



Final draft November 2007
Traducere din engleza

EVALUAREA OPORTUNITĂȚILOR PROGRAMELOR DE SĂNĂTATE MENTALĂ ÎN MOLDOVA

Studiu de caz: Internatul pentru băieți cu Dizabilități Mentale

Conținutul

Sumar executiv	2
CAPITOLUL 1. REVIZUIREA SITUAȚIEI ȘI PROBLEMELOR CURENTE	3
1.1. Situația Generală	3
1.2. Internatul pentru băieți cu dizabilități mentale din Orhei	4
CAPITOLUL 2. REVIZUIREA POLITICILOR ÎN DOMENIUL	11
2.1 Cadrul general al Politicilor Sociale.....	11
2.2 Cadrul instituțional privind politicile pentru copiii cu dizabilități.....	13
2.5. Instrumente de politici de stimulare a gospodăriilor cu persoane cu dizabilități.....	23
CAPITOLUL 3. PRESTAREA SERVICIILOR SOCIALE	25
3.1. Tipuri de servicii existente.....	25
3.2 Serviciile sociale existente în regiunea Orhei	31
CAPITOLUL 4. CEREREA ȘI OFERTA PROFESIONALĂ	33
4.1 Nivel National	33
4.2 Regional level in Orhei.....	36
CAPITOLUL 5. FINANȚARE, LICENȚIERE, INSPECȚIE	37
5.1 Prevederile Financiare Curențe ale Serviciilor Sociale	37
5.2 Analiza programului de finanțare publică a serviciilor sociale.	41
CAPITOLUL 6. DISCUȚII ASUPRA OPȚIUNILOR DE POLITICI.....	43
6.1 Opțiuni de politici	43
6.2 Cursul acțiunii recomandat	44
7. Referințe	47

Sumar executiv

Obiectivul raportului este de a oferi o evaluare comprehensivă a oportunităților de inițiere și implementare a programelor de sănătate mentală pentru copii cu dizabilități din Moldova, cu referire specifică la internatul pentru băieți din Orhei. Raportul are ca scop să răspundă următoarelor întrebări: care este situația curentă a copiilor cu dizabilități mai precisă a copiilor cu dizabilități din coala din Orhei, care sunt politicile și programele de stat curente în acest sens și dacă acestea sunt efective și adecvate atât pentru a începe programe de deinstituționalizare a copiilor din Internatul pentru băieți de la Orhei, cât și pentru dezvoltarea în general a programelor sociale ce presupun integrarea copiilor cu dizabilități în societate.

În cadrul raportului sunt utilizate mai multe metode de cercetare, cum ar fi: colectarea datelor și statisticilor disponibile asupra situației, după care reorganizarea și analiza lor, interviuri extinse cu diverși actori și profesioniști implicați cu scopul obținerii informațiilor și cunoștințelor din prima sursă, cercetarea și descompunerea diferitor date financiare privind bugetele și alocațiile, cercetarea și colectarea informației și analizelor asupra legislației asupra programelor sociale și efectivitatea lor. În afara de aceasta, cercetarea a presupus revizuirea unui număr de surse disponibile cât și aplicarea observației, analizei documentelor și tehnici de evaluare.

Raportul este structurat în capitole, fiecare dintre acestea prezentând informație și abordând discuții și interpretări ale datelor colectate și analizate. *Primul Capitol*, descrie situația curentă și deduce concluzii generale asupra situației copiilor cu dizabilități din Republica Moldova. După care, se aprofundează în prezentarea datelor descriptive asupra principalului subiect: procesul de deinstituționalizare a copiilor cu dizabilități severe, având drept exemplu de referință coala internat pentru copii cu dizabilități mentale din Orhei.

Pentru a vedea coeziunea obiectivelor politicilor guvernului și acțiunilor acestuia, un cadru național legislativ va fi prezentat în *Capitolul DOI*. Următorul capitol ilustrează prestarea ofertei serviciilor profesionale existente oferite pentru copiii cu dizabilități mentale și vor fi prezentate 3 modele de practici pozitive interpretate de către guvern. Scopul acestei părți este de a determina capacitatea centrelor de zi, în special al numărului de copii care pot fi asistați și calitatea care poate fi prestată. În același timp, următorul *Capitol* lărgite acest subiect. Are drept obiectiv de a analiza și evalua oferta serviciilor profesionale existente pe piața la nivel regional și național, prin folosirea indicatorilor cum ar fi: numărul cursurilor/training-urile în domeniu, numărul absolvenților și profesionalilor deja implicați în câmpul muncii. Aceasta parte combină serviciile de cerere și ofertă.

În *Capitolul Cinci*, este descris și evaluat procedura de finanțare, procurare și licențiere. Prin urmare, în baza principalelor concluzii, *Capitolul Șase* prezintă propuneri și recomandări de politici.

Recomandările cheie ale cercetării se referă la: 1) necesități de îmbunătățire și dezvoltare ale programelor politicilor existente, 2) utilizarea cadrului de programe ale politicilor existente pentru promovarea programelor de sănătate mentală și 3) concluzii specifice privitor la coala Internat din Orhei pentru băieți cu dizabilități mentale.

Recomandările generale pledează pentru utilizarea coerentă a beneficiilor benefice și politicilor fiscale pentru a promova reintegrarea copiilor cu dizabilități și dezvoltarea serviciilor sociale. Evoluția serviciilor sociale ar putea fi eficientizată prin parteneriat și cooperarea autorităților centrale și locale și nu prin despărțirea una dintre acestea, deoarece cele precedente nu dețin experiență suficientă și capacitate financiară, oricum însă cele precedente dețin mijloace financiare și competențe de asigurare a calității, în timp ce celelate dețin în alegerea specificului și ofertei profesionale.

Recomandările specifice pentru coala internat din Orhei, suplimentar recomandărilor generale, confirmă existența ofertei de servicii sociale suficient de dezvoltate în regiune și identifică un număr de oportunități în cadrul comunității de implementare eficientă a programelor de deinstituționalizare.

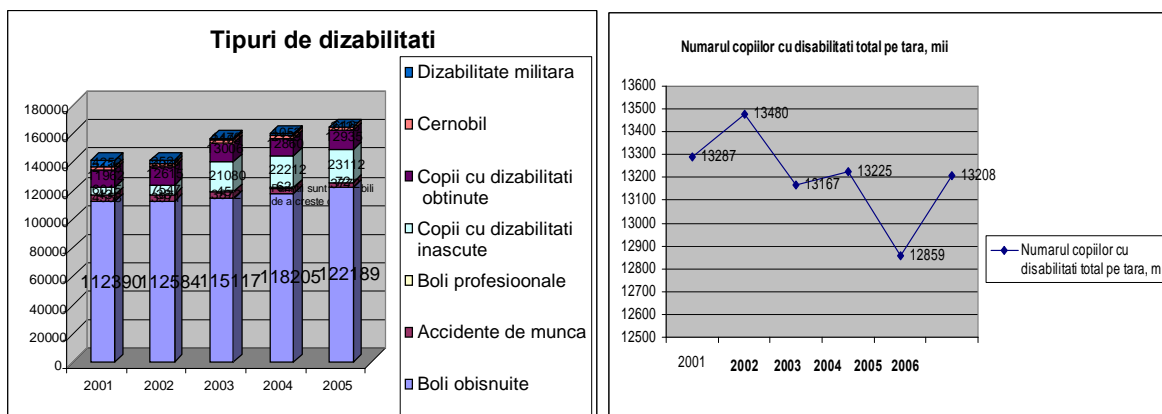
CAPITOLUL 1. REVIZUIREA SITUAȚIEI ȘI PROBLEMELE CURENTE

O persoană este abordată a fi cu dizabilitatea, dacă acea persoană are restricții majore în capacitățile lor de a se implica profesional, în business sau alta ocupație sau de a participa în viața socială și culturală din motivele îndurării deficiențelor fizice, senzoriale, mentale sau intelectuale. Aproximativ 10% ale populației globului ó 650 mln de oameni, dintre care 200 mln sunt copii ó întâlnesc una dintre formele de dizabilitate¹. Printre persoanele cu dizabilități, există o rată înaltă a copiilor care trăiesc în condițiile cu nivel redus și în surse care limitează accesul lor la servicii de bază în sănătate, incluzând servicii de reabilitare². Această situație nu este foarte diferită de Republica Moldova. Modelul dizabilității în Moldova este unul similar cu cel european.

1.1. Situația Generală

În ultimii ani, se observă tendința de creștere a numărului total de persoane cu dizabilitate. Se evidențiază un număr mai mare a persoanelor cu dizabilitate în mediul rural (în jur de 60%) și o incidență mai înaltă în rândul bărbatilor (56%). În 2006, existau aproximativ 13.000 copii cu dizabilități.

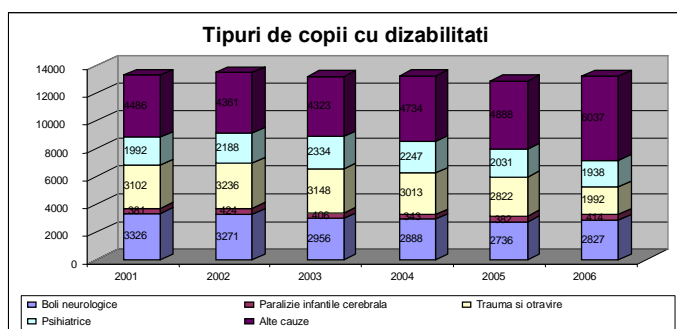
Grafic 1.1, 1.2



Calculat în baza Statisticilor Medicale

Cauzele creșterii treptate în acest sens nu poate fi dedus foarte clar din statisticile naționale. În continuare, este prezentată rata morbidității după cauze de defecte mentale și comportamentale.

Grafic 3



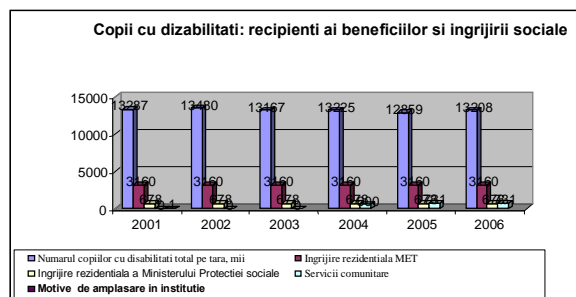
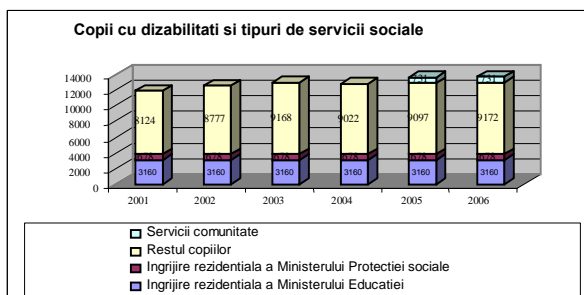
Sursa: Biroul Național de Statistică

Date comparative din sursele medicale asupra numărului de copii cu dizabilități și datele administrative de la Ministerul Educației (asupra copiilor internați) și Ministerului Protecției Sociale crează imaginea, în care doar 10-12% din copii le sunt prestate orice fel de servicii fie îngrijire rezidențială sau comunitară non-rezidențială. Restul copiilor nu sunt acoperiți de nici un fel de servicii.

¹ Concept note. World Report on Disability and Rehabilitation.

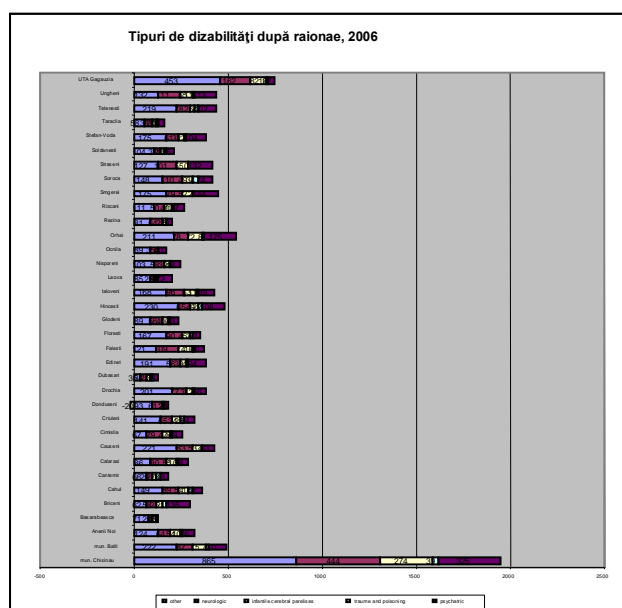
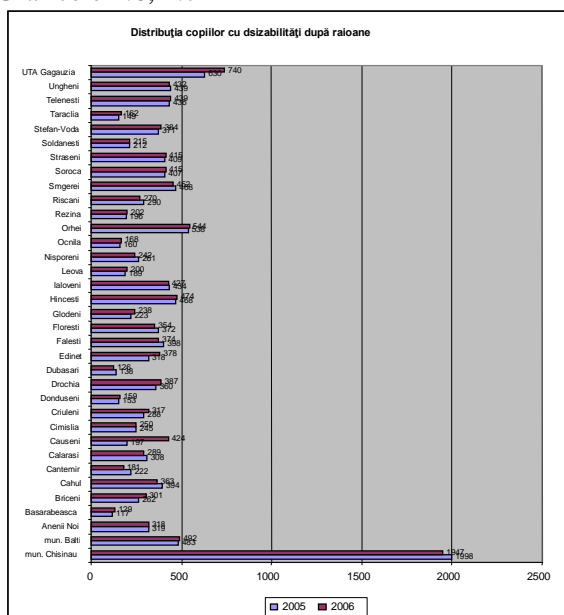
² Datele Bncii Mondiale

Graficele 1.4, 1.5



Distribuția geografică a numărului copiilor cu dizabilitate după raioane și cauze ale dizabilității este prezentat mai jos.

Graficele 1.6, 1.7



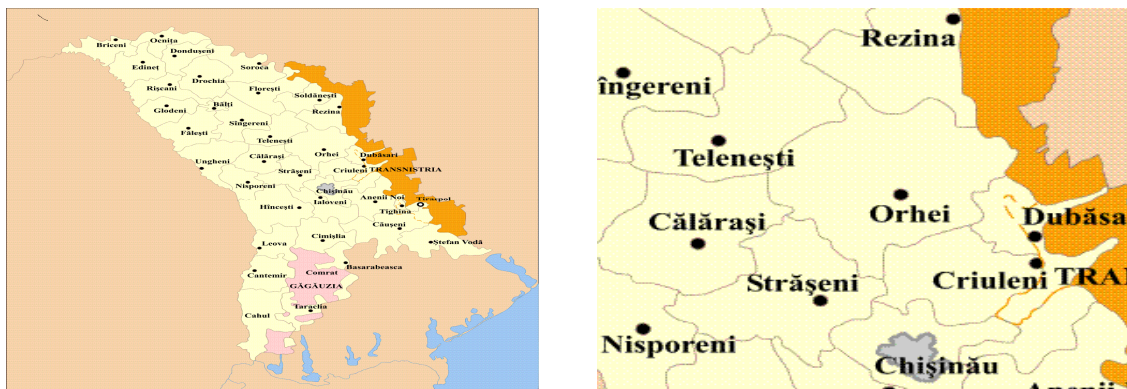
Cunoașterea distribuției geografice a copiilor cu dizabilitate este importantă pentru a oferi imaginea clară a serviciilor sociale bazate pe comunitate.

O revizuire a politicilor pe dizabilitate curente poate fi găsită în CAPITOLUL 2.

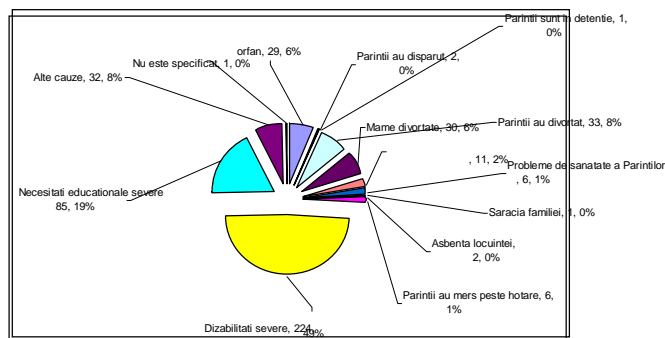
1.2. Internatul pentru băieți cu dizabilități mentale din Orhei

Internatul pentru băieți cu dizabilități mentale din Orhei a fost fondat în 1948 și este gestionat și financiar susținut de către Ministerul Protecției Sociale, a Familiei și Copilului. Prin urmare, decizia amplasării în internat în majoritatea cazurilor, 332 persoane - 99,7% îi aparține Ministerului Protecției Sociale, a Familiei și Copilului. Procedura amplasării copiilor în internat este bazată pe decizia comisiei specializate din raion și confirmată de către Minister. Există diferite motive de amplasare.

Graficele 1.8, 1.9

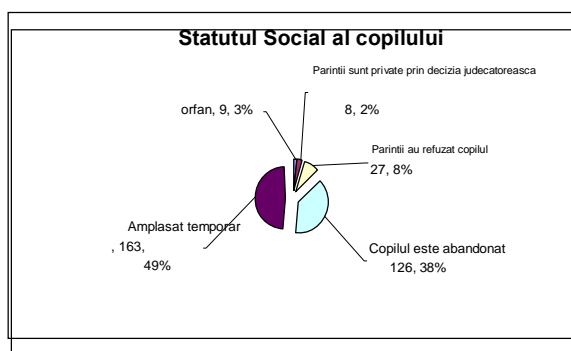


Grafic 1.10



Unul dintre cele mai importante motive este acută necesitate educațională cât și instituționalizarea drept o soluție de prestare a necesităților speciale. Datorită dizabilității severe (49%) și lipsa posibilității părinților de a manevra astfel de situație, în majoritatea cazurilor copiii sunt transferați la școala internat. De menționat este faptul că nivelul scăzut al traiului nu este una dintre cauzele principale ale amplasării.

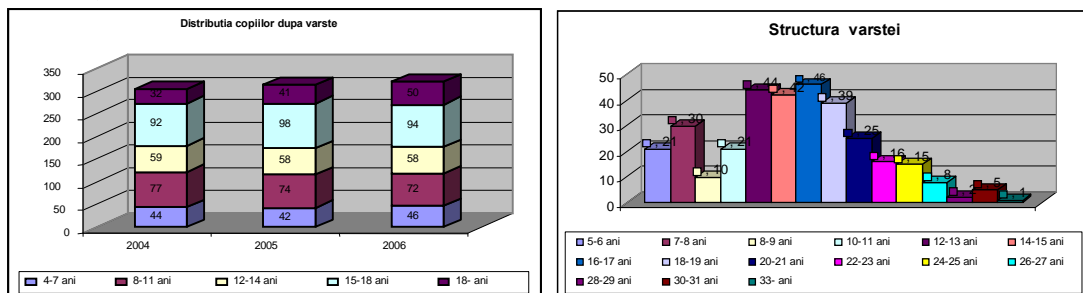
Graficele 1.11



Printre cauzele amplasării copiilor cu dizabilitate mentală în internat se enumeră statutul copilului, orfan și cu dizabilitate. Rata cea mai înaltă de instituționalizare este pentru copiii abandonați. 27,8% din copii sunt inițial lipsiți de custodia părinților cu scopul de a beneficia de servicii specializate, după o anumită perioadă de timp însă, părinții își refuză copiii și îi lasă copiii sub custodia deplină a instituției.

