https://doi.org/10.59295/crs2024.06 CZU: 364.442.6-056.26/.36

PROTECȚIA SOCIALĂ A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI PRIN CONSOLIDAREA REZILIENȚEI SOCIALE[4]

THE SOCIAL PROTECTION OF PERSONS WITH DISABILITIES THROUGH STRENGTHENNING SOCIAL REZILIENCE

Ludmila MALCOCI, ***doctor habilitat în sociologie, profesor cercetător***,
Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice
al Universității de Stat din Moldova
e-mail: lmalcoci@keystonehumanservices.org
ORCID: 0000-0002-7249-595X

Summary

The author examines the social protection of persons with disabilities in the Republic of Moldova from the perspective of a human rights-based approach and a new paradigm. This paradigm emphasizes that equitable social protection for persons with disabilities, aimed at preventing discrimination and promoting social inclusion, involves: (a) ensuring income security to access necessary goods and services, (b) covering disability-related extra costs and facilitating support access, (c) providing access to healthcare, including disability-related medical care and rehabilitation, and (d) improving access to life-cycle services such as childcare, education, vocational training, and employment support. The literature review and analysis of statistical data indicate that despite significant efforts over the past 14 years since the ratification of the UNCRPD to develop and implement an inclusive legal framework, persons with disabilities in Moldova still face limited income security and restricted access to social and community-based mainstream services. The situation is exacerbated during emergencies like the COVID-19 pandemic or the Ukrainian refugee crisis.

Key research findings include: Moldova's disability determination system is shifting from a medical to a social model, but the transition is incomplete. Increased documentation requirements and limited information have made access to disability determination services more difficult, especially for those with severe disabilities and rural inhabitants. Social protection measures are inadequate and fail to address the diverse needs of individuals with various disabilities, affecting their eligibility for social assistance. Despite having a supportive legal framework, Moldova lacks a national program for integrated social services, with many services failings to meet quality standards. Individuals with disabilities face reduced access to health and education services due to poor infrastructure, insufficient resources, and a lack of inclusive policies. The pandemic worsened these access issues, particularly affecting benefits and services for those with severe disabilities, even though temporary government measures were implemented.

To ensure equitable social protection for persons with disabilities, the author recommends: estimating minimum income and social protection needs and developing a national program for integrated social services with quality standards and trained personnel; collecting and analyzing data on access and barriers to health services, ensuring physical and informational accessibility, confidentiality, and support services; integrating disability aspects into education indicators and revising inclusive education funding mechanisms, providing educational support services, accessible infrastructure and equipment, and training for educators and school management; enforcing mandatory employment quotas for persons with disabilities, offering complementary incentives, rehabilitation, career guidance, vocational training, and workplace support services; and incorporating disability considerations into emergency situations and disaster risk management laws and policies.

Keywords*: social protection, disabilities, social services, support services, persons with disabilities, human rights.*

Conceptul de protecție socială

Analiza literaturii în domeniu denotă că există diferite definiții ale protecției sociale la nivel de diferite țări și de diferite organizații internaționale. Aceste diferențe se bazează pe valori, tradiții, culturi diferite, precum și pe politici și instituții diferite. OESD menționează definiția utilizată de Organizația Internațională a Muncii drept una generală și utilă, care poate fi utilizată în diferite contexte. Astfel, din perspectiva OIM,

[4] Articolul este elaborat în cadrul subprogramului 01.05.01 **Securitatea națională a Republicii Moldova în contextul aderării la Uniunea Europeană: abordări juridice, politologice și sociologice,** realizat de Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice al Universității de Stat din Moldova.

protecția socială este setul de măsuri publice pe care o societate le prevede membrilor săi pentru a-i proteja împotriva dificultăților economice și sociale care ar fi cauzate de absența sau de reducerea substanțială a veniturilor din muncă ca urmare a diferitelor evenimente neprevăzute (boală, maternitate, accident de muncă, șomajul, invaliditatea, bătrânețea și decesul susținătorului de familie); furnizarea de asistență medicală; și acordarea de prestații pentru familiile cu copii [35].

Prin urmare, scopul protecției sociale este de a oferi persoanelor (cetățeni, rezidenți, contribuitori) protecție împotriva riscurilor specifice care pot apărea pe parcursul ciclului lor de viață. Unele dintre aceste riscuri nu sunt specifice vârstei, iar altele țin de o anumită perioadă din ciclul de viață. Astfel, riscurile fundamentale care nu țin de ciclul vieții și care pot afecta toți membrii societății indiferent de vârstă sunt: lipsa resurselor financiare pentru a supraviețui, riscul de îmbolnăviri și acces limitat la servicii medicale, riscul provocat de dezastre naturale sau umane, cum ar fi crizele financiare, cutremurele, pandemiile, războaiele etc. Principalele riscuri ce țin de mijloacele de subzistență și sunt legate de o anumită perioadă din ciclul de viață sunt:

- Riscurile legate de copilărie: începând cu riscurile legate de sarcină, bolile copilăriei și imunizarea, accesul la toate serviciile de care copiii au nevoie pentru a se putea dezvolta la întregul lor potențial, inclusiv toate forme de educație, asistență medicală și protecție.
- Riscuri de longevitate: riscul de a nu avea suficiente resurse spre sfârșitul vieții în momentul în care capacitățile de câștig s-au diminuat.
- Riscuri de pierdere a veniturilor: riscuri legate de toate tipurile de pierderi de oportunități generatoare de venit în perioadele active din viața cuiva, inclusiv boli pe termen scurt, șomaj, invaliditate și accidente (legate de muncă și altele) [11].

Sistemul de protecție socială integrează de obicei trei piloni de bază: asistența socială, asigurările sociale și programele pieței forței de muncă. Cu toate acestea există păreri precum că politicile și mecanismele sistemului de sănătate care au drept scop sprijinirea acoperirii universale cu servicii de sănătate ar trebui să fie considerat un al patrulea pilon al protecției sociale, sau un aspect transversal și convergent, deoarece accesul la servicii de sănătate are legătură directă cu obiectivele de reducere a sărăciei și a vulnerabilității.

