

DETERMINAREA DIZABILITĂȚII
LA NIVEL INTERNAȚIONAL

Ludmila SOCHIRĂ,
Consiliul Republican de Expertiză Medicală
a Vitalității din Republica Moldova

Summary

Determination of disability on international level

On the international level in the last two decades have occurred cardinal changes on disability evaluation methodology procedure. There were adopted a number of concepts and definitions, putting out the consequences of disease - functional deficiencies, and consequently disability. It was introduced new criteria for identification of persons with disabilities, new terms, the use of which would be fully content and understanding of the assessment of persons with disabilities and their vital opportunities to participate in social activities-training. The assessment methods are medical as well as medical, social, psycho-social and in some countries with specific scale of unit costs uses (UK, Belgium). It was developed a new paradigm with a number of disability policies which address the disabled persons through the prism of legal compliance and guaranteeing economic rights, and its social in several directions, such as: preventing disability; psychological care and rehabilitation, education, social security and social inclusion orientation etc.

Keywords: disability, rehabilitation, social inclusion.

Резюме

Определение инвалидности на международном уровне

В международном масштабе в последние два десятилетия произошли кардинальные изменения по методологии процедуры оценки инвалидности. Ряд концепций и определений акцентируют последствия заболевания, т.е. функциональные недостатки, и соответственно, инвалидность. Вводятся новые критерии для выявления лиц с ограниченными возможностями, новые термины, использование которых в более полной мере определяют содержание и понимание оценки лиц с ограниченными возможностями, их жизненные способности для участия в общественной деятельности. Использование медицинской, социальной а также био-психосоциальной модели в некоторых странах привело к использованию определенных удельных затрат (Великобритания, Бельгия). Была разработана новая парадигма с новыми аспектами политики в отношении инвалидов, в котором они рассматриваются через призму соблюдения законодательства и обеспечения экономических и социальных прав в нескольких аспектах, таких как: предотвращение инвалидности; психологическая помощь и реабилитация, образование, социальное обеспечение, социальная ориентация и интеграция в обществе.

Ключевые слова: инвалидность, реабилитация, социальная интеграция.

În ultimii zece ani, la nivel mondial se observă elaborarea diferitelor strategii în vederea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități, strategii axate pe respectarea drepturilor omului, pe participare, pe șanse egale, accesibilitate etc. În vederea realizării acestor obiective, tot mai multe state recurg la metodologii complexe de evaluare a persoanei cu dizabilități.

În majoritatea statelor europene și OECD, se folosește metoda baremelor în determinarea dizabilității atât la copii, cât și la adulți, aceasta fiind nemijlocit corelată cu accesul la prestații. Evaluarea copilului este orientată spre incluziune educațională, în timp ce evaluarea adultului – spre incluziune în câmpul muncii.

Unul din 6 cetățeni ai UE are o dizabilitate, ceea ce constituie circa 80 de milioane de persoane care frecvent nu sunt pe deplin integrați în societate din cauza barierelor atitudinale și de mediu. Rata sărăciei printre aceste persoane este cu circa 70% mai mare în comparație cu bunăstarea medie.

Strategia recentă a țărilor UE (2010) este direcționată pe eliminarea barierelor. Astfel, au fost identificate **8 domenii de bază de acțiune:**

- Accesibilitate
- Participare
- Egalitate
- Încadrare în câmpul muncii
- Educație
- Protecție socială
- Sănătate
- Acțiuni externe.

Aceste strategii se extind și asupra noilor țări ale UE, țările vecine, prin diferite programe de dezvoltare, cu stipularea acțiunilor-cheie.

În Strategia europeană curentă privind dizabilitatea se stipulează câteva recomandări de bază, printre care:

- Necesitatea de a face distincție clară între dizabilitate, activitate și venituri. Termenul de **dizabilitate** nu mai poate fi egalat cu cel de **incapacitate de activitate**. Dizabilitatea trebuie recunoscută ca stare, dar distinctă de criteriu de eligibilitate sau condiție de a primi beneficiu, astfel fiind neadmisibil ca ea

să constituie un obstacol pentru încadrarea în câmpul muncii.