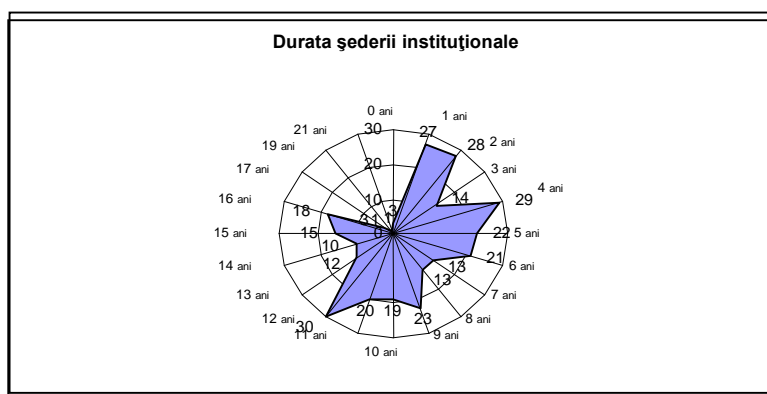
Graficele 1.12, 1.13

Graficele 1.17, 1.18



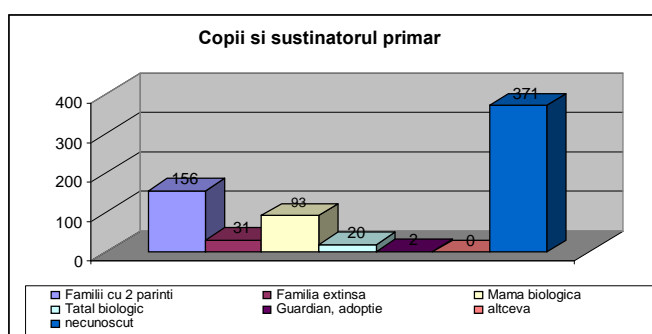
Mai mult de jumătate din copii - 193 copii (57,9%) rămân la coală de la 0 până la 10 ani, în timp ce 26,1% din copii rămân de la 10 la 15 ani. Printre copiii aflați în instituție, o persoană este de 21 de ani.

Grafic 1.19



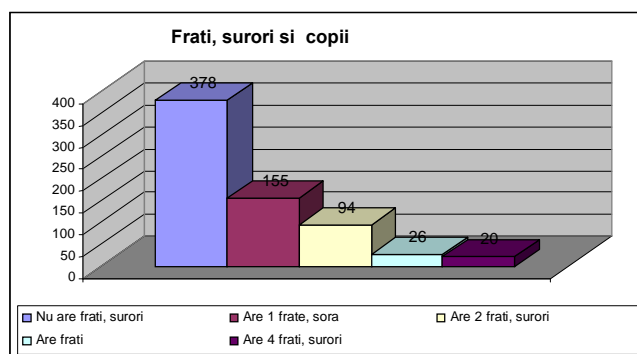
Calea pe care o urmează copiii care ating vârsta de 18 ani este amplasarea într-o altă instituție cum ar fi Internatul Psiho-Neurologic sau azilul pentru bătrâni. Datorită depășirii capacității instituției cu numărul de cereri, copiii sunt trimiși înapoi la internat.

Grafic 1.20

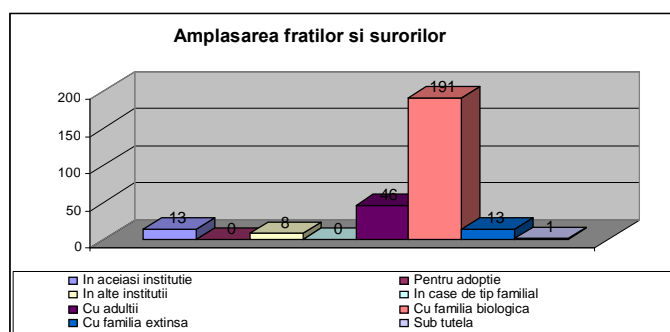


Datele referitoare la numărul de frați și surori a copiilor instituționalizați ilustrează că majoritatea copiilor nu au frați și surori, formând un număr de 56,17 la sută din cazuri, iar 37% provin din familii cu 1-2 copii. 1,94% din frații și surorilor copiilor amplasați în internat, se află în aceeași instituție.

Grafic 1.21

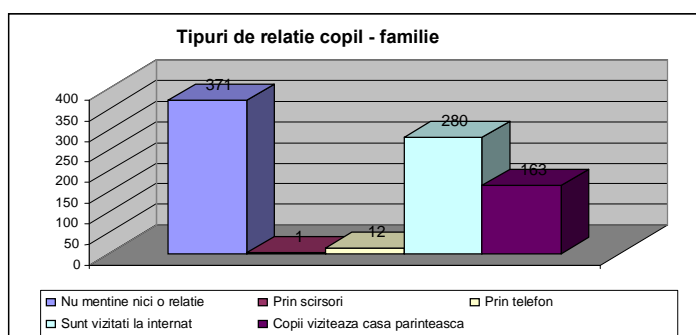


Grafic 1.22



În cadrul studiului prezent, s-au înregistrat 1,19% din cazuri când frații și surorile copiilor cu dizabilități severe sunt amplasați în alte instituții rezidențiale. Analizând datele privitor la relațiile copiilor cu familia, au fost identificate mai multe trăsături: caracter episodic și scurt (vizite la instituție, acasă), modalități de comunicare în relații la distanță (telefon, scrisori).

Grafic 1.23



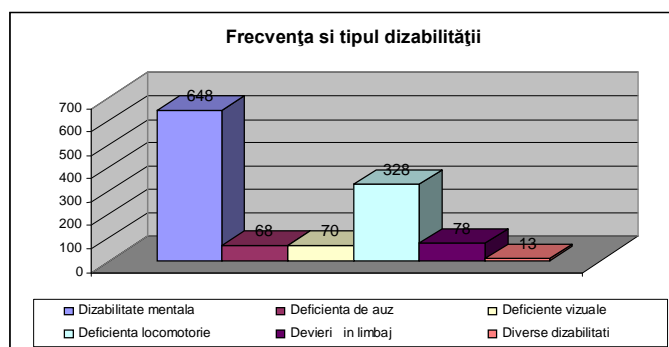
Sursa: oEvaluarea rapidă a instituțiilor de îngrijire rezidențială a copiilor din Republica Moldova, Ministerul Educației și Tineretului și UNICEF, 2007, Chișinău, p. 11

Un factor constant și alarmant este reședința familiei care amplacează copilul în instituție. Distanța fizică considerabilă a familiei reduce din posibilitatea părinților de a-și vizita copiii și aceasta datorită costurilor de transport, ceea ce generează o **ruptură** în relația dintre părinți și copil influențând negativ dezvoltarea copilului. Aceste cauze împreună cu refuzul părinților de a-și vizita copiii lor sunt ilustrate de imaginea în care 371 (55,3%) din copii nu dețin în prezent relații familiale.

Morbiditatea

Analiza morbidității a copiilor instituționalizați arată că 299 din cazuri sunt copii cu boală cronică. Dizabilitățile severe sunt cele mai frecvente în rândul dizabilităților mentale - 646 de cazuri. Deseori, 328 de cazuri de copii cu dizabilități mentale severe sunt afectați de asemenea și de deficiențe locomotorii severe.

Grafic 1.23



Evaluarea datelor prezente demonstrează că copiii cu dizabilități mentale, deficiențe de auz, de vedere, deficiențe locomotorii, devieri de limbaj, au necesitatea de a dezvolta servicii psiho-pedagogice și sociale. Respectiv, este nevoie de angajarea specialiștilor din domeniul reabilitării și recuperării, dezvoltării copiilor cu dizabilități severe. 29 de copii din instituție au fost identificați cu hepatită.

În casa de copii, există înaltă frecvență a copiilor cu dizabilități severe respiratorii. Acest studiu arată că 182 de copii au fost afectați de boli respiratorii o dată pe an, 189 de copii – de două ori, 192 de copii – de trei sau mai multe ori. Bolile intestinale au fost înregistrate doar o dată în 52 de cazuri, de două în 37 de cazuri, de trei ori în 91 de cazuri. Pe parcursul anului 2006, următoarele cazuri de traumatisme au fost depistate: -37 copii au suferit o dată de traumă, 13 copii o dată de două ori, 10 copii o dată de trei sau mai multe ori.

Indicatorii care descriu cheltuielile anuale per copil sunt semnificative și informative. **Bugetul total anual per copil din casa internat pentru copiii cu dizabilități severe constituie în medie 28028 lei, variind de la 26272 lei până la 29839 lei.**

Conform datelor, este remarcat că instituțiile caută posibilități de obținere a mijloacelor interne suplimentare bugetare pentru a mări bugetul. Sursele suplimentare bugetare externe sunt diferite în instituții și acestea ne demonstrează tangențial activitatea administrației și colectivelor instituției cu scopul de a găsi mijloace financiare. Din suma bugetului total, mijloacele suplimentare prezintă în medie 9.56%, maximum 13.03%, minimum 5.73%. Procentajul minim este caracteristic pentru instituția din Orhei.

Mijloacele financiare pentru remunerarea personalului în instituție prezintă 4548.4 mii lei. Remunerarea personalului din bugetul de stat reprezintă 29.67%, și se realizează aproximativ la același nivel în ambele instituții, care sunt subordonate MPSFC. Am observat din tabelul 8 costurile bunurilor și serviciilor în mediu sunt de 8359.1 mii lei ceea ce este mult mai mare decât cota bugetară preconizată pentru remunerarea personalului.

Instituția	Costuri, 2006 (în mii lei)			
	Remunerarea personalului (art.111)	Remunerarea personalului (% din bugetul de stat alocat)	Costul serviciilor și bunurilor (art.113): Total, inclusiv	Costul serviciilor și bunurilor (% din bugetul de stat alocat)
Orhei (bucurești)	2277.2	29.97	4083.5	53.74
Hincești (fete)	2271.2	29.38	4275.6	55.31
Total	4548.4	29.67	8359.1	54.53

Sursa: Evaluarea rapidă a instituțiilor de îngrijire rezidențială a copiilor din Republica Moldova, Ministerul Educației și Tineretului, UNICEF, Chișinău, 2007, p.23

Analiza tipurilor de cheltuieli pentru bunurile și serviciile sociale ne arată rezultate similare pentru acest tip de instituții. Cheltuielile pentru hrană reprezintă 3708.5 mii lei, și rata minimum spre maximum de cheltuieli constituie 1714.9 mii lei to 1993.6 mii lei.

Existau situații când instituțiile nu aveau cheltuieli pe internet, capital pentru repararea echipamentului curent, pentru computere și calculare, proteze, bilete de tratament, etc. Indicatorii de cheltuieli direct per

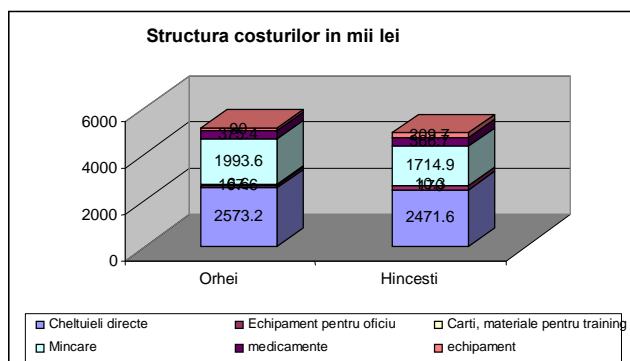
copil pe an sau pe zi sunt informative și semnificative ca valoare absolută, și nu ca valoare care acoperă sau nu necesită nevoile fiziologice, psihologice de dezvoltare ale copilului.

Costurile anuale directe de îngrijire ale copiilor cu dizabilități severe, *compuse din cheltuieli pentru: cărți, materiale pentru training, mâncare, medicamente, cărți și reviste, inventariere soft și procurare de echipament constituie în mediu 8 340 lei.* Instituțiile nu cheltuiesc pentru cărți, materiale pentru training cărți și reviste.

Cheltuieli pentru mâncare per copil pe an, constituie 6132 lei, cea mai mare sumă alocată pentru mâncare este de 6497 lei și cea mai mică de 5756 lei. Cheltuielile zilnice pentru mâncare per copil din bugetul de stat este de 16.8 lei. Este dificil de apreciat dacă această sumă acoperă necesitățile fiziologice și de creștere ale copilului, pentru că acesta să atingă un nivel corespunzător de dezvoltare psiho-socială. De asemenea, am observat la acest capitol diferite valori în comparație cu alte tipuri de copii.

Cheltuieli de procurare a medicamentelor per copil pe an constituie în mediu 1227 lei. Cheltuielile pentru *inventarierea de soft și echipament* este în mediu de 299700 lei, iar pentru copil pe zi de 496 lei. Remunerarea costurilor este de 26.83% din bugetul statului. Remunerarea cheltuielilor pentru personalul pedagogic reprezintă în mediu 15.39% din costul total al remunerării personalului, și cheltuielile pentru personalul medical - 40.72%. Mijloacele financiare ale personalului tehnic constituie 1756.1 mii lei și reprezintă 38.61% din costul total de remunerare.

Grafic 1.24



Concluzii preliminare despre internat:

- 1/3 din copii amplasați în astfel de instituție rămân instituționalizați până la 40 de ani, ceea ce demonstrează lipsa unui sistem care ar direcționa copiii sub îngrijire și interpretarea ambiguă a noțiunii de copil din partea unui specialist în domeniu.
- Instituțiile evaluate nu dețin capacități profesionale și umane pentru a presta servicii de calitate, care ar putea asigura un proces relevant de reabilitare și dezvoltare psihofizică a copiilor.
- Modalitatea curentă de organizare a serviciilor de protecție a copiilor cu dizabilități severe nu satisface condițiile necesare de dezvoltare și menținere a copiilor cu dizabilități severe în familiile lor.
- Nivelul pregătirii profesionale inițiale și continue ale specialiștilor din acest tip de instituție nu corespunde cu necesitățile copiilor cu dizabilități severe.
- Acest tip de finanțare a instituției trebuie planificat conform necesităților copiilor, concentrate pe monitorizarea și controlul cheltuielilor realizate de o instituție.
- Variația cheltuielilor determină necesitatea elaborării criteriilor financiare bazate pe necesitățile copiilor plasați în astfel de instituții.

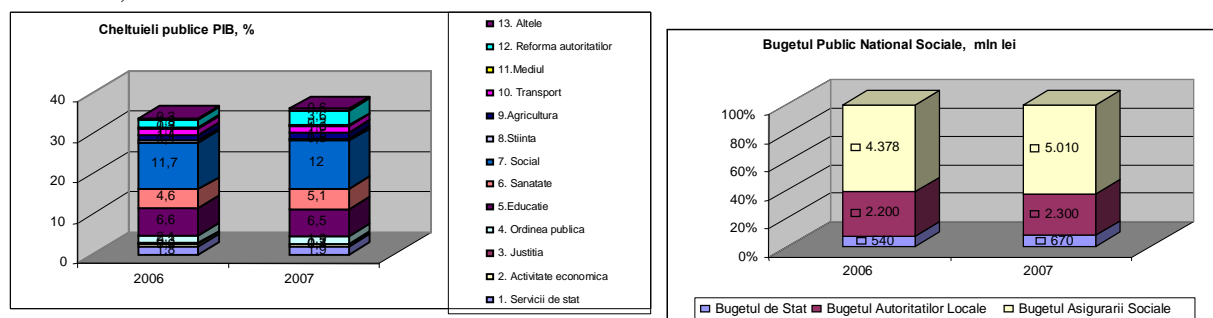
CAPITOLUL 2. REVIZUIREA POLITICILOR ÎN DOMENIUL

Acest Capitol oferă o imagine comprehensivă a priorităților politicilor, obiectivelor cât și o abordare detaliată a programelor politicilor orientate pe Copii cu dizabilități.

2.1 Cadrul general al Politicilor Sociale

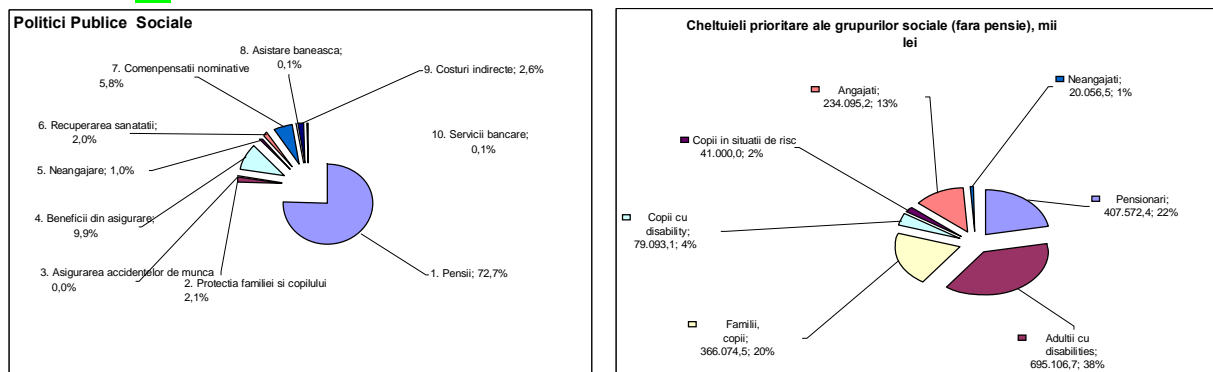
Procentajul PIB cheltuit pe prioritățile sociale este comparabil cu practica europeană. Cea mai mare parte a bugetului social revine din Bugetul Asiguraților Sociale Percentage (60%) urmat de cele două bugete autorităților locale.

Grafic 2.1, 2.2



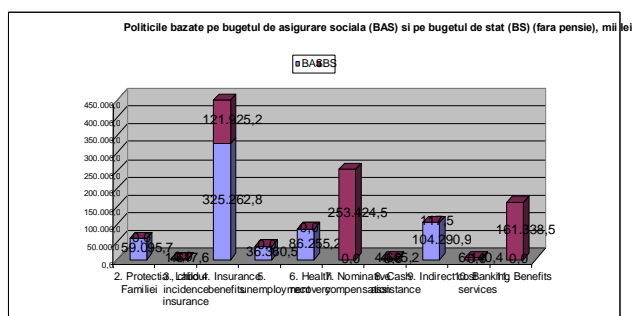
Există 8 categorii de programe politice, pensia constituind cea mai costisitoare și mare parte. Reorganizarea bugetului social conform grupului de beneficiari (fără pensie) ilustrează faptul că copiii cu dizabilități ca grup social, primesc 4% din cheltuielile bugetului social.

Grafic 2.3, 2.4



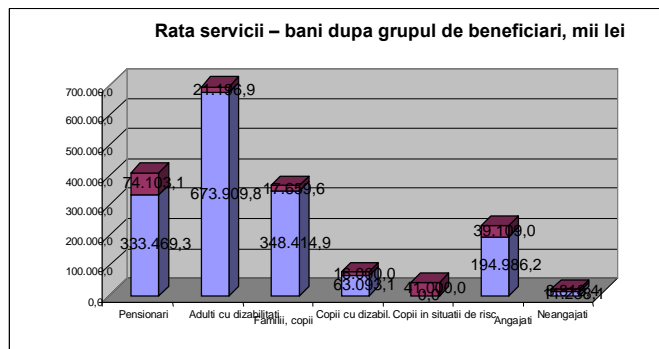
Politicile bazate pe asigurarea (BAS = Bugetul Asiguraților Sociale) direcționează resurse pentru unele tipuri de cheltuieli, în timp ce bugetul de stat (Bugetul de Stat-BS) cheltuiesc în fond resursele pe compensații nominative și alte tipuri de beneficii.

Grafic 2.5



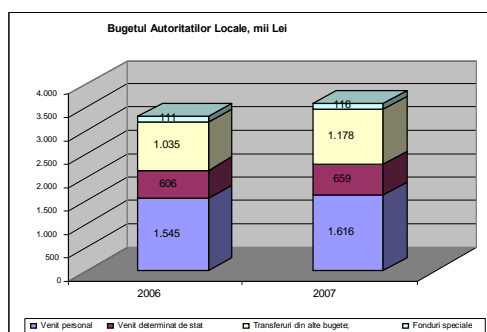
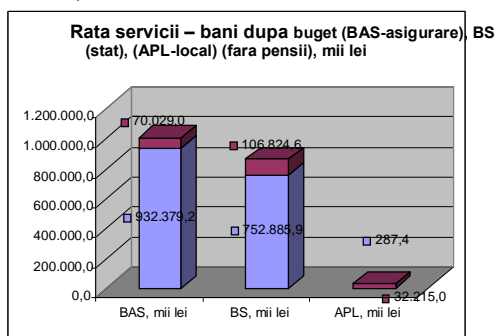
Reorganizarea bugetului social bazat pe grupuri de beneficiari împreună cu rata bani-servicii arată că serviciile compun în jur de 5% din alocații. Copii cu dizabilități și familiile cu copii primesc același sau mai puțin decât 5% în servicii.

