă continuarea activităților de educație specială, însă în cadrul altor programe, corespunzător cu vârsta și starea copilului.

În Republica Moldova sunt deja testate și utilizate câteva metode de evaluare a copilului cu dizabilități sau cu risc sporit. Printre acestea Testul Bayley, Testul DAYC, Evaluarea Funcției Motorii Grosiere la copii (GMFM), Sistemul de Clasificare a Funcției Motorii Grosiere (GMFCS). Evaluarea pediatrică a dizabilității PEDI și altele.

Drept **recomandări privind serviciile de intervenție timpurie** se propune ca:

- serviciile de intervenție timpurie să fie instituite în cadrul CMF raionale și AMT municipale sau procurate de la prestatori publici sau privați acreditați;
- serviciile de intervenție timpurie să fie axate pe: detectarea timpurie a problemelor de dezvoltare la copil, abilitarea și reabilitarea copilului, instruirea părinților/reprezentantului legal/tutorelui copilului;
- echipa de bază de intervenție timpurie să fie consitută din:

La nivel raional:

1. Pediatru de dezvoltare cu funcția de șef al echipei
2. Psiholog - 1
3. Logoped (specialist în comunicare timpurie) - 1
4. Kinetoterapeut - 1

La nivel regional:

1. Pediatru social (pediatru de dezvoltare) cu funcția de șef al echipei
2. Psiholog - 1
3. Logoped (specialist în comunicare timpurie) - 1
4. Kinetoterapeut – 1
5. Terapeut ocupațional - 1
6. Neurolog pediatru 1
7. Asistent social - 1

În vederea distribuirii uniforme a serviciilor la nivel național, ar fi oportună instituirea a 3 servicii de intervenție timpurie consultative regionale: Nord, Sud, Centru și 32 raionale + 5 municipale.

Din punct de vedere legal este necesară elaborarea unui act normativ, care ar stipula criteriile de eligibilitate și componentele serviciilor de intervenție timpurie, modul de organizare și funcționare a acestora, precum și responsabilitățile corespunzătoare ale sistemului de sănătate și de asistență socială în ce privește costurile și finanțarea acestora.

B: Serviciul psiho-pedagogic și de asistență educațională (SPAE)

Reieșind din necesitatea de a institui o **verigă de legătură între CDDCM și serviciile educaționale** din teritoriu, considerăm oportună revizuirea competențelor Consultației republicane medico-psihologo-pedagogică (CRMPP) și transformarea acesteia într-un Serviciu psiho-pedagogic și de asistență educațională. În acest context propunem:

Atribuirea CRMPP de noi competențe, cele mai importante fiind:

- studierea științifică a Cerințelor Educaționale Speciale (CES);
- elaborarea de curriculum –uri adaptate pentru copii cu CES;
- validarea instrumentelor de evaluare a CES;
- elaborare metodologiilor și instrumentelor de lucru în domeniul Educației Incluzive;
- elaborarea materialelor metodologice de suport pentru cadrele didactice, inclusiv cadrele didactice de sprijin în lucrul cu copiii cu CES;
- participarea la elaborarea materialelor de suport, manualelor și altor materiale didactice în sprijinul Educației incluzive în colaborare cu specialiștii Ministerului Educației;
- instruirea și recalificarea specialiștilor care lucrează cu copiii cu CES;
- stabilirea criteriilor de acordare a serviciilor de suport copiilor cu CES în unitățile generale de învățământ.

Transformarea CMPP de nivel raional în serviciu psiho-pedagogic și asistență educațională (SPAE) cu principalele funcții:

- stabilirea Cerințelor Educaționale Speciale (CES) la copiii cu probleme de învățare, inclusiv la copii cu dizabilități;
- elaborarea recomandărilor pentru învățător/cadru didactic de sprijin în vederea elaborării Planului educațional individualizat (PEI);
- verificarea implementării PEI în școlile din teritoriu;
- colaborarea cu instituțiile școlare de toate tipurile și nivelurile în vederea incluziunii copiilor cu CES în sistemul educațional;
- reevaluarea anuală a copiilor cu CES, pentru a măsura progresul și evoluția fiecărui copil și pentru a urmări dinamica potențialului de dezvoltare și învățare a copilului.

Reieșind din aceste competențe, este necesară o revizuire a personalului actualelor CMPP, a numărului de specialiști în componența serviciului și calificările acestora.

Serviciul SPAE ar fi necesar să aibă în componența sa: un psiholog, un psihopedagog, un logoped, un specialist în limbaj mimicogestual și braille, un pedagog social și consultanți de alte calificări în caz de necesitate.

Ministerul Educației urmează să stabilească componența echipei SPAE din perspectiva noilor atribuții și în contextul reformei învățământului și a celei de reformare a sistemului rezidențial de îngrijire a copilului.

Din punct de vedere legal este necesar:

1) de abrogat Hotărârea Guvernului nr. 42 din 24.01.1994 cu privire la instituirea Consultațiilor republicane și raionale (orășenești) medico - psiho-pedagogice pentru copiii cu deficiențe fizice și mintale;

2) de elaborat un Regulament nou de funcționare a CMPP reformată în Centru metodologic SPAE și SPAE raionale.

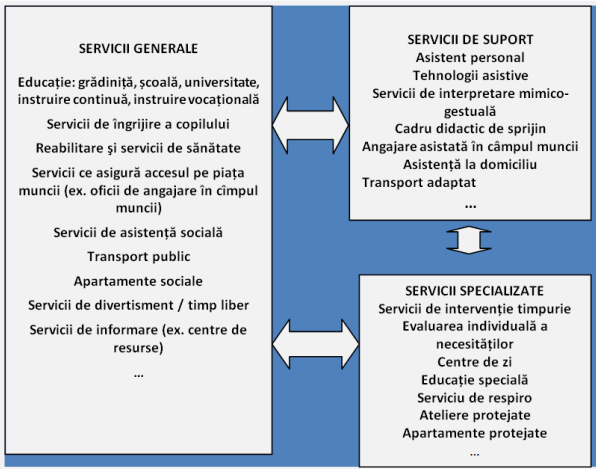
Notă: CES se divizează în următoarele categorii: intelectuale; cognitive (ex. atenția, memoria, percepția vizuală sau auditivă); emoționale și comportamentale, inclusiv de socializare; de limbaj și comunicare, senzoriale (ex. auz, văz); locomotorii; somatice și neurologice; combinate sau complexe.

3) de revizuit Regulamentul de funcționare a CMPP aprobat de Ministerul Educației.

4) de revizuit Codul educației

C. Structura teritorială de asistență socială

Structura teritorială de asistență socială are menirea de a asigura prestarea diferitor servicii de asistență socială în dependență de necesitățile persoanei, identificate în urma evaluării situației acesteia. Prezentăm mai jos o schemă de servicii, care ar trebui să fie accesibile persoanelor cu dizabilități în vederea asigurării incluziunii sociale a acestora[23].



În Republica Moldova există doar câteva tipuri de servicii sociale destinate persoanelor cu dizabilități: îngrijire la domiciliu, centre de zi, aziluri, centre de plasament, centre de reabilitare, centre mixte și instituții de specializare înaltă și de tip rezidențial. Serviciile de suport și cele specializate sunt în curs de dezvoltare, fiind pilotate de unii prestatori privați în parteneriat cu autoritățile publice locale.

Se impune, astfel, o ***diversificare a serviciilor de suport și a serviciilor specializate*** (de tipul: intervenție timpurie, cadru didactic de sprijin, asistent personal, servicii de respiro, unități protejate, echipe mobile, adaptarea locuinței etc.) de către structurile de asistență socială și asigurarea durabilității acestor servicii.

Este absolut necesar ca Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei și Ministerul Finanțelor să elaboreze și să implementeze un ***mecanism de redirecționare a fondurilor de la instituțiile rezidențiale reformate sau închise către serviciile comunitare alternative*** (aplicarea principiului ”banii urmează beneficiarul”). În caz contrar, statul nu va fi capabil să susțină financiar concomitent atât sistemul rezidențial, cât și cel comunitar.

În ceea ce privește ***prestațiile de asigurări sociale*** *pentru persoanele cu dizabilități, este necesară* ***revizuirea și echivalarea acestora în concordanță cu noile grade de severitate a dizabilității și cu procentul capacității de muncă.***

Conform CIF, dizabilitatea este:

- **ușoară** (5-24%) – care ar corespunde actualului grad de invaliditate III
- **medie** (moderată) (25-49%) – care ar corespunde parțial actualului grad de invaliditate II
- **gravă** (50-95%) și extrem de gravă sau **totală** (96-100%) – care ar corespunde parțial actualului grad de invaliditate I și respectiv II; această delimitare (gravă și extrem de gravă) este importantă în vederea acordării serviciilor de suport special continuu unui grup foarte bine definit de beneficiari.

Din punct de vedere financiar, la momentul actual, Republica Moldova nu-și permite încadrarea persoanelor cu funcționalitatea mai mică de 50% în categoria ”grav”, care ar corespunde actualului grad de invaliditate I.

23 Diana Chiriacescu, „Shifting the Paradigm in Social Service Provision: Making Quality Services Accessible for People with Disabilities in South East Europe”, Handicap International, Sarajevo, 2008.

Astfel este necesară stabilirea rezonabilă a categoriilor de dizabilitate, întrucît sunt direct corelate cu prestațiile sociale.

D. Servicii de reabilitare profesională

Constituirea serviciilor de reabilitare profesională este o condiție de bază pentru determinarea eficientă a capacității de muncă și în asigurarea accesului pe piața muncii pentru persoanele cu dizabilități.

În baza experienței internaționale, constatăm că centrele de reabilitare profesională își sporesc eficiența atunci când pot oferi și reabilitare medicală. În procesul de instruire pe o anume specialitate sau de redobândire a abilităților ocupației precedente poate apărea necesitatea reabilitării funcționale a anumitor părți ale corpului. În astfel de situații posibilitatea de a oferi în cadrul instituției de reabilitare profesională și servicii de reabilitare medicală sporește eficiența instruirii. Dacă serviciile sunt separate atunci, persoana beneficiară va urma la necesitate atât cursuri de reabilitare medicală în instituții medicale, cât și reabilitare profesională în centrele respective sau în Centrele de instruire ale ANOFM.

La etapa inițială este nevoie de cel puțin **3 centre de reabilitare profesională specializate** pe categorii de dizabilitate: locomotorie, senzorială și psiho-neurologică.

Reabilitare profesională pentru persoane cu dizabilități locomotorii

Centrului Republican Experimental de Protezare, Ortopedie și Reabilitare, mun. Chișinău (**CREPOR**), propunem să i se atribuie competența de reabilitare medico-profesională pentru persoane cu dizabilități ale aparatului locomotor. **Specialiști implicați**: terapeut, neuropatolog, kinetoterapeut, logoped, psiholog, lucrător social, profesori de meserii, manageri de caz, manageri pe angajare în câmpul muncii.

Este necesară **instruirea specialiștilor** în reabilitare medico-profesională.

CREPOR asigură populația Republicii Moldova cu articole de protezare, ortopedie (proteze, orteze, corsaje, pansamente, încălțăminte ortopedică specială, cârje, bastoane etc.) și mijloace de locomoție. Conform Hotărârii Guvernului RM nr. 87 din 31.01.2002 cu privire la extinderea funcțiilor și eficientizarea activității Centrului Republican Experimental Protezare Ortopedie și Reabilitare, instituției i se atribuie și reabilitarea medicală a tuturor veteranilor de război. Actualmente, la evidența CREPOR se află 82 572 de pacienți, cu diverse afecțiuni ale aparatului locomotor, precum și veterani de război.