- Fiecare persoană cu dizabilități trebuie să aibă dreptul la un "pachet de participare", adaptat la capacitățile și necesitățile sale. Acest pachet trebuie să conțină măsuri de reabilitare a stării de sănătate și de instruire vocațională, de facilitare în stabilirea unui loc de muncă, cu o agendă mai variată și mai flexibilă.
- Obținerea beneficiului ar trebui corelată cu participarea și angajarea, cu reabilitarea vocațională și cu alte măsuri de integrare.
- Implicarea partenerilor sociali este considerată ca o condiție crucială pentru o integrare cu succes, gradul de integrare fiind corelat și cu motivarea angajatorilor de a angaja persoane cu dizabilități.
- De o importanță fundamentală este considerată *intervenția timpurie*, care reduce semnificativ incidența și severitatea dizabilității.

Programele care vizează persoanele cu dizabilități trebuie să fie concepute ca programe active.

Actualmente, modelul de evaluare a dizabilității în țările OCDE conține următoarele etape de bază:

1. **Colectarea informației**, ca surse de informare fiind pacientul, medicul curant, angajatorul; se realizează cu folosirea chestionarelor, testelor de performanță, fișelor de evaluare complexă.
2. **Interpretarea informației** cu folosirea ghidurilor, evaluărilor multi- și interdisciplinare, instrumentelor standardizate de evaluare.
3. **Documentarea** se realizează după o analiză complexă, în cadrul unor principii bine stabilite (CIF, Academia Medicală etc.).

Vom analiza în continuare mai multe modele de determinare a dizabilității, care au servit drept puncte de reper la elaborarea unei noi strategii și unui nou model de determinare a dizabilității și capacității de muncă pentru persoanele cu dizabilități.

Serviciul de determinare a dizabilității și capacității de muncă din Lituania

În Lituania reforma esențială în domeniul protecției și inserției sociale a persoanelor cu dizabilități a început în iulie 2005. La baza implementării acestei reforme a stat asigurarea drepturilor socioeconomice egale pentru persoanele cu dizabilități. Odată cu inițierea reformei menționate, a avut loc și reorganizarea organelor abilitate de determinare a gradelor de dizabilitate. Astfel, prin art. 18 și 23 din Legea Republicii Lituania despre incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități № IX 2228 de la 11.V.2004 și Ordinul Ministrului Protecției Sociale și al Muncii, Comisia de Expertiză Medico-Socială de Stat a fost divizată în Serviciul de determinare a dizabilității și capacității de muncă (*în continuare – SDDCM*)

și Comisia de Litigii pe lângă Ministerul Protecției Sociale și a Muncii. SDDCM este instituția de stat abilitată pentru determinarea gradului de dizabilitate a persoanelor până la 18 ani și nivelului capacității de muncă a persoanelor de la 18 ani până la vârsta pensionară. Acest serviciu, de asemenea, ia decizia asupra necesității serviciilor speciale și de reabilitare profesională, acordate persoanelor cu dizabilități.

Evaluarea dizabilității la copii. Persoanele cu vârsta de până la 18 ani (copiilor) li se stabilește grad de dizabilitate, care poate fi: *grav, mediu, ușor* și se determină printr-o evaluare complexă a stării sănătății, a abilităților copilului de a realiza anumite activități, a oportunităților educaționale, a impactului factorilor mediului înconjurător, precum și a altor aspecte.

Evaluarea dizabilității la adulți. Nivelul de capacitate de muncă la adulți se stabilește după o evaluare complexă a stării de sănătate și a posibilității persoanei de a fi independentă în activitățile zilnice, de a presta o anumită muncă. Evaluarea se efectuează după epuizarea măsurilor de reabilitare medicală, profesională sau de asistență și îngrijire specializată.

În procesul determinării capacității de muncă a persoanei se ține cont de următoarele criterii: medicale, funcționale, parametri profesionali, precum și de alți factori care afectează oportunitățile de angajare.