Grafic 2.6



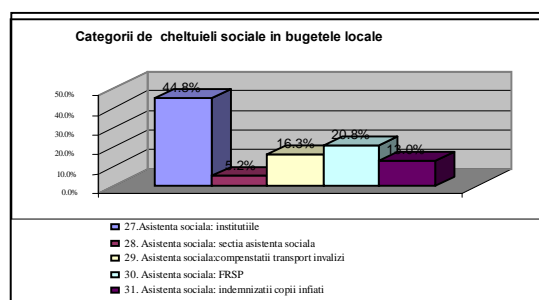
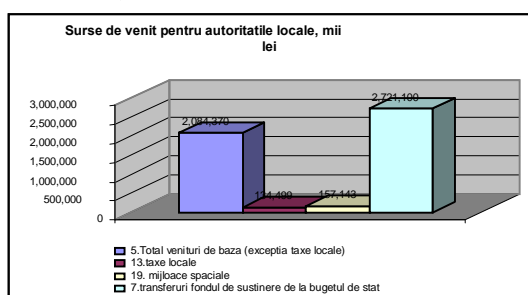
Autoritățile locale de nivel înalt în buget compus în jur de 50% din veniturile proprii și 50% din asocierea sau transferarea fondurilor de la bugetele de stat și surse speciale.

Graficele 2.7, 2.8



Faptul că bugetele autorităților locale pot asigura doar 50% din cheltuieli ilustrează capacitatea redusă financiară a autorităților locale de a finanța și gestiona crearea serviciilor sociale și dezvoltarea programelor sociale locale. Prin urmare, în practică, se poate concluziona că bazate pe veniturile statului și mijloace de colectare financiară, autoritățile locale nu sunt capabile de a conduce astfel de programe fără transferuri din bugetul de stat.

Graficele 2.9, 2.10

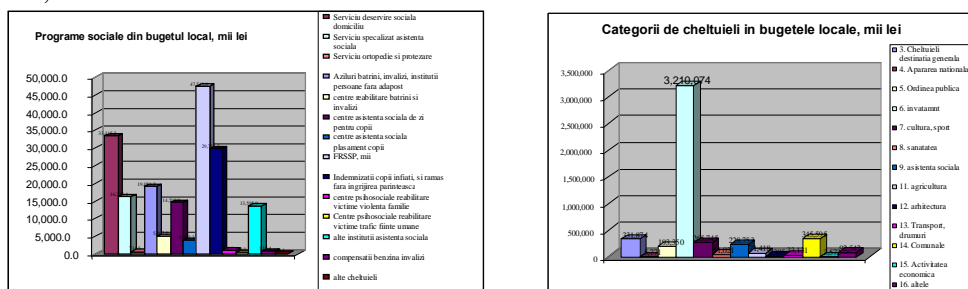


Astfel, în graficul de mai jos se poate remarca faptul că majoritatea programelor sociale gestionate de autoritățile locale reprezintă un procentaj mic din bugetul local (cea mai mare parte prezintă programele educaționale (mai mult de 65%).

Programele sociale sunt în fond despre prestarea serviciilor sociale (cu unele excepții legate de compensarea costurilor de transport și un beneficiu social pentru adopție). Programele locale sociale au drept grup țintă oamenii în vârstă, diferite grupuri vulnerabile cât și copii cu dizabilități. Din aceste programe, următoarele sunt relevante copiilor cu dizabilități:
 - Centre comunitare pentru copii cu dizabilități.

- Centrele de zi pentru copii cu dizabilități și în care se includ și alte categorii de copii.

Graficele 2.11, 2.12



O discuție mai detaliată despre programele și politicile sociale poate fi găsită în secțiunea 2.3 din Capitolul Doi.

2.2 Cadrul instituțional privind politicile pentru copiii cu dizabilități

O scurtă revizuire a cadrului instituțional este necesară pentru a înțelege capacitatea curentă a guvernării în vederea elaborării și implementării politicilor curente și viitoare. Majoritatea instituțiilor și funcțiilor existente sunt descrise în Grafic 2.13.

Graficul menționează explicit faptul că autoritățile centrale sunt responsabile pentru politicile și programele de beneficii benenigne pentru prestarea unor servicii sociale, în timp ce autoritățile locale sunt responsabile pentru implementarea programelor serviciilor sociale existente. La nivel local, autoritățile la nivel de comună au control asupra bugetelor negociate cu autoritățile locale la nivel de comunitate.

În acest sens, unele secvențe sunt importante de a fi menționate în această secțiune:

- Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului (MPSFC) deține puține instrumente de influență asupra programelor politicii implementate și administrate de către Casa Națională de Asigurări (CNAS). Ministerul este lipsit de acces la informația dezagregată și la datele despre beneficiari. CNAS administrează toate programele beneficiilor benenigne ale Bugetului Asigurării Sociale către Bugetului de Stat.
- Ministerul este lipsit de capacitate și influență asupra programelor de beneficii benenigne. CNAS se administrează beneficiile aproape ca un organ auto-administrativ și de facto în mare măsură determină conținutul politicii în zonele beneficiilor protecției sociale.
- Organizarea curentă instituțională este lipsită de instrumente, instituții responsabile pentru acreditare, monitorizare și inspecția calității serviciilor sociale.
- Nu există funcții responsabile de inspecția corectitudinii utilizării beneficiilor sociale.
- Sistemul identificării necesităților locale la nivel comunitar este absent, deși asistenții sociali la nivel comunitar deja au început să lucreze de un an, capacitatea lor de colectare și transmitere a informației asupra necesităților la nivel local și central este absolut inadecvat pentru procesul de politici. Se preconizează că în 2008, asistenții sociali vor fi apăși să efectueze rolurile prin identificarea relevantă a necesităților.
- Nivelul de cooperare cu autoritățile locale este insuficient. Rezultatele alegerilor locale au creat în majoritatea raioanelor situații de confruntare politică între autoritățile locale și cele centrale.
- Sectorul social nu deține mecanisme și capacități relevante pentru a participa la tendere de prestare a serviciilor sociale, de evaluare a calitatilor sociale și de planificare a prestațiilor serviciilor sociale la nivel de local.
- Rolul MSPCF este limitat în coordonarea altor politici și instrumente de politici: politici fiscale, politici trezoriare, politici informaționale și alte politici.

Cadrul instituțional pentru amplasarea copiilor în îngrijirea rezidențială

Decizia de instituționalizare a copiilor în instituții auxiliare se realizează bazându-se pe o rezoluție a bordului medical psiho-pedagogic; însă astfel de borduri deseori sunt lipsite de psiho-pedagogi, psihologi și psihiatriți specializați în problemele copiilor cu dificultate.

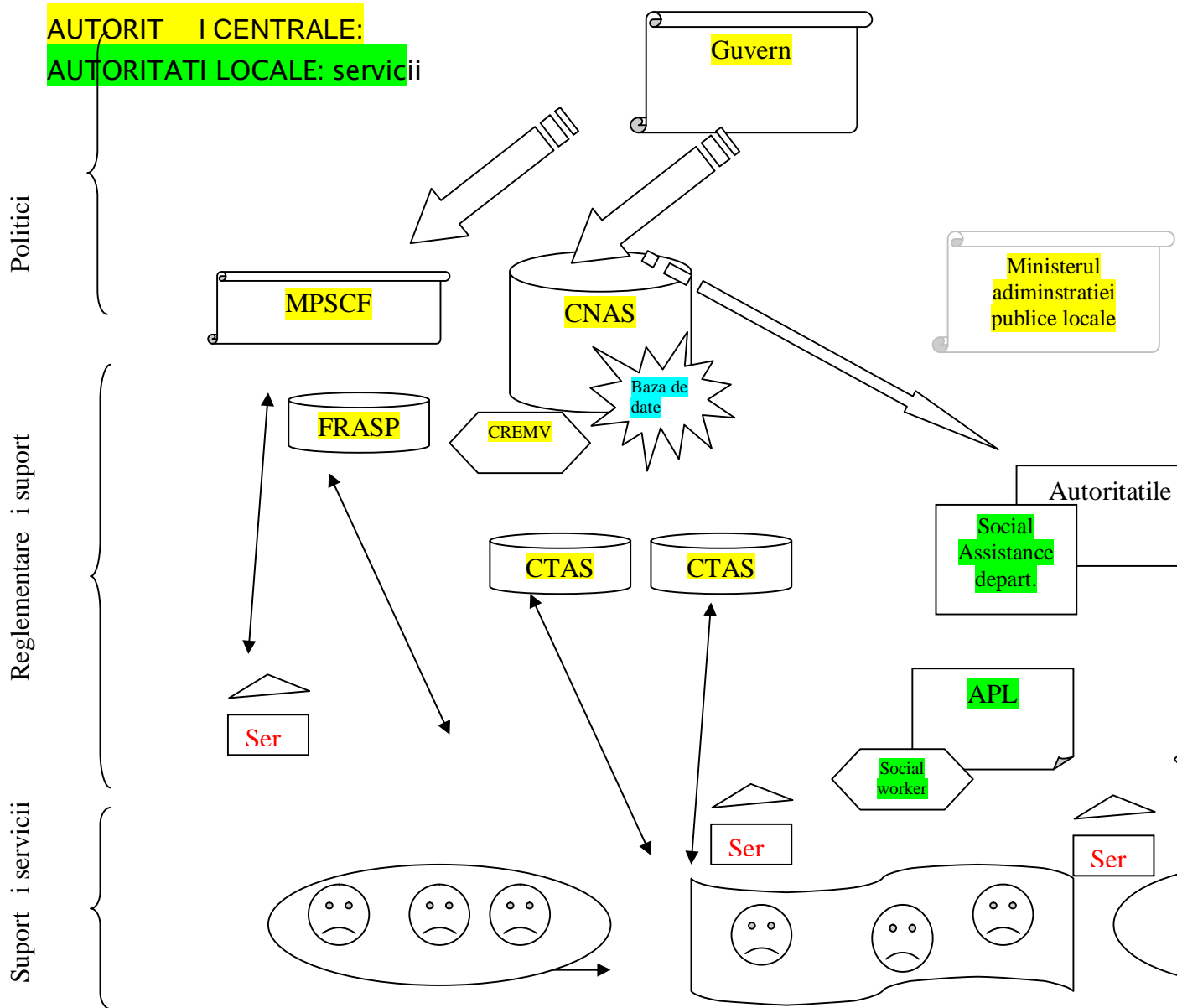
Situația servește uneori drept motiv pentru instituționalizarea copiilor cu condiții psihofizice inadecvate în instituțiile auxiliare. Reevaluarea complexă care are loc la momentul copiilor cu dizabilități mentale din partea experților din sfera pediatrică psiho-pedagogică ar fi una din pre-condițiile necesare de a întoarce copilul în mediul potrivit particularităților sale psiho-fizice.

Procedura este validă pentru ambele situații: amplasarea în cadrul Ministerului Educației și Îngrijirea rezidențială a Tineretului și Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului. În ultimul caz, validarea deciziei de către minister este necesară.

HG 283 din 14 Martie 2007 prin care Ministerul dăcăr ar investi pații reglementatori în vederea amplasării copiilor în internate. Reglementările și comisiile au devenit efective; însă decizia lor este o recomandare opțională pentru autoritățile locale. Comisiile deja au început să lucreze în jur de 6 raioane din Moldova.

Cadrul existent instituțional al politicilor sociale

AUTORITĂȚI CENTRALE:
AUTORITĂȚI LOCALE: servicii



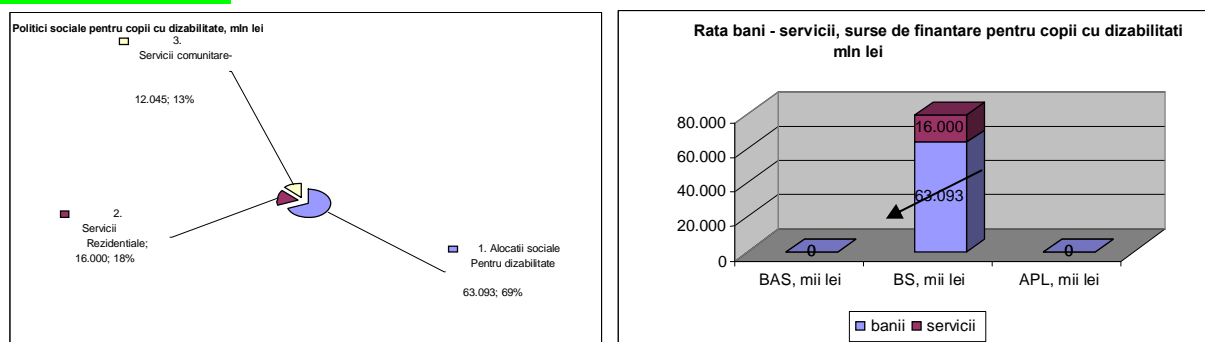
2.4 Revizuirea Cadrului de politici adresate Copiilor cu Dizabilități

Acest CAPITOL oferă o examinare comprehensivă a politicilor adresate copiilor cu dizabilități.

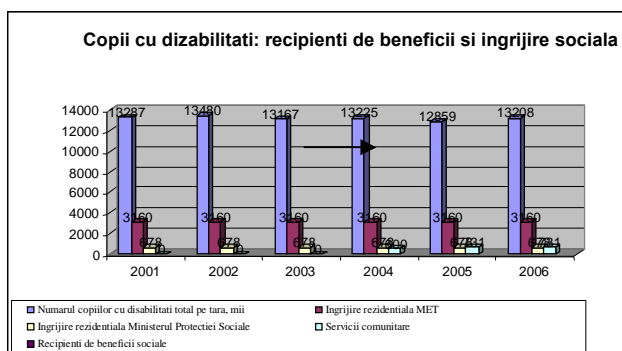
Înainte de a descrie cele mai importante programe de politici privind copiii cu dizabilități, este important de menționat că cheltuielile prioritare din politicile sociale pentru copii cu dizabilitate sunt alocațiile sociale și beneficiile bursiere. Un procentaj redus din Bugetul Social este adresat serviciilor (în jur de 3%).

Oricum, mai multe copii stau acasă decât sub îngrijirea rezidențială.

Graficele 2.14, 2.15



Graficele 2.16



A. Politicile sociale oferite de autoritățile centrale

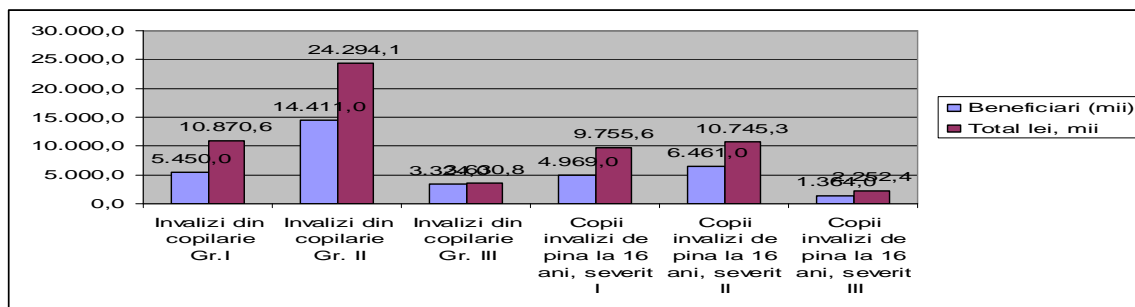
1. Alocații sociale pentru copii cu dizabilități (plătite din transfer de buget)³:

Alocații sociale pentru:

- Copii cu dizabilități sub 16 cu grad sever de dizabilitate I,II,III
- Persoane cu dizabilități din copilărie de gradul I, II, III (cu dizabilități din copilărie, care nu sunt eligibile pentru pensiile cu dizabilitate, incluzând copiii de la 16).

³ Severitatea stabilită în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr.1065 din 11 noiembrie 1999 „Cu privire la aprobarea Listei bolilor și stărilor patologice care acordă copiilor până la vârsta de 16 ani dreptul la primirea statutului de copil invalid și alocațiilor sociale de stat conform legislației”;

Grafic 2.18

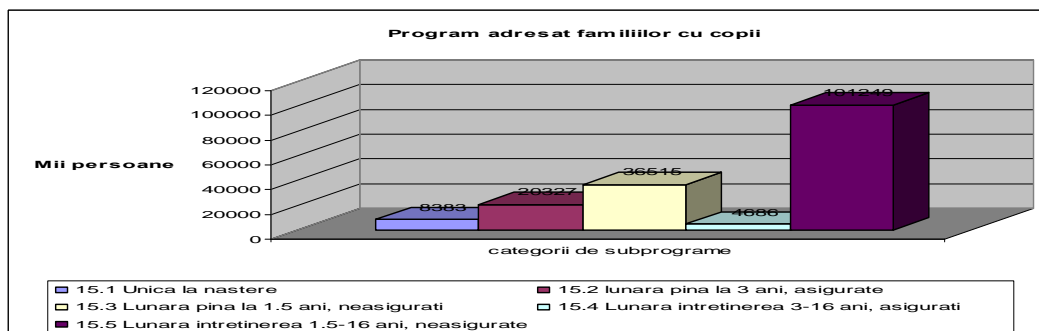


Valoarea plății: de la 111 la 201 lei lunar. Valoarea totală a programului este de 63 093,1 mii lei, numărul total de beneficiari 38 400 persoane.

Beneficiile bănești sau pensiile pentru dizabilitate sunt programele care prestează beneficii lunare pentru persoanele eligibile. Acest program este în fond administrat de către CNAS (Casa Națională de Asigurări în Sănătate) în cooperare cu CREMV (Centre for Dizabilitate Expertise) care determină gradul de dizabilitate, marcând indivizii în trei categorii și CNAS procesează fișurile individuale organizează aranjamente de plată ale beneficiilor pentru dizabilitate cu băncile. Rata beneficiului este foarte înalt.

2. (Familii cu copii) Programul indemnizații familiilor și copiilor⁴, pentru creșterea copilului la fiecare copil finanțat în proporție de 50+50% din asigurări sociale și bugetul de stat, este unul important în suferința de acoperirea financiară redusă, insuficientă, aceasta diminuează substanțial programul dat. **Suma totală a programului 59 095,7 mln lei.** Cuantumul plătit nu este mai mic decât 100 lei lunar pe copil, însă ajunge până la 20% din baza de calculație.

Grafic 2.19



3. (Familii cu copii) Program tratament odihnă copii

Valoarea programului 17 659,6 mii lei, Numărul de beneficiari 20 300 copii.

Bilete de odihnă sunt două instituții care se ocupă de acest subiect, și care acoperă 479 de Copii cu dizabilitate din 4 502⁵.

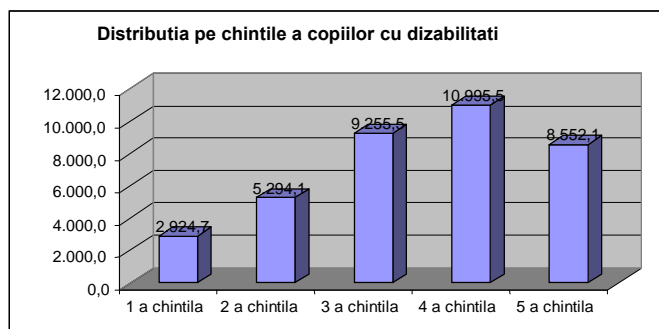
4. Compensiile nominative personale cu dizabilitate incluzând copii. Obiectivul programului este de a presta venit suplimentar pentru costurile de iarnă/toamnă a cheltuielilor comunale.