Ținând cont de baza tehnico-materială a instituției și calificările specialiștilor care activează în domeniul diagnosticării, protezării și reabilitării, considerăm că CREPOR este cea mai potrivită instituție capabilă de reabilitarea medico-profesională a persoanelor cu dizabilități locomotorii.

Recomandăm, de asemenea:

- lărgirea spectrului de servicii incluzând și copiii cu dizabilități locomotorii;

- oferirea cu titlu de „împrumut” a unor mijloacelor tehnice cum ar fi: fotolii rulante, verticalizatoare, etc. Astfel ar putea fi sporită cost-eficiența serviciilor (utilajelor), dar și calitatea monitorizării folosirii acestor utilaje.

În acest context, este necesară **completarea HG nr. 87 din 31.01.2002.**

Reabilitare profesională pentru persoane cu dizabilități senzoriale.

Opțiunea I
Societatea Orbilor din Moldova are în subordine 6 întreprinderi, în care activează cu precădere persoane cu dizabilități de vedere. În același timp, Asociația Surzilor din Moldova, la fel are în subordine 6 întreprinderi. Mulți tineri cu dizabilități de vedere și auz, își formează abilități de muncă pentru un șir de meserii în interiorul acestor întreprinderi. O parte din aceste întreprinderi activează la capacitate minimă. Astfel, în baza structurilor existente, unele întreprinderi aflate în subordinea Societății Orbilor din Moldova și Asociației Surzilor din Moldova, ar putea fi ***transformate în servicii de formare și reabilitare profesională***.

Opțiunea II
În mun. Chișinău activează Școala de Meserii pentru nevăzători și slab văzători și Școala de Meserii pentru surzi și hipoacuzici. Propunem să i se atribuie competențe de reabilitare profesională în acest domeniu instituțiilor respective, cu condiția de revizuire a numărului și calificărilor specialiștilor din aceste instituții și respectiv instruirea acestora. De asemenea, este necesară o analiză și revizuire a specialităților oferite de aceste școli, din perspectiva cerințelor actuale ale pieții muncii.

Reabilitare profesională pentru persoane cu dizabilități psiho-neurologice.

Sectorul asociativ din Moldova a dezvoltat până în prezent un șir de practici pozitive în ceea ce privește activități de integrare socială a persoanelor cu dizabilități psiho-neurologice. Centrele ”Somato” și ”Danco” din Bălți, Centrul comunitar de sănătate mintală din Chișinău și altele elaborează și implementează activități ocupaționale pentru persoane cu dizabilități mintale și probleme de sănătate mintală. Propunem ca în baza prevederilor Legii nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale, statul să procure servicii de reabilitare profesională de la aceste centre.

Centrele de reabilitare din subordinea Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei ar putea să preia funcții de reabilitare medicală și/sau medico-profesională, cu condiția revizuirii Regulamentelor de activitate și instruirii personalului:

- Centrul republican de reabilitare a invalizilor, veteranilor muncii și războiului, com. Cocieri, r-nul Dubăsari;
- Centrul republican de recuperare a invalizilor și pensionarilor „Speranța”, or. Vadul-lui-Vodă, mun. Chișinău;
- Centrul de reabilitare a invalizilor și pensionarilor “Victoria” al Republicii Moldova, or. Sergheevka, Ucraina.

Serviciile de Reailitare Profesioanlă (CRP) trebuie să constituie veriga de legătura dintre persoana cu dizabilități și:

1) **instituția de determinare a dizabilității (CDDCM)** stabilește dizabilitatea și capacitatea temporară de muncă a persoanei și o direcționează către un CRP; CRP în urma proce-

sului de reabilitare retrimite persoana la CDDCM în vederea stabilirii capacității de muncă definitive și elaborarea recomandărilor de angajare.

2) **Agenția de Ocupare a Forței de Muncă (AOFM),** în baza recomandărilor CDDCM acordă persoanei suportul necesar pentru angajare în câmpul muncii.

E. Agenția Națională de Ocupare a Forței de Muncă (ANOFM)

În vederea eficientizării activității ANOFM în ceea ce privește angajarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități propunem:

- instituirea unei subdiviziuni specializate în cadrul AOFM sectoriale din mun. Chișinău, care să se ocupe de asistarea persoanelor cu dizabilități la angajarea în câmpul muncii, dat fiind faptul că numărul persoanelor din Chișinău este mult mai mare față de numărul persoanelor din raioane;
- angajarea sau reprofilarea unui specialist din cadrul AOFM raionale, responsabil pe asistența persoanelor cu dizabilități la angajarea în câmpul muncii;
- în competența AOFM ar trebui să fie identificarea locului de muncă pentru persoana cu dizabilități în colaborare cu angajatorul și suportarea cheltuielilor pentru ***acomodarea rezonabilă*** a locului de muncă, în caz de necesitate.

OPȚIUNI DE DETERMINARE A DIZABILITĂȚII LA COPII

Actualmente, stabilirea gradului de severitate a invalidității la copii se face în exclusivitate în baza modelului medical, care nu este conform prevederilor internaționale și legislației naționale[24] și nu încurajează incluziunea copiilor cu dizabilități. Se constată că, inclusiv partea "medicală" a evaluării copilului (determinarea deficiențelor permanente) nu este realizată pe deplin din cauza lipsei unui instrumentar standardizat de evaluare. Foarte dificilă este în special evaluarea copilului de vârstă fragedă care nu vorbește (spre exemplu, de multe ori retardul mintal se stabilește cu aproximație).

Serviciul de stabilire a dizabilității la copii și adulți este în competența a două Ministere: MS (CMC – determinarea gradului de severitate a invalidității la copii) și MMPSF (CEMV – determinarea gradului de invaliditate la adulți). Remarcăm faptul că la etapa de tranziție copil-adult și respectiv direcționarea beneficiarului de la CMC la CEMV, de multe ori gradul de invaliditate este redus, fapt asociat cu multe frustrații ale părinților și copiilor, reclamații și nemulțumiri. Absența unor abordări unice a dizabilității face dificilă inclusiv evidența statistică și respectiv se soldează cu dificultăți de elaborare a unor politici coerente de prevenire și conduită a acestor stări de sănătate.

Dacă în cazul adulților există oarecum o experiență de abordare medico-socială a dizabilității[25], atunci în cazul copiilor stabilirea severității invalidității are la bază Lista bolilor și stărilor patologice[26].

De asemenea, o problemă constituie și lipsa unor criterii și principii unice standardizate de incluziune socială a copilului cu probleme de dezvoltare. O soluție de perspectivă a acestei probleme ar putea fi implementarea principiilor și instrumentelor **CIF-CA, 2007,** la moment instrumentele CIF de evaluare a copilului fiind în curs de elaborare.

Pornind de la prevederile Legii nr. 169 din 09.07.2010 și luând în considerație recomandările parvenite de la specialiștii principali ai Ministerului Sănătății cu privire la determinarea dizabilității la copii, propunem în continuare unele recomandări și opțiuni de implementare a acestora.

Reiterăm că determinarea dizabilității trebuie să se bazeze pe o evaluare/reevaluare complexă a copilului. Astfel în acest proces ar trebui implicați mai mulți specialiști și structuri la diferite nivele administrative după cum urmează:

- ***nivelul I*** - medicul de familie, asistentul social comunitar, Comisiile intrașcolare[27] din cadrul instituțiilor de învățământ;
- ***nivelul II*** – CDDCM, CMC, Serviciul de intervenție timpurie, Serviciul Psihopedagogic și Asistență Educațională[28], Structurile teritoriale de asistență socială;
- ***nivelul III*** – CNDDCM, Comisia de

24 Legii nr. 169 din 09.07.2010 și Legii nr. 166 din 09.07.2010
25 a se vedea prevederile HG nr. 688 din 20.06.2006, Instrucțiunea privind modul de stabilire a invalidității
26 Legii nr. 169 din 09.07.2010 și Legii nr. 166 din 09.07.2010
27 a se vedea prevederile HG nr. 688 din 20.06.2006, Instrucțiunea privind modul de stabilire a invalidității
28 a se vedea prevederile HG nr. 1065 din 11.11.1999

litigii pentru soluționarea contestațiilor din cadrul MMPSF, Centru Național Metodologic de promovare a Educației Incluzive[29].

În ceea ce privește metodologia de evaluare a dizabilității la copil, propunem două etape.

Etapa 1. Evaluarea deficiențelor permanente prin:

α) utilizarea Listei bolilor și stărilor patologice (HG nr. 1065 din 11.11.1999) revizuite și completate în baza experiențelor altor țări;

β) folosirea unor teste standard de evaluare precum: Testul DAYC - Developmental Assessment of Young Child/ Evaluarea Dezvoltării Copilului Mic, Testele Bayley - Bayley Scales of Infant Development II, III/ Scalele Bayley a Dezvoltării Copilului II și III, Testul GMFM 66 și 88 - Evaluarea Funcției Motorii Grosiere la Copii și altele.

Etapa 2. Determinarea dizabilității în urma evaluării complexe medico-sociale, inclusiv, pe baza principiilor CIF, care se va supune aceluiași algoritm de implementare ca și la adulți, dar cu utilizarea instrumentarului destinat copilului.

Astfel, în cadrul evaluării copilului ar trebui să se țină, de asemenea, cont de:

- funcțiile organismului – funcții fiziologice ale sistemelor organismului (inclusiv funcții psihice);
- structurile corpului – părțile anatomice ale organismului;
- afectările – probleme ale funcțiilor sau structurilor organismului;
- activitatea – executarea sarcinilor și/sau acțiunilor;
- participarea – gradul de implicare în situații cotidiene;
- limitarea activităților – dificultăți în executarea activităților;
- factorii de mediu – mediul fizic, social sau de atitudine a persoanelor cu care locuiește și interacționează;
- factorii personali precum sexul, vârsta, educația, forma fizică, modul de adaptare etc.

Notă. CIF- CA oferă doar cadrul de evaluare deaceea în procesul evaluării va fi necesar folosirea suplimentară a testelor de evaluare**.**

Elaborarea criteriilor de stabilire a dizabilității la copii se va realiza cu implicarea specialiștilor principali al MS de profil pediatric în baza unui plan eșalonat de acțiuni.

Evaluarea deficiențelor permanente la copii se va face în cadrul instituțiilor medicale, dar ulterior ar putea fi implicate și alte servicii precum **Centrele de Intervenție Timpurie** (pentru copii de vârsta 0-5 ani), **Serviciul Psihopedagogic și Asistență Educațională** (pentru copii de vârstă preșcolară și școlară până la 18 ani).

Opțiune de bază

Conform prevederilor Legii RM nr. 169 din 09.07.2010, determinarea dizabilității la copii, în urma reformei, **revine Consiliului Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă** (actualul CREMV).

29 Comisiile intraşcolare sunt instituite în fiecare unitate generală de învățământ conform Ordinului directorului, aprobat de consiliul profesoral

În aceste condiții, în scopul eficientizării și oferirii calitative a serviciilor de evaluare și încadrare în grad de dizabilitate, CNDDCM va trebui să completeze cu personal adițional echipa de specialiști și anume cu Pediatru și Psihopedagog.

Pornind de la ideea că evaluarea complexă a copilului se efectuează nu doar în vederea stabilirii dizabilității, dar și elaborării recomandărilor de reabilitare și incluziune, este necesară colaborarea CNDDCM cu servicii complementare.

La o etapă ulterioară, când în sistemul de sănătate și în sistemul educației, se vor crea sau reforma structurile care sunt direct vizate de evaluarea complexă în vederea stabilirii dizabilității la copii, CNDDCM (CDDCM) va fi responsabil de stabilirea dizabilității, iar **Serviciul de Intervenție Timpurie** și **Serviciul Psihopedagogic și Asistență Educațională** ar avea ca sarcină evaluarea complexă a copiilor și prezentarea la CDDCM a dosarului cu recomandări privind încadrarea într-un grad de dizabilitate, programul de reabilitare și incluziune socială, inclusiv a traseului educațional conform criteriilor stabilite.