Criteriile medicale sunt evaluate în baza stării de sănătate a persoanei și țin cont de maladia(iile) și consecințele ei, din care rezultă deficiențele funcționale (structurale) ale organismului, după care pot urma problemele de participare la activități socio-profesionale. În baza criteriilor medicale se stabilește **capacitatea de muncă de bază** într-o anumită limită de procentaj, cu un interval de 5%. Persoanele încadrate în intervalul 60-100% sunt considerate a avea capacitate de muncă deplină. Capacitatea de muncă a persoanelor încadrate în grad de dizabilitate se determină cu intervalul 0 – 59 %, după cum este relatat în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Capacitatea de muncă de bază

0-25 %	inapt de muncă	(gradul I)
30-40 %	parțial apt	(gradul II)
45-55 %	parțial apt	(gradul III)

Criteriile funcționale sunt evaluate în baza disfuncției persoanei. Spre exemplu, o persoană poate lucra mai puține ore pe zi sau mai puține zile pe săptămână ș.a.

Criteriile profesionale, precum și alți factori care afectează posibilitățile de angajare în câmpul

pul muncii includ: nivelul de educație, nivelul de calificare profesională; factorii de mediu; factorii individuali (vârsta, sexul, statutul social, experiența de viață ș.a.).

Criteriile nonmedicale vor fi calificate în *medii nefavorabile de muncă, medii prielnice de muncă și medii favorabile de muncă*.

Capacitatea de muncă se stabilește în baza sumării criteriilor medicale și a celor funcționale și profesionale. În cazul capacității reduse de funcționare a organismului și a încadrării într-un mediu nefavorabil de muncă, procentul capacității de muncă de bază (reieșit din criteriile medicale fixate) se înmulțește cu 0,7, în cazul mediului prielnic – se înmulțește cu 1 și în cazul mediului favorabil – se înmulțește cu 1.3. Astfel, capacitatea de muncă de baza se înmulțește cu unul dintre coeficienții enumerați și se stabilește procentajul capacității de muncă restante a persoanei.

Tabelul 2

Algoritmul de evaluare a dizabilității și capacității de muncă în Lituania

I etapă	Completarea fișei de trimitere către Serviciul de apreciere a dizabilității și capacității de muncă	Se îndeplinește la decizia medicului de familie, dar în mod obligatoriu sunt indicate datele despre starea sănătății persoanei supuse evaluării, care reflectă gradul de reducere a funcționalității.
II etapă	Oficiul teritorial de evaluare a dizabilității și capacității de muncă. Aprecieră propriu-zisă a dizabilității și capacității restante de muncă – „capacitatea de muncă de bază”	Analiza documentației medicale prezentată de către medicul de familie. De regulă, solicitantul se invită să participe în procesul de evaluare, dar oficiul poate lua decizii și în lipsa solicitantului, doar în baza actelor prezentate.
III etapă	Capacitatea de muncă de bază se înmulțește cu un coeficient special evaluat (0,7; 1,0; 1,3) și se obține capacitatea de muncă restantă.	Eliberarea certificatului de dizabilitate.
IV etapă	Contestarea deciziei oficiului teritorial	În cazul în care persoana nu este de acord cu decizia stabilită de oficiul teritorial, aceasta poate apela la oficiul central pentru o eventuală reevaluare. Dacă nici în acest caz persoana nu este satisfăcută de decizia luată, ea poate apela la Comisia independentă de examinare și soluționare a litigiilor, iar ulterior – în instanțele judecătorești.
V etapă	Integrarea socială a persoanei	Servicii de reabilitare ocupațională, terapie prin muncă, încadrarea în câmpul muncii, oferirea de mijloace tehnice speciale, servicii de asistență și îngrijire specializată etc.

Reabilitare profesională. Incluziunea în câmpul muncii. Pe întreg teritoriul Lituaniei funcționează 11 centre de reabilitare profesională, care sunt specializate pe dizabilități locomotorii, vizuale și intelectuale. Paralel are loc și reabilitarea medicală. Serviciile medicale sunt finanțate din bugetul asigurărilor medicale sau din fonduri private de

asigurări. Reabilitarea ambulatorie durează până la 14 zile, reabilitarea staționară – până la 40 de zile.