Programul de Compensiile nominative ajută unele categorii de persoane, incluzând persoanele cu dizabilitate de a face față cerințelor preurilor de sezon. Relativ vorbind, compensația acoperă 50% din cheltuielile pentru gaz, electricitate sau alte servicii comunale. De asemenea conține un volum de servicii care urmează să fie compensate. Programul este bazat pe beneficii categoricale fără testarea veniturilor. Compensiile sunt plătite din bugetul general al guvernului.

⁴ HG nr. 1478 din 15.11.2002, art. 6, 7 Al Legii nr. 289-XV, 22.07.2004

⁵ Ministry of Social Protection data on System in Support of Children without Parental Care in the Republic of Moldova

Grafic 2.20



5. Beneficiarii de îngrijire pentru dizabilitate. Obiectivul programului este de a oferi îngrijire socială de bază necesară pentru familia care are o persoană cu dizabilitate în gospodărie⁶.

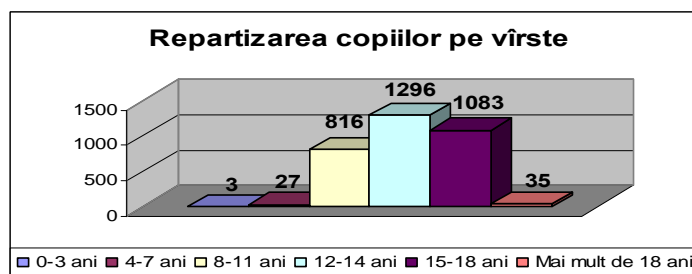
Programul ajută unei categorii înguste de beneficiari, persoane cu dizabilități intelectuale severe. Suma este de 3 ori mai puțin decât beneficiu pe dizabilitate. Programul este bazat categorial fără testarea veniturilor și este non-contributiv. Compensiunile sunt plătite din bugetul general al guvernului. Suma este între 200 și 300 lei lunar.

6. Program servicii case rezidențiale pentru copii cu deficiențe mintale (usoare și severe)

6a *Servicii rezidențiale pentru copii cu dizabilități severe (Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului coordonează activitatea a două instituții sociale rezidențiale):*

Analiza datelor arată că numărul total de copii cu dizabilități mentale, inclus în sondaj, suma de 3,260 copii. În termeni de caracteristici de gen, băieții compun 61.65%, și fetele respectiv - 38.35%. Diagrama 2 arată datele conform numărului și vârstei copiilor.

Grafic 2.21



Analiza datelor ilustrează faptul că copiii în 72.98% din cazuri sunt între vârsta de 12 și 18 ani. Faptul demonstrează că numărul copiilor în astfel de instituții ar trebui să scadă în jur de 20% în perioada 2007-2009, datorită prăsilirii sistemului rezidențial după 18 ani. La momentul studiului existau două instituții de protecție a copiilor cu dizabilități severe în Republica Moldova, subordonate Ministerului Sănătății și Protecției Sociale și finanțate din bugetul central. Ministerului Sănătății și Protecției Sociale au fondat aceste instituții conform concluziilor consultațiilor pedagogice, medico-psihologice republicane.

Casa pentru copii cu dizabilități severe este situată în edificiile construite conform proiectului-model intenționat să fie instituție educațională de o perioadă de 20-45 ani. Instituțiile din Hîncești și Orhei sunt situate la marginea orașului, la o distanță de 5 km.

În cele 2 case pentru copii cu dizabilități severe, la momentul studiului existau 633 copii, ceea ce reprezintă 93.36% din numărul total prezentați în listă de 678 copii, înșiși 673 copii a fost numărul inclus în cercetare. Numărul total de copii de la 1 ianuarie, 2006 constituie 640 copii, distribuiți după criterii de sex, din care 320 băieți sunt la Orhei și 320 fete se află la Hîncești.

⁶ Legea Nr.499-XIV, 14.07.1999 cu privire la alocațiile sociale pentru anumite categorii ale populației

În conformitate cu datele MPSFC, la balanța ministerului se află 8 instituții rezidențiale, dintre care 2 sunt pentru copii cu dizabilități severe (Casa-internat pentru copii cu deficiențe mintale din Or. Hîncești și Casa-internat pentru copii cu deficiențe mintale din Or. Orhei). Astfel, dacă în anul 2001, în instituțiile rezidențiale ale MPSFC se aflau 517 copii, atunci în anul 2005 numărul lor a ajuns la 640. În cazul bolnavilor psihocronici, numărul lor a sporit de la 1444 în anul 2001 la 1554 în anul 2005. Totodată, rata instituționalității pentru perioada dată denotă un spor de circa 12,9%. De menționat, că indicatorii susmenționați nu reflectă necesitățile populației în aceste servicii, dar sunt determinate de capacitățile limitate ale acestor instituții și accesul limitat al persoanelor cu dizabilități la alte tipuri de servicii de asistență socială.

CASE REZIDENTIALE	HINCEȘTI	ORHEI
Beneficiarii	345	334
Norma alimentară	15,66 lei/zi	16,5 lei/zi
Cheltuielile de întreținere	71,1 lei/zi	63,7 lei/zi
Cheltuielile de întreținere a instituției	7 731,4 mii lei/an	7 599,3 mii lei

Datele evaluărilor indică la calitatea redusă a serviciilor de tip rezidențiale, orientarea lor preponderent spre prestarea serviciilor de bază (hrană, ad post, îmbrăcăminte), nedeveloparea serviciilor de reabilitare fizică și psihologică. O problemă considerabilă care condiționează direct calitatea serviciilor prestate în cadrul instituțiilor rezidențiale este de personalul angajat, care la moment este insuficient (multe instituții sociale au până la 50% locuri vacante de personal), lipsa unităților de asistență socială în statele de personal, salariile de funcție extrem de mici, fapt care nu stimulează angajarea personalului și duce la fluctuația lui⁷.

6b Servicii rezidențiale pentru copii cu dizabilități usoare (Ministerul Educației și Tineretului): costul total este **16 mln lei**. 75% of the dizabilitate benefit is retained by the institutions.

Numărul total este 11 309 copii, 8 % din bugetul MET, 16 mln lei. Costul anual mediu per copil este de **31,060 lei**.

Există 28 de instituții pentru protecția copiilor dizabilități mentale care funcționează în Republica Moldova, subordonate Ministerului Educației și Tineretului, **12** din acestea erau finanțate din bugetul central, **16** – din bugetul local, incluzând 4 instituții finanțate din bugetul municipal din Chișinău. Instituțiile pentru acest tip de beneficiari au 3 modele de asigurare a protecției pentru astfel de copii, modelul care prevalează fiind instituționalizarea totală.

- 24 de instituții oferă îngrijire integrală, reședință, educație curiculară și extra-curiculară;
- 3 instituții oferă îngrijire rezidențială până la 50% din copiii amplasați în instituție și educație curiculară pentru 100% copii;
- 1 instituție oferă educație curiculară și îngrijire zilnică pentru toți copiii.

În conformitate cu datele din registrele școlare, numărul total de copii la 1 Ianuarie, 2006, constituia până la 3,369 copii, incluzând 1,980 băieți și 1,389 fete. Listele de mâncare includeau 2,923 copii.

La instituțiile din Vulcanești, Sarata Nouă, Grinauti Moldova, Costești, Balti, Strășeni, Chișinău rata copiilor existenți ajungea de la 73.68% până la 81.25% din numărul total de copii introduși în registrele de clasă.

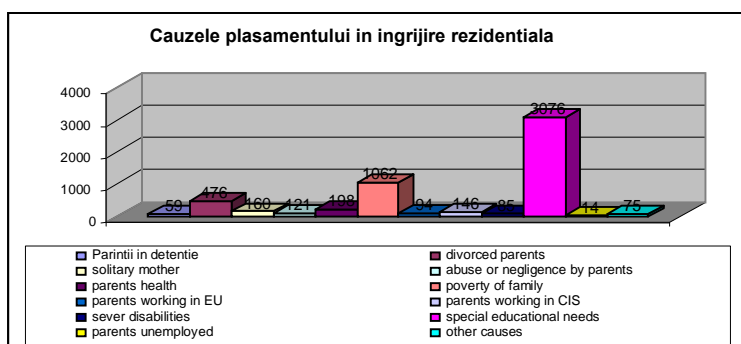
INSTITUTIA	Pe lista pentru mâncare	Pe lista din registrele de clasă	După chemare	% copiii existenți și numărul de chemări
Cahul, Vulcanești	25	38	28	73.68
Cahul, Crihana Veche	109	112	109	97.32
Hincești, Sarata Galbena	108	128	118	92.19
Leova, Sarata Nouă	122	155	122	78.71
Rezina	171	181	171	94.48
Telenești	127	140	127	100

⁷ Annual Social Report, 2006 by Ministry of Social Protection, Family and Child

Florești, Marculești	117	121	117	96.69
Donshowereni, Visoca	96	98	96	97.96
Taraclia, Corteni	145	150	145	96.67
UTA Gagauzia, Congaz	138	148	138	93.24
Ocnita, Grinauti	100	113	92	80
Causeni, Tocuz	98	113	98	86.73
Stefan Voda, Popeasca	153	161	153	95.03
Drochia, Tarigrad	106	112	106	94.64
Falești, Albinetul Old	57	68	57	90.48
Riscani, Costești	78	99	78	81.25
Singerei, Razalai	77	76	77	97.47
Falești, Socii Noi	59	65	61	93.85
Balti	92	115	92	79.31
Anenii Noi, Bulboaca	138	145	138	95.17
Straseni	120	147	117	79.59
Chisinau, school No. 5	110	139	110	79.14
Chisinau, school No. 6	95	130	108	83.08
Chisinau, school No. 7	93	106	93	88.57
Chisinau, school No. 9	113	118	113	96.58
Calarasi	85	87	76	87.36
Nisporeni	91	91	83	91.21
Ungheni, Sculeni	100	104	100	96.15
TOTAL	2,943	3,264	2,923	89.67

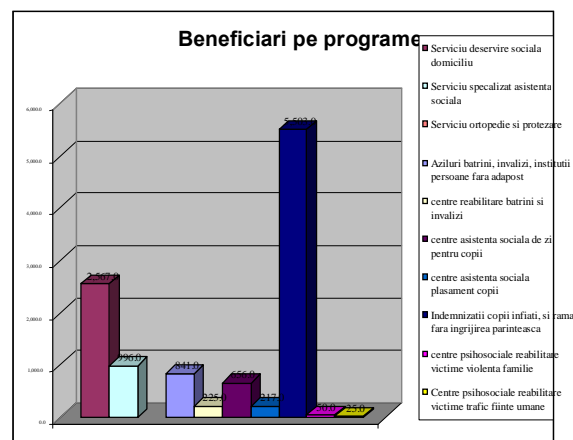
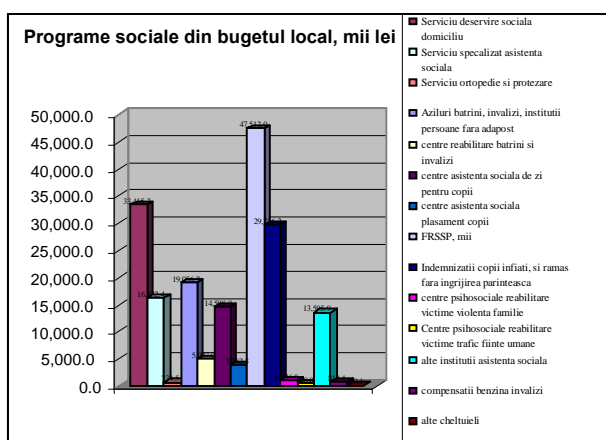
In continuare vom reflecta asupra motivelor amplasării copiilor în instituțiile auxiliare.

Grafic 2.22



B. Politicile sociale oferite de către autoritățile locale (cu fonduri parțiale sau combinate de la autoritățile centrale)

Graficele 2.23, 2.24



7. Compensatia pentru transport pentru copii⁸

⁸ Art.41 al Legii nr.821-XII, 24.12.1991 privind protecția socială a invalizilor. Proiectul Legii Bugetului de stat pe anul 2008, septembrie 2007, p. 311, based on art.41 Legea nr.821-XII, 24.12.1991 privind protecția socială a invalizilor pentru călătoria în ransport comun, Ordinul

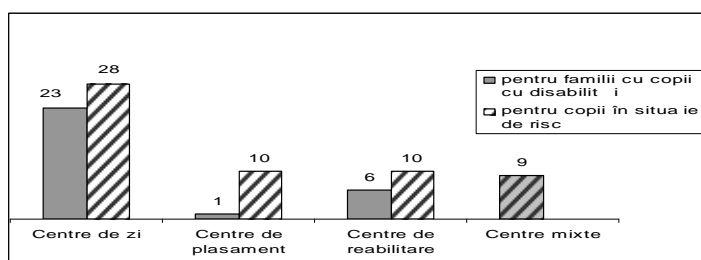
Programul este adresat copiilor cu dizabilități și rudelor lor care însoțesc copiii în transport. Valoarea programului este în jur de 700 000 lei. Numărul copiilor beneficiari conform estimărilor de la CNAS este de 12 709. Achitarea se face de către autoritățile locale. Costul lunar este de 25-30 lei. Programul este implementat de autoritățile locale.

8. Beneficiul sociale pentru copii adoptați sau sub protecție socială⁹

Programul este adresat copiilor adoptați sau sub protecție socială. Alocățiile lunare în 2008 au fost de 450 lei.

9. Servicii pentru Copii cu dizabilități.

Sunt create 30 de centre de plasament pentru copii cu dizabilități au cea mai mică reprezentativitate, funcționând un singur centru în municipiul Chișinău¹⁰. Activitatea centrelor cuprinde o gamă vastă de servicii ce au drept scop asigurarea unui mediu adecvat familiei și copilului în vederea unei mai bune integrări sociale a copilului. **Numărul de beneficiari este Costul total al programului este ... Sursa de finanțare este mixtă. 51% ca sursa de finanțare este bugetul APL.**



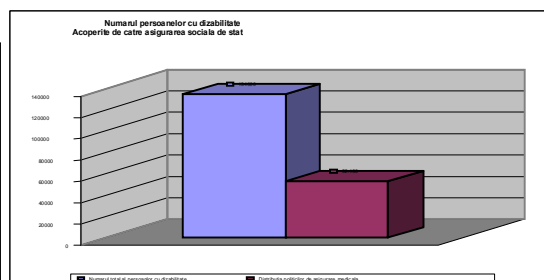
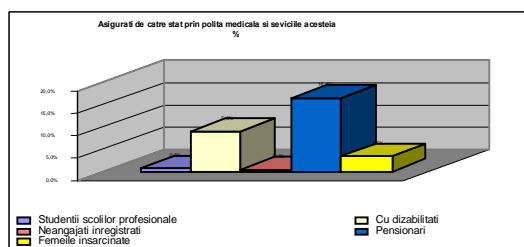
10. Programul de protecție a sănătății

Serviciile Medicale includ două opțiuni pentru persoanele cu dizabilitate:

- Servicii medicale pentru dizabilitate cauzată profesional, și
- Servicii medicale pentru dizabilitate.

Guvernul a implementat programul asigurării medicale obligatorii. Persoanele angajate contribuie cu asigurare medicală și pe baza asigurării beneficiază de un set de servicii medicale asigurate. Persoanele cu dizabilitate care nu au poliță de asigurare, bazată pe angajarea precedentă, sunt asigurați din fondurile plătite de Guvern.

Graficele 2.25, 2.26



Statisticile arată că 50% din persoanele cu dizabilități sunt asigurați de polițe de asigurare plătite de Guvern, restul persoanelor au alte mijloace de achiziție a poliței medicale.

Polița de asigurare medicală acoperă în fond serviciile de asistență primară (10 grupuri generice), consultații medicale și investigații (de bază) și servicii hospitaliere pentru 10 zile (incluzând

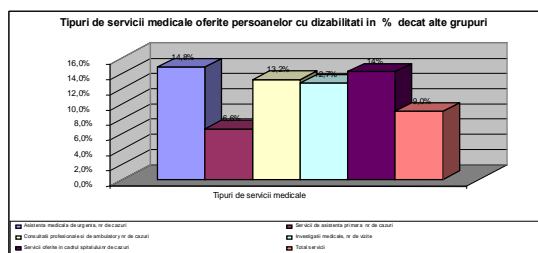
Ministerului Transportului și Gospodăriei Drumurilor nr. 7 din 12.07.2006 cu privire la majorarea tarifelor în transportul de călători și bagaje pe rute regulate

⁹ Stat Budget draft law for the year 2008, September 2007, p. 311, monthly indemnities for adopted or under tutelage children

¹⁰ Raportul Social, 2006

medicamentele). Politică medicală deci, acoperă cele mai generice necesități medicale. Opinia experților este că necesitățile medicale pentru dizabilitate sunt unele speciale și se diferențiază în mare parte.

Grafic 2.27



Datele statistice ilustrează faptul că persoanele cu dizabilități, asigurate individual sau prin asigurarea de stat, necesită asistența medicală de urgență și asistența spitalicească, urmată de consultații specializate și investigații de ambulator, serviciile asistenței primare fiind cel mai puțin consumate.

11. Politicile fiscale pentru persoanele cu dizabilități

Există 3 elemente în politica fiscală care favorizează persoanele cu dizabilități:

- 1) scutirea de la taxe pentru toate beneficiile sociale,
- 2) scutirea pentru dizabilitate pentru 10 000 MDL,
- 3) îngrijitorul persoanei cu dizabilitate primește aditional o scutire de 5 400 lei.

Programele sociale și de asigurare socială au o politică fiscală complementară care îmbunătățește venitul persoanei cu dizabilitate. Codul asupra taxelor (art.20) admite că toate beneficiile banesti nu sunt taxabile, incluzând pensii pentru dizabilitate și compensațiile nominative.

De asemenea, este indicat (art.33) că persoanele cu dizabilități¹¹ au o scutire de taxe pentru venitul anual de până la 10 000 lei anual (în jur de un salariu mediu nominal lunar), ceea ce este de 4 ori mai înalt decât scutirea de taxe pentru orice persoană din Moldova. Scutirile de taxe creează condiții ca persoanele cu dizabilitate dacă sunt eliberate de beneficii sociale, nu vor plăti taxe pentru acest venit.

Additional, acest cod (art. 35)¹² indică că pentru fiecare persoană dependentă cu dizabilitate, incluzând copilul incluzând platitorul de taxe pentru copil, taxa anuală de 5 400 lei. Numărul total al beneficiarilor programului este cunoscut pentru a evalua valoarea adăugată și beneficiile politicii.

Conchizând, analiza valorii adăugate a politicilor asupra copiilor cu dizabilități arată că aproape toate programele sunt de valoare socială înaltă, însă sprijinită puțin financiar.

Grafic 2.17

Valoarea socială (rezultate, impactul) a programului			
		Valoarea socială mică	Valoarea socială bună
Gradul de finanțare	Finanțarea bună a programului	<u>Program servicii case rezidențiale pentru copii cu deficiențe mintale</u>	
	Finanțarea		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Programul alocatii sociale adresat copiilor cu dizabilitati</u>

¹¹ Tax Code Art. 35 (2) e) eligible for children from childhood, degree I and II of severity

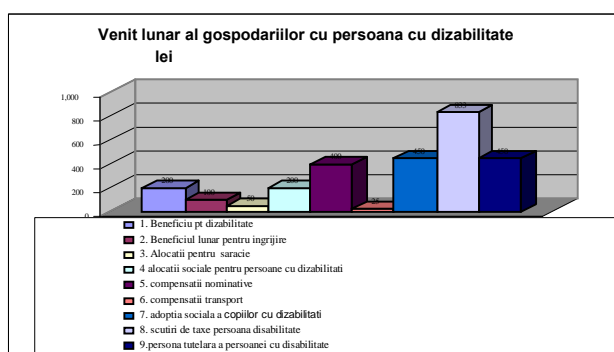
¹² Tax Code art 35 (1) Tax payer has the right to tax waiver if for the dependent children with inborn disability for 5 400 MDL: a) is a relative of the tax payer (parent, children, including adopted or adoptive parent), b) lives together with the tax payer or day studies for more than 5 months per fiscal year, c) is dependent on the tax payer, d) has the yearly income that is less than 5 400 MDL

	insuficienta a programului		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Program servicii non rezidențiale pentru copii cu dizabilitati</u> • <u>Scutiri de taxe pentru parinti si copii cu dizabilitati</u> • <u>Programe medicale prin asigurarea medicala de stat</u>
--	----------------------------	--	--

2.5. Instrumente de politici de stimulare a gospodăriilor cu persoane cu dizabilități

În baza calculurilor din secțiunea precedentă, o gospodărie ce deține o persoană cu dizabilitate poate primi o sumă între 1200 și 1425 lei, lunar în subsidii trezoriare directe și 1280 lei în scutiri indirecte de taxe. În general, venitul lunar poate varia între 2200 lei și 2700 lei.