Abordări conceptual metodologice din perspectiva sistemului incluziv de protecție socială

Noțiunea de sistem inclusiv de protecție socială a fost menționată pentru prima dată de către Raportorul Special al Națiunilor Unite pe drepturile persoanelor cu dizabilități către Adunarea Generală a Națiunilor Unite în anul 2015. Astfel, el a menționat că protecția socială este esențială pentru persoanele cu dizabilități în special pentru atingerea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă. *Asigurarea dreptului persoanelor cu dizabilități la protecție socială trebuie să fie o prioritate pentru state și comunitatea internațională. Sistemele de protecție socială favorabile incluziunii, inclusiv nivelurile minime de protecție socială, pot contribui în mod semnificativ la sprijinirea participării și incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități prin asigurarea securității veniturilor și a accesului la serviciile sociale. Ele pot juca, de asemenea, un rol important în promovarea realizării obiectivelor de dezvoltare durabilă pentru persoanele cu dizabilități. În acest scop, statele trebuie să se îndepărteze de abordările tradiționale privind bunăstarea persoanelor cu dizabilități și să se îndrepte către cele bazate pe drepturi și trebuie să dezvolte sisteme cuprinzătoare de protecție socială care să garanteze beneficii și acces la servicii pentru toate persoanele cu dizabilități pe tot parcursul ciclului de viață. Incluziunea persoanelor cu dizabilități în sistemele de protecție socială nu este doar o problemă legată de drepturile omului, ci și o investiție crucială pentru dezvoltare pe care statele nu își pot permite să o rateze [19]*.

În rezultatul acestor declarații, partenerii de dezvoltare au elaborat o declarație comună pentru promovarea sistemului incluziv de protecție socială în diferite țări. Această declarație are la bază Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități și include caracteristicile esențiale ale unui sistem incluziv de protecție socială, bazat pe drepturi. Este de menționat că Guvernul Republicii Moldova a ratificat Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități în anul 2010.

Convenția ONU, Art.28, menționează următoarele:

1. *Statele părți recunosc dreptul persoanelor cu dizabilități la un standard adecvat de viață pentru ele și familiile lor, inclusiv la alimentație, îmbrăcăminte și locuință adecvate și la îmbunătățirea continuă a condițiilor de trai și vor lua măsurile adecvate pentru a proteja și promova exercitarea acestui drept fără discriminare pe criterii de dizabilitate.*
2. *Statele părți recunosc dreptul persoanelor cu dizabilități la protecție socială și posibilitatea de a se bucura de acest drept fără discriminare pe criterii de dizabilitate și vor lua măsurile adecvate pentru a proteja și promova respectarea acestui drept, inclusiv măsuri pentru:*
   a) *a asigura accesul egal al persoanelor cu dizabilități la servicii de apă potabilă și a asigura accesul la servicii adecvate și accesibile ca preț, la dispozitive și alte tipuri de asistență pentru nevoile aferente dizabilității;*

b) *a asigura accesul persoanelor cu dizabilități, în special al femeilor, fetelor și al persoanelor vârstnice cu dizabilități, la programe de protecție socială și de diminuare a sărăciei;*
c) *a asigura accesul persoanelor cu dizabilități și al familiilor acestora care trăiesc în sărăcie la asistență financiară din partea statului, pentru cheltuieli legate de dizabilități, inclusiv formare, consiliere, asistență financiară și servicii de îngrijire temporară adecvate;*
d) *a asigura accesul persoanelor cu dizabilități la programele publice de locuințe;*
e) *a asigura accesul egal al persoanelor cu dizabilități la programele de pensionare și la beneficiile aferente [43].*

Schimbarea de paradigmă și trecerea de la abordarea dizabilității din perspectivă medicală și individuală la abordarea dizabilității din perspectiva drepturilor persoanelor cu dizabilități și constrângerilor societății implică, în viziunea partenerilor de dezvoltare schimbarea de paradigmă și în domeniul protecției sociale.

Acest fapt înseamnă, în primul rând, renunțarea la abordarea incapacității de muncă a persoanelor cu dizabilități, inclusiv a celor cu dizabilități intelectuale și psihosociale, încurajarea valorificării și menținerii oportunităților de angajare a acestor persoane și oferirea de sprijin în funcție de nevoi pentru angajarea lor în câmpul muncii. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu dizabilități, art.27, stabilește obligațiile statelor de a se asigura că persoanele cu dizabilități au șanse egale la muncă.

În al doilea rând, noua paradigmă presupune trecerea de la îngrijirea instituționalizată a persoanelor cu dizabilități la sprijinul pentru trai în comunitate. *Principalii factori care stau la baza instituționalizării sunt lipsa de sprijin pentru persoane și familii și sărăcia. În combinație cu alte politici, protecția socială joacă un rol esențial în prevenirea instituționalizării. Aceasta poate contribui la combaterea sărăciei și poate sprijini acoperirea costurilor legate de dizabilitate, precum și facilitarea sau stimularea dezvoltării serviciilor comunitare de sprijin care promovează participarea, alegerea și controlul deplin și efectiv al persoanelor cu dizabilități [19]*.

În al treilea rând, conform noii abordări, criteriile de eligibilitate pentru prestațiile universale trebuie să țină cont de extra costurile pentru dizabilitate în cazul persoanelor cu dizabilități și nu doar de mijloacele de care dispun acestea. Persoanele cu dizabilități, din cauza dizabilității lor au nevoie de mai multe resurse pentru a atinge același nivel de trai ca persoanele fără dizabilități. *Pentru ca protecția socială să fie mai favorabilă incluziunii persoanelor cu handicap și să sprijine într-o mai mare măsură participarea lor socială și economică, pragurile de eligibilitate ar trebui să ia în considerare costurile legate de handicap, iar prestațiile ar trebui să acopere în mod adecvat aceste costuri prin intermediul unor mecanisme adecvate, în numerar sau în natură. În cazul în care este necesar un prag de venit pentru sprijinul pentru persoanele cu handicap, acest prag ar trebui să fie semnificativ mai ridicat decât cel pentru accesarea sprijinului de bază pentru venit [19].*

Astfel, conform noii abordări, asigurarea echitabilă a persoanelor cu dizabilități cu protecție socială în vederea prevenirii discriminării și incluziunii lor sociale presupune: (a) asigurarea securității veniturilor care să permită accesul la bunuri și servicii necesare, (b) asigurarea acoperirii extra-costurilor ce țin de dizabilitate, care să faciliteze accesul la sprijinul necesar, (c) asigurarea accesului la asistența medicală, inclusiv la îngrijiri medicale și reabilitare ce țin de dizabilitate, (d)îmbunătățirea accesului la servicii pe tot parcursul ciclului de viață, cum ar fi îngrijirea copiilor, educația, formarea profesională, sprijinul pentru angajarea în câmpul muncii. Totodată, partenerii de dezvoltare subliniază necesitatea de a ține cont și de alți factori pe parcursul asigurării protecției sociale, cum ar fi vârsta, sexul, etnia [19].

În contextul noii abordări de sistem incluziv de protecție socială, a fost dezvoltată o listă de întrebări de verificare a gradului de incluziune a sistemului de protecție socială, care a stat la baza cercetării noastre privind gradul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități.