Pachetul de documente depus la CDDCM ar trebui să includă: ancheta socială completată de asistentul social comunitar, fișa de trimitere revizuită în concordanță cu noile criterii de determinare a dizabilității eliberată de către CMC, raportul de evaluare complexă elaborat de către Serviciul de Intervenției Timpurie (pentru copiii de vârstă 0-5 ani) sau de Serviciul Psihopedagogic și Asistență Educațională (pentru copiii de vârstă 6-18 ani).

CNDDCM (CDDCM) va analiza dosarul copilului și va**:**

a) încadra copilul într-un grad de dizabilitate (conform principiilor CIF-CA), eliberând un certificat, în baza căruia copilul va beneficia de o serie de drepturi și facilități de ordin social, conform legislației în vigoare. Decizia se bazează pe criteriile biopsihosociale prevăzute de către CIF-CA, care ulterior ar putea fi aprobate printr-un act normativ;

b) face recomandări privind incluziunea educațională cu specificările necesare privind serviciile de suport (Cadru didactic de sprijin, Asistent personal, transport etc.);

c) face recomandări privind asigurarea copilului cu materiale **asistive** (ortopedice, de protezare, cărucioare etc.).

OPȚIUNI CU PRIVIRE LA DETERMINAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Opțiunile privind determinarea nivelului capacității de muncă trebuie să vină în concordanță cu experiența și practicile pozitive în acest sens pe plan internațional și regional. În același timp, aceasta se poate face, evident, în limitele cadrului legal existent, precum și completând practica instituției de evaluare locală.

O serie de legi și angajamente internaționale vor fi luate în considerație în procesul de stabilire a metodologiei determinării capacității de muncă în Moldova. Daca vorbim de angajamente internaționale, relevantă în acest sens este Legea nr. 166-XVIII din 09.07.2010, privind ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Articolul 27 din Convenție, Munca și încadrarea în muncă stipulează: "...Statele Părți recunosc dreptul persoanelor cu dizabilități de a munci în condiții de egalitate cu ceilalți; ... Statele Părți vor proteja și promova dreptul la muncă, inclusiv pentru cei care dobândesc o dizabilitate pe durata angajării." Legea nr. 169-XVIII din 09.07.2010, privind aprobarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013), în Planul de Acțiuni stipulează: "3.3 Elaborarea și aprobarea metodologiei de determinare a nivelului capacității de muncă".

Opțiunea I „Evaluarea dizabilității prin prisma stabilirii capacității procentuale restante de muncă"

Din cele descrise anterior se constată că odată cu creșterea semnificativă a numărului persoanelor cu dizabilități, pe plan internațional se atestă o tendință de a restrânge numărul beneficiarilor la prestațiile totale pe motiv de dizabilitate. Drept rezultat, în aceste situații procesul de stabilire a dizabilității este abordat prin prisma determinării capacității restante/de pierdere de muncă a persoanei cu dizabilități cu vârsta aptă de muncă și cu capacitate de muncă parțială. Abordarea respectivă vine să promoveze politicile active în domeniul incluziunii sociale, și mai precis, stimularea încadrării persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii. Or, procentul stabilit al capacității de muncă urmează să reglementeze politicile de stimulare atât a angajatorului, cât și a persoanei cu dizabilități.

Proiectul de lege privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități din Moldova ne oferă detalii premergătoare, care prefigurează modelului de evaluare a dizabilității anume prin prisma stabilirii capacității de muncă. În particular, articolul 16. *Determinarea dizabilității la persoanele adulte cu vârstă aptă de muncă prevede următoarele*: "Dizabilitatea la persoanele adulte cu vârsta aptă de muncă se determină în dependență de ***procentul păstrării capacității de muncă***".

Două momente semnificative trebuiesc scoase în evidență: faptul că capacitatea de muncă va rezulta în procente și că va reflecta partea păstrată.

Care este diferența între modelul actual în ceea ce privește evaluarea dizabilității și prescrierea recomandărilor de muncă și ceea ce se propune schimbat? La moment, CREMV are drept reper legal în elaborarea recomandărilor privind încadrarea în muncă a invalizilor *Ordinul comun al MPSFC și MS*[30], cu privire la aprobarea Recomandărilor de muncă în diverse limitări funcționale la persoanele cu dizabilități. Aceste recomandări sunt foarte binevenite și dacă ar fi luate în considerare de angajator, ar soluționa într-o oarecare măsură problema încadrării în muncă a persoanelor cu dizabilități.

În același timp, acestea, nu scot în evidență abilitățile restante în ceea ce privește capacitatea de muncă a persoanei cu dizabilități.

Avantajele evaluarii în baza determinării procentuale a capacității de muncă:

- exprimă foarte clar capacitatea restantă de muncă;
- procentajul final, calculat în baza celui medical care este socotit de bază, plus criteriile nemedicale arată dacă persoana este eligibilă pentru prestația pe dizabilitate;
- la reexpertizare se va vedea clar evoluția (creștere sau descreștere);
- va fi stabilită prestația bănească, precum și lista de servicii va fi stabilită cu o mai mare exactitate.

În aplicarea **Opțiunii I** se vor lua în calcul următoarele recomandări:

- criteriul medical să fie luat drept criteriu de bază în determinarea procentuală a capacității de muncă;
- criteriul funcțional să fie elaborat în baza interviului structurat prin aplicarea chestionarului sau a testelor. Un exemplu demn de urmat este Lista Abilităților Funcționale[31];
- să fie folosite criterii nemedicale (profesional, vârstă, educație, factori de mediu) în determinarea procentului capacității de muncă;
- procentul final al capacității de muncă să fie un rezultat al procentului de bază plus criteriul funcțional și cele nemedicale;
- procentul de bază (obținut în baza criteriul medical), ce va fi luat în calcularea capacității restante de muncă, trebuie la fel să fie restant și nu de pierdere;
- recomandările din *Ordinul comun al MPSFC și MS Nr. 30/99 din 15 aprilie 2009 Cu privire la aprobarea Recomandărilor de muncă în diverse limitări funcționale la persoanele cu disabilități* să se regăsească fie în criteriul funcțional, fie să fie prescrise în actul ce va certifica procentajul capacității de muncă al persoanei.

30 Serviciul Psihopedagogic și Asistență Educațională este structura reformată a actualelor consultații medico-psihologo-pedagogice instituite prin HG Nr.42 din 24.01.94, sunt servicii din cadrul Direcțiilor Raionale de Învățământ, instituite de către Consiliile Raionale, finanțate din bugetele locale, coordonate metodologic de către Centru Național Metodologic de promovare a Educației Incluzive

31 FAL/Olanda http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/medicine/2010/j.spanjer/11addenda.pdf) sau Evaluarea Capacității de Muncă (WCA/UK - http://www.dwp.gov.uk/docs/work-capability-assessment-review.pdf

Un lucru important totuși se cere a fi explicat:

Ce rol joacă procentul capacității restante de muncă în angajarea și menținerea în câmpul muncii a persoanei cu dizabilități?

În Lituania, unde funcționează această metodologie, procentul capacității pierdute de muncă este achitat angajatorului drept stimul în angajarea acestei persoane. Or, procentul restant stabilit de instituția de evaluare arată clar care este procentul de pierdere. Pentru cei angajați pe piața de muncă deschisă, procentul de pierdere se achită timp de un an, iar pentru cei din cadrul întreprinderilor sociale – pe toată durata aflării în întreprindere.

În concluzie se poate spune că aplicarea opțiunii date este văzută ca promovarea politicilor active în domeniul dizabilității și are drept scop încurajarea încadrării în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități. Procentul capacității de muncă stabilit trebuie să arate ce parte de capacitate pierdută statul va compensa drept stimul financiar în angajarea și menținerea în câmpul muncii a persoanei cu dizabilități. În contextul social-economic actual al Moldovei aplicarea acestei opțiuni are un șir de avantaje. Pe lângă faptul că procentul va reorienta în câmpul muncii o parte din beneficiarii actuali (precum și viitori) acesta nu va avea efect în cazul în care partea procentuală pierdută de muncă nu va achitată drept stimul angajatorului pentru angajarea persoanei.

Opțiunea II "Recomandări de muncă ulterior stabilirii dizabilității"

În condițiile în care nu avem o metodologie elaborată și justificată de stabilire a capacității de muncă în procente, se poate lua în calcul, aplicărea instrumentelor CIF precum și a testelor de funcționalitate, a recomandărilor din Ordinul comun al MPSFC și MS Nr. 30/99 din 15 aprilie 2009 *cu privire la aprobarea Recomandărilor de muncă în diverse limitări funcționale la persoanele cu disabilități (versiunea ce urmează a fi completată).* Din moment ce va fi stabilită dizabilitatea și calculată capacitatea de muncă în procente, vor fi elaborate recomandări de muncă privind:
- numărul de ore care le poate lucra persoana cu dizabilități pe zi/ săptămână;
- abilitățile și restricțiile funcționale în îndeplinirea sarcinii de muncă;
- mediul de muncă în care are sau nu are voie să muncească persoana cu dizabilități;
- acomodări ale locului de muncă (după caz).

În concluzie se poate spune că Opțiunea II își are rostul său din momentul în care nu există o metodologie elaborată și justificată privind stabilirea capacității de muncă în procente și se merge pe aplicarea instrumentelor CIF atât a celor existente, cât și a celor ce urmează să fie aprobate de către OMS în timpul apropiat. Pe lângă certificatul de stabilire a dizabilității, care va deschide accesul persoanei la prestația bănească de compensare a dizabilității, persoana va primi de la CDDCM și recomandări de muncă fapt care va ușura cu mult găsirea unui loc de muncă.

EVALUAREA ȘI MONITORIZAREA IMPACTULUI NOII METODOLOGII DE DETERMINARE A DIZABILITĂȚII

Noua metodologie de determinarea a dizabilității are scopul principal de a spori participarea persoanelor cu dizabilități, de a le garanta drepturi egale cu ceilalți cetățeni, sporindu-le astfel calitatea vieții.

Evaluarea impactului reformei în domeniul protecției sociale a persoanelor cu dizabilități, începând cu metodologia de stabilire a dizabilității, impune aplicarea unor indicatori în acest sens.

Prezentăm în continuare dimensiunile calității vieții general acceptate (Schalock, 1986; 1996; 1997) pentru a ilustra necesitatea evaluării acestor dimensiuni în cazul persoanelor cu dizabilități.

Pornind de la aceste dimensiuni ale calității vieții, serviciile destinate persoanelor cu dizabilități trebuie să fie planificate pornind de la principiul asigurării calității vieții persoanei.

Dată fiind complexitatea determinării calității vieții, prin prisma dimensiunilor prezentate mai sus, este necesară stabilirea unor indicatori cantitativi și calitativi care vor măsura impactul noii metodologii de determinare a dizabilității asupra persoanelor cu dizabilități.