Grafic 2.28



Se consideră stimulări fiscale sunt destul de înalte, oricum însă costurile administrative prezintă o barieră și costurile de oportunitate sunt de asemenea destul de înalte.

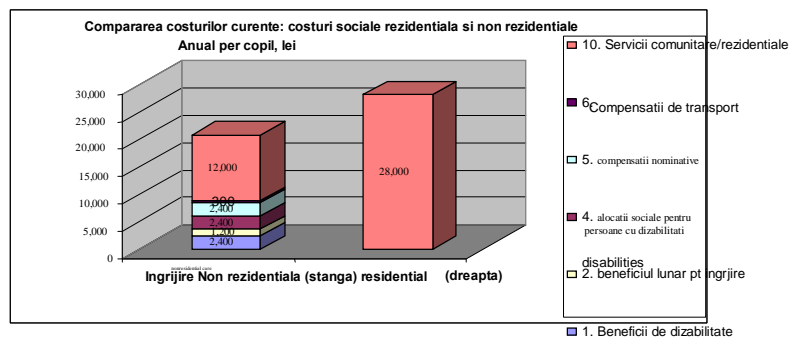
Este de asemenea important de menționat că persoanele cu dizabilități sunt asigurate cu programe de îngrijire în sănătate de stat. Însă, precum ilustrat în graficul 2.26, acoperirea persoanelor cu dizabilități cu programe în sănătate este foarte redusă, în jur de 30%. Calitatea și accesibilitatea serviciilor medicale este o întrebare dificilă, mai mult decât atât date statistice și informație comprehensivă pe această temă nu este disponibilă la moment.

Prestarea serviciilor sociale în acest moment este foarte slabă, în timp ce pământul larg de servicii sociale poate crea beneficii semnificative pentru persoanele cu dizabilități.

Costuri sociale comparative a îngrijirii rezidențiale și nonrezidențiale ale copiilor cu dizabilități

Graficul de mai jos include structura comparativă a costului social ale celor două modele, de îngrijire non-rezidențial și rezidențial. Structura costului sociale ale îngrijirii nonrezidențiale include beneficii b nefite (fără scutiri fiscale) precum arată în graficul 2.28 și însumează anual suma de 30,000 lei per copil cu dizabilitate, iar în cazul îngrijirii rezidențiale acest sumă este de 20,000 lei. În cazul copilului aflat în îngrijire rezidențială, nici unul dintre beneficiile b nefite nu sunt accesibile gospodării care are copilul în îngrijire.

Grafic 2.29



În cazul îngrijirii nonrezidențiale, gospodăria (și respectiv copilul) este într-o poziție chiar mai avantajoasă datorită accesibilității la scutirile de taxe enumerând suma de 15 000 lei per copil anual, respectiv suma totală a venitului anual per copil anual va fi mai mult de 45 000. Impactul asupra bugetului datorită scutirilor de taxe fiscale nu este semnificativ.

Folosirea scutirilor de taxe per persoană și gospodărie în care trăiește un copil cu dizabilitate nu este suficient studiat în prezent. Numărul folosirii și impactul scutirilor de taxe fiscale urmează să fie estimat. Oricum poate fi observat că folosirea beneficiilor scutirilor de taxe sunt mai aplicabile în cazurile gospodăriilor cu nivel mediu de venit. Gospodăriile sărace s-ar baza mai degrabă pe alocările și serviciile sociale.

CAPITOLUL 3. PRESTAREA SERVICIILOR SOCIALE

În acest CAPITOL noi am revizuit prestările de servicii sociale existente pe piață, oferite copiilor cu dizabilități.

3.1. Tipuri de servicii existente

Acestea este una din clasificările serviciilor necesare persoanelor cu dizabilități. Vom aborda doar acele tipuri de servicii care se adresează categoriei noastre de referință - copii cu dizabilități mentale, (deși deseori ne vom referi la date generale despre copii cu dizabilități). Pentru a stabili diagnoza, copiii cu dizabilități mentale severe trebuie să treacă următoarele tipuri de examinări: medicale, psihologice și sociale.

- *Amplasarea instituțională*

În această secțiune se pot distinge două tipuri de centre: centre care se referă doar la copiii cu dizabilități și centre care se referă la copiii aflați în situații de risc, orfani, și alte grupuri, printre care se enumeră și copiii cu dizabilități. În majoritatea cazurilor, procentajul copiilor cu dizabilitate în al doilea tip de centre de zi de îngrijire, copiii cu dizabilități formează 10% din numărul total de beneficiari. Se observă un număr crescător a centrelor de zi care oferă asistență copiilor cu diverse dizabilități.

- *Servicii Comunitare*

Include servicii sociale publice (SSP) oferite de organizații non-guvernamentale cu asistarea organizațiilor internaționale în cooperare cu autoritățile publice locale.

- *Forme alternative pentru Plasamentul în Familii*

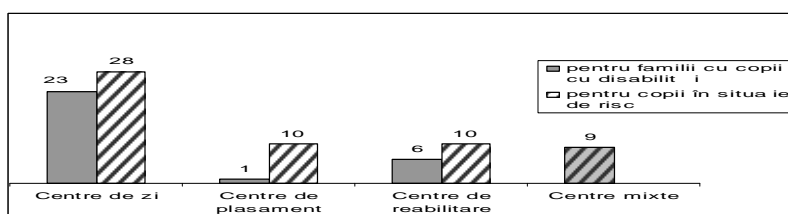
Include *Grija Guardianului și așe de tip Familial*. *Grija Guardianului* este prestată de copiii fără îngrijire parentală și acoperea la sfârșitul anului 2005 în jur de 614 copii din 100.000 mii de copii. Două treimi din copiii care au intrat în grija guardianului sunt de regulă sub tutela rudelor lor apropiate¹³.

Tipuri de familii sunt inițiale atunci când părinții-profesorii înaintează o cerere și documente administrației publice locale, care respectiv ia decizia. La momentul actual, există 23 tipuri de familii care includ 140 de copii, fără vreun potențial sau tendință de creștere a numărului astfel de instituții. În ultimii 5 ani, a aplicat doar încă o familie.

Adopție este considerată a fi o strategie suplimentară privitor la copiii cu dizabilități, în special în cazul copiilor instituționalizați. În situațiile de adopție, prestarea serviciilor sociale sunt necesare pentru a sprijini familiile care adoptă.

Numărul serviciilor sociale prestate pentru copii cu dizabilități este în creștere. Oricum însă, numărul său total este în jur de 20. Din centrele sociale de pe teritoriul țării, 3 sunt finanțate de Ministerul Protecției Sociale și mai puțin de jumătate de către autoritățile locale prin finanțele provenite din canale proprii și din finanțările autorităților centrale. Conform informațiilor din Rețeaua Socială și Alianța Persoanelor cu Dizabilități, numărul total de prestatori ai serviciilor sociale este în jur de 30, în timp ce restul fondurilor provin de la donatori externi.

Grafic 3.1



¹³ Ministry of Social Protection data System in Support of Children without Parental Care in the Republic of Moldova

Următorul tabel include într-o formă mai detaliată informația prezentată mai sus.

Grafic 3.2¹⁴

Prestatorii de servicii sociale subordinați financiar de către autoritățile publice adresate copiilor cu dizabilități ¹⁵				
Tipul	Activitatea	Numărul unit.	Numărul personalului	Numărul de copii
Finanțat de către Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului				
Centre de Plasament Temporar (non-rezidențial)	Centre comunitare, diverse servicii de reabilitare și îngrijire	3		
1. Sperața Criuleni, 2000 (Finanțat de DFID/SIDA) ¹⁶			11	43 din 40 (25 în mai mulți copii)
2. Plămăcieș, Taraclia, 2003 (Finanțat de DFID/SIDA)			22,5	45 din 60
3. Azimut, Soroca, 2003 (Finanțat de DFID/SIDA)				24 din 25
Nivel Local				
Centre de Plasament	Ofer asistență temporară pentru maxim 12 luni	2	35	45 (from 0-18)
4. Maternal Center Temporary Center of placement and rehabilitation for copii, Balti UNICEF				
Centre de zi (finanțarea donatorilor de stat și externi)	Ofer servicii de reabilitare și integrare socială	22	De la 3 la 26	
5. Center ATENTIE, Chisinau (Finanțat de DFID/SIDA)	Copii cu necesități speciale		16	20
6. Centrul de zi ASCLEPIO, Anenii noi (Finanțat de DFID/SIDA)	Copii cu dizabilități and copii din familiile sărace		14	75
7. Centrul de zi CVIS, Strășeni (Finanțat de DFID/SIDA)	Copii cu dizabilități and copii din familiile sărace		11	50
8. Centrul de zi CURAJ Ialoveni, Costești (Finanțat de DFID/SIDA)	Copii cu dizabilități		12	50
9. Centrul de zi SOMATO, Balti (Finanțat de DFID/SIDA)	Copii cu dizabilități		7	30
10. Centrul de zi START (Finanțat de DFID/SIDA)	Tineri cu dizabilități mentale		7	25
11. Centrul de zi CAR, Soroca (Finanțat de DFID/SIDA)	Copii cu deficiențe		9	35
12. Casa pentru Toti, Ungheni (Finanțat de DFID/SIDA)	Copii cu deficiențe și din familiile sărace		10	40
13. Centrul de zi Copii cu funcțional and mental restrictions, Comrat	Copii cu restricții mentale și funcționale		14,5	35
14. Community Center for Copii and youth cu dizabilități MOTIVATIEȘ, Vadul lui Voda UNICEF	Copii și tineri cu dizabilități			
Centrul de zi Copii cu dizabilități, Cahul UNICEF	Copii cu dizabilități		17	40
Rehabilitation Centers		4		64
15. Luminaș Balti (donors)	Locomotori dizabilități		Voluntari	12 din 12
16. Auditive protection, Balti	Dealing cu auditive problems		Voluntari	10 din 10
17. Fidanjic, Comrat (Finanțat de DFID/SIDA) (local budget)	Rehabilitation for Copii cu dizabilități		12	25 din 25
18. Deznaș, Singerei (local budget and donations)	Integration in school and society of Copii cu dizabilități		10	17 din 25
19. Mixed Center		1		38 copii
TOTAL		34		Aproximativ 1 481

¹⁴ Ministry of Social Protection statistics. Annual Social Report, 2003;2005

¹⁵ According to the Ministry of Social Protection statistics no centers in following districts: Basarabasca, Cahul, Ceadir-Lunga, Donduseni, Drochia, Dubasari, Falesti, Floresti, Leova, Ocnita, Riscani, Taraclia, Telenesti. The most developed centers are in: Chisinau and Balti.

¹⁶ Ann James CBE, CNTR 05 6648: Social Service Quality at the level of Communities of Moldova. Final Report

				copii din 13 208 ¹⁷ copii cu dizabilități (în jur de 10%)
20. Servicii Comunitare OFERITE COPILOR CU DIZABILITĂȚI				
21. Centrul de reabilitare LUMINITA, Singerei	Copii cu dizabilități		8	25
22. Centrul de reabilitare ASCODE and Pro Familia center for Copii cu dizabilități (Finanțat de DFID/SIDA)	Copii cu deficiențe din vârstă 0-4 ani		10	50
23. Centrul de zi SPERANTA, Chisinau	Copii cu dizabilități		10	29+15
24. Centrul de reabilitare a copiilor surzi și din alte grupuri de risc, Chisinau			13	
25. Ajutor copiilor Centrul de instruire, formare și informare medico-socială CASA COPILARIEI Chisinau	Copii cu dizabilități			
26. Centrul de zi pentru copii cu restricții fizice, Orhei, Peresecina (supported by Church)	Copii cu restricții fizice		11	20
27. Centrul Hippocrates (UK)	Consultanță primară gratuită pentru examinare și evaluare, stabilirea programului de recuperare multidisciplinar, a duratei și frecvenței curelor de tratament pentru fiecare beneficiar.		35	90 anual
TOTAL				1 623¹⁸
Forme Alternative de amplasare în familie				
28. Case de tip familial	Inițial când părinții profesorii înaintează o cerere și documente administrației publice locale, care ia decizia.	23		140
29. Îngrijirea unui gardian	Prestat copiilor fără părinți			614
30. Adopția		24		290 în 2005
TOTAL			În jur de 300-350	În jur de 1 - 1 500

Există 528,5 copii cu dizabilități per 100.000 sub 18 ani; pentru fete acest indicator este de 424 copii, în timp ce pentru băieți 628 copii per 100.000¹⁹.

Prestatorul de servicii sociale	No. de personal din unități	No. de copii
1. Speranța Criuleni, 2000 (Finanțat de DFID/SIDA) ²⁰	11	43
2. Plămăcieș, Taraclia, 2003 (Finanțat de DFID/SIDA)	22,5	45
3. Azimut, Soroca, 2003 (Finanțat de DFID/SIDA)		24
5. Centrul ATENTIE, Chisinau (Finanțat de DFID/SIDA)	16	20
6. Centrul de zi ASCLEPIO, Anenii noi (Finanțat de DFID/SIDA)	14	75
7. Centrul de zi CVIS, Strășeni (Finanțat de DFID/SIDA)	11	50
8. Centrul de zi CURAJ Ialoveni, Costești (Finanțat de DFID/SIDA)	12	50
9. Centrul de zi SOMATO, Balti (Finanțat de DFID/SIDA)	7	30
10. Centrul de zi START (Finanțat de DFID/SIDA)	7	25
11. Centrul de zi ICAR, Soroca (Finanțat de DFID/SIDA)	9	35
12. Casa pentru Toti, Ungheni (Finanțat de DFID/SIDA)	10	40
13. Centrul de zi Copii cu funcțional și mental restricții, Comrat	14, 5	35
14. Centru comunitar pentru Copii tineri cu dizabilități MOTIVATIE, Vadul lui Voda UNICEF		
Centrul de zi pentru Copii cu dizabilități, Cahul UNICEF	17	40
15. Lumina, Balti, (donors)	Voluntari	12 din 12
16. Auditive protection, Balti	Voluntari	10 din 10
17. Fidanjko, Comrat (Finanțat de DFID/SIDA), (local budget)	12	25 din 25

¹⁷ Social Protection Analysis of Disabled in Republic of Moldova. Ministry of Social Protection, Family and Children, 2007.

¹⁸ Ministry of Social Protection data System in Support of Children without Parental Care in the Republic of Moldova

¹⁹ Ministry of Social Protection data System in Support of Children without Parental Care in the Republic of Moldova

²⁰ Ann James CBE, CNTR 05 6648: Social Service Quality at the level of Communities în Moldova. Final Report

18. Deznă, Singerei, (local budget and donations)	10	17 din 25
19. Mixed Center	??	38 copii
21. Rehabilitation Center LUMINITA, Singerei	8	25
22. Rehabilitation center ASCODE, and Pro Familia center for Copii cu dizabilități (Finanțat de DFID/SIDA)	10	50
23. Centrul de zi SPERANTA, Chisinau	10	29+15
24. Centrul de reabilitare a copiilor surzi și din alte grupuri de risc, Chisinau	13	
25. Ajutor copiilor Centrul de instruire, formare și informare medico-socială OCASA COPILARIEI Chisinau		
26. Centrul de zi for copii cu physical restrictions, Orhei, Peresecina (supported by Church)	11	20
27. Centrul Hippocrates (UK)	35	90 anual
28. Case de tip familial	23	140
29. Îngrijirea unui gardian		614
30. Adopția	24	290 în 2005
TOTAL	În jur de 300-350	În jur de 1 - 1 500

Prin urmare, din 13 208, dintre care 3 857 sunt fie sub îngrijirea rezidențială sau în centre comunitare de zi în diferite forme alternative de Amplasare Familială, care ne conduce la presupunerea că există un număr enorm de copii cu dizabilități care nu sunt implicați în oricare din această activitate, ca o consecință fiind numărul înalt de copii izolați social.

Parintele declara: **“Alte mame pe care le cunosc se afla în condiții similare, și fac fața situației cum pot. Ei sunt unicele “servicii specializate” pentru copilul lor.**

(Mama unui copilului cu sindromul Dawn, care primește lunar o pensie de 475 lei. Copilul nu frecventează nici un centru care ar servi mediu de socializare, cu excepție medicului de familie care îi vizitează în caz de boală).

Din centrele de zi menționate mai sus, 4 centre au fost selectate pentru studii de caz cu scopul de identificarea posibilității și capacității de asistare a copii cu dizabilități aflați la centru cu servicii comunitare zilnice. Pentru a avea o idee generală despre tipul de servicii prestate și ce prezintă centrele, dorim să expunem scurte prezentări ale unor centre de zi.

În continuare, o listă de Centre de zi din Moldova care au diverse scopuri de aplicare va fi descrisă.

Grafic 3.3

Centrul de zi în Cahul “ Protecția socială și suportul pt grupurile de risc”
<p>Numărul total de copii: 40 Numărul total de copii cu dizabilități: 10 Numărul total de angajați: 19 Buget Total: Expenditure per copii: 10.000 MDL</p> <p>Unul dintre grupurile țintă ale acestui centru de zi sunt Copii cu dizabilități. Acest grup este adunat în prima parte a zilei la centru după care urmează diferite activități și exerciții.</p>
Centrul de zi "Voinicel", Chisinau
<p>Total number of families cu Copii cu dizabilități: 120 familii Numărul total de angajați: 10 Buget Total: Cheltuieli per copii:</p> <p>Este un centru de intervenție preventivă pentru copiii de la 0 la 3 ani. Centrul se adresează copiilor cât și familiilor, prin oferirea de informații, consiliere și servicii psihologice. Organizația de asemenea oferă training și pentru alte ONG-uri de intervenție timpurie pentru Copii cu dizabilități, având în ultimul timp unul din proiecte asupra instruirii a 60 specialiști.</p>

Centrul de zi "ASCLEPIO", Varnita, Tighina

Numărul total de copii: 75
Numărul total de copii cu dizabilități: 10
Numărul total de angajați: 17
Total budget: 600.000 lei (aproximate)
Cheltuieli per child: 8.000 lei (aproximate)

În Varnita, Tighina. Scopul acestui este prevenirea instituționalizării copiilor cu dizabilitate și copiilor lor din familii vulnerabile, în vederea reabilitării și integrării lor în societate. Numărul de beneficiari este în jur de 75 copii pentru o perioadă de 6 luni. Centrul plasării este școala din comunitate. În acest fel, copiii nu vor fi izolați și vor fi implicați în activitățile comunității.

Centrul de zi „Speranța”, Criuleni

Numărul total de copii: 40
Numărul total de copii cu dizabilități: 10
Numărul total de angajați: 19,5
Buget Total:
Expenditure per child: 17.000 MDL

Centrul de zi pentru copii cu Cerințe Educative Speciale (CES) și Speranță din or. Criuleni (fondat în august 2000 cu sprijinul Fundației SOROS Moldova în parteneriat cu autoritățile publice locale) ce desfășoară activitatea în baza unui program de terapie educațional-recuperatorie complexă și integrată.