Astfel, întrebările de referință pentru cercetare au fost următoarele:

- Promovează oare politicile și programele incluziunea și participarea persoanelor cu dizabilități, sau acestea contribuie la segregarea și izolarea lor? Sunt implicate persoanele cu dizabilități în elaborarea acestor politici incluzive?
- Există suficiente date dezagregate despre persoanele cu dizabilități ca să asigure dezvoltarea, implementarea și monitorizarea unor politici și programe axate pe nevoile diverse ale diferitor grupuri de persoane cu dizabilități?
- Sunt oare politicile și programele elaborate în așa fel ca să promoveze demnitatea, drepturile și potențialul persoanelor cu dizabilități, respectând diversitatea lor?
- Sunt oare programele dezvoltate și furnizate în așa fel ca să promoveze alegerea, controlul și autonomia persoanelor cu dizabilități și a subgrupurilor acestora- femei, minorități etnice etc.?
- Include orare cadrul juridic, care reglementează sistemul de protecție socială, nediscriminarea pe motive de dizabilitate, inclusiv obligația de a prevedea amenajări corespunzătoare, care să răspundă cerințelor legate de dizabilități?

- Sunt oare resursele financiare destinate copiilor și maturilor cu dizabilități planificate în așa fel ca să asigure traiul copiilor și a persoanelor cu dizabilități în familie și comunitate?
- Mecanismele de monitorizare a sistemului de protecție socială permit consolidarea datelor referitoare la dizabilități din diferite programe și scheme, pentru a evalua relevanța și eficacitatea sprijinului acordat persoanelor cu dizabilități? Sunt implicate persoanele cu dizabilități în procesul de monitorizare?

În paragrafele următoare vom analiza următoarele aspecte din perspectiva sistemului incluziv de protecție socială: datele statistice despre persoanele cu dizabilități, accesul persoanelor cu dizabilități la asigurări sociale, accesul persoanelor cu dizabilități la servicii sociale de suport, la educație și sănătate, accesul persoanelor cu dizabilități la acomodări rezonabile. În final vor fi elaborate concluzii și recomandări practice pentru promovarea unui sistem incluziv de protecție socială. Consolidarea rezilienței sociale în condițiile de urgență va trece ca un fir roșu prin toate paragrafele.

Date statistice despre persoanele cu dizabilități

La 1 ianuarie 2023, conform Biroului Național de Statistică, numărul persoanelor recunoscute cu dizabilități în Republica Moldova a constituit 162,3 mii persoane, inclusiv 10,9 mii copii cu vârsta de 0-17 ani [2] (vezi *Fig. 1.*)

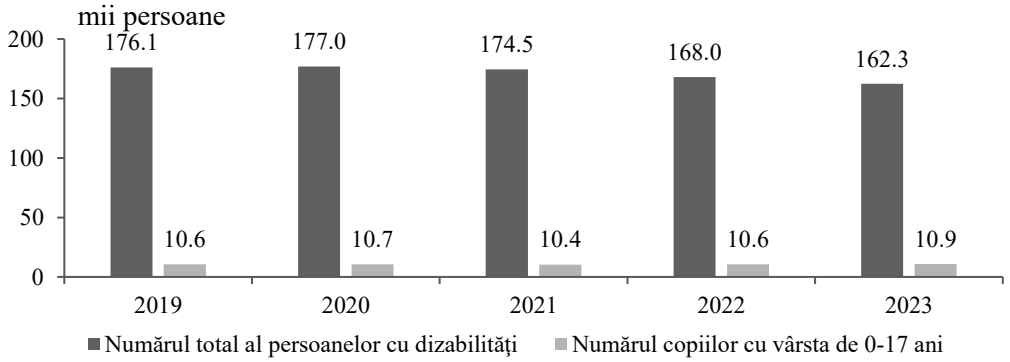


***Fig. 1.* Numărul persoanelor recunoscute cu dizabilități în Republica Moldova, la 1 ianuarie**

Sursa: Biroul Național de Statistică.

Deși aparent numărul persoanelor cu dizabilități înregistrate s-a redus comparativ cu anul 2019 cu circa 8 mii de persoane, ponderea persoanelor cu dizabilități în structura populației generale a rămas aceiași - 6,5%, pe motiv de reducere a numărului populației cu reședința în Republica Moldova.

Numărul copiilor cu dizabilități era la 1 ianuarie 2023 de 10,9 mii de persoane, sau cu 300 de copii mai mult decât în anul 2019. Ponderea copiilor cu dizabilități în structura copiilor cu vârsta de 0-17 ani este de circa 2%. Creșterea numărului de copii cu dizabilități poate fi argumentată prin consolidarea mecanismului de referință a copiilor cu dizabilități prin dezvoltarea centrelor de intervenție timpurie și a centrelor de asistență psiho-pedagogică la nivel central și local, unul din obiectivele cărora este identificarea la timp a copiilor cu dizabilități [2].

În funcție de gradul de dizabilitate, circa 56% din populația cu dizabilități are grad accentuat de dizabilitate, 28% - dizabilitate medie și 16% - dizabilitate severă. Comparativ cu anul 2021, a crescut ponderea persoanelor cu dizabilitate severă și medie. Totodată, ponderea persoanelor cu dizabilitate accentuată a scăzut.

În funcție de vârstă, din total persoane cu dizabilități, 37,9% aveau vârsta de 30-45 ani, 32,4% - vârsta de 55-64 ani, 17,0% aveau 65 și peste ani, 7,0% - 16-29 ani și 5,7% - vârsta de 0-15 ani. Astfel, circa jumătate din persoanele cu dizabilități sunt de vârsta activă de muncă.

La 1 ianuarie 2023, în structura persoanelor cu dizabilități ponderea bărbaților a constituit 52,8%, iar ponderea femeilor – 47,3%. În funcție de sex, în structura populației, în ultimii 5 ani se observă o creștere a ponderii bărbaților (de la 6,9% în anul 2020 la 7,2% în anul 2023) și o reducere a ponderii femeilor (de la 6,6% în anul 2020 la 5,8% în anul 2023. Ponderea bărbaților cu dizabilități în numărul total al populației bărbaților a fost mai mare cu 1,4 p.p. în anul 2023, față de ponderea femeilor cu dizabilități în numărul total al populației de femei [2].

UNFPA a efectuat Studiul Generației de Gen (GGS) în anul 2020 și a inclus Întrebările Grupului de la Washington pentru a clarifica numărul potențial de persoane cu dizabilități. În cadrul GGS, la întrebarea dacă „întâmpină dificultăți, care durează cel puțin 6 luni, în desfășurarea activităților zilnice obișnuite (mers, îngrijire proprie, vedere, auz, memorie) din cauza unor probleme fizice sau mintale”, 43,3% din populația de 15-79 de ani au răspuns afirmativ. 1,6% au menționat că se confruntă cu dificultăți grave, 8,1%- cu dificultăți

moderate și 40,9%- ușoare [42]. În baza acestor rezultate, am putea deduce că ponderea persoanelor cu dizabilități în grupul de vârstă de 15-79 de ani este în jur de 9,7% (persoanele care se confruntă cu greutăți grave și moderate), ceia ce este deja cu 33% mai mult decât datele BNS. Trebuie să ținem cont de faptul că în GGS nu au fost incluși copiii (0-14 ani), deci datele oricum sunt mai mici comparativ cu realitatea.