Din prima zi a ciclului de reabilitare profesională, se face o analiză a pieței forței de muncă, cu indentificarea unei meserii care poate fi practică de persoana cu dizabilități (profilul ocupațional). La momentul angajării, dacă este nevoie, se ajustează condițiile locului de muncă. O metodă foarte des utilizată în reabilitarea profesională este „imitarea ocupației”. Persoana este instruită prin diverse activități pentru deprinderile de care va trebui să dea dovadă la noul loc de muncă. Pe perioada reabilitării profesionale, persoana primește o alocație pentru o perioadă de până la 180 de zile. Cursul de reabilitare poate dura și mai mult, alocația însă va fi plătită doar pe termenul dat. În certificatul de absolvire a cursurilor de reabilitare profesională se indică numărul de ore recomandate pentru muncă și salariul va fi concordat la numărul orelor lucrate. La finisarea ciclului de reabilitare/formare profesională, persoanei i se va stabili, după caz, un alt procent al capacității de muncă, sau procentul capacității de muncă va rămâne nemodificat.

Experiența Lituaniei s-a dovedit a fi una reușită la capitolul reabilitare/formare profesională și integrare în câmpul muncii. Expertul internațional Zdislav Skvarciany a prezentat experiența Lituaniei privind implementarea Convenției ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități: „La fel ca și Lituania, Republica Moldova a moștenit un sistem vechi, preponderent medical de determinare a dizabilității. Pentru a asigura o reală incluziune socială a persoanelor cu dizabilități, este necesar ca actualul sistem de determinare a dizabilității să fie reformat și să se treacă de la sistemul medical de determinare a dizabilității la cel medico-social”, a spus Zdislav Skvarciany. „Moldova are avantajul de a învăța din experiența Lituaniei și a altor țări în implementarea cu succes a acestei reforme”, a mai spus Z. Skvarciany.

Printre momentele forte ce pot fi luate în considerație de autoritățile moldovenești în vederea implementării reformei domeniului dizabilității se numără:

- Unificarea într-o singură instituție a evaluării dizabilității atât a adulților, cât și a copiilor.
- Continuitatea politicilor de incluziune (după aprecierea capacității de muncă

a persoanei) prin instituirea ciclului de instruire și reabilitare profesională. În RM funcționează un șir de centre (atât de stat, cât și private) care își pot asuma instruirea, reabilitarea profesională și facilitarea încadrării în câmpul muncii a persoanei cu dizabilități.

- Este necesară implicarea activă a Agențiilor Ocupaționale în identificarea și plasarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități, cu atât mai mult că agențiile teritoriale au în state personal ce se ocupă nemijlocit de această problemă.
- Adaptarea din fondul de șomaj a condițiilor locului de muncă în caz de necesitate.
- Politici fiscale de stat de stimulare și sancționare a angajatorului în vederea angajării / neangajării persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii.
- Interconținerea alocației pentru dizabilitate cu reabilitarea profesională (persoana care e aflată la reabilitare profesională poate beneficia de o alocație pentru o perioadă de cel mult 180 de zile.

Serviciul de determinare a dizabilității din România

Obiectivul general al politicii de protecție socială activă a persoanelor cu dizabilități, promovat de statul român, este acela de a permite o integrare profesională mai completă a persoanelor cu dizabilități, oricare ar fi originea, natura și gradul lor, astfel încât să se promoveze integrarea lor socială și realizarea lor personală. În fond, se urmărește extinderea măsurilor, practicilor și politicilor ce vizează acceptarea și menținerea persoanelor cu diferite dizabilități în câmpul social și cultural, în toate ariile vieții umane. *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF)* este rezultatul a 7 ani de eforturi continue a OMS și al participării profesioniștilor din 65 de țări, care s-au asigurat prin studii de teren că această clasificare este aplicabilă în variate spații culturale, indiferent de vârstă, sex sau religie.

Expertiza medicală în România este reglementată de Legea nr. 448 din 2006. Autoritatea Națională pentru persoanele cu handicap se supune Guvernului. În cadrul Autorității activează Comisia superioară de evaluare a persoanelor adulte cu handicap și Institutul de Expertiză Medicală. Comisia superioară conduce metodic cu comisiile teritoriale (județene) de evaluare a persoanelor cu handicap.

Serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte este instituit în temeiul art. 88 din Legea 448/2006 și este constituit din:

- lucrător social – evaluează statutul și contextul social în care trăiește persoana (**Ancheta socială**);
- asistent social – identifică restricțiile de participare și limitare de activitate din punct de vedere social (**Fișa de evaluare**);

- psiholog – **evaluare psihologică**;
- psihopedagog – **evaluare vocațională**;
- medic – **evaluare medicală**.