Indicatorii calității vieții		
Dimensiuni	*exemple de indicatori*	
Bunăstarea emoțională	Securitate Spiritualitate Fericire	Eliberare de stres Imagine de sine Satisfacție
Interacțiuni umane	Intimitate Afecțiune/dragoste Familie	Interacțiune Prietenie Suport
Bunăstarea materială	Proprietate Mijloace financiare Securitatea supraviețuirii	Loc de muncă Deținere de lucruri Statut socio-economic
Dezvoltarea personală	Educație Abilități Împlinirea personală	Competențe personale Activități cu un scop anume Realizări
Bunăstarea fizică	Sănătate Alimentație Recreere	Îngrijirea sănătății Odihnă Mobilitate
Autodeterminarea	Autonomie Alegere Luarea deciziilor	Control personal Autodirecționare Valori și scopuri personale
Incluziunea socială	Acceptare Status/rang Suport Mediu de lucru	Integrare și participare socială Roluri Mediul locului de trai
Realizarea drepturilor	Confidențialitate Dreptul la vot Disponibilitatea de posibilități	Protecția juridică (judecată) Proprietate Responsabilități civile

Exemple de indicatori ar putea servi:

- numărul (rata) copiilor/adulților evaluați conform metodelor standard de evaluare complexă;
- numărul (%) instituțiilor care folosesc metode standardizate de evaluare complexă CIF;
- numărul personalului instruit și care aplică noi metode de evaluare a funcționalității și metode standard de evaluare complexă;
- procentul contestărilor gradelor de severitate a dizabilității și capacității de muncă;
- numărul (rata) persoanelor cu detectare timpurie a dizabilității;
- numărul copiilor beneficiari ai serviciilor de intervenție timpurie;
- procentul de părinți ai copiilor cu dizabilități instruiți în cadrul serviciilor de intervenție timpurie în metode de îngrijire a copilului;
- numărul de copii cu dizabilități beneficiari ai serviciului psiho-pedagogic și asistență educațională;
- numărul (rata) copiilor cu dizabilități integrați în școli generale;
- numărul (rata) copiilor cu dizabilități integrați în școli speciale;
- numărul (rata) persoanelor cu dizabilități angajate în câmpul muncii;
- rata persoanelor cu dizabilități angajate în câmpul muncii în urma reabilitării medico-profesionale;
- numărul (%) întreprinderi care angajează persoane cu dizabilități;
- nivelul de satisfacție al angajaților cu dizabilități/angajatorilor;
- indicatori economici (ex. salariu mediu) rezultanți ai angajării persoanelor cu dizabilități;
- indicatori ai corelației beneficii/câștiguri salariale ale persoanelor cu dizabilități;
- numărul persoanelor cu dizabilități implicați în activități sportive;
- numărul de persoane cu dizabilități care beneficiază de cel puțin un serviciu social de suport sau specializat;
- calitatea serviciilor de suport sau specializate (conform standardelor de calitate);
- numărul (%) organizațiilor care prestează servicii sociale persoanelor cu dizabilități;
- numărul (%) persoanelor cu dizabilități care au un plan individualizat de asistență;
- rata persoanelor cu dizabilități care folosesc mijloace asistive;
- autoaprecierea incluziunii sociale de către persoanele cu dizabilități (indici valorici).

Direcțiile analiză, monitorizare și evaluare a politicilor din cadrul ministerelor necesită să revizuiască ***formularele de colectare a datelor în baza unor indicatori naționali standardizați,*** care ar reflecta gradul de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități.

Important!

Formularea și structurarea indicatorilor cantitativi și calitativi, în funcție de principalele dimensiuni ale acțiunilor pentru implementarea reformelor în domeniul dizabilității, ar asigura măsurarea impactului reformei. În același timp rezultatele obținute în urma colectării datelor, cu utilizarea indicatorilor respectivi ar permite redresarea reformei în domeniul dizabilității și elaborarea de noi acțiuni pentru sporirea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități.

PLATFORMA DE DISCUȚII

Vasile Cușca, șef al Direcției politici de protecție socială a persoanelor cu dizabilități, Ministerul Muncii și Protecției Sociale și Familiei

Dreptul la protecție socială presupune obligația statului de a întreprinde măsuri adecvate și concrete pentru a putea oferi fiecărei persoane un nivel de trai decent, prin acordarea diferitor tipuri de prestații și servicii sociale în caz de boală, dizabilitate, bătrânețe, șomaj sau în alte cazuri de pierdere a mijloacelor de existență în rezultatul unor circumstanțe ce nu depind de voința persoanei".

În acest sens Republica Moldova își propune promovarea unei politici sociale coerente și consecvente ajustate la condițiile perioadei pe care o trăim, precum și la standardele europene și internaționale din domeniu.

În vederea realizării obiectivelor documentelor strategice naționale, activitatea Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei este orientată spre aplicarea unor noi mecanisme de protecție socială a categoriilor de populație cu venituri mici (în special a persoanelor cu dizabilități), perfecționarea cadrului legislativ-normativ care va asigura accesul populației la minimul de prestații de asistență socială garantat de stat, pensii, indemnizații și servicii sociale. Aceste măsuri se încadrează în realizarea reformelor social-economice, a căror rezultate contribuie nemijlocit la îmbunătățirea stării materiale a populației, integrării sociale și servesc drept garant al drepturilor cetățenilor la protecție și Securitate socială.

Drepturile persoanelor cu dizabilități sunt reglementate în legislația actuală. Mai multe acte legislative și normative conțin stipulări în acest sens. Principalul act legislativ în acest domeniu este Legea nr. 821-XII din 24.12.1991 privind protecția socială a invalizilor.

Dacă e să vorbim de evaluarea și aprecierea dizabilității, acest aspect este reglementat în Hotărârea de Guvern nr. 688 din 20.06.2006 cu privire la expertiza medicală a vitalității, prin care este aprobat regulamentul de activitate al Consiliului republican de expertiză medicală a vitalității, precum și instrucțiunea privind modul de stabilire a invalidității. La Consiliile de expertiză medicală persoana vine deja cu întreg pachetul de documente, de la medicul de familie, de la alte instituții medicale care atestă starea sănătății lui.

Prin Legea nr. 166-XVIII din 09.07.2010, Republica Moldova a ratificat Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (semnată la New-York, la 30 martie 2007), demonstrând în acest sens voința politică de a stabili unele obiective clar definite pentru elaborarea și promovarea politicilor în domeniu în vederea ajustării legislației naționale în vigoare la prevederile celei internaționale.

Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități este un tratat internațional care stabilește drepturile persoanelor cu nevoi speciale și obligațiile statelor-părți de a promova, proteja și asigura drepturile acestor persoane.

Astfel, întru ajustarea actelor normative privind protecția socială a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova la prevederile

Convenției nominalizate a fost aprobată, prin Legea nr. 169-XVIII din 09.07.2010, Strategia de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013).

Strategia definește reformarea politicii statului în domeniul dizabilității și cuprinde liniile directoare de activități în domeniul armonizării sistemului de protecție socială a persoanelor cu dizabilități cu standardele UE și prevederile Convenției. Strategia include acțiuni, necesare pentru reformarea politicilor în domeniu în contextul implementării prevederilor Convenției, care urmează a fi realizate pe parcursul a patru ani.

În contextul implementării Strategiei menționate mai sus și reformării domeniului este nevoie de elaborat o nouă metodologie/criterii de evaluare și determinare a dizabilității deoarece, la moment, se pune accentul doar pe aspectul medical în determinarea dizabilității. Actuala modalitate nu este completă deoarece avem nevoie de un model de evaluare medico-social în contextul incluziunii sociale a acestor persoane. Dacă va fi luat în considerație și aspectul social, persoanele cu dizabilități vor fi mai ușor și mai bine integrate în societate în diferite domenii: învățământ, muncă etc. Însă dacă punem accentul doar pe aspectul medical, cum este la ora actuală, vedem persoana doar ca bolnav, îi oferim anumite prestații sociale, pensie și atât.

Prevedri generale privind reformarea mecanismului de determinare a dizabilității sunt deja incluse în proiectul de lege privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, care a fost aprobat de Guvern la 6 decembrie curent, și urează a fi adoptat de către Parlament. Proiectul de lege cuprinde un capitol aparte în acest sens, și dacă va fi adoptat, de la 1 ianuarie 2013 vor fi puse în aplicare mecanismele noi în determinarea dizabilității. În acest context, pentru anul 2013 sunt planificate mijloace financiare suplimentare pentru reformarea consiliilor de expertiză medicală a vitalității, îmbunătățirea bazei tzehnico-materiale a acestora, pregătirea specialiștilor în domeniu, angajarea suplimentară a specialiștilor din domeniul protecției sociale etc. Instruirile, perfecționarea specialiștilor va fi un proces continuu. Pe parcursul anului 2012, va urma procesul de elaborare și aprobare a criteriilor și metodologiei de determinare a dizabilității, regulamentului de activitate a instituției care va fi responsabilă de determinarea dizabilității, în așa fel încât începând cu anul 2013 să fie pus în aplicare noul mecanism de determninare a dizabilității, și totodată, să fie făcute și instruirile necesare.

Cu suportul PNUD Moldova, un grup de experți naționali și internaționali în domeniu, au elaborat și definitivat Foaia de parcurs privind aplicarea noilor metodologii/criterii de determinare a dizabilității la copii și la adulți.

Prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei, nr. 137/241 din 24.02.2011, au fost instituit grupuri tehnice de lucru (profil chirurgical, terapeutic, neurologic și psihiatric, pediatric) din specialiști principali ai Ministerului Sănătății și specialiști ai Consiliului republican de expertiză medicală a vitalității, și un Comitet de coordonare, care lucrează la elaborarea criteriilor de determinare a dizabilității.

Dacă vor fi elaborate și aprobate toate instumentele de punere în aplicare a noilor mecanizme de determinare a dizabilității, în practică va fi necesar doar de instruiri privind aplicarea lor. Etapa la care lucrăm în prezent este foarte complicată deoarece presupune

pregătirea tuturor actelor normative. Principiile pe care le promovăm sunt noi pentru țara noastră, studiem experiența internațională însă nu putem copia sau prelua totalmente din practica altor țări deoarece trebuie să le adaptăm la situația și necesitățile noastre.

La nivel practic vor fi clar stabilite sau după caz completate atribuțiile de funcție pentru specialiști din sistem, precum și cei care pregătesc documentele necesare pentru procesul de determinare a dizabilității, vor fi aprobate formularele necesare, ulterior în procesul de completare a documentației va depinde de atitudinea fiecărui specialist în ceea ce privește completarea și introducerea datelor veridice. În prezent, sunt cazuri când persoanele vin la expertizare cu date eronate ale investigațiilor medicale, analizelor etc. Schimbarea situației în privința prezentării datelor veridice în adresa consiliilor de expertiză medicală a vitalității nu depinde de această reformă, ci de atitudinea fiecărui specialist în ași îndeplini obligațiile cu responsabilitate. Această problemă persistă și va persista până când fiecare specialist nu va conștientiza importanța realizării pe deplin a atribuțiilor sale. În acest sens, poate ulterior va fi necesară introducerea unor modificări sau completări la Codul contravențional care să vizeze sancționarea persoanelor vinovate de introducerea datelor cu caracter eronat în documentația prezentată în adresa consiliilor de expertiză medicală a vitalității.

Totodată țin să menționez, că documentația (certificatele, formularele, investigațiile etc.) va fi întocmită persoanei la nivel local cu ajutorul medicului de familie, asistentului social din primărie, instituțiilor din localitate ș.a. Ca rezultat, va fi o viziune mai clară și complexă, vom avea mai multe informații despre această persoană în procesul de determinare a dizabilității, respectiv și recomandările vor fi mai concrete și în folosul persoanei.