În baza analizei datelor GGS, putem deduce, de asemenea, că ponderea persoanelor cu dizabilități crește începând cu vârsta de 55 de ani de la 13,4% - în grupul de vârstă 55-59 de ani la 50% în grupul de vârstă 75-79 de ani.

Pe regiuni, ponderea persoanelor cu dizabilități este mai mare în Regiunea de Nord (12,4%), și mai redusă în Regiunea Centru (8,5%).

În funcție de studii, ponderea persoanelor cu dizabilități este mai mare în mediul persoanelor cu studii primare (18,5%) și este mai redusă în mediul celor cu studii superioare (6,9%).

În funcție de Chintile, ponderea persoanelor cu dizabilități este mai mare în mediul grupurilor mai sărace. Astfel, în Chintila 1 – 17,1% sunt cu dizabilități și în Chintila 2 – 18,3%. Ponderea persoanelor cu dizabilități este mai redusă în Chintila superioară 5 (5,8%), fapt ce poate fi explicat prin o calitate a vieții mai bună, acces mai bun la servicii de sănătate, educație, sociale[42].

Compararea datelor din cele două surse denotă faptul *că Republica Moldova nu dispune de date comprehensive și argumentate privind persoanele cu dizabilități.* Lipsa acestor date are un impact negativ asupra procesului de elaborare a politicilor și bugetelor în domeniu pentru a corespunde nevoilor persoanelor cu dizabilități și a contribui la implementarea Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu dizabilități. Totodată, lipsa de date are impact negativ și asupra estimării nevoilor de mijloace și echipamente asistive, asupra estimării și planificării serviciilor sociale, educaționale, de reabilitare și recuperare, asupra eliminării barierelor de accesibilitate care împiedică accesul persoanelor cu dizabilități la oportunitățile și resursele necesare pentru participarea deplină la viața societății [27].

Analiza mecanismelor de colectare a datelor despre persoanele cu dizabilități a scos în evidență faptul că în Republica Moldova nu există un mecanism unic de colectare a datelor despre persoanele cu dizabilități. Astfel, datele primare despre persoanele cu dizabilități sunt colectate separat de către Consiliul Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă, Casa Națională de Asigurări Sociale, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Sănătății, Agenția Națională de Ocupare a Forței de Muncă. Nu există o metodologie unică în colectarea datelor de către aceste entități și nici un mecanism de validare a acestor date.

BNS a integrat câteva module de colectare a datelor despre persoane cu dizabilități în câteva cercetări care sunt efectuate periodic. Astfel, prin intermediul Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice, sunt colectate date cu privire la nivelul de trai al gospodăriilor care au în componența sa persoane cu dizabilități (ponderea gospodăriilor care au cel puțin o persoană cu dizabilități, accesul gospodăriilor care au în componență persoane cu dizabilități la utilități, apreciere nivelului de trai etc.). Prin intermediul Anchetei Forței de Muncă, se colectează date cu privire la: rata de participare la forța de muncă a persoanelor cu dizabilități; rata șomajului în rândul persoanelor cu dizabilități; rata de ocupare a persoanelor cu dizabilități; distribuția persoanelor cu dizabilități pe activități economice și statutul profesional. Acești indicatori conțin dezagregări în funcție de sexe și mediu. Cu toate acestea, nu există analize separate sau comparative privind calitatea vieții persoanelor cu dizabilități sau accesul lor la muncă. Totodată, este important de menționat că în cadrul ultimului recensământ național care a avut loc în anul 2024, Biroul Național de Statistică a integrat parțial întrebările Grupului de la Washington (doar 4 întrebări din 6), fapt ce a permis colectarea datelor privind persoanele care potențial au dizabilitate, dar nu sunt înregistrate.

În anul 2020, BNS în parteneriat cu UNFPA a elaborat pentru prima dată studiul Generații și Gen, în care a integrat și întrebările Grupului de la Washington. Acest fapt a permis de a afla date mai detaliate despre persoanele cu dizabilități, inclusiv acele persoane care nu au înregistrată dizabilitatea.

Deși BNS a actualizat unii indicatori prezentați în Banca de date statistice în special domeniul Statistica socială în conformitate cu Obiectivele de Dezvoltare Durabilă și a inclus dezagregări după grupe de vârste, sexe, mediu, nivel de instruire, grupul de tineri NEET (15-24 ani), însă dezagregarea pe dizabilitate nu a fost integrată în aceste date, fapt ce are un impact negativ asupra politicilor de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități.

În anul 2016 Guvernul Republicii Moldova a aprobat Setul de indicatori pentru monitorizarea Convenției pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități. Din păcate, mu a fost elaborat un mecanism funcțional de monitorizare și de colectare a acestor date. MMPS colectează datele în mod administrativ la necesitate, în special pentru a raporta pe implementarea Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

BNS o dată în an publică raportul statistic ”Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova” care integrează mai mulți indicatori din mai multe surse de date. Acest raport reprezintă cea mai complexă sursă de date în domeniul dizabilității, însă accesarea raportului pe pagina electronică a BNS este dificilă, deoarece

acest raport apare la domeniul ”comunicate de presă” și nu ca raport la ”statistici pe domenii”, cum apar alte rapoarte sau date pe domenii sectoriale.

Pagina electronică a BNS nu este accesibilă persoanelor cu dizabilități senzoriale și a celor cu dizabilități intelectuale, situație similară și în cazul paginilor web ale instituțiilor guvernamentale.

Astfel, putem concluziona, că Republica Moldova dispune doar de date fragmentare despre persoanele cu dizabilități din cauza colectării fragmentare a datelor de diferite instituții, lipsei unui mecanism unic de colectare a datelor statistice și a unei metodologii științific argumentate. De asemenea nu există un sistem de validare a datelor statistice colectate. În acest context considerăm oportune cercetări comprehensive care să ne ofere un tablou detaliat al situației persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități, din diferite regiuni și medii rezidențiale, de diferite vârste și sex, cu diferit statut socioeconomic, stare civilă, etnie, religie, nivel de instruire etc.

Determinarea dizabilității și sistemele de referință

Ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CPDPD) de către Parlamentul Republicii Moldova (2010), aprobarea Legii incluziunii sociale (2012) au determinat necesitatea reformării sistemului de determinare a dizabilității și ajustării lui la standardele internaționale. În 14 ani de la ratificarea CPDPD sistemul de determinare a dizabilității a trecut prin două reforme mari – în anul 2013 și în anul 2018.