Serviciul de evaluare întocmește un dosar și, împreună cu propunerea de încadrare într-o categorie de handicap, de orientare profesională și stabilire a unei măsuri de protecție, le înaintează ulterior Comisiei de evaluare a persoanei cu handicap.

Comisia analizează și eliberează:

1. Certificat de încadrare în grad de handicap;
2. Certificat de orientare profesională;
3. Plan individual de serviciu;
4. Program individual de reabilitare și integrare socială;
5. Decizie de admitere în centrele de zi.

Gradele de handicap sunt: ușor, mediu, accentuat și grav.

Tipurile de handicap sunt: fizic, vizual, auditiv, surdocecitate, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA, asociat, boli rare.

Determinarea dizabilității la copil și la adult se efectuează de instituții diferite și cu aplicarea diferitelor instrumente.

La procedura de evaluare a dizabilității copilului participă două instituții:

- **Serviciul de Evaluare Complexă a Copilului;**
- **Comisia pentru protecția copilului.**

În procedura de evaluare se stipulează că Serviciul de Evaluare Complexă a Copilului trebuie să trimită Comisiei pentru protecția copilului următoarele acte:

- Raportul de evaluare a copilului;
- Planul de servicii personalizat;
- Propunerea referitoare la gradul de dizabilitate a copilului;
- Planul pentru orientarea educațională și, dacă este necesar, o măsură de protecție socială.

Comisia pentru protecția copilului, o instituție la nivel de țară sau de județ, este supervizată de **Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului**, care, pe baza datelor adunate și furnizate de Serviciul de Evaluare Complexă a Copilului, stabilește gradul de dizabilitate și emite un certificat corespunzător.

Conform Decretului nr. 218/7 din martie 2002, referitor la **Metodologia de Utilizare a Instrumentelor de Expertiză și Evaluare a Copiilor / Elevilor cu dizabilități pentru Orientare Educațională**, evaluarea se face conform următoarelor principii:

- examinare globală și personalizată a copilului/elevului în contextul familial, social și/sau școlar;
- expertiza și evaluarea multidisciplinară, care include examinare medicală, socială psihointelectuală și psihoeducațională;
- monitorizarea evoluției dezvoltării și potențialului de învățare;

- corelarea și interpretarea rezultatelor evaluării la toate nivelurile, pentru a realiza o diagnosticare obiectivă în vederea unei orientări eficiente.

Activitatea de expertiză și evaluare ține cont de tipul de deficiență, precum și de examinarea deficiențelor în echipe multi- și interdisciplinare, recomandate de OMS.

Din cele relatate reiese că în cazul României există un algoritm clar, dar destul de dificil prin dublarea de funcții, de evaluare/reevaluare a persoanelor cu dizabilități, oficializat prin cadru legal statal, care reglementează procedura de evaluare atât a copilului, cât și a adultului și care la moment se restructurează. În cazul Republicii Moldova, recomandăm preluarea și adaptarea metodologiilor de evaluare complexă a copilului și a adultului în cadrul unei singure echipe multidisciplinare. Din punct de vedere al responsabilităților diferitelor instituții implicate în evaluare, considerăm că modelul românesc nu este în totalitate aplicabil.

Determinarea dizabilității în Germania

Germania a ratificat Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități la 24.02.2009. Scopul general al legislației germane în domeniul dizabilităților reglementează asigurarea socială și asistența socială a persoanelor cu dizabilități, interzicerea discriminării pe motiv de dizabilitate pe diverse direcții, cu garantarea șanselor egale privind accesul la locurile publice și clădiri, transport public, internet și alegerile politice etc., depășirea, pe cât posibil, a efectelor dizabilității, permiterea persoanelor cu dizabilități la participarea în toate domeniile societății, în special în piața muncii și în viața comunității. În majoritatea cazurilor, programele statale sunt oferite și achitate de scheme de asigurare socială în domeniul sănătății, șomajului, dizabilității, accidente la locul de muncă după principiul: **reabilitare înainte de pensii**.