O chestiune caracteristică pentru R. Moldova este că cetățenii consideră că statul este obligat să-i susțină fără a contribui ei înșiși la aceasta. În adresa ministerului parvin mai multe adresări, petiții și respectiv cunoaștem care e situația la nivel de țară la acest capitol, constatând că cetățenii nu cunosc pe lângă obligațiunile statului și obligațiunile lor. Majoritatea cetățenilor caută posibilități ca să beneficieze de niște prestații sociale din partea statului, și respectiv prin diferite mijloace încearcă să realizeze aceste scopuri. Un alt moment este că majoritatea cetățenilor locuiesc în localitățile rurale, inclusiv și persoanele cu dizabilități, respectiv este dificil de a găsi un loc de muncă, decât în agricultură. În aceste condiții fiecare dorește să aibă o sursă de existență cât de mică dar stabilă, permanentă, pentru cheltuielile curente (produse alimentare, servicii comunale, produse igienice și alte necesități gospodărești). De aceea, multe persoane încearcă prin diferite metode să obțină un grad de invaliditate – ”garanție a unui venit stabil”.

Legea cu privire la ajutorul social și principiile stabilite au drept scop asigurarea unui venit lunar minim garantat, familiilor defavorizate, prin acordarea ajutorului social, stabilit în conformitate cu evaluarea venitului global mediu lunar al familiei și necesitatea de asistență socială. Aplicarea acestor principii va deminua interesul cetățenilor pentru stabilirea gradului de dizabilitate în scopul beneficierii de prestații sociale. Este pus accentul pe vulnerabilitatea familiei și nu pe categoria persoană (persoană cu dizabilități, în etate etc.). În această situație va decădea importanța

obținerii unui grad de invaliditate.

Încă un obiectiv cheie în realizarea politicii naționale în domeniul protecției sociale a persoanelor cu dizabilități este și dezvoltarea procesului de dezinstituționalizare prin prisma creării serviciilor sociale alternative, în colaborare și parteneriat cu diverși actori sociali.

Astfel, întru realizarea obiectivelor nominalizate, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei a semnat la 27 mai 2008 un Memorandum de înțelegere cu partenerii proiectului „Inițiativa Comunitate Incluzivă: Moldova" care prevede dezvoltarea cadrului normativ și crearea serviciilor sociale comunitare pentru relocarea (dezinstituționalizarea) persoanelor cu disabilități din Casa internat pentru copii cu deficiențe mintale (băieți) din or. Orhei. Perioada implementării proiectului este prevăzută pentru anii 2009-2013 (cu posibilitatea de prelungie a proiectului). Partenerii proiectului sunt Open Society Mental Health Initiative (OSMHI, Budapesta), Fundația Soros Moldova, Keystone Human Services International (KHS, SUA), Keystone Human Services International Moldavian Association (KHSMA) și Hope and Homes for Children (HHC, Marea Britanie).

Pe parcursul desfășurării proiectului nominalizat s-a reușit prestarea diferitor tipuri de servicii pentru 493 copii și adulți cu dizabilități și pentru 481 părinți ai acestora.

În ultimii ani, serviciile sociale pentru persoanele cu dizabilități se dezvoltă în R. Moldova, astfel:

- prin Hotărîrea Guvernului nr. 711 din 09.08.2010 au fost aprobate Regulamentul–cadru și Standardele minime de calitate pentru serviciul social „Locuință protejată". ***Serviciul social „Locuință protejată"*** este un serviciu social specializat, scopul acestuia este de a crea condiții pentru dezvoltarea deprinderilor necesare unei vieți autonome, deprinderilor de autoservire, asigurarea condițiilor minime de trai, în vederea integrării sociale și profesionale a persoanelor cu dizabilități mintale;
- prin Hotărîrea Guvernului nr. 936 din 8 octombrie 2010 a fost aprobat Regulamentul–cadru și standardele minime de calitate pentru serviciul social „Casă comunitară". ***Serviciul social „Casă comunitară"*** are ca scop îngrijirea permanentă a persoanelor cu dizabilități mintale și dezvoltarea aptitudinilor de autoservire și socializare a acestora. Persoanele cu dizabilități în cadrul serviciului beneficiază de: cazare, asigurarea condițiilor minime de trai și a condițiilor igienico-sanitare necesare, protecția și supravegherea stării de sănătate, asistența medicală, îngrijire și suport permanent, condiții pentru dezvoltarea abilităților de autoservire și de autonomie și a climatului favorabil dezvoltării personalității, asigurarea accesului beneficiarilor la educație;
- prin Hotărîrea Guvernului nr. 722 din 22 septembrie 2011, a fost aprobat Regulamentul–cadru și standardele minime de calitate pentru serviciul social „Echipa mobilă". ***Serviciul social „Echipa mobilă"*** – este un serviciu social specializat, destinat persoanelor cu dizabilități medii sau severe (în special copiilor cu dizabilități), care oferă asistență socială și suport la domiciliul beneficiarului, în baza nevoilor identificate ale acestuia, cât și consiliere și suport persoanelor care îl îngrijesc pe acesta, în vederea creșterii independenței și integrării lui sociale;
- prin Hotărîrea Guvernului nr. 567 din 26

iulie 2011 a fost aprobat Regulamentul cu privire la modul de asigurare a unor categorii de cetățeni cu **mijloace ajutătoare tehnice**. Regulamentul stabilește:

- condițiile de asigurare cu mijloace ajutătoare tehnice și categoriile de persoane care urmează a fi asigurate gratis, cu reducere din preț și a celor care achită integral costul mijloacelor ajutătoare tehnice;
- indicațiile medicale pentru prescrierea și confecționarea mijloacelor ajutătoare tehnice;
- modul de întocmire a comenzilor pentru mijloacele ajutătoare tehnice;
- termenile de confecționare și de exploatare a mijloacelor ajutătoare tehnice etc.

În prezent, în cadrul ministerului sunt în proces de definitivare Regulamentele cadru și Standardele minime de calitate pentru serviciile sociale: Asistență personală, Respiro și Plasament familial pentru persoanele adulte cu dizabilități.

Serviciul social "Asistență personală" este un serviciu costisitor deoarece pentru supravegherea, îngrijirea și însoțirea unei persoane cu dizabilități care are nevoie de suport permanent este necesar de a angaja o persoană responsabilă.

În anii trecuți au mai fost aprobate și alte regulamente cadru și standarde minime de calitate pentru alte tipuri de servicii sociale (centrele de zi, centrele de plasament temporar pentru copii cu dizabilități, ș.a.). Lucrăm în continuare asupra dezvoltării și altor tipuri de servicii sociale.

În contextul dezvoltării serviicilor sociale avem parteneriate cu Asociația KEYSTONE, FISM ș.a., care dezvoltă servicii sociale la nivel local.

A fost elaborat, cu suportul PNUD Moldova, Nomenclatorul serviciilor sociale unde sunt stabilite tipurile de servicii sociale, definirea lor, serviciile prestate, statele orientative de personal.

Conform legislației în vigoare, Ministerul este responsabil de elaborarea cadrului normativ ce reglementează diferite tipuri de servicii sociale, însă serviciile propriu-zise sunt create de autoritățile publice locale, reieșind din necesitățile identificate. Printre cele mai active raioane în procesul de dezvoltare a serviciilor sociale putem numi: Ungheni, Soroca, Orhei, Hîncești. Sunt localități care au capacități și posibilități mai mari dar nu le valorifică pe deplin.

Prin Hotărîrea Guvernului nr. 523 din 11.07.2011, a fost aprobat Programul de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020 care prevede schimbarea și adaptarea continuă a sistemului educațional pentru a răspunde diversității copiilor și nevoilor ce decurg din aceasta, pentru a oferi educație de calitate tuturor în contexte integrate și medii de învățare comună.

Totodată, este foarte important ca fiecare persoană, familie să aibă un rol activ în incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, inclusiv a copiilor cu dizabilități în sistemul educațional. Sunt familii și părinți activi. Asemenea cazuri sunt atestate mai mult în mediul urban, unde și posibilitățile de integrare sunt mai mari prin prezența mai multor tipuri de servicii sociale, pe când în localitățile rurale acest lucru este mai anevoios, iar cea mai mare parte a familiilor cu copii cu dizabilități așteaptă mai mult ajutor din partea statului demonstrând pasivitate în incluziunea socială a acestora.

Nu pot spune că în R. Moldova este lipsă

de informare pentru persoanele care doresc să-și cunoască drepturile, mai degrabă aș spune că atitudinea cetățeanului este de a nu lua parte la soluționarea propriilor probleme.

În prezent, persoanele cu dizabilități au dreptul de a fi integrate în câmpul muncii și în sistemul educațional. Acest lucru se face în baza recomandărilor comisiilor de expertiză medicală a vitalității și a medicilor specialiști. În certificate de atribuire a gradului de invaliditate este prescrise recomandările de muncă reieșind din specificul diagnosticului, studiile, posibilitățile persoanelor. Persoanele cu dizabilități au dreptul de a lucra la întreprinderi, în instituții și organizații cu condiții obișnuite de muncă, la întreprinderi, în secții și sectoare specializate care folosesc munca persoanelor cu dizabilități, precum și să practice munca individuală sau altă muncă, neinterzisă de lege. Există în subordinea organizațiilor obștești și întreprinderi specializate unde ar putea să-și exercite dreptul la muncă unele persoane cu dizabilități de auz, văz ș.a., sunt puține dar există și aceste întreprinderi beneficiază de suport din partea statului. Ministerul nu deține o statistică care ar reflecta situația privind numărul total al persoanelor cu dizabilități angajați în câmpul muncii. În prezent, nu există asemenea posibilități, dar pentru viitor vom propune Biroului Național de Statistică includerea unei asemenea componente în rapoartele prezentate de către angajatori. Astfel, vom avea un tablou mai complet a persoanelor cu dizabilități angajate în câmpul muncii.

Ivan Puiu, doctor în medicină, conferențiar universitar, USMF "N. Testemițanu"

Sistemul actual de evaluare a gradului de deficiență permanentă (permanent impairment) în Republica Moldova este unul subiectiv, astfel, există posibilitatea ca mulți "invalizi" să aibă un grad de severitate subiectiv exagerat, prin necunoaștere (sau exagerat, prin "motivarea" evaluatorului); alte persoane ar putea să aibă un grad de severitate subestimat. Partea medicală a evaluării este doar o parte a aprecierii gradului de dizabilitate. Partea, de fapt, mai importantă, este cea care urmează (evaluarea medico-socială, evaluarea comprehensivă), care ține cont de un șir de factor de mediu și factori personali în evaluarea gradului de dizabilitate. Ca exemple, lipsa unui deget a mâinii care ține vioara pentru un violonist conduce la 100% de pierdere a capacității de muncă în domeniul său profesional, lipsa unei mâini la un miner – la fel nu-i permite 100% de ași mai exercita funcția, pe când lipsa unei mâini la un învățător, mai ales în cazul unei protezări calitative, nu-i afectează continuarea exercitării acestei profesii. Această partea a evaluării este folosită empiric și parțial, fără a avea un document de referință. Astfel, actualmente, în Moldova, evaluarea este preponderent "medicală", în documentele de evaluare de multe ori, și absolut nejustificat, sunt prescripții de "interzicere" a încadrării în câmpul muncii, multor persoane li se refuză angajarea sau și mai grav, sunt eliberați din serviciu pe motivul că sunt "invalizi"(! după ce au lucrat mai mulți ani în aceiași instituție și cu aceiași problemă de sănătate).

Dacă este să vorbim pe scurt despre schimbarea pe care o va aduce reforma în evalu-

area dizabilității pot spune cu siguranță că mai multe persoane cu dizabilități se vor putea angaja ceea ce le va permite să-și realizeze drepturile fundamentale, totodată povara de pe umerii celor ce muncesc va fi mai mică (numărul acestora fiind într-o descreștere continuă în Republica Moldova). De asemenea, va fi mai consistent sistemul de ajutorare a celor neîncadrați în câmpul muncii și mai mic numărul celor care au un grad nejustificat exagerat de dizabilitate și beneficiază de aceleași înlesniri etc.