Astfel, în anul 2013 a fost unificat procesul de determinare a dizabilității în cazul copiilor și adulților, evaluarea ambelor grupuri fiind preluată de o sigură instituție- Consiliul Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă (CNDDCM), subordonată MMPSF. CNDDCM a fost fortificat, fiind create servicii și secții cu atribuții specifice în domeniile: resurse umane, juridic, economico-financiar, tehnologii informaționale, metodică și statistică etc. În procedura de evaluare și determinare a dizabilității au fost integrate criterii sociale, iar CNDDCM a angajat personal din domeniul social (asistenți sociali, psihopedagogi) în echipele de determinare a dizabilității și capacității de muncă. De rând cu aceste, persoanele încadrate în grad de dizabilitate au început să beneficieze de un Program de reabilitare și incluziune socială, cu recomandări generale în domeniul asistenței medicale, asistenței sociale, muncii și educației. Pe lângă CNDDCM a fost instituită Comisia de litigii pentru cazurile de contestații, în caz de dezacord al persoanei cu decizia privind atribuirea/neatribuirea unui anumit grad de dizabilitate.

În anul 2018, în baza HG Nr. 357 din 18-04-2018 Cu privire la determinarea dizabilității [14] au fost create 41 de structuri teritoriale ale CNDDMC în cadrul structurilor teritoriale de asistență socială, care au drept scop înregistrarea cererilor în Registrul de strictă evidență a cererilor, pregătirea Dosarului electronic al persoanei cu dizabilități și ghidarea persoanei cu dizabilități în procesul de pregătire a documentelor necesare. Totodată au fost dezvoltate 15 Echipe pentru Determinarea gradelor de dizabilitate (inclusiv 12 pentru adulți și 3 pentru copii), cu implicarea specialiștilor din domeniul medicinii, asistenței sociale, psihologiei. Aceste echipe sunt responsabile de evaluarea Dosarelor electronice și luarea deciziei privind atribuirea sau refuzarea gradului de dizabilitate, precum și pentru elaborarea Planului de reabilitare a persoanei cu dizabilități. De rând cu aceasta, a fost creat Sistemul automatizat de distribuire aleatorie a dosarelor către Echipele pentru determinarea dizabilității în vederea combaterii corupției în domeniul determinării dizabilității, și a fost instituit Serviciul de control al determinării gradelor de dizabilitate (3 echipe). Acesta din urmă verifică corectitudinea atribuirii gradelor de dizabilitate, precum și soluționează contestările primite de la persoanele cu dizabilități privind dezacordul cu gradul de dizabilitate stabilit. De asemenea, s-a decis despre posibilitatea ca Echipele de determinare a dizabilității să poată lua decizia privind gradul de dizabilitate fără participarea persoanei.

Deși aceste transformări au avut un impact pozitiv asupra mecanismului de determinare a dizabilității, cercetările în domeniu denotă că sistemul de determinare a dizabilității continuă să se bazeze mai mult pe abordarea medicală, nu există o metodologie clară de determinare a dizabilității și capacității de muncă prin prisma CIF, procesul de accesare a serviciului a devenit mai dificil din cauza necesității de a aduce mai multe acte confirmative, majoritatea formularelor eliberate de diferite instituții sunt puțin informative în ceea ce privește problemele de incluziune cu care se confruntă persoanele, persoanele cu dizabilități au pierdut posibilitatea de a se întâlni cu echipele de determinare a dizabilității și gradul de dizabilitate este determinat doar în baza documentelor, ceia ce creează bariere mari în contextul unor documente formale și puțin informative [6]. Evaluarea dizabilității este un proces fragmentat, divizat între diferite instituții din domeniile sănătății, asistenței sociale, educației și ocupării forței de muncă de la locul de trai al persoanei, care realizează separat propria evaluare, completând un formular specific. Potrivit participanților la cercetare, evaluarea medicală reprezintă cea mai dificilă etapă în procesul de pregătire a actelor pentru determinarea dizabilității. Celelalte tipuri de evaluări înregistrează, de asemenea, o serie de carențe, care relevă necesitatea revizuirii și armonizării conținuturilor formularelor de evaluare, solicitate de CNDDCM [4]. Actualul mecanism de determinare a dizabilității și capacității de muncă se concentrează preponderent pe deficiențe și nu evaluează cerințele persoanei legate de barierele din cadrul societății. Mai mult ca atât, nu a fost aprobată o metodologie și instrumente

de evaluare a barierelor și nici o metodologie și instrumente de evaluare a capacității de muncă în baza abilităților persoanei raportate la competențele solicitate pe piața muncii pentru anumite categorii de profesii/meserii. CNDDCM determină cauzele și severitatea dizabilității în baza unor bareme, care stabilesc valori procentuale în funcție de diagnosticul medical și deficiențele funcționale și structurale, pe care boala, afecțiunea sau trauma le produce. Criteriile actuale de determinare a dizabilității nu reflectă suficient limitările în activități și restricțiile de participare. Ponderea rezultatelor acestui tip de evaluare este neglijată în cazul determinării gradului de dizabilitate la copii și influențează eronat gradul de dizabilitate la adulți prin atribuirea unor coeficienți, care nu rezultă a fi validați și argumentați științific, ceea ce impune revizuirea metodologiei de determinare a dizabilității și capacității de muncă [4].

Profesionalismul scăzut al personalului din Echipele de determinare a dizabilității este o altă problemă notată de către cercetători. Studiul efectuat în anul 2016 denotă că majoritatea specialiștilor angajați în procesul de evaluare și determinare a dizabilității nu au studii și experiența necesară în domeniile vizate și nici nu pot să-și perfecționeze cunoștințele în determinarea dizabilității în Republica Moldova din cauza lipsei unor programe de instruire inițială și continuă în acest domeniu și a cadrelor universitare care să elaboreze și să implementeze aceste programe. În aceste condiții, ministerele de resort ar trebui să planifice de comun acord surse financiare pentru atragerea specialiștilor de performanță din exteriorul țării în vederea ajustării mecanismului de determinare a dizabilității la standardele internaționale și dezvoltării programelor de instruire inițială și continua pentru specialiștii CNDDCM în cadrul instituțiilor de învățământ de resort din Moldova [6]. Actualul mecanism de determinare a dizabilității și capacității de muncă se concentrează preponderent pe deficiențe și nu evaluează cerințele persoanei legate de barierele din cadrul societății. Mai mult ca atât, nu a fost aprobată o metodologie și instrumente de evaluare a barierelor și nici o metodologie și instrumente de evaluare a capacității de muncă în baza abilităților persoanei raportate la competențele solicitate pe piața muncii pentru anumite categorii de profesii/meserii. CNDDCM determină cauzele și severitatea dizabilității în baza unor bareme, care stabilesc valori procentuale în funcție de diagnosticul medical și deficiențele funcționale și structurale, pe care boala, afecțiunea sau trauma le produce. Criteriile actuale de determinare a dizabilității nu reflectă suficient limitările în activități și restricțiile de participare. Ponderea rezultatelor acestui tip de evaluare este neglijată în cazul determinării gradului de dizabilitate la copii și influențează eronat gradul de dizabilitate la adulți prin atribuirea unor coeficienți, care nu rezultă a fi validați și argumentați științific, ceea ce impune revizuirea metodologiei de determinare a dizabilității și capacității de muncă.