Programa este structurată pe următoarele module:

- Terapie cognitivă (instruire curriculară, activități de cunoaștere, consolidare, completare a faptelor, informațiilor, abilităților, competențelor, deprinderilor într-o manieră deosebit de cea a procesului de predare-învățare)
- Kinetoterapia (recuperarea, ameliorarea, dezvoltarea și antrenarea conduitelor perceptiv-motrice, masaj, realizare motrică)
- Psihocorecție (edine de corecție, consultanță profesională cu copiii și părinții)
- Logopedie (edine de corecție, consultanță profesională)
- Terapie ocupațională (formarea deprinderilor de viață cotidiană, cultivarea deprinderilor pentru muncă)
- Autonomie personală și socială
- Arteterapie (desen, colaj, modelare)
- Meloterapie (terapia prin muzică)
- Ludoterapie (terapia prin joc)

The personnel pass trainings and self-trainings, having already a good network with neighboring countries as well as Western European countries. Din 19,5 of all staff, more than a half are specialists in assisting Copii cu dizabilități. (No Kinestheticians, speech therapists, medical therapists present).

Program de consiliere a părinților:

Părinții copiilor cu CES, părinții copiilor majoritari, participă la seminare, traininguri, discuții panel și mese rotunde în cadrul cărora se abordează diverse probleme. Aceste întâlniri nu numai că oferă suport informațional, dar și facilitează un schimb de experiență între părinți, oferind posibilitatea de a acorda sfaturi ce parvin atât de la specialiști, cât și de la părinți ce au experiență în rezolvarea problemelor similare.

De asemenea, părinților li se oferă consultații individuale. Ei pot primi informații și sfaturi de ordin profesional și complet confidențial.

La sesiunile organizate cu copiii părinții sunt invitați nu numai să asiste, dar și să participe activ, astfel involuntar obținând modele de ocupații comune cu copilul propriu.

Program informațional- instructiv pentru cadrele didactice din instituțiile de învățământ din raion:

- Traininguri
- Conferințe
- Consultanță psihoprofesională
- Dezbateri publice

În cadrul activităților, profesorii din instituțiile de învățământ sunt inițiați în problemele copiilor cu CES, primind instruire și informații utile pentru formarea unei opinii corecte despre instruirea, educarea și integrarea acestor copii în școala generală. Oricând pot beneficia de consultații psihoprofesionale, suport informațional-didactic, adresându-se la specialiștii din echipa multidisciplinară a Centrului de Speranță.

Program public:

- seminare
- campanii de mediatizare
- campanii de sensibilizare
- advocacy
- editarea materialelor promoționale
- traininguri
- ziua uelilor deschise
- lobby

Obiectivul principal al acestui program este sensibilizarea opiniei publice vis-à-vis de problemele copiilor cu CES în comunitate. Activitățile propuse includ diverși actori comunitari, astfel, contribuind la crearea unui parteneriat social care optează pentru o educație incluzivă.

Program de integrare școlară:

- activități comune cu școala
- dezbateri publice cu elevii și profesorii pe problema integrării în școala de masă a copiilor cu CES.
- traininguri cu elevii din țările pe problema acceptării copiilor cu CES de la egal la egal

Cele propuse sunt orientate spre copiii majoritari din țările. Activitățile au menirea de a schimba viziunea, atitudinea față de diversitate, cu oferirea informațiilor speciale despre activitatea și posibilitățile reale, atât a copilului cu CES, cât și a copiilor majoritari, despre norme de întreprindere a unor relații interpersonale, pentru o conviețuire reușită.

Program de formare continuă a specialiștilor:

- traininguri
- vizite de studii
- schimb de experiență

În scopul menținerii și creșterii profesionale a specialiștilor, acest program oferă posibilitatea de a cunoaște diversitatea posibilităților de intervenție în lucrul cu copiii cu CES atât în țară cât și peste hotare. În acest context a fost o colaborare fructuoasă cu ProDidactica, Fundația EuroEdö, Iași, România, Asociația de Speranță, Timișoara, oVILTISö, Vilnius, Lituania.

Prestarea serviciilor sociale pentru Copii cu dizabilități există, însă într-un mod sporadic și acoperă doar unele aspecte ale dizabilității. Finanțarea serviciilor sociale este aspectul cel mai vulnerabil.

3.2 Serviciile sociale existente în regiunea Orhei

În această secțiune vom face selecția serviciilor sociale care există doar în regiunea Orhei, la fel cum este indicat pe harta, regiunile Criuleni, Strășeni, Telenesti, Rezina, Călărași and Dubăsari. Chișinău este de asemenea luat în considerare.

Grafic 3.4



Servicii sociale pentru copiii cu dizabilități din regiunea Orhei	Personal	capacitate
1. Day care center, Speranta, Criuleni	19	10 copii + 25 copii as per state budget in 2008
2. Centrul de zi ASCLEPIO, Anenii noi	14	45
3. Centrul de zi CVIS, Strășeni	11	50
4. Community Center for Copii and youth cu dizabilități și MOTIVATIE, Vadul lui Voda	5	??
5. Deznăd, Singerei	10	25
6. Rehabilitation Center LUMINITA, Singerei	8	25
7. Centrul de zi pentru copii cu restricții fizice, Orhei, Persecina (sprijinit de biserică)	11	20
8. Centre de zi pentru Copii cu dizabilități din satul Persecina	1	??
9. Centre de zi pentru Copii cu dizabilități din Orhei și Paradis	1	??
10. Centre de zi pentru Copii cu dizabilități din satul Zorile	1	??
11. Rehabilitation center ASCODE and Pro Familia center for Copii cu dizabilități, Chișinău	?	?
12. Speranta, Chișinău	10	45
13. Voinicel, Chișinău	8	~35 copii
	Around 100-110 persoane	Around 300-400 Copii cu dizabilități

Grafic 3.5

Oferta serviciilor sociale pentru copii cu dizabilități este limitată. Câteva centre de zi din Singerei și Anenii Noi se află la distanțe mai mari și sunt la hotărârea regiunii Orhei. În afară de Speranta în Criuleni, cele mai apropiate centre sunt în Strășeni (CVIS) și în Vadul lui Voda (Motivatie 6 care tinerii și traiul independent). Alte două centre importante sunt: Speranta (Chișinău) și Voinicel (Chișinău) situate și care deservește constituenții din Chișinău. Există 3 centre de zi mici în satele învecinate cu Orhei (Zorile, Persecina și Paradis chiar în Orhei).

Doar Speranta (Criuleni) primește finanțare de stat.

Principalele concluzii sunt că: În regiunea din Orhei există o capacitate de asimilare aproximativ a 300-400 copii. Conform statisticilor medicale, în 2006 existau 544 copii cu dizabilitate în această regiune. Respectiv, poate fi considerat că aproape 150 copii cu dizabilitate nu sunt implicați în nici un fel de activitate și sunt în mare risc de izolare socială.

Precum este indicat în tabela de mai sus, există în jur de 350 personal specializat în țară, care au grija de aproximativ 1,300 copii cu dizabilitate, în timp ce în țară există 13208 copii cu dizabilitate.

CAPITOLUL 4. CEREREA ȘI OFERTA PROFESIONALĂ

Acest Capitol va analiza distribuția ofertei profesionale pe două nivele. Ambele, la nivel național și regional cuprind un număr de studenți absolvenți înmatriculați în domeniu cât și implicații în piața muncii de prestare a serviciilor necesare pentru copiii cu dizabilități.

Atunci când se identifică principalele categorii profesionale în centrele comunitare, următoarele tipuri de specialități sunt necesari²¹:

Tipuri de asistență socială :

- asistentă medicală și îngrijire
- asistentă paleativă
- consiliere psihologică
- recuperare și reabilitare

Centrul de îngrijire și asistență a persoanelor cu dizabilități (Centre pentru persoane cu Alzheimer, persoane cu dizabilități care au nevoie de asistență paliativă, etc.)

Tipuri de servicii sociale:

- medic medicină generală/medic specialist
- asistent social
- psihopedagog special
- fizioterapeut
- psiholog
- kinetoterapeut
- fiziokinetoterapeut
- instructor ergoterapie
- asistent medical
- asistent medical fizioterapie
- maseur
- infirmiera
- interpret în limbaj mimico-gestual
- terapeut ocupațional/instructor animator

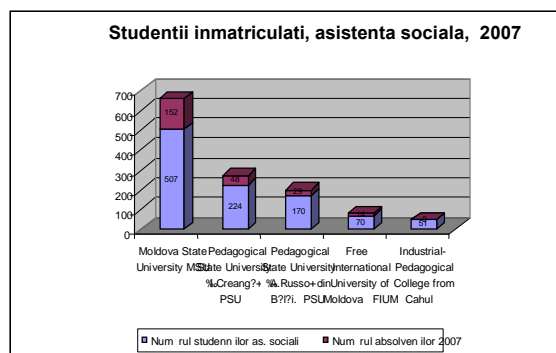
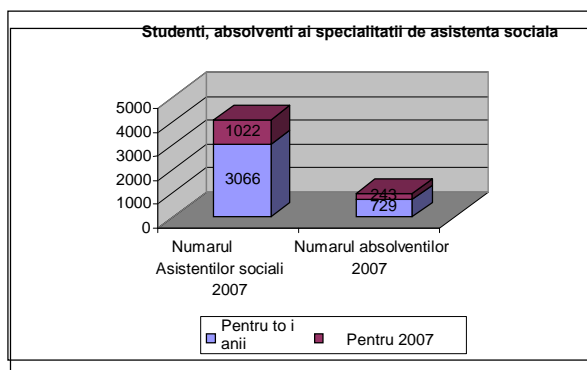
4.1 Nivel Național

La nivel național situația se rezumă la următoarele. Profesii cum ar fi asistența socială și psihologia sunt în fond predate la 4 Universități: Universitatea de Stat din Moldova (Chișinău), Universitatea Pedagogică I. Creangă (Chișinău)²², Universitatea Pedagogică Bălți, ULIM Universitatea Liberă Internațională (Chișinău),

Graficele 4.1, 4.2

²¹ Conform Hotărâre nr. 539/2005 pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, a Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale Guvernul României

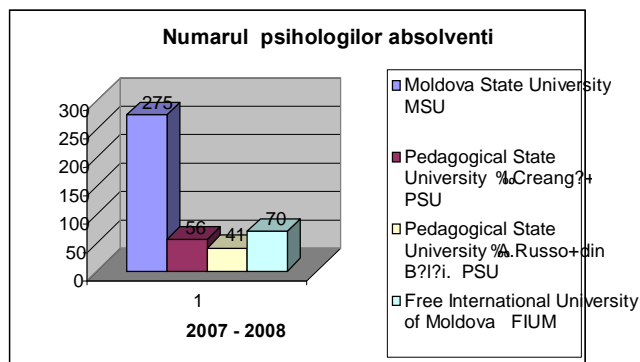
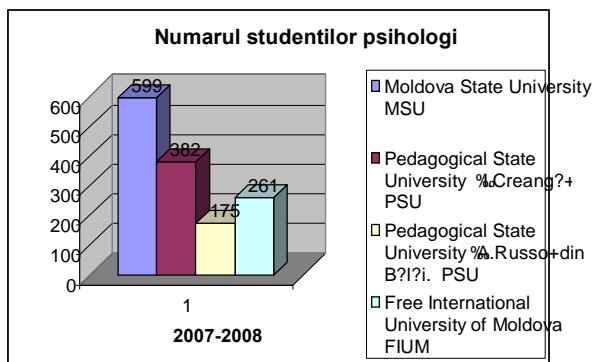
²² The department on social assistance at this University has been recently closed due to alleged misuse of functions by the leadership of the department.



Universitatea de Stat din Moldova (Chișinău) pregătește cele mai mulți asistenți sociali și psihologi, urmat fiind de Universitatea Pedagogică I. Creangă (Chișinău), Universitatea Pedagogică Bălți.

Numărul absolvenților la asistență socială ajunge în jur de 5000 anual, oricum însuși doar în jur de jumătate înșiși continuă profesia în viață. Numărul asistenților sociali va continua să crească în viitor cu aproximativ 1000 pe an. Statisticile comparative ale numărului as. Sociali în țările Europei Centrale și de Est va fi în continuare explorat.

Graficele 4.3, 4.4



Conform curiculei de studiu, aproape toate instituțiile predau:

- Asistență socială și sănătate publică (MSU, PSU Chișinău, PSU Bălți,)
- Lucrul social al copilului maltratat, MSU
- Devianții și control social, MSU
- Psiho-pedagogie specială, PSU Bălți, MSU

Referitor la asistența persoanelor cu dizabilități următoarele cursuri au fost identificate:

- Asistență socială pentru persoanele cu Dizabilități MSU, PSU Chișinău, PSU Bălți
- Asistență socială pentru Copii cu dizabilități
- Lucrul social pentru persoanele cu sindromul DAWN MSU

Conform interviurilor lansate²³, materialul de studiu oferă capacități de bază pentru lucru cu persoanele cu dizabilități. Una dintre sugestiile era ca cursurile în aceste direcții specifice să conțină traininguri cât mai însușirea capacităților pentru lucru cu relația prietene și copiii pentru a avea un efect de durată.

Cu atât mai mult, ceea ce înseamnă de studierea curiculei la universitățile din Moldova, următoarele sugestii au fost făcute pentru cursurile de asistență socială și persoanele cu dizabilități:

- studenții ar trebuie să aibă acces la Centrele de zi pentru a avea o idee practică;
- dezvoltarea voluntariatului pentru Centrele de zi;
- studenții trebuie să se implice în elaborarea standardelor, legislației;
- includerea în cadrul cursului, noua Convenție ONU privind persoanele cu dizabilități, cât și mai mult asupra legii „Avocatul copilului”;
- Mai multe discuții despre Planul RM-EU și analiza din perspectivă publică de vedere a politicii publice direcțiile pe care le întreprinde guvernul;
- Cunoștințe asupra programelor și beneficiilor pe care copiii le primesc, și aceasta datorită faptului că cel puțin în Chișinău există foarte mulți asistenți sociali care lucrează în cadrul primăriei municipale după absolvire;
- Mai mult învățare despre capacitățile de integrare;
- Prezentarea modelelor internaționale de reabilitare și integrare.

Discuții selective cu studenții²⁴, au dezvăluit că procesul de studiu este savurat de majoritatea studenților, oricum înșă după absolvire, în jur de 40% nu doresc să devină asistenți sociali, datorită salariilor scăzute. Alte motive sunt:

- Atitudinea societății față de asistenții sociali,
- Plecarea peste hotare,
- Dezagregare sau le-a displicut.

Printre 22 de studenți a unui grup care dorește să urmeze calea asistentului/asistentei sociale următoarele domenii au fost selectate:

- Copiii abuzați de către părinți,
- Copiii care au rămas fără părinți datorită migrației,
- Violență în familie, problemele femeilor și adopția.

O altă declarație pe care asistenții sociali o fac, este faptul că ei doresc să lucreze în sfera ONG-urilor, datorită salariilor mai înalte.

Datorită posibilității acțiunilor de voluntariat ale asistenților sociali la Institutul de Reforme Penale, acești studenți preferă să-și continue cariera profesională în domeniul sistemului penitenciar. Putem presupune că dacă ar exista mai mult acces și stimulare reciproc: universitate și centrele de zi, studenții vor urma de asemenea calea unui voluntariat activ în centrele din Moldova, și respectiv vor continua direcția carierii profesionale în domeniul ales în timpul anilor de studiu.

Sunt relevante unele concluzii:

- Numărul absolvenților asistenților sociali crește fiind în jur de 5 000, cu aproape 1 000 absolvenți adăugându-se în fiecare an, oricum înșă numărul total rămâne sub nivelul mediu în țările Europei Centrale și de Est;
- La nivelul curent de cerere (dezvoltarea scăzută a serviciilor sociale), oferta profesionalilor de asistență socială este oarecum suficientă ca număr înșă insuficientă ca calitate;
- Sistemul de achitare a lucrărilor sociale rămâne neatractiv pentru o mare parte din absolvenți cât și pentru prestigiu și renumele profesiei;
- Calitatea educației profesionale este cumva suprabalansată cu aspecte teoretice și insuficiente aspecte practice, de training;
- Necesitățile curriculare au nevoie de îmbunătățire substanțială cu scopul de a include subiecte asupra beneficiilor și programelor existente, cât și practica orientată spre reabilitare și dezvoltare bazată pe cele mai bune practici;
- Managementul prestării serviciilor sociale în mod crescător devine un subiect de îngrijorare.

²³ Interviewer: Dan Virtan, secretary of NGOs Alliance for Persons with Disabilities

²⁴ 5th grade students of the Social Assistance Department of the Moldova State University

- existența practicilor separate de excelență (experimentate de ONG-uri și specialiști).

4.2 Regional level in Orhei²⁵

Overall in the district there are - 26 social assistants; 8 psychologists.

Prestarea serviciilor profesionale la nivel regional arată că în raionul Orhei, următorii asistenți sociali sunt angajați:

- 14 la primărie, 15 unități
- Asistenți sociali pentru copii centre familiale, parte din Secția Asistență Socială și Protecția Familiei - 8 unități
- Centre de zi for Copii cu dizabilități din satul Pereșcina - 1 unitate
- Centre de zi for Copii cu dizabilități from Orhei și Paradiș - 1 unitate
- Centre de zi for Copii cu dizabilități din satul Zorile - 1 unitate

Există 8 unități pentru psihologi în colile din raion și 1 în școala din Orhei.

În majoritatea centrelor și ONG-urile care activează în domeniul social activează voluntari sau persoane care sunt primite în funcția de state ca pedagogi-educatori, sau chinoterapeuți / în dependență cum este cazul funcției de donatori. Asistenții sociali din primării/numiți asistenți comunitari/ au fost instruiți în cadrul proiectului susținut de UNICEF. Temele le puteți găsi în suportul de curs „Instruirea asistenților sociali comunitari”, aprobat prin ordinul MPSFC nr.44 din 16.05.2007.

Asistenții sociali din cadrul Centrelor au primit instruire în cadrul proiectului TACIS „Consolidarea Capacităților în Reforma Politicii sociale” și de asemenea în cadrul proiectului „Dezvoltarea serviciilor sociale integrate pentru familiile vulnerabile și copii în situații de risc”. Mai puține instruirii au fost în domeniul activităților cu copiii și persoanele cu dizabilități. Au fost organizate ateliere practice de lucru cu lucrătorii sociali în acest domeniu, care au fost organizate de specialiștii secției și nu de experți și profesioniști în domeniu.

Au prezentat tehnici de lucru în activitățile cu copiii cu dizabilități reprezentanții centrului de zi de la Criuleni, dna Grăjdianu. A fost timp limitat de 2 jumătăți de zi, ce este foarte puțin.

Prin urmare, unele concluzii sunt:

- Sunt 26 asistenți sociali; 8 psihologi în Orhei, împreună cu 2 unități for Copii cu dizabilități și 8 unități pentru copii și familiile sărace, ceea ce înseamnă că există un anumit potențial,

- Ong-urile angajează în jur de 100-120 asistenți sociali, specialiști care posedă atât cunoștințe teoretice cât și cele practice de a lucra cu copiii cu dizabilități.

²⁵ This subsection is drawn largely on the interview with the head of Social Assistance section from Orhei district

CAPITOLUL 5. FINANȚARE, LICENȚIERE, INSPECȚIE

CAPITOLUL 2 descrie pe larg cadrul instituțional al serviciilor sociale și prestările cheie instituționale în vederea funcționării și absenței procedurii de licențiere și inspecție.

Cu asistarea proiectului DFID/SIDA, Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului este în curs de dezvoltare a strategiei serviciilor sociale. Strategia a fost aprobată de către Consiliul Ministerului Protecției Sociale, Familiei și Copilului și este înaintată spre aprobarea Guvernului în viitorul apropiat. Una dintre componentele sale sunt serviciile sociale cu grup întins pentru persoanele cu dizabilități. Strategia este o strategie cadru și are câteva componente pe nivel de inițiere instituțională, tipuri de servicii și perspectivele de finanțare.

Oricum însă nu este încă cert că strategia sau alte documente premergătoare vor fi conectate cu necesitățile existente de ofertă, cu o corelare mai înaltă a serviciilor cu beneficiile bunei.