Este absolut indispensabil de a implementa experiența țărilor dezvoltate, care au Ghiduri de referință pentru evaluarea în procente a deficiențelor permanente (spre exemplu, Ghidul Asociației Medicale Americane, ediția a 6-a, preluat de mai multe țări). Acest ghid oferă posibilitatea de a evalua foarte obiectiv, nu numai procentul unei deficiențe, dar și suma procentuală, în cazul mai multor deficiențe la același pacient (nu prin sumarea procentelor fiecărei deficiență, ci cu ajutorul unui tabel, elaborat în baza unor formule). De exemplu, pacientul cu Astm bronșic sever, cu Diabet zaharat complicat, fără un picior, cu un Infarct de miocard suportat etc., prin utilizarea acestui tabel nu poate depăși 100% de deficiențe. La fel, este important ca această evaluare sa fie efectuată de un grup de experți "independenți", neinfluențați și conform unui "Protocol de evaluare" stabilit prin lege (ordin), act normativ, pentru a exclude la maxim, factorul subiectiv.

A doua parte a evaluării, constă în aprecierea gradului de dizabilitate, NB! "dizabilitate" nu "deficiență". Gradul de dizabilitate este gradul de restricție și limitare a activităților și participării (exemple, o persoană fără un picior, cu o proteză "din secolul trecut", se consideră "invalid" (de fapt, are și acest carnet) î-l puteți vedea cerșind la intrarea în piața agricolă; altă persoană, cu aceiași problemă de sănătate, s-ar putea nici să nu cunoaștem că are această deficiență, deoarece merge la serviciu (are o proteză, are o mașină adaptată pentru conducere cu mâinile, lucrează într-o instituție care îi oferă loc de muncă, instituție dotată cu rampă, ascensor, veceu adaptat și alți factori "facilitatori", nu "de barieră"). Adică, important! "deficiența" nu este sinonim cu "dizabilitatea"! Aceste principii de evaluare a gradului de dizabilitate sunt promovate de OMS, prin "Clasificarea Internațională a funcționalității, dizabilității, și sănătății" (CIF), publicație din anul 2001! De regulă, folosim, sintagma "metode moderne de evaluare"). Cum le putem numi moderne, fiind aplicate de peste un deceniu în multe țări! Multe din instrumentele de evaluare a CIF-ului sunt deja elaborate (Inventarul de evaluare a dizabilității OMS (2010) WHODAS 2.0, Fișa de evaluare – ICF Check list, Seturile de categorii), altele sunt în curs de elaborare; este important să acceptăm aceste principii de abordare, să studiem instrumentele de evaluare, să le popularizăm și, evident, pas cu pas, să le implementăm.

Schimbarea metodologiei de determinare a dizabilității, în primul rând va aduce la o "facere de dreptate"; cunoaștem că mulți pacienți "beneficiază" de un grad exagerat de dizabilitate, alții "trebuie să lupte pentru ași dovedi" gradul de dizabilitate. Dar există ceva chiar mai important: realizarea drepturilor persoanelor cu dizabilități la muncă. Peste 50% din persoanele cu dizabilități nu se percep ca "invalizi", fiind dornici de a munci, de a-și garanta personal bunăstarea. În Moldova, însă, nu există încă politici clare care ar motiva, pe de-o parte, persoana cu dizabilități de a lupta pentru un loc de muncă, pe de altă parte,

angajatorul, care ar fi cointeresat în a angaja o persoană cu dizabilități (în alte țări există astfel de politici, de exemplu, prin reducerea taxelor în caz de angajare a unei astfel de persoane). Ca rezultat, la moment, modelul "medical", practicat actual, nu stimulează nici persoana cu dizabilități, nici angajatorul în incluziunea persoanei în viața socială, fapt care conduce la un lucru foarte grav – încălcarea drepturilor persoanelor cu dizabilități.

Actualmente, la baza metodologiei de stabilire a gradului de severitate a dizabilității la copii stă factorul medical, model, care nu corespunde prevederilor internaționale (Recomandările Consiliului de Miniștri REC 2005 (6) și legislației naționale (Legii 169 și Convenției privind drepturilor persoanelor cu Dizabilități), fapt care nu încurajează incluziunea socială (educațională) a copiilor cu dizabilități. Adăugător, chiar și partea "medicală" a evaluării copilului (determinarea deficiențelor permanente) nu este realizată pe deplin din cauza lipsei unui instrumentar standardizat de evaluare. Foarte dificilă este evaluarea copilului care nu vorbește, copil de vârstă fragedă (de multe ori, gradul de retard mintal, fiind stabilit cu o mare aproximație, testele standardizate de evaluare fiind utilizate doar în unele centre și instituții medicale, nu sunt utilizate încă nici teste standardizate de evaluare a funcției motorii.

La moment, serviciul de stabilire a dizabilității la copii și adulți este în competența a două Ministere, Ministerul Sănătății - pentru copii (CMC) și Ministerul Muncii Protecției Sociale și Familiei - pentru adulți (CEMV, CREMV), fapt ce complică abordarea unică, creând probleme, în special, la perioada de tranziție copil-adult (de multe ori gradul de invaliditate este revăzut (redus), fapt asociat cu multe frustrații ale părinților și copiilor, reclamații și nemulțumiri. Absența unor abordări unice face dificilă și evidența statistică a problemelor, iar de aici, și dificultăți de elaborare a unor politici coerente de prevenire și conduită a acestor stări de sănătate.

Partea a "doua" a problemei constă în lipsa unor criterii și principii unice standardizate de incluziune a copilului cu probleme de dezvoltare. O soluție de perspectivă a acestei probleme ar putea fi implementarea principiilor și instrumentelor Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății pentru Copil și Adolescent (CIF-CA, 2007); la moment unele instrumente CIF de evaluare sunt accesibile, altele sunt în curs de elaborare.

Dacă e să vorbim despre o modalitate "corectă" de determinare a dizabilității, de exemplu, la copil, această evaluare ar putea conține aceleași două etape de bază de evaluare, similară adultului. La prima etapă - evaluarea deficiențelor permanente cu a) utilizarea Listei maladiilor și stărilor dizabilitante la copil (folosită acum), revăzută și completată în baza experiențelor altor țări, b) implementarea testelor standard de evaluare a dezvoltării copilului, problemelor motorii etc.

La etapa a doua - determinarea dizabilității, evaluare complexă medico-socială, inclusiv, pe baza principiilor CIF, proces ce se va supune aceluiași algoritm de implementare ca și la adulți, dar cu utilizarea instrumentarului destinat copilului.

Despre principalele bariere în realizarea acestor reforme și căile de depășire a acestora. Cum se spune la noi, sunt factori "obiectivi" și factori "subiectivi" ca bariere.

Obiectiv este că specialiștii care actualmente activează în domeniul evaluării nu au nici măcar un document de referință standardizat (vorbeam anterior despre un Ghid de eva-

luare, care se folosește în alte țări). Ei se folosesc de manuale cu paginile "îngălbenite" de vremuri, unele încă din perioada "sovietică", de unele conspecte etc., astfel, fiind imposibilă o abordare unică, standardizată, care ar fi transparentă, ușor verificată. Nu există un sistem informațional, care ar permită o evidență statistică certă a acestor persoane, a gradelor de dizabilitate și, în primul rând, repet o transparență a procesului de evaluare. Nu există nici o metodologie reactualizată, după cum spuneam, a etapelor și instrumentelor de evaluare.

Ca factor "subiectiv", ași putea menționa că, de fapt, prima reacție la orice reformă este, de regulă, împotrivirea; reforma necesită eforturi, necesită schimbare, instruire etc., lucruri care se acceptă cu greu, mai ales, dacă sistemul vechi îți mai poate aduce și unele "dividende", iar cu cel nou încă nu ești suficient de cunoscut și el îți creează "fobii".

Depășirea acestor "bariere" va avea loc. Cunosc mulți specialiști care nu mai doresc să se limiteze la "Spravocinikul lui Korobova" (utilizat încă în Federația Rusă), caută personal alte referințe, se interesează de noile abordări internaționale. Ei trebuie susținuți și ajutați, cu instruiri, cu noi referințe literare accesibile în limba maternă. Trebuie adaptate, în primul rând, instrumentele deja folosite în evaluarea funcționalității în alte țări. E necesar de început cu lucruri simple, spre exemplu cu elaborarea unui ghid de evaluare a pacientului cu cele mai frecvente maladii ce conduc la dizabilitate, cu instruirea și popularizarea principiilor promovate de OMS în acest domeniu.

Schimbarea va avea loc, și nu de dragul schimbării, dar din necesitatea de oferi dreptul firesc și persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova la participare, activitate, viață decentă, similar celora din alte țări.

Igor Mereacre, Director Executiv al Asociației „MOTIVAȚIE" din Moldova, utilizator de scaun cu rotile

Incluziunea socială, după părerea mea, este doar o noțiune, este greu de stabilit gradul necesar de incluziune pentru fiecare individ aparte cu sau fără dizabilități. Mai degrabă am vorbi despre condițiile care ajută la incluziune celor ce și-o doresc și oferă suport necesar și bine gândit celor ce se tem sau le este bine în găoacea lor. Ca răspuns mai concret pot spune că persoanele cu dizabilități locomotorii (deoarece cunosc mai bine acest grup) sunt „incluse" în societate în proporție de 35-40 % în mediul orășenesc și 20-30% în mediul rural. Aici am în vedere accesibilitatea, atitudinea, oportunitățile dar și dorința sau înțelegerea necesității de a se include din partea persoanelor cu dizabilități. De ce spun acest lucru – mulți flutură cu dizabilitatea lor ca cu un steag dorind să obțină beneficii și priorități fără a depune efort.

Ce posibilități oferă incluziunea unei persoane cu dizabilități:

- crește și primește educație în colectiv de semeni și este aptă de a comunica la egal și a lua hotărâri;
- crește și este acceptată ca personalitate integră, ceea ce îi permite să devină mai independentă și să-și creeze condiții pentru o viață decentă;
- este o persoană integră acceptată de societate cu condiții și șanse egale dar care știe să-și apere dreturile și poate sau este capabilă să-și onoreze obligațiunile.

În primul rând, legislația și mecanizmele de implementare și respectare – am în vedere cum se respectă legea și înțelegerea ei de persoanele de răspundere. Care sunt mecanismele sau pârghiile de respectare. Dacă poliția

rutieră aplică amenzi la moment pentru încălcări, atunci oamenii se tem și „încearcă macar" să respecte regulile de circulație, în domeniul nostru acest lucru nu se întâmplă, de aceea, propunerea ar fi ca să fie creată o comisie sau organ de stat (de exemplu, în România – Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap) care are puterea și ar avea competențele de a verifica tot ce este legat de executarea legislației în domeniu, cu împărțirea amenzilor până la judecată ș.a.

Nu atât metodologia cât atitudinea sau aprecierea persoanelor cu dizabilități – poate mai curând să încercăm să reinstruim specialiștii care lucrează în domeniul acesta. Sigur că și metodologia trebuie schimbată numai că: de exemplu, eu sunt utilizator de scaun rulant, îmi este redusă grupa de invaliditate I și mi se acordă un procentaj de capacitate de muncă. În această situație trebuie să merg să lucrez, însă nu sunt create condiții pentru instruirea mea profesională, nu sunt pârghii pentru a facilita angajarea mea de către un angajator, nu este infrastructura adaptată – aceeași accesibilitate.

Chiar dacă metodele de evaluare vor fi schimbate, oamenii/evaluatorii rămân aceiași, ei tot trebuie instruiți ca să vadă dizabilitatea prin altă prizmă. Actuala modalitate de evaluare a persoanelor cu dizabilități pune piedici persoanelor cu dizabilități active ce vor să facă o schimbare în viața lor.