O altă problemă evidențiată în cadrul studiilor este accesul redus al persoanelor cu dizabilități și familiilor lor, în special a celor cu dizabilități accentuate și severe, cu dizabilități intelectuale, a persoanelor cu dizabilități în vârstă, din familii sărace, din mediul rural, la serviciul de determinare a dizabilității din cauza accesului redus la informație, mecanismului de referință slab dezvoltat, infrastructurii inaccesibile a serviciilor medicale în special pentru persoanele cu dizabilități locomotorii și de vedere, investigațiilor costisitoare pentru maladiile genetice rare, pe care persoanele trebuie să le facă din contul propriilor resurse, lipsei transportului public adaptat pentru a ajunge la serviciile medicale, posibilităților financiare limitate pentru plata serviciilor de diagnosticare și laborator, precum și pentru angajarea unor însoțitori [4]. Deși, în conformitate cu HG Nr. 357 din 18-04-2018 cu privire la determinarea dizabilității, structurile teritoriale ale CNDDCM au rolul de a informa populația despre procedurile de determinare a dizabilității, inclusiv prin ghidurile elaborate de către CNDDCM, persoanele cu dizabilități continuă să fie informate insuficient despre traseul pe care trebuie sa-l parcurgă pentru a-și înregistra dizabilitatea [4].

Pentru a îmbunătăți mecanismul de referință pentru identificarea persoanelor cu dizabilității, este necesară o abordare complexă cu implicarea în acest proces a asistenților sociali din comunități, care au acces în special la familiile vulnerabile, și campanii masive de comunicare. Totodată informația trebuie să fie prezentată în format accesibil în special pentru persoanele cu dizabilități senzoriale și intelectuale. O importanță deosebită în îmbunătățirea mecanismului de referință pentru identificarea persoanelor cu dizabilități îl au activitatea în echipe multidisciplinare la nivel de comunități și sporirea nivelului de informare și capacitare a medicilor de familie și a asistenților sociali privind mecanismul de determinare a dizabilității. Aceștia din urmă ar trebui să aibă incluse în fișele de post responsabilitatea pentru identificarea persoanelor cu dizabilități din comunități lor și referirea lor către structurile teritoriale ale CNDDCM.

O problemă destul de importantă continuă să fie implementarea Programelor individuale de reabilitare. Studiul din 2024 elaborat de AOPD denotă că evaluarea persoanei la nivel local anterior determinării dizabilității nu garantează elaborarea de către CNDDCM a unor recomandări individualizate de reabilitare și incluziune în PIRIS, care să corespundă necesităților și aspirațiilor reale ale persoanei cu dizabilități. Mai mult ca atât, deseori aceste recomandări nu sunt explicate persoanelor cu dizabilități și persoanelor care le îngrijesc/asistă și se atestă neconcordanțe substanțiale între necesitățile persoanei, recomandările oferite de CNDDCM în diferite domenii și disponibilitatea serviciilor recomandate la nivel local. În plus, cercetarea

scoate în evidență lipsa unei monitorizări centralizate a implementării PIRIS de către CNDDCM, ceea ce afectează planificarea, dezvoltarea și bugetarea serviciilor de suport pentru persoanele cu dizabilități în diferite domenii (educație, ocuparea forței de muncă, asistență socială, servicii de reabilitare, tehnologii de asistență) de către instituțiile responsabile [4]. CNDDCM raportează pe tip și număr de recomandări efectuate în cadrul Programului, dar nu există o monitorizare și o evaluare a gradului de implementare a recomandărilor oferite. Astfel, din Raportul CNDDCM pentru anul 2022 aflăm că în anul 2022, echipele de determinare a dizabilității au oferit circa 250962 de recomandări în Programele individuale de reabilitare și incluziune socială (anexă la Certificatul de dizabilitate) [7]. În același timp nu am putut identifica câte din aceste măsuri au fost implementate și cine anume monitorizează și raportează asupra progresului acestor planuri. În contextul lipsei serviciilor sociale necesare la locul de trai și absenței unui sistem de monitorizare a implementării recomandărilor, eficiența Programelor de reabilitare pare să fie nesemnificativă, cu excepția recomandărilor ce țin de asistența personală sau cadrul didactic de sprijin, care ajută persoanele cu dizabilități să se înregistreze pentru a obține accesul la aceste servicii. Aceste lacune demonstrează necesitatea revizuirii modului de elaborare a PIRIS, cu asigurarea participării depline a persoanei în proces, precum și îmbunătățirea utilizării datelor CNDDCM în implementarea politicilor de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități.

Determinarea termenului de oferire a gradului de dizabilitate continuă să fie la discreția echipelor de determinare a dizabilității. Conform HG Nr. 357 din 18-04-2018, gradul de dizabilitate poate fi stabilit pe un termen de 6 luni, un an, doi ani sau nedeterminat. Criteriile în baza cărora sunt luate decizii privind termenul gradului de dizabilitate nu sunt clar stipulate și lasă loc de interpretări, fapt ce sporește neîncrederea în CNDDCM și creează nemulțumiri în rândul persoanelor cu dizabilități.

Analiza paginilor web ale CNDDCM, MS și MMPS denotă că persoanele cu dizabilități au acces la diferite mecanisme de reclamații dacă sunt nesatisfăcuți de serviciile de determinare a dizabilității. Astfel, CNDDCM deține un mecanism intern de reclamații care include Linia fierbinte CNDDCM - 022211300 și Petiții online pe pagina web. Din păcate, nu am identificat rapoarte de analiză cu măsurile luate pentru soluționarea acestor reclamații pe paginile web ale CNDDCM sau în rapoartele anuale ale acestuia. De rând cu mecanismul intern de reclamații, persoanele cu dizabilități pot accesa Linia fierbinte a MS și Linia fierbinte pentru persoane cu dizabilități prestată de Asociația Keystone Moldova subcontractată de MMPSF. În cazul Liniei fierbinți, prestate de Keystone Moldova, sunt elaborate rapoarte lunare cu indicarea tipurilor de apeluri, tipurilor de asistență, referirilor efectuate, măsurilor luate și cazurilor soluționate.