Există 2 autorități care sunt responsabile pentru protejarea, promovarea intereselor persoanelor cu dizabilități, precum și pentru realizarea drepturilor prevăzute de legislația statală în vigoare: **Oficiul de Integritate și Oficiul Federal de Ocupare a Forței de Muncă**.

Oficiul de Integritate este responsabil pentru probleme de muncă, colectarea și distribuirea compensațiilor pentru persoane cu dizabilitate severă, pentru o protecție specială împotriva disponibilizării persoanelor cu dizabilități severe, distribuirea beneficiilor suplimentare persoanelor cu dizabilități severe încadrate în serviciu. Un angajator este obligat să obțină aprobarea Oficiului de Integritate înainte de a efectua eliberarea angajatului care este persoană cu dizabilitate severă, această categorie de persoane

beneficiind, conform legii germane, de o protecție specială la eliberare din serviciu.

Oficiul Federal de Ocupare a Forței de Muncă este responsabil pentru sfaturi de carieră, plasarea persoanelor în serviciu, monitorizarea executării obligațiilor angajatorului în angajarea persoanelor cu dizabilități severe.

Dizabilitatea unei persoane este stabilită în grade: între 20 și 100. Gradul este stabilit conform unei proceduri formale a **Versorgungsamt (Oficiul de Securitate)**. Guvernul a emis *Reguli pentru evaluarea dizabilității*. Dacă statutul persoanei cu dizabilitate se îmbunătățește, gradul de dizabilitate este corectat sau revocat.

O persoană apreciată cu **grad de dizabilitate 50 și mai mult** este considerată a fi o persoană cu **dizabilitate severă**. În Germania, aproximativ 8% din populație se califică cu acest statut de dizabilitate. Dacă o persoană cu dizabilitate are un **grad de 30 sau mai mare**, obține „gleichgestellt behinderter Mensch” (**dizabilitate gravă**). Acest statut va fi acordat în cazul în care persoana cu dizabilitate nu este capabilă să găsească un loc de muncă adecvat sau să rămână angajată din cauza dizabilității sale.

Sistemul securității sociale din Germania oferă persoanelor cu dizabilități diferite **tipuri de pensii, în funcție de nivelul capacității de muncă**. O persoană poate să primească pensie pentru reducerea totală a capacității de muncă, alte persoane – pentru reducerea parțială. Reducerea totală a capacității de muncă presupune o capacitate de câștig de mai puțin de 3 ore pe zi și capacitatea redusă presupune de la 3-6 ore pe zi. Expertiza medicală este necesară în orice caz, pentru a stabili capacitatea de muncă a persoanei.

Cea mai mare rată de participare la forța de muncă poate fi găsită în rândul persoanelor în vârstă aptă de muncă, cu predominarea bărbaților cu dizabilități.

Rate de angajare ale persoanelor cu dizabilități. O întreprindere cu cel puțin 20 de angajați trebuie să angajeze 5% din personal fiind persoane cu dizabilități. Dacă o întreprindere nu realizează cota obligatorie, atunci sunt supuși unor amenzi financiare cu o rată între 2 și 5%.

Pentru tinerii și adulții care au dobândit dizabilități, este prezentă reglementarea elaborării programelor de reabilitare și instruire vocațională, fapt care ar putea fi preluat pe viitor și de Moldova.

În așa mod, consider ca moment pozitiv, în cazul Germaniei, modelul securității sociale, în care tipul de pensie se stabilește persoanei cu dizabilitate în funcție de nivelul capacității de muncă. De asemenea, putem prelua în Republica Moldova modelul Oficiului Federal de Ocupare a Forței de Muncă,

în care această instituție este responsabilă pentru sfaturi de carieră profesională, plasarea persoanelor în câmpul muncii, precum și pentru monitorizarea executării obligațiilor angajatorului în angajarea persoanelor cu dizabilități, inclusiv severe.

Este demn de atenție și modelul german în care Departamentul de Tineret (Jugendabteilung) al Biroului de District (Bezirksamt) de la locul de reședință al persoanei cu dizabilitate oferă consultanță și suport terapeutic și educativ pentru minori cu dizabilități.