Dacă e să vorbim de ce este important ca o persoană cu dizabilități să fie antrenată în câmpul muncii aș menționa că, în primul rând, trebuie să înțelegem care sunt condițiile de antrenare în câmpul muncii a fiecărui aparte în funcțiile de abilitățile și posibilitățile sale.

Noi permanent vorbim despre egalitate de șanse și drepturi etc., dar uităm să abordăm și subiectul egalității de obligațiuni față de societate, stat și familie. Însă, iarăși nu putem vorbi despre o egalitate de abilități sau posibilități pentru realizarea unei activități la nivel egal cu o persoană cu abilități depline. Încă un lucru este autorealizarea prin muncă, stabilitatea financiară și multe altele.

Majoritatea persoanelor cu dizabilități nu înțeleg beneficiile incluziunii sociale, inclusiv familiile lor. Ei doresc să fie incluși, dar în mare parte numai ca beneficiari, ca cei care trebuie numai jeliți și cărora sistemul trebuie să le ofere. De multe ori, persoane capabile se obișnuiesc cu astfel de situații și își crează zone de comfort (acest lucru nu se răsfrânge asupra persoanelor cu dizabilități mintale și altele de acest tip), iar dizabilitatea cum am spus mai sus o poartă ca un steag sau, mai precis, ca o boxă de donații. Și aici este important de înțeles că Statul creând condiții normale îi va scoate pe mulți din zona aceasta de comfort și le va permite sau impune să-și schimbe atitudinea și să facă ceva. Noi toți încercăm ca peștele să căutăm unde e mai adânc sau ca motanul unde e mai cald și gustos.

Incluziunea trebuie să meargă din ambele părți: lucru cu societatea și cu persoanele cu dizabilități astfel ca ambele grupe să înțelegă prioritățile și oportunitățile acestei integrări.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Ca și concluzii principale și recomandări privind implementarea unei noi metodologii de evaluare și stabilire a dizabilității servesc următoarele:

- Filosofia aplicării CIF este acceptată unanim în Europa, în multe state membre OCDE, dar, cu toate acestea, menționăm, de asemenea că instrumentarul CIF este în continuă elaborare și perfecționare.
- La nivel internațional remarcăm mai multe metode de evaluare a dizabilității: definirea procentuală a gradului de insuficiență și incapacitate, definirea necesităților speciale de îngrijire conform indicelui de severitate în desfășurarea activităților cotidiene, metoda reducerii capacității de muncă și respectiv cea a reducerii capacității de câștig. În ultimii ani se încearcă o abordare complexă a persoanei cu dizabilității și aceasta se soldează cu numeroase reforme în sistemul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități inițiate de majoritatea țărilor membre ale Uniunii Europene și ale OCDE. Astfel, principale direcții de acțiune în domeniul dizabilității sunt axate pe accesibilitate, participare, egalitate, încadrare în câmpul muncii, educație, protecție socială și sănătate.
- Experiența statelor care au început să implementeze CIF în determinarea dizabilității, ne arată că reformele în domeniul respectiv necesită revizuirea cadrului legislativ și normativ în vederea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități, resurse financiare considerabile pentru dezvoltarea serviciilor specializate și de suport destinate persoanelor cu dizabilități, schimbarea factorilor de mediu și atitudinali față de persoanele cu dizabilități, etc.
- Procedura de determinare a dizabilității este o primă etapă, care asigură intrarea persoanei cu dizabilități în sistemul de protecție socială, de aceea această procedură trebuie să asigure o evaluare complexă în vederea direcționării persoanei către alte servicii menite să asigure incluziunea socială a acesteia.
- Evaluarea dizabilității se impune a fi efectuată de către o echipă multidisciplinară de specialiști, capabili să analizeze funcțiile organismului, structurile corpului, afectările, activitatea și limitarea activităților, participarea, factorii de mediu și factorii personali.
- Pentru asigurarea succesului reformelor în Republica Moldova, este necesară reformarea și fortificarea capacităților și resurselor instituției responsabile de determinarea dizabilității.
- Echipa multidisciplinară de specialiști din cadrul instituției de determinare a dizabilității trebuie să fie instruită adecvat în utilizarea instrumentelor standardizate de evaluare complexă a

funcționalității persoanei, să dispună de o bază tehnico-materială adecvată și de un sistem electronic de documentare și arhivare a datelor în vederea asigurării transparenței și simplificării procedurilor de accesare a serviciilor de către persoanelor cu dizabilități.

- Este necesară asigurarea legăturii dintre instituția care determină dizabilitatea și instituțiile/serviciile care "preiau" persoana cu dizabilități și îi acordă suport în vederea reabilitării, încadrării în sistemul educațional, în câmpul muncii, în vederea accesării prestațiilor și serviciilor sociale în dependență de necesități, precum și a altor servicii.
- Instituția care determină dizabilitatea trebuie să-și asume responsabilitatea de a direcționa persoana cu dizabilități spre instituții/servicii, care reprezintă verigi de legătură cu alte servicii la care au acces persoanele fără dizabilități:

a) Serviciul de intervenție timpurie (în cazul copiilor de vârstă 0-5 ani). Acest serviciu are drept obiective principale detectarea timpurie a problemelor de dezvoltare la copil, abilitarea și reabilitarea copilului, instruirea și consilierea părinților/reprezentantului legal/tutorelui copilului. Se propune instituirea acestui serviciu în cadrul Centrelor Medicilor de Familie și Asociațiilor Medicale Teritoriale.

b) Serviciul psiho-pedagogic și de asistență educațională (în cazul copiilor de vârstă 5-18 ani). Menirea serviciului rezidă în stabilirea Cerințelor Educaționale Speciale (CES) și recomandarea serviciilor de suport la copiii cu probleme de învățare, inclusiv la copii cu dizabilități, elaborarea recomandărilor pentru Planul Educațional Individualizat (PEI). Colaborarea cu instituțiile școlare, măsurarea progresului și evoluției copiilor cu CES și evaluarea dinamicii potențialului de dezvoltare și învățare a acestora. Se consideră oportună reformarea actualelor consultații medico-psihologo-pedagogice în vederea realizării sarcinii propuse. Se propune ca Serviciul psiho-pedagogic și de asistență educațională să fie structuri în cadrul direcțiilor de învățământ teritoriale.

c) Centre de reabilitare profesională (în cazul adulților cu vârsta aptă de muncă). Este necesară instituirea serviciilor de reabilitare profesională în baza structurilor existente reformate ca o precondiție pentru stabilirea capacității de muncă a persoanei în baza potențialului restant, precum și pentru facilitarea încadrării persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii.

d) Structurile teritoriale de asistență socială au rolul de a asigura accesul copiilor și adulților cu dizabilități la servicii sociale în baza necesităților. În acest sens este indispensabilă diversificarea serviciilor sociale specializate și de suport destinate persoanelor cu dizabilități și revizuirea mecanismului de referire la aceste servicii.

- Este necesară revizuirea și echivalarea prestațiilor actuale de asigurări sociale în concordanță cu noile criterii de determinare a dizabilității (gradele de severitate la copii și % dizabilității și capacitatea de muncă la adulți). Casa teritorială de asigurări sociale va efectua plățile (alocații, indemnizații, pensii de dizabilitate) conform noii scheme de determinare a dizabilității și capacității de muncă.
- Succesul reformei în domeniul dizabilității depinde de implicarea tuturor actorilor publici și privați responsa-

bili de protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități și coordonarea acțiunilor și politicilor la nivel central și local în vederea incluziunii persoanelor cu dizabilități.

- Implementarea reformei în domeniul determinării dizabilității în Republica Moldova va solicita mijloace bănești adăugătoare. Acestea ajung la 5,1 milioane lei în 2011 și la 84,3 milioane lei în 2013.

Cea mai costisitoare parte va ține de crearea și dezvoltarea serviciilor de suport, care constituie circa 80% din cheltuielile totale la începutul reformei. Acestea pot fi parțial acoperite din contul economiilor care posibil să fie înregistrate la poziția „Alocații sociale de stat" în sumă de 24 milioane lei. Aceste economii se estimează a fi înregistrate în rezultatul "migrației" unei părți de beneficiari de la o categorie de dizabilitate la alta, sau ieșirea lor din sistem.

La prima etapă de implementare a reformei vor fi necesare mijloace adăugătoare pentru elaborarea metodologiei de determinare a dizabilității, modificări structurale și instruiri. Dacă cheltuielile ce țin de instruiri și metodologie pot fi acoperite din contul asistenței tehnice, atunci pentru reforma instituțională vor fi necesare mijloace bugetare adăugătoare de circa 10,2 milioane lei în 2012 și 8,2 milioane lei în 2013.

Programul Guvernului „Relansăm Moldova – prioritățile de dezvoltare pe termen mediu", reforma dată este inclusă sub formă de acțiune prioritară în domeniul protecției sociale, ceea ce va permite statului să solicite asistență tehnică externă în implementarea reformei.

SURSE BIBLIOGRAFICE

1. Badley, E., M., (2008). Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. Social Science & Medicine 66.
2. Boonen, A., Walter, P., Maksymowych., (2010). Measurement: function and mobility (focusing on the ICF framework). Best Practice & Research Clinical Rheumatology 24, 605–624.
3. Bruyère, S., VanLooy, S., Peterson, D. (2005). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Contemporary literature overview. Rehabilitation Psychology, 50(2).
4. Cieza, A., (2009). The International Classification of Functioning, Disability and Health could be used to measure functioning. Journal of Clinical Epidemiology 62. 899-911.
5. Dempsey, L., Skarakis-Doyle, E., (2010). Developmental language impairment through the lens of the ICF: An integrated account of children's functioning. Journal of Communication Disorders 43, 424–437.
6. Garin et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases.. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:51.
7. Nelleke G. Langerak, MSc, Robert P. Lamberts, MSc et alt. (2009). Functional Status of Patients With Cerebral Palsy According to the International Classification of Functioning, Disability and Health Model: A 20-Year Follow-Up Study After Selective Dorsal Rhizotomy. Arch Phys Med Rehabil Vol 90.
8. Resnik, L. (2009). Measuring Participation as defined by ICF: An evaluation of existing measures. American Congress of Rehab Medicine.
9. Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății. OMS, 2001, traducere în română.
10. Zampolini, M., (2009). ICF concepts and their application in real life.