Peste 14 mii de persoane s-au adresat Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă (CNDDCM) în anul 2022 pentru expertizare primară și determinare a dizabilității, cu circa 3400 persoane mai puțin față de anul 2019. Dintre aceștia 12168 erau adulți și 2024 erau copii. Au fost expertizate primar și încadrate în grade de dizabilitate peste 12 mii de persoane, dintre care circa 2/3 au fost persoane din mediul rural, preponderent bărbați. 9594 au fost adulți până la pensionare, 882 - în vârsta pensionară și peste și 1583 erau copii. Ponderea persoanelor încadrate primar în grade de dizabilitate accentuată și medie a fost de 80% [10].

În funcție de tipul dizabilității, 5333 de persoane au fost certificate cu deficiențe fizice/locomotorii, 1928 - cu tumori, 1238 - deficiențe mentale și de comportament, 498 - deficiențe de vedere, 258 - autism, 128 - deficiențe de auz etc. Comparativ pe ani se observă o creștere a numărului de persoane certificate primar cu deficiențe mentale și de comportament, cu autism, și o descreștere a persoanelor cu deficiențe de vedere, auz și cu tumori.

Tabelul 1. **Distribuirea persoanelor încadrate primar în grade de dizabilitate, după tipul dizabilității, pe ani, număr**

Tipul dizabilității	2019	2020	2021	2022
Deficiențe de auz	n/r	82	152	128
Deficiențe de vedere	606	476	542	498
Deficiențe fizice/locomotorii	n/r	6544	6305	5333
Deficiențe mintale și de comportament	1182	749	1109	1238
Autism	n/r	112	210	258
Sindrom Down	n/d	n/d	n/d	n/d
Tumori	2837	1936	2047	1928
Alte boli	10630	518	228	358

Pentru expertizare repetată și reconfirmare a dizabilității s-au adresat în anul 2022 peste 40 mii persoane, cu peste 14 mii persoane mai puțin față de anul 2019. Dizabilitatea a fost reconfirmată în cazul a aproximativ 38 mii persoane, preponderent bărbați din mediul rural [10].

Peste 6 mii de persoane adulte au fost încadrate în anul 2022 în grad de dizabilitate fără termen, fiind în creștere cu circa 300 persoane față de 2019. Această creștere a fost mai pronunțată în mediul rural (243 persoane față de 56 persoane în mediul urban). Totodată, circa 1400 copii au fost încadrați în grad de dizabilitate până la împlinirea vârstei de 18 ani, cu 500 copii mai mult în raport cu anul 2019

Prestarea serviciului de determinare a dizabilității în perioada pandemică. Studiile denotă că persoanele cu dizabilități s-au confruntat cu probleme în accesarea serviciului de determinare a dizabilității în special la începutul pandemiei. Astfel, din cauza restricționării accesului la servicii medicale, de diagnostic și de laborator, precum și a fricii de infectare multe persoane cu dizabilități nu au putut perfecta toate documentele necesare pentru determinarea dizabilității, fapt ce le-a limitat accesul la prestații, alocații și servicii sociale. Pentru a soluționa cumva problema, Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă a prelungit din oficiu termenul de încadrare în gradul de dizabilitate până la 15 mai pentru persoanele, ale căror grad de dizabilitate a expirat sau expira în perioada stării de urgență. Respectiv, pentru această perioadă de către CNAS a fost efectuată plata pensiilor și alocațiilor sociale pentru persoanele cu dizabilitate. În același timp persoanele cu dizabilități neîncadrate în grad de dizabilitate anterior au fost în situația de a aștepta să treacă perioada de urgență în sănătate [29].

Protecția socială a persoanelor cu dizabilități

Măsurile de protecție socială pentru persoanele cu dizabilități includ, de rând cu serviciile sociale, prestațiile din asigurări sociale (pensiile; alocațiile sociale); prestațiile din asistență socială (alocațiile de îngrijire, însoțire și supraveghere; ajutorul social, ajutorul pentru perioada rece a anului, compensații la transport); facilitățile la prestarea serviciilor publice (scutiri fiscale etc.) și serviciile de suport monetar (serviciul de susținere a familiei cu copii, serviciul social de suport monetar pentru familiile dezavantajate).

Accesul la prestații și alocații sociale. Analiza prestațiilor din asigurări sociale, denotă că persoanele cu dizabilități pot beneficia de pensie de dizabilitate în rezultatul unei afecțiuni generale, unui accident de muncă sau a unei boli profesionale, condiția principală fiind contribuția anterioară în fondul de asigurări sociale o anumită perioadă de timp.

Conform datelor BNS, la 1 ianuarie 2023, în structura persoanelor cu dizabilități aflate la evidența Casei Naționale de Asigurări Sociale, pensionarii de dizabilitate au constituit 64,8%, iar beneficiarii de alocații - 35,2%. Beneficiari de pensii de dizabilitate erau circa 105,2 mii persoane cu dizabilități (inclusiv 0,9 mii persoane cu dizabilități fiind angajați ai organelor de forță), iar beneficiari de alocații sociale de stat erau 57,1 mii persoane, care nu au întrunit condițiile necesare pentru obținerea pensiei [2].

Ponderea persoanelor cu dizabilități care beneficiază de prestații sociale în numărul total al populației a constituit 6,5%. În profil regional, prevalează regiunea UTA Găgăuzia cu 8,8% și regiunea Centru (7,6%). Totodată, cea mai mare pondere se atestă în raionul Șoldănești (16,8%), în raionul Telenești (10,3%), iar în raionul Edineț și Rezina respectiv câte 9,3% (indicator ODD 1.3.1.d). La 1 ianuarie 2023, din numărul de persoane cu dizabilități care erau beneficiari de alocații sociale de stat (57,1 mii persoane), fiecare al doilea beneficiar a fost persoană cu dizabilitate din copilărie și fiecare al cincilea beneficiar - copil cu dizabilitate în vârstă de până la 18 ani. Femeile au constituit 40,1% în structura beneficiarilor [2].

Conform datelor Casei Naționale de Asigurări Sociale, la 1 ianuarie 2023, mărimea medie a pensiei de dizabilitate a constituit 2104,3 lei comparativ cu mărimea medie a pensiei per total pensionari - 3156,4 lei. În funcție de gradul de dizabilitate, mărimea medie a pensiei s-a diferențiat, constituind 1572,2,0 lei pentru persoanele cu dizabilitate medie, 2260,4,3 lei pentru persoanele cu dizabilitate accentuată și 2557,6,1 lei pentru cele cu dizabilitate severă. Comparativ cu 1 ianuarie 2019, mărimea medie a pensiei de dizabilitate s-a majorat cu 64,7%, în timp ce mărimea medie a pensiei per total pensionari a crescut cu 66,0% [2]. Valoarea minimului de existență, în anul 2022, a constituit in medie pentru o lună 2628,4 lei/persoană. Astfel, mărimea medie a pensiei de dizabilitate a făcut posibilă acoperirea minimului de existență în proporție de 80,1%. Mărimea medie a pensiei de dizabilitate severă a acoperit minimul de existență în proporție de 97,3%, mărimea medie a pensiei de dizabilitate accentuată - 86,0%, iar a pensiei de dizabilitate medie - 59,8%.