Concluzii:

1. Portofoliul politicilor actuale în țările OCDE tinde să dea prioritate modelului medical, dar cu perspectiva de îmbinare cu cel social. Principalele programe accentuează transferurile de bani și măsuri de compensare. Această abordare poate fi justificată în cazurile de dizabilitate congenitală (din naștere). Totodată, după cum demonstrează probele și experiența pozitivă din diferite state, ea nu este completă și necesită a fi ajustată la standardele europene, abordarea unilaterală nu este suficientă și nu valorifică oportunitățile oferite de multiple programe din cadrul modelului bio-psihosocial. În cazul persoanelor cu dizabilități mintale, există programe care cu succes pot fi preluate de către politicile naționale, de asemenea există și programe de succes, desfășurate de către organizațiile nonguvernamentale din Moldova. Unele dintre programele descrise în acest studiu oferă exemple bune pentru realizarea chiar și a obiectivului de generare a veniturilor suplimentare ale persoanelor cu dizabilitate.

2. Oportunitatea utilizării programelor din alte țări și celor desfășurate de organizațiile nonguvernamentale pentru diverse categorii de persoane cu dizabilitate, inclusiv pentru persoanele cu dizabilitate mintală, oferă un grad înalt de rezultativitate, producând efecte substanțiale de reabilitare și integrare a persoanelor în societate. În afară de programele din modelul medical (pur compensatoriu și de asigurare a venitului de bază), pot fi modelate și desfășurate un șir de programe de integrare socială de tipul de implicare în câmpul muncii și de angajare.

3. În țările OCDE se constată o politică echilibrată, cu tendință de combinare a programelor de compensare cu programele de incluziune (implicare în câmpul muncii), care duc la rezultate evidente în procesul de integrare a persoanelor cu dizabilitate în viața activă a societății, totodată având potențialul de a asigura un venit suplimentar necesar pentru persoanele cu dizabilități, având în vedere gradul de sărăcie a acestora.

4. Examinând modelele descrise, în Republica Moldova se va tinde spre obiectivul principal proeuropean de a oferi șanse egale tuturor persoanelor,

selectând modelul bio-psihosocial, în vederea auto-realizării capacităților individuale și profesionale și integrării în viața activă a societății pentru persoanele cu dizabilități.

Bibliografie

1. World Health Assembly. Resolution R 58/23. *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. Geneva: World Health Assembly; 2005.
2. *Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități*. Rezoluția 61/106. Adunarea Generală ONU din 24.01.2007.
3. WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*.
4. WHO (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version*.
5. Meyer T., Gutenbrunner C., Bickenbach J., Cieza A., Melvin J., Stucki G. *Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy*. In: Journal of Rehabilitation Medicine, no. 9, September, 2011, p. 765-769.
6. Sochircă L. *New Disability approach: the social medical expertise perspective*, 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM Vilnius, September 30, 2011, p. 43-44.
7. Sochircă L. *Actualități, probleme și Strategia de dezvoltare a Serviciului de expertiză medicală a vitalității din Republica Moldova în perspectivă*, În: Curierul Medical, 17 mai, 2012.
8. *Foia de parcurs pentru introducerea unei noi metodologii de determinare a dizabilității în Republica Moldova în concordanță cu Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății (CIF), aprobată de OMS*. Conferința „Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități – realizări și perspective”, Chișinău, 31 august 2011, 111 p.
9. Decretul nr. 218/7 *Metodologia de Utilizare a Instrumentelor de Expertiză și Evaluare a Copiilor / Elevilor cu Dizabilități pentru Orientare Educațională*, România, martie 2002.
10. Serbin V., Grejdianu T. *Expertiza medicală a vitalității*. Chișinău: Medicina, 2006, 613 p.
11. Israfilov M. *Particularități în reabilitarea medico-socială a persoanelor cu dizabilități mentale și de comportament în serviciul de expertiză medicală a vitalității*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Chișinău, 2008, p. 213-216.
12. Skvarciany Z. *Biopsychosocial model application in process of establishing disability, working capacity and special needs*. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, September 30, 2011, p. 45-46.
13. Smychek V. *The current state of medical and social assessment system in Republic of Belarus*. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, September 30, 2011, p. 41.
14. Smychek V. *Modern system of medical assessment and rehabilitation in Belarus*. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, September 30, 2011, 50 p.

Prezentat la 7.11.2012

Ludmila Sochircă

Tel.: 06948503

Email: ludmila.popescu@gmail.com