Cărți, rapoarte, studii, proiecte:

11. Administrația Prezidențială/ Comisia prezidențială pentru analiza riscurilor sociale și demografice. Riscuri și inechități sociale în Romania, septembrie, 2009.
12. American family Physician, June, 15, 2008. Impairment and Disability Evaluation : The Role of the Family Physician.
13. Assessing disability in Europe – similarities and differences. Integration of people with disabilities. Counsel of Europe Publishing. March, 2003.
14. Assessing Disability In Europe – Similarities and Differences. Report drawn

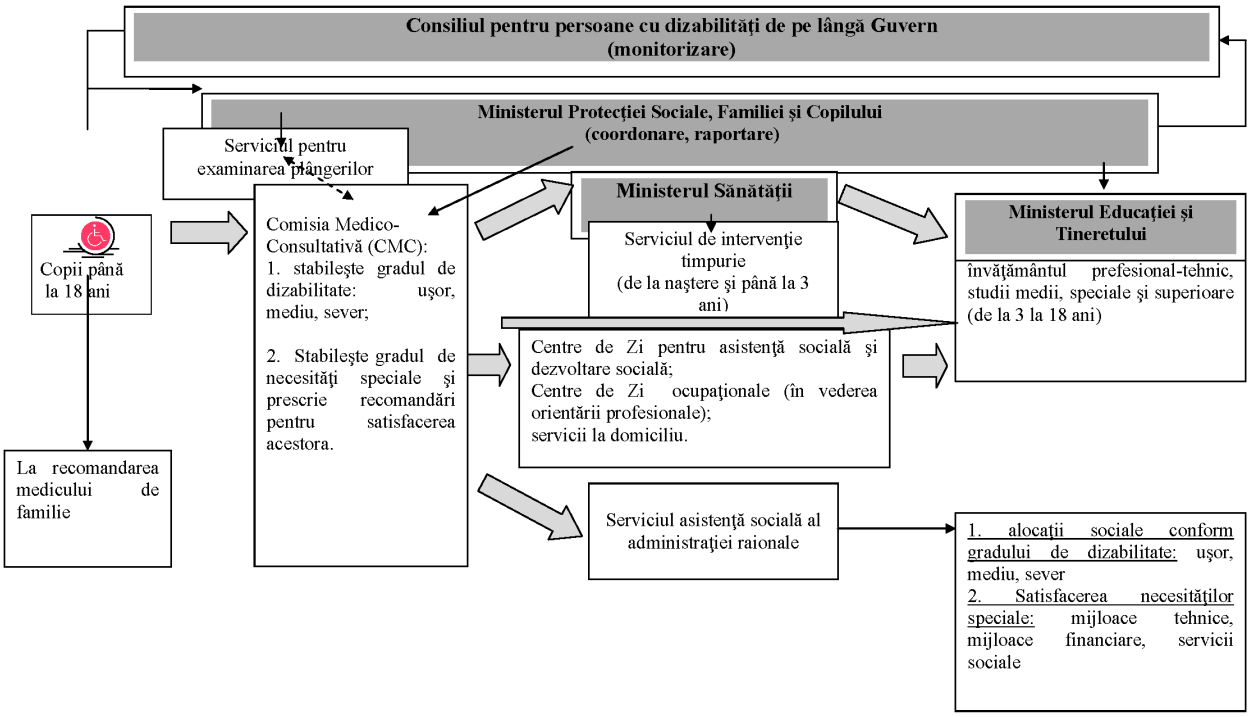
up by the Working Group on the assessment of person-related criteria for allowances and personal assistance for people with disabilities. Council of Europe Publishing, 2003. 2.

15. Bayer, R., Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. Social Science & Medicine 67, 463–472.
16. Bernice A. Pescosolido, Jack K. Martin, Annie Lang, Sigrun Olafsdottir (2003). Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). Social Science & Medicine 67, 431–440.
17. Caldwell, K., Kathleen T. Brinko, Rebecca Krenz, Kristin Townsend, M.A., (2008). Individuals with intellectual disabilities: Educators in expressive arts therapy. The Arts in Psychotherapy 35, 129–139.
18. Carpendale, J., Lewis Ch., (2006). How children develop social understanding – Oxford UK : Blackwell Publishing, pg.158
19. Carr, J. (1975). Teaching autistic children to use sign language. Some research issues. J.Aut. and Dev. Dis. 1979, 9, (4), pg.345 – 359
20. Cheianu, D., A. (2008). Identificarea necesităților pentru dezvoltarea unui sistem național de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilități în Republica Moldova. Soros Foundation Moldova / Open Society Mental Health Initiative. Chișinau.
21. Garth, B., Gregory C. Murphy, Dinah S. Reddihough, (2009). Perceptions of participation: Child patients with a disability in the doctor–parent–child partnership. Patient Education and Counseling 74, 45–52.
22. Ghid privind traseul educațional și intervenția integrată pentru copiii cu dizabilități, cu accent pe copilul cu dizabilități severe sau profunde, publicat de Asociatia Reninco Romania și Centrul de Abilitare Speranța
23. Ghid de predare-învățare pentru copiii cu cerințe speciale: culegere de texte, București: Marlink, 2000.
24. Ghid pentru cadre didactice de sprijin / EcaterinaVrăsmaș, Simona Nicolae, Viorica Oprea, TraianVrăsmaș, București : Vanemonde, 2005.
25. Incluziunea școlară a copiilor cu cerințe educaționale speciale- aspirații și realități, București 2010. Ediție coordonată de Traian Vrăsmaș.
26. Leiter, V., (2007). "Nobody's just normal, you know": The social creation of developmental disability. Social Science & Medicine 65, 1630–1641.
27. Manea, L., (2006). Dizabilitatea ca factor de risc privind accesul la serviciile de educație. Calitatea Vieții, XVII, nr 1-2, p 41-50.
28. Manea, L., (2000). Protecția socială a persoanelor cu dizabilități, Casa de editură și presă ȘANSA, București, p. 43-59, 157-177.
29. Martin, J., P., Brown S., W., (2009). Best clinical and research practice in adults with an intellectual disability. Epilepsy & Behavior.
30. Metodologie pentru evaluarea continua a persoanelor cu dizabilități intelectuale. Metodologie armonizată. Proiect pilot "eco-training" Leonardo da Vinci,

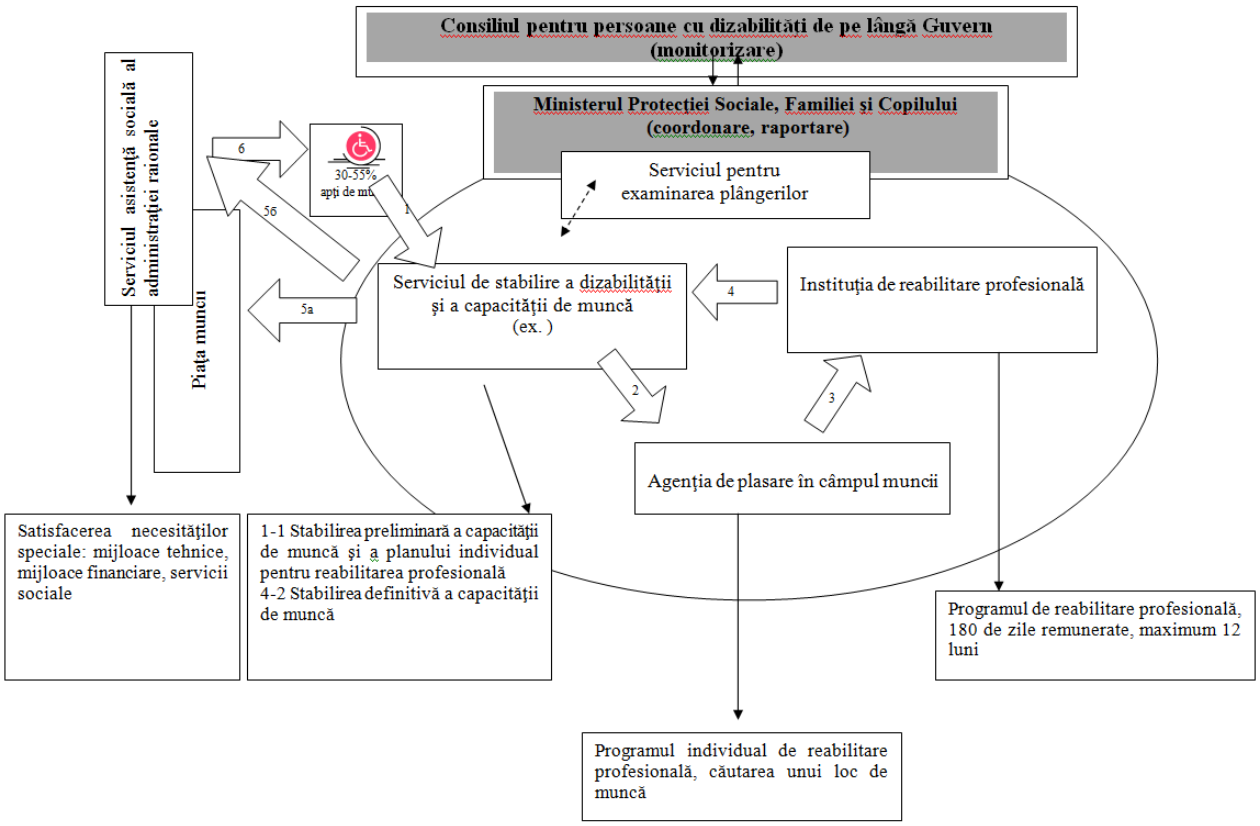
(2006), (cu setul de instrumente)
31. Open File on Inclisive Education support materials for managers and administrators, publicat de UNESCO, preluat de pe http://unesco.unesco.org/images/0013/001321/132164e.pdf
32. Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Livingston, M. Sistemul de Clasificare a Funcției Motorii Grosiere Revizuit și Extins. Tradus de Mariana Jalba. www.voinicel.md
33. Păunescu, C., Mușu I. (1990). Recuperarea medico-pedagogică a copilului dizabilitățiat mintal. București: Ed. Medicală.
34. "Parteneriat pentru incluziune", (2007-2008) - Strategia națională privind învățământul persoanelor cu cerințe educaționale speciale în contextul educației inclusive.
35. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion 2009. Modernising and Activating Measures relating to work incapacity. Madrid, 4-5 February, 2010. Synthesis report.
36. Set de instrumente, teste și probe folosite în evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități, București: UNICEF – RENINCO, 2003.
37. Situația copiilor cu cerințe educative speciale incluși în învățământul de masă, coordonatori: Irina Horga, Mihaela Jigau, Bucureţti 2009,
38. Sweden: Will the recent reform make it? Sickness, Disability and Work: Breaking the Bariers. OECD, 2009
39. Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and IncomeSecurity for disabled People. OECD.2003
40. Vrasmas Ecaterina, Viorica Oprea, coordonatori, (2003): Set de instrumente, probe si teste pentru evaluarea educationala a copiilor cu dizabilitati, 162 p., ISBN 973-8411-06-8, Ed.MarLink, Bucuresti.
41. Walter J. Zeiter lecture, (2008). Moral and Ethical Decisions: To Be or Not to Be. Arch Phys Med Rehabil Vol 89.
42. Widmer, E., D., Kempf-Constantin, N., Robert-Tissot, C., Lanzi, F., Galli Carminati, (2008). How central and connected am I in my family? Family-based social capital of individuals with intellectual disability. Research in Developmental Disabilities 29, 176–187.
43. Winters, N., C., Brent. Collett, Ten-Year Review of Rating Scales, VII: Scales Assessing Functional Impairment.

ANEXE

Anexa 1. SCHEMA IMPLEMENTĂRII STRATEGIEI DE INTEGRARE SOCIALĂ A COPIILOR CU DIZABILITĂȚI (PÂNĂ LA 18 ANI)



Anexa 2. SCHEMA DE IMPLEMENTARE A STRATEGIEI DE INTEGRARE SOCIALĂ A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI CU VÂRSTA APTĂ DE MUNCĂ



NOTE

IDIS „Viitorul” reprezintă o instituție de cercetare, instruire și inițiativă publică, care activează pe o serie de domenii legate de: analiză economică, guvernare, cercetare politică, planificare strategică și management al cunoștințelor. IDIS activează în calitate de platformă comună care reunește tineri intelectuali, preocupați de succesul tranziției spre economia de piață și societatea deschisă în Republica Moldova.

Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale (IDIS) „Viitorul” este succesorul de drept al Fundației Viitorul, și păstrează în linii mari tradițiile, obiectivele și principiile de acțiune ale fundației, printre care se numără: formarea de instituții democratice și dezvoltarea unui spirit de responsabilitate efectivă printre oamenii politici, funcționari publici și cetățenii țării noastre, consolidarea societății civile și spiritului critic, promovarea libertăților și valorilor unei societăți deschise, modernizate și pro-europene.

Knowledge creating development

Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale (IDIS) „Viitorul”
str. Iacob Hîncu 10/1, Chișinău
MD-2005 Republica Moldova
373 / 22 221844 tel
373 / 22 245714 fax
office@viitorul.org
www.viitorul.org