Conform datelor BNS, cuantumul minim al pensiei de dizabilitate severă, de la 1 aprilie 2023 a constituit 1965,5 lei, cuantumul pensiei de dizabilitate accentuată – 1834,4 lei și al pensiei de dizabilitate medie – 1310,3 lei. Respectiv, acesta a acoperit într-o proporție mai mică valoarea minimului de existență: 74,8% în cazul pensiei minime de dizabilitate severă, 69,8% în cazul pensiei minime de dizabilitate accentuată și 49,9% pentru pensia minimă de dizabilitate medie.

La 1 ianuarie 2023 mărimea medie a alocației sociale de stat a constituit 1323,0 lei, fiind în creștere de 2,4 ori față de 1 ianuarie anul 2019. Mărimea medie a alocației a fost mai mare la copiii cu dizabilități severe în vârstă de până la 18 ani (1701,6 lei) și persoanele cu dizabilități severe din copilărie (1656,6 lei). Deși a înregistrat o creștere în ultimii ani, alocația socială putea acoperi doar jumătate din minimul de existență în anul 2022 [2].

Persoanele cu dizabilitate severă au beneficiat și de alocație pentru îngrijire, însoțire și supraveghere. De această alocație au beneficiat circa 12,7 mii de persoane cu dizabilități, comparativ cu 13,1 mii persoane în anul precedent. Mărimea medie a acestei alocații a constituit 1818,7 lei, acoperind doar 69% din minimul de existență [2].

Persoanele cu dizabilități și persoanele care însoțesc persoanele cu dizabilități severe sau copiii cu dizabilități în vârstă de până la 18 ani beneficiază de compensații pentru serviciile de transport public urban, suburban și interurban, al căror cuantum, începând cu 1 ianuarie 2023, constituie 160 lei/lunar pentru persoanele cu dizabilități severe și copiii cu dizabilități și 60 lei/lunar pentru persoanele cu dizabilități accentuate.

În schimbul compensației de transport, persoanele cu dizabilități locomotorii, sau întreținătorii acestora, au dreptul de a importa, o dată la 5 ani, cu scutire de drepturi de import, un mijloc de transport destinat transportării lor, clasificat la poziția tarifară 8703 (cu capacitatea cilindrică a motorului de până la 2.500 cm3 inclusiv), indiferent de termenul de exploatare (prevederile Codului vamal, ale Codului fiscal și ale Legii nr. 1380/1997 cu privire la tariful vamal). Discuțiile cu persoanele cu dizabilități, de asemenea, au scos în evidență faptul că deși această scutire este foarte importantă, din cauza sărăciei un număr redus de persoane cu dizabilități locomotorii își pot permite să procure mijloace de transport și să se folosească de aceste scutiri. Adițional la cele menționate, raportul alternativ la Raportul Guvernului pe implementarea CPDPD (2015) [41] denotă faptul *că persoanele cu dizabilități obțin cu mare dificultate permise de conducere a mijloacelor de transport. Legislația națională conține impedimente în realizarea dreptului persoanelor cu dizabilități de a conduce mijloace de transport. Astfel, Normele privind examinarea medicală a conducătorilor de vehicule și a candidaților pentru obținerea permisului de conducere, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 12 din 19.01.2009, prevăd lista maladiilor în care nu este permisă conducerea mijloacelor de transport. Formularea prevederilor legale este foarte generală, prin urmare, persoanele cu dizabilități severe nu pot obține permis de conducere, chiar dacă aplică adaptările necesare mijlocului de transport*. Totodată Raportul alternativ menționează că n*u există un centru tehnic de dotare a mijloacelor de transport cu sisteme de ghidare manual conform nevoilor specifice ale fiecărei persoane. Astfel, persoanele cu dizabilități sunt nevoite să procure automobile reutilate din străinătate (care nu tot timpul corespund specificului dizabilității) sau să rămână dependente de asistență din partea rudelor sau a serviciilor de taxi, care sunt foarte costisitoare.* În aceste condiții Raportul stipulează necesitatea abrogării Capitolului III din Normele privind examinarea medicală a conducătorilor de vehicule și a candidaților pentru obținerea permisului de conducere, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 12 din 19.01.2009, deoarece acesta limitează drepturile persoanelor cu dizabilități și contravine standardelor europene în domeniu; realizării sesiunilor de informare/instruire pentru medici și alte persoane responsabile care eliberează permise de conducere pentru persoanele cu dizabilități; și crearea unui centru tehnic de certificare și adaptare a autovehiculelor la sisteme de ghidare manuală conform cerințelor specifice ale persoanelor cu dizabilități.

Conform Art. 33 din Codul fiscal al RM, persoanele cu dizabilități din copilărie, cele cu dizabilități accentuate și severe au dreptul la scutiri personale în cazul impozitului pe venit în mărime de 31 500 anual. Persoanele care întrețin persoane cu dizabilități severe și accentuate au dreptul la scutiri anuale la impozitul pe venit de 19 800 lei (art. 35 din Codul fiscal). În contextul în care majoritatea persoanelor cu dizabilități accentuate și întreținătorii lor nu sunt încadrate în câmpul muncii, presupunem că numărul beneficiarilor de aceste scutiri este destul de redus. Oricum nu există o statistică a persoanelor care au beneficiat de aceste scutiri.

Conform legislației în vigoare, persoanele cu dizabilități mai pot beneficia de ajutor social și ajutor pentru perioada rece a anului, dacă au un venit mai mic decât venitul minim garantat și întrunesc indicatorii de bunăstare. În anul 2022, venitul minim garantat a fost de a 1363 de lei lunar pentru un adult și 1418 de lei pentru un copil. Cuantumul lunar pentru ajutorul pentru perioada rece a anului a fost de 700 de lei. Pentru a beneficia de ajutor social și ajutor pentru perioada rece a anului indicatorii bunăstării trebuie să fie mai mici de 88,46. La calcularea indicatorilor bunăstării se iau în considerație mărimea familiei, număr de persoane angajate în câmpul muncii, numărul de animale domestice, bunurile de folosință îndelungată (mașină de spălat automata, frigider etc.). Studiile denotă că *deși pensiile și alocațiile* persoanelor cu dizabilități sunt foarte reduse, și acestea ar putea beneficia