5.1 Prevederile Financiare Curente ale Serviciilor Sociale

Practica contractării serviciilor sociale are următoarele aranjamente:

- Finanțarea directă prin bugetul de stat, și
- Finanțarea din bugetele autorităților.

Aranjamentele finanțării din bugetul de stat efectuat tradițional în Moldova. De exemplu, toate instituțiile de îngrijire rezidențială sunt finanțate direct din bugetul de stat, ca parte a bugetelor de sector ministeriale. Responsabilitatea prestatorilor de servicii sociale și educaționale aparține ministerelor Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului (un număr de prestatori de îngrijire rezidențială pentru bătrâni și cei cu dizabilitate), Ministerul Sănătății (un număr de spitale rezidențiale), Ministerul Educației și Tineretului (un număr de seturi educaționale rezidențiale). Ministerul Finanțelor împreună cu ministerele corespunzătoare stabilesc cheltuielile normative pentru costul beneficiarului în îngrijirea rezidențială și bazat pe un număr de persoane proiectat în îngrijirea rezidențială asigură în bugetul fiecărei instituții, iar bugetul pentru fiecare categorie de instituție în bugetul de stat. Ministerele corespunzătoare adoptă regulamente de funcționare ale instituției respective, controlează și gestionează instituția. Bugetele pentru instituții vin administrativ de la ministerul corespunzător semestrial, rapoartele financiare sunt similare prestate pentru toate ministerele.

Finanțarea a anumitor servicii alternative din bugetul de stat are următorul model. Hotărârea de Guvern²⁶ a adoptat decizia transferului de subordonare a următoarelor trei centre Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului:

- Sperața Criuleni (43 din 40, plus asistența centrului de zi din 2008 cu 25 de copii mai mult)
- Plamcieș, Taraclia (45 din 60)
- Azimut, Soroca (24 din 25).

Bugetele pentru aceste instituții au fost prestate direct din bugetul de stat și de la Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului, ca un aranjament bazat pe voința politică și aranjamente specifice între actorii de decizie. Acești trei prestatori de servicii sociale au apărut din cadrul programului Fondului de Investiții Sociale de stabilire ale serviciilor alternative și comunitare și respectiv a jucat un rol important în proces²⁷. Sursa finanțării este bugetul de stat din taxele generale; nu sunt extrase contribuții din schema de asigurare.

²⁶ Hotărârea Guvernului nr. 181, 17.02.2006 cu privire la transmiterea unor centre pentru copii de la subordonarea Consiliului raional Soroca, Consiliile orașenești Criuleni și Taraclia.

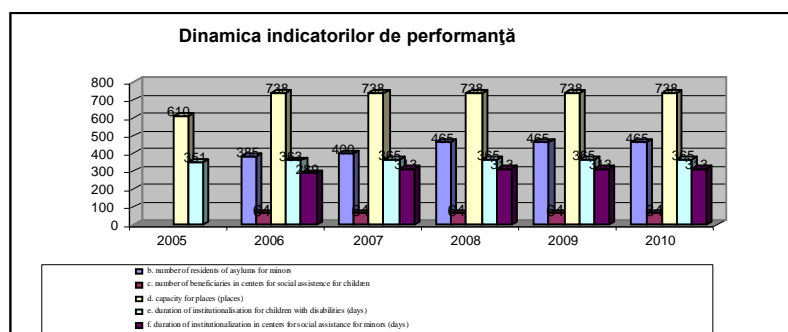
²⁷ Social Investment Fund (FISM) program in Moldova in its 2nd stage provided for the creation of the social and community services. It is funded from external donations and partially matched by local state funds. One of the criteria for the continuation of external funding is the gradual takeover of the funding of the social services by state authorities. Therefore, the decision to

Aranjamentele financiare ale funcționării autorităților centrale au un impact direct asupra modalității în care autoritățile centrale de a aborda cheltuielile sociale. Abordarea curentă este bazată pe programe de performanță unde toate cheltuielile sociale provenite din bugetul de stat (fără a include cheltuielile bazate pe asigurare și mijloace locale) și sunt organizate pe obiective, indicatori de performanță și bugetele. Cheltuielile sociale de stat curente sunt organizate în 3 programe²⁸:

- elaborarea politicilor și managementul în domeniul protecției sociale,
- organizarea odihnei pentru copii și protecției medico-sociale a copiilor aflați sub îngrijirea statului (incluzând suportul pentru copii cu dizabilități mentale),
- organizarea suportului medico-sociale al bătrânilor, persoanelor cu dizabilități fizice și psihice și persoanele traficate.

Indicatorii de performanță menționați în bugetul de stat reflectă metodologia calculării cheltuielilor sociale de stat. Graficul de mai jos arată că numărul de beneficiari ai serviciilor de asistență socială nu se va schimba în următorii ani până în 2010. Numărul curent de 64 indică faptul că cele 3 centre existente funcționează deja. O altă concluzie este că îngrijirea rezidențială depășește locurile centrelor comunitare și pasul planificat este de a rămâne la fel.

Grafic 5.1



A doua prevedere pentru finanțarea serviciilor sociale este bazată pe capacitatea autorităților locale de finanțare a creșterii și aprovizionării serviciilor sociale²⁹.

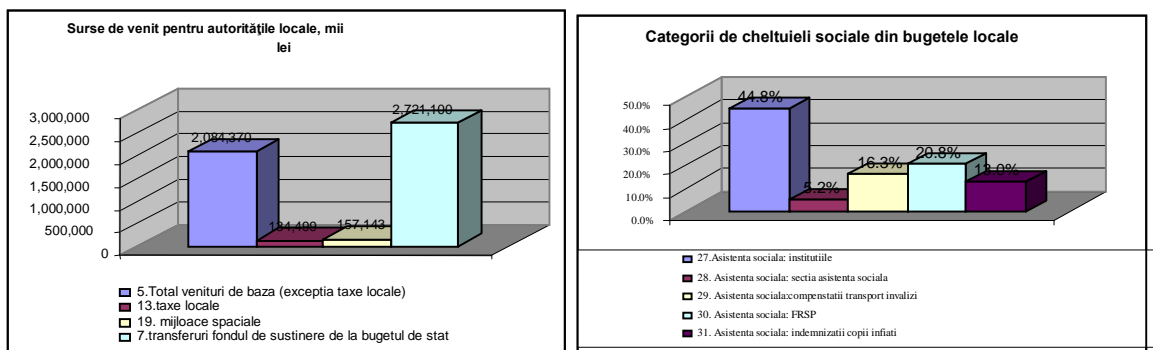
Capacitatea autorităților locale de finanțare rezistă dezvoltării serviciilor sociale care depind în mare parte de un grad înalt al decentralizării fiscale și financiare ale autorităților locale. Moldova probabil este printre cele mai centralizate regiuni din regiunea de Est. Prin urmare, aceasta creează condiții nefavorabile pentru stimularea capacităților autorităților locale de a dezvolta serviciile sociale. În acest sens, dependența de mijloacele financiare prestat pentru autoritățile locale este critic pentru dezvoltarea serviciilor sociale și serviciilor sociale pentru copiii cu dizabilități.

Într-adevăr, cum arată graficele de mai jos, doar jumătate din bugetele locale vin din autoritățile locale. Chiar mai mult, autoritățile locale raionale dacă ar fi comparate cu cele comunitare locale sunt într-o situație mult mai bună. Mai mult decât 50% ale bugetelor autorităților locale au originea în transferurile de la autoritățile centrale care urmează a fi numite proceduri de balansare a bugetelor locale.

Graficele 5.2, 5.3

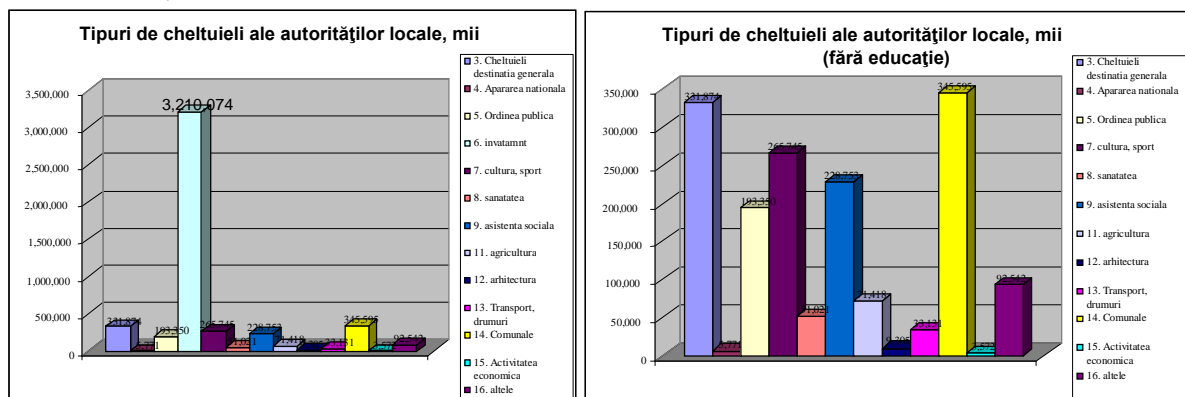
²⁸ State Budget Project for the year 2008, September 2007, pp.369-374

²⁹ State Budget Project for the year 2008, September 2007, pp.459-470



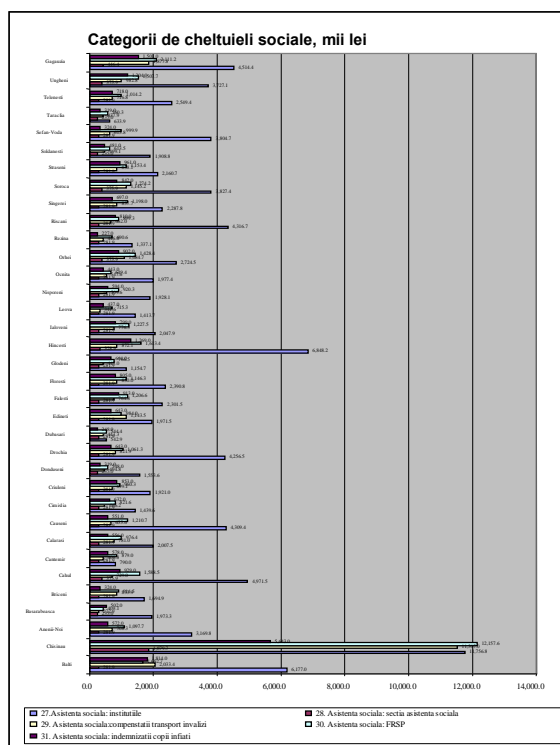
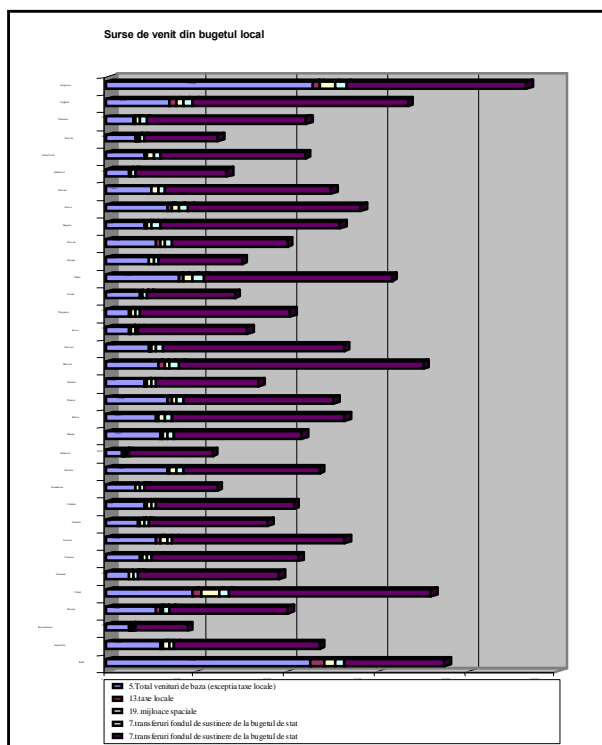
Din bugetele locale, cheltuielile pe educație reprezintă mai mult decât 65%, în timp ce **cheltuielile pe protecția socială sunt mai puțin decât 10%** precum ilustrat în Graficul 5.4. Graficul 5.3 de asemenea arată că din cheltuielile bugetului social, 45% reprezintă costurile suportului serviciilor sociale iar restul este pentru costuri administrative și autorități locale gestionate și predeterminate de către programele benevole ale autorităților centrale.

Graficele 5.4, 5.5



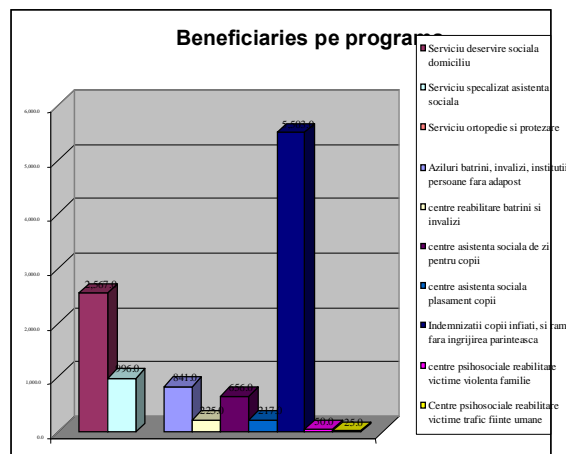
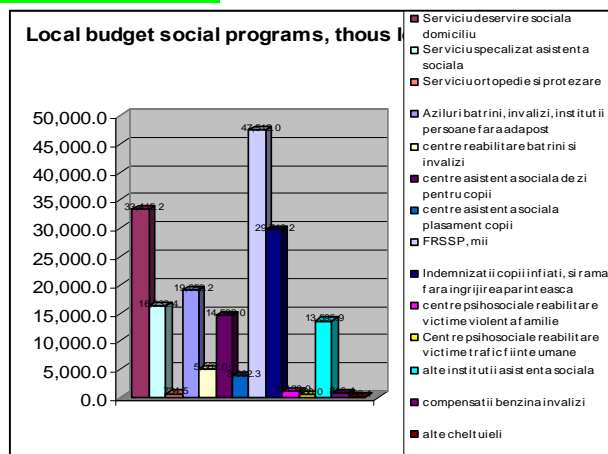
Pentru unele autorități locale, situația arată mai bine. De exemplu, autoritățile locale din Bli și Cahul au o capacitate financiară mult mai bună, decât cea din Orhei, conform Graficelor 5.6, 5.7. În ultim caz, rata contribuției de la autoritățile centrale este mult mai înaltă, respectiv autoritățile locale au mai puțin în posibilitatea să renoveze cu programe și servicii sociale.

Graficele 5.6, 5.7



O discuție mai detaliată asupra programelor specifice este reprezentată Graficele 5.8 și 5.9, unde serviciile sociale ca centre comunitare sunt cea mai mică prioritate în finanțarea bugetelor locale, mai puțin de 10%. În general, finanțarea pentru Copiii cu dizabilități și persoanele cu dizabilități prin servicii ar putea chiar nici să nu atingă 15-18 mln lei. Numărul persoanelor deservite este maxim 10% din necesitățile existente.

Graficele 5.8, 5.9



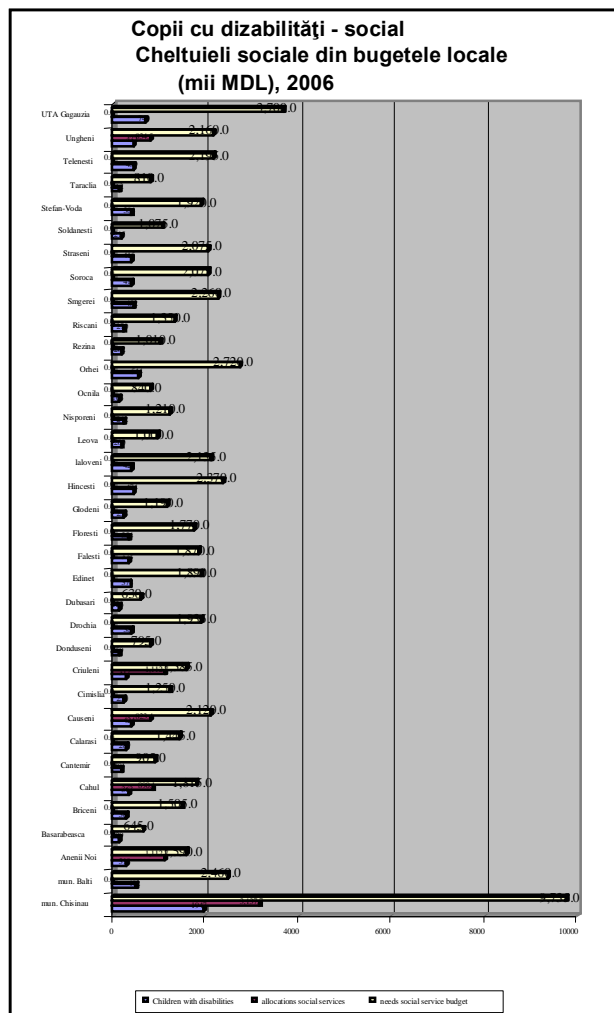
Un alt factor critic al finanțării din bugetele locale este vulnerabilitatea finanțării locale. În absența unui cadru clar de politici pentru prestarea serviciilor sociale, autoritățile locale mereu vor opta pentru schimbarea destinației cheltuielilor. Aceasta pare a reflecta de asemenea și puterea autorităților centrale de negocia discret alocările pentru a sprijini bugetele locale.

!!!!In lumina informației prezentate în sistemul fiscal existent, finanțarea serviciilor sociale și serviciilor pentru persoanele cu dizabilități din bugetele locale puțin probabil pare a avea loc !!!!

5.2 Analiza programului de finanțare publică a serviciilor sociale.

În această secțiune, noi încercăm să evaluăm necesitățile financiare ale serviciilor sociale prin autoritățile locale. Costul total al creării programului serviciilor sociale comunitare pentru copiii cu dizabilități va consta în jur de 50-60 mln lei, luând în considerare costul de 5 000 lei per copil anual. Programul poate funcționa fără dificultate în cazul multifuncționării serviciilor centrelor comunitare unde Copiii cu dizabilități se vor socializa cu alți copii.

Grafic 5.10



Estimarea din Grafic reflectă doar costurile operaționale. Costurile ce în de crearea serviciilor sociale, investiții și infrastructură ar cel puțin dubla costul programului. Componenta de investiții în program putea fi realizată prin finanțarea oferită de Fondul Social de Investiții (FISM). Faza a doua a strategiei este de a crea o infrastructură a serviciilor sociale și de a asigura operaționalizarea serviciilor sociale. Strategia FISM pentru crearea serviciilor sociale nu sunt corelate cu intențiile Ministerului și nu capitalizează necesitățile specifice geografice în țară.

Strategia draft strategy pentru integrarea serviciilor sociale în procesul de dezvoltare a Ministerului cu suportul proiectului DFID/SIDA de către OPM/EveryChild. Strategia draft asigură crearea sistemului de finanțare a serviciilor sociale, a cadrului instituțional pentru acreditare, inspecție a calității și sistemul de evaluare a necesităților. Ca un document de politică, se așteaptă ca strategia să fie aprobată la începutul anului viitor.

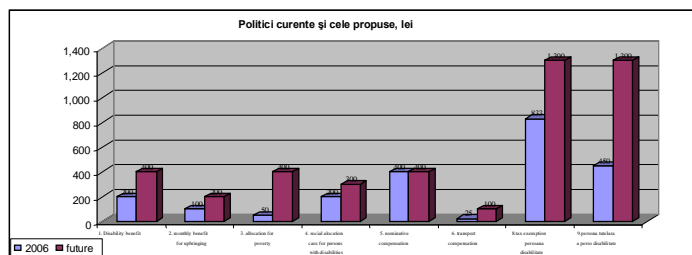
Standarde și acreditarea serviciilor sociale

TACIS/TRANSTEC (2007) și UNICEF (2006) au elaborat standarde minime de acreditare și funcționare a serviciilor sociale, în special cele pentru Copiii cu dizabilități. Standardele vor deveni informaționale la începutul anului viitor.

Beneficii și alocații

Calcularea beneficiilor și alocațiilor sociale pentru Copiii cu dizabilități dezvoltă Copiii cu dizabilități contribuie semnificativ la însușirea circulației familiei, respectiv prinii preferă să trimită copiii în îngrijire rezidențială. Aceasta este confirmat prin motivele amplasării în internatul de la Orhei (aproape jumătate). Pentru a schimba situația, beneficiile și alocațiile cât și politicile fiscale trebuie să se facă mai atractive pentru prinii care au copii cu dizabilități în familiile lor, astfel încât la minim, beneficiile și alocațiile să nu permită trecerea familiei în străinătate. Graficul 5.11 arată o creștere în beneficiile și alocațiile.

Grafic 5.11



CAPITOLUL 6. DISCUȚII ASUPRA OPȚIUNILOR DE POLITICI

Acest CAPITOL oferă o discuție asupra opțiunilor disponibile pentru prestarea și gestionarea serviciilor sociale pentru persoanele și Copiii cu dizabilități și explică cursul preferat al acțiunii ce pledează pentru introducerea unui cadru de politici pentru sănătate mentală ale politicilor curente. Adicional, aducem un set de recomandări de îmbunătățire a politicilor cu privire la copiii și persoanelor cu dizabilități. Acest capitol conține recomandări despre situația generală a persoanelor și Copiilor cu dizabilități în special cu privire la bătănie cu dizabilități mentale din regiunea Orhei regională și dincolo internat.

6.1 Opțiuni de politici

În această secțiune vom lua în considerare opțiunile introducerii serviciilor sociale pentru copiii și persoanelor cu dizabilități

Opțiunile de politici considerate:

- Prevederile în finanțarea serviciilor sociale de către autoritățile locale
- Autoritățile centrale în cooperare cu autoritățile locale finanțare serv. Soc.;
- Prin agenții și agenții deconcentrate, autoritățile centrale prestează servicii sociale.

Criterii pentru evaluare a serviciilor sociale:

- efectivitate (rezultatele)
- implementabilitatea în condițiile curente (dificultăți tehnice și politice, capacitatea)
- costurile (eficiența)
- durabilitatea

Grafic 6.1

Opțiuni de politici	Opțiunea 1: Autoritățile Locale prestarea și finanțarea serviciilor sociale	Opțiunea 2: Autoritățile centrale în cooperare cu Autoritățile locale finanțare după care prestează serviciile sociale	Opțiunea 3: Autoritățile centrale prin agenții și agenții deconcentrate prestează s.s.
Conținutul politicilor	<ul style="list-style-type: none"> - co-finanțarea bugetelor din autoritățile locale pentru îngrijirea nonrezidențială - redirecționarea parțială îngrijirii rezidențiale finanțând îngrijirea nonrezidențială - beneficii depline din diverse programe bătănie (analizele arată că o sumă importantă de potențial venit lunar de 1 200 MDL direct și până la 1 200 indirect, plus asigurarea medicală, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> - redirecționarea treptată a cheltuielilor îngrijirii rezidențiale spre îngrijirea nonrezidențială comunitară - Responsabilitatea Ministerului PSFC pentru managementul bugetului cheltuielilor sociale cu o capacitate crescută a Ministerului - O corelare mai puternică între FISM și Minister - beneficii depline din diverse programe bătănie (analizele arată că o sumă importantă de potențial venit lunar de 1 200 MDL direct și până la 1 200 indirect, plus asigurarea medicală, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> - finanțarea pachetelor sociale per copil - redirecționarea programelor de finanțare în interiorul bugetului statului bazată pe necesitățile sociale - Ministerul PSFC depline responsabilitatea managementului bugetului social și cheltuielilor curente creșterea capacității Ministerului - Ministrul influențare asupra FISM - beneficii depline din diverse programe bătănie (analizele arată că o sumă importantă de potențial venit lunar de 1 200 MDL direct și până la 1 200 indirect, plus asigurarea medicală, etc)
Precondiții	<p>Precondiții minime:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oferta de profesioniști regional pentru serviciile comunitare 	<p>Precondiții minime:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oferta de profesioniști regional pentru serviciile comunitare 	<p>Precondiții minime:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oferta de profesioniști regional pentru serviciile comunitare

	<p>- prevederea unor fonduri compatibile (regula de 50%) supliment pentru bugetul de stat</p> <p>Condițiile preferate (adugător):</p> <ul style="list-style-type: none"> - standarde pentru serviciile sociale - inspecția calității serviciilor sociale - acreditarea pentru prestarea serviciilor sociale 	<p>- finanțarea pachetelor sociale per copil</p> <p>- redirecționarea programelor de finanțare în interiorul bugetului statului bazată pe necesitățile sociale</p> <p>- crearea capacităților de management ale autorităților regionale</p> <p>Condițiile preferate (adugător):</p> <ul style="list-style-type: none"> - standarde pentru serviciile sociale - inspecția calității serviciilor sociale - acreditarea pentru prestarea serviciilor sociale - political agreement on cooperation cu local authorities - at least 30% co-match from local authorities 	<p>- crearea capacităților de management ale autorităților regionale</p> <p>Condițiile preferate (adugător):</p> <ul style="list-style-type: none"> - standarde pentru serviciile sociale - inspecția calității serviciilor sociale - acreditarea pentru prestarea serviciilor sociale - political agreement on cooperation cu local authorities
Concluzii	Finanțiar nefezabil, întrucât bugetul local deține la moment doar 50% acoperind cheltuielile necesare; Politic imposibil datorită confruntărilor puternice între autoritățile centrale și cele locale	Opțiunea preferată, bazată pe capacitatea de finanțare a autorităților centrale de a sprijini și asigura calitatea inspecției și proximitatea capacității autorității locale și înțelegerea necesităților locale, utilizarea efectivă a prestațiilor de servicii sociale	Finanțiar posibil, există practici anterioare, înaltă posibilitate de eficiență și de a deveni mai aproape de beneficiari.

6.2 Cursul acțiunii recomandată

În această secțiune, oferim un set de recomandări la nivel de politici în special referitor la Internatul pentru băieți din Orhei. În primul caz, recomandările de politici se referă la modalitatea petrecerii programelor de sănătate mentală în cadrul politicilor existente și cum politicile curente pot fi îmbunătățite cu scopul realizării substanțiale și eficiente ale programelor de sănătate mentală. Cu referire la școala de băieți din Orhei, recomandările noastre se vor referi la resursele (oferta de servicii) existente de dezinstiționalizare și oportunitățile (politicile și factorii).

La Nivel de Politică

- ceea ce se referă la îmbunătățirea politicilor
 - a) **Politicile pe beneficii bănești.** Programele existente de **beneficii bănești** (alocații pentru dizabilitate, beneficii de îngrijire a unui copil cu dizabilitate, beneficii de îngrijire a unui copil, Grafic 2.28) ar trebui modificate astfel încât familiile să primească o motivație mai mare de îngrijire în familia cu copiii cu dizabilități (Grafic 5.11); pachetele de beneficii curente pentru dizabilitate este sub linia de survie a copiilor, dar trebuie să fie astfel încât familiile să aibă o motivație puternică de a crește un copil cu dizabilitate acasă;
 - b) **Politici fiscale.** Existența motivațiilor fiscale (scutiri de taxe pentru persoanele cu dizabilitate, pentru persoanele care le îngrijesc, Grafic 2.28) în practică grupul întreg sunt doar persoanele care au cel puțin în nivel mediu sau înalt de venit, oricum scutirile de taxe sunt insuficiente pentru a le folosi sistematic de cea mai interesantă, respectiv este sugerată o creștere în scutiri de taxe, precum în Grafic 5.11;
 - c) **Preferințe pentru îngrijirea non-rezidențială.** **Îngrijirea non-rezidențială** se demonstrează a fi mai puțin costisitor (Grafic 2.29) și la fel cum arată și alte cercetări practice, este mult mai efektiv în integrarea copiilor în societate; practica curentă de ofertă profesională pentru

îngrijirea non rezidențială (secțiunea 3.1 și 3.2) oferă un număr de practici pozitive cu costuri operaționale per copil, care variază în jurul sumei de 8 000 lei anual (ceea ce este de câteva ori mai puțin decât îngrijirea rezidențială, Grafic 2.29); respectiv, îngrijirea nonrezidențială ar trebui să fie una dintre opțiunile preferate pentru beneficiile bunești relevante și politicile fiscale (vezi mai sus a) și b)) și în continuare să dezvolte servicii comunitare ca fiind o practică pozitivă;

- d) **Prestarea serviciilor Sociale.** La moment, serviciile de îngrijire non-rezidențială pentru copiii cu dizabilități cu greu includ 8-9% din copii care au nevoie (Grafic 3.2), cu un grad de variație în calitate, insuficient de ofertă profesională datorat capacității financiare ale autorităților locale (Grafic 5.2, 5.3) și lipsa priorității în programul guvernamental al creșterii serviciilor sociale în general și a celor pentru copiii (cu dizabilități) în special (Grafic 5.1, Grafic 2.4, Graficele 2.14, 2.15); prin urmare, **componentele serviciului ale politicilor trebuie dezvoltate bazându-se pe cele mai bune practici ale îngrijirii rezidențiale (mai eficiente și mai efective) cu programe speciale pentru copiii cu dizabilitate finanțate și co-finanțate local; în Graficul 5.10 este ilustrată asocierea necesităților existente pentru crearea serviciilor sociale pentru copii cu dizabilități, un program de 50 mln lei pentru costuri operaționale per copil cu 5-6 000 MDL per copil, va fi necesar de a produce rezultate efective și durabile (redirecționarea fondurilor pentru compensațiile nominative este doar una dintre sursele programului);**
- e) **Finanțarea serviciilor Sociale.** În cadrul sistemului centralizat fiscal, sursa de finanțare ale serviciilor sociale ar trebui să vină din bugetul autorităților centrale (Grafic 2.5) deoarece un program specializat durează 3 ani, bazele vor fi gestionare de către autoritățile locale (vezi practici existente autorități locale-centrale Grafic 5.8) și co-finanțat cu bugetele autorităților locale cu până la 25%; prestările serviciilor sociale pot fi bazate pe principiile tenderelor autorităților locale și pe principiile a cel puțin 10% și 20% a fondurilor asociate pentru oferta serviciilor sociale.
- f) **Mecanismul de finanțare ale serviciului social.** Introducerea efectivă a serviciilor sociale necesită un mecanism de finanțare, în care este estimat un pachet de costuri ale serviciilor sociale per copil (persoană) cu dizabilități; pachetul calculat trebuie să fie planificat bazându-se pe rețedința copilului cu dizabilități și trebuie să-l urmeze pe copil în timp ce el/ea decide mișcarea din comunitate; acest sistem va produce o motivație mai mare pentru autoritățile locale să dezvolte oferta serviciilor sociale;
- g) **Crearea acreditării, standardelor.** Pentru a aplica în practică sistemul sugerat, precum este explicat în secțiunea 2.2, este nevoia de acreditare și control al calității serviciilor sociale cât și de un pachet minim de standarde pentru prestarea serviciilor sociale; ceea ce lipsește la moment.
- h) **Calitatea profesională.** Numărul profesionalilor de servicii sociale crește, la moment satisfăcând când necesitățile (în condițiile dezvoltării incipente ale prestărilor serviciilor sociale), oricum înșelăcătoarele prestări de servicii sociale este recomandabil de merit, lucrătorii, piața lucrătorilor sociali și al profesionalilor va suferi de lipsă; într-adevăr, la momentul dat există în jur de 5 000 profesioniști cu aproape încă 1 000 ce intră pe piață (Grafic 4.1, 4.2), oricum doar 40% sunt interesați să intre pe piață, profesioniștii corespund necesităților serviciilor sociale mai puțin de 10% (300-400), (Grafic 3.2), în timp ce doar 3 000 de specialiști sunt necesari pentru copiii cu dizabilități; educația calificată rămâne a fi întrebarea care suferă cel mai mult din cauza teoriei combinate cu puțin în practică;
- i) **Acoperirea insuficientă cu servicii sociale.** Estimarea copiilor cu dizabilități descoperă doar 20% primesc unul dintre serviciile sociale (incluzând spitalele Ministerului Sănătății care nu sunt discutate în cercetare), restul sunt ascunși de societate.

- ceea ce se referă la programele de sănătate mentală în cadrul de politici curente

- a) **Folosirea politicilor de beneficii bănești.** Promovarea serviciilor de sănătate mentală bazată pe îngrijirea non-rezidențială și serviciile comunitare, acestea ar trebui să folosească beneficiile bunești existente și politicile fiscale pentru familii, gospodării cu persoane cu indivizi cu dizabilitate; promovarea serviciilor sociale nu înnecont de regulă de aceste politici și nu le este oferit nici un fel de asistență în accesarea lor;
- b) **Folosirea politicilor fiscale.** Adopția socială sau suportul social al instituțiilor pentru copii copii sau persoanelor cu dizabilitate ar putea fi consolidat prin utilizarea beneficiilor bunești și politicilor fiscale;

- c) *Modelul de prestare a serviciilor sociale de către autoritățile locale.* Promovarea dezvoltării serviciilor sociale ar trebui să capitalizeze programele existente ale autorităților locale (negociate cu autoritățile centrale per alocație de beneficiar, Grafic 5.8) pentru prestarea serviciilor sociale, odată ce acestea vor urma principiul creșterii serviciului aproape de utilizarea beneficiarului mai degrabă decât urmărirea practicii finanțării serviciilor sociale din bugetele centrale (informația din secțiunea 5.1);
- d) *Capitalizarea practicilor pozitive.* Practicile pozitive existente ale serviciilor sociale relevante ar trebui profund reînnoite și în special să dezvolte metode și practici de antreprenoriat social în jurul modelelor existente.

- referitor la Internatul pentru băieți cu dizabilitate din Orhei

Aici am compilat un set de recomandări direcționate spre răspunsul la întrebarea legată de programele de dezinstiționalizare a copiilor cu dizabilități mentale de la Internatul din Orhei.

Un set de acțiuni complementare sunt direcționate spre Internatul pentru băieți cu dizabilitate din Orhei

- a) **Lucrul cu familiile mai înstărite (capitalizarea prestațiilor fiscale) cu copiii cu dizabilități și asistarea lor în accesarea diferitelor beneficii și alocații;** la momentul dat, beneficiile pot atinge suma de 1 200 lei lunar și cu beneficii fiscale până la 2 300 lei lunar per copil cu dizabilitate; Ideal, eforturile trebuie realizate pentru a face lobby pentru creșterea beneficiilor sociale și fiscale, cum este ilustrat în Grafic 5.11; aceasta va ajuta să depășească unul dintre motivele amplasării copilului în îngrijirea rezidențială, Grafic 1.10;
- b) Complementar punctului precedent a), **mecanismul de adopție sociale ar trebui în continuare folosit; precum Graficul 1.11 arată, aproape 40% din copiii din îngrijirea rezidențială a orfanilor, sistemul beneficiilor benevolescilor fiscale ar trebui să fie folosit pentru a explica stimularea financiară pentru adopția socială;**
- c) Graficul 1.11 ilustrează că cel puțin 50% din copiii temporar amplasați pot fi reintegrați în societate cu suportul programelor beneficiilor benevolescilor, politicilor fiscale, pentru dezvoltarea serviciilor comunitare;
- d) **Graficul 1.11, arată că 40% din copiii care sunt abandonați și cu pierderi deprivative de la drepturile de pierderi, un program de adopție socială ar putea fi inițiat în afara punctelor precedente care vor beneficia de beneficii de adopție socială, dar care de asemenea vor fi completate de programe suplimentare de suport pentru copiii adoptați;**
- e) În Graficul 1.14, 1.15, se vede clar că majoritatea copiilor din coală, vin din Orhei sau regiunile apropiate distanță de 50 km, respectiv, intervenția proiectului de dezvoltare a serviciilor sociale în apropierea Orheiului este justificată; plus la aceasta, sursa venirii copiilor cu dizabilități este din Chișinău (surprinzător, Graficul 1.16 arată că o parte substanțială de copii cu dizabilități vin din aceleași regiuni din Chișinău, respectiv aceasta justifică dezvoltarea serviciilor sociale pilot în regiune;
- f) În grafic 3.5, putem observa că numărul prestatorilor existenți de servicii sociale are o mare concentrație în comparație cu alte părți ale țării, mai mult de jumătate de prestatori au fost identificați; dintre aceștia unii sunt considerați drept practici pozitive din afară, cum ar fi Speranța (Criuleni) și Speranța (Chișinău); capacitatea generală a serviciilor unei rețele existente de prestatori din Orhei și regiunile adiacente acoperă în jur de 300-400 copii;
- g) Conform celor discutate în secțiunea 4.2, oferta de specialități sociale relevante în Orhei și regiunile adiacente este rezonabilă, oricum în sub anumite aspecte constrângătoare, care presupun că politicile sociale să fie dezvoltate, capacitatea profesională reînnoită și alte criterii pentru a suplimenta funcționarea prestatorilor sociali necesari.

7. Referințe

Surse

1. DAI Europe Functional Review on Moldovan central authorities, 2006,
2. Proiectul bugetului de stat 2008, septembrie 2007, Ministerul Finanțelor,
3. Annual Social Reports, 2004, 2005, 2006 (relevant CAPITOLULS), by Ministry of Social Protection, Family and Child
4. CNAS annual reports, 2005, 2006,
5. CReDO Policy paper on rapid assessment of the social sector policies, 2007, www.CReDO.md,
6. CReDO Policy paper on welfare benefits and programs for labour inclusion of persoane cu dizabilități, 2007, www.CReDO.md,
7. UNICEF report on the residential care instituții in Moldova, 2007 (unofficial),
8. Discussions and interviews cu various stakeholders (Ministry of Social Protection, Child and Family, Ministry of Finance, Ministry of Economy)
9. Ann James CBE, CNTR 05 6648: Social Service Quality at the level of Communities în Moldova. Final Report
10. Social Protection Analysis of Dizabilitate in Republic of Moldova. Ministry of Social Protection, Family and Copii, 2007.
11. Financing for Mental Health, World Health Organization, 2003.
12. Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului și Sistemul în Suport al Copiilor cuout Parental Care in the Republic of Moldova

Cadrul legal:

13. Legea asistentei sociale nr. 548-XV, 25.12.2003
14. Legea nr. 338-XIII, 24.12.1994, privind drepturile copilului
15. Legea nr.821-XII, 24.12.1991, privind protecția socială a invalizilor,
16. HG nr. 727, 16.06.2003, despre aprobarea strategiei naționale privind protecția copilului și familiei,
17. HG nr. 1018, 13.09.2004, cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al centrului de plasament temporar al copilului,
18. HG nr.450, 28.04.2006 pentru aprobarea standardelor minime de calitate privind îngrijirea educarea și socializarea copilului din Centrul de plasament temporar,
19. HG nr.51, 23.01.2002, despre aprobarea Concepției naționale privind protecția copilului și a familiei,
20. Legea nr.81-XV, 28.02.2003, privind cantinele de ajutor social și Regulamentul-tip cu privire la funcționarea cantinelor de ajutor social, aprobat prin HG nr.1246, 16.10.2003 despre aprobarea regulamentului-tip cu privire la funcționarea cantinelor de ajutor social,
21. Regulamentul-tip cu privire la serviciul protejare și ortopedie, aprobat prin ordinal Ministrului Muncii și Protecției Sociale, nr.7, 03.03.2003, în coordonare cu Ministerul Finanțelor,
22. Regulamentul-tip de funcționare a instituțiilor sociale din subordinea Ministerului Muncii și Protecției Sociale, aprobat prin Hotărârea Colegiului Ministrului Muncii și Protecției Sociale nr.5, 25.01.2000,
23. Procesul-verbal al ședinței Guvernului nr.1419-793/1, 15.09.2002, pct.4
24. Procesul-verbal al ședinței Guvernului nr.54, 3.12.2003, pct.51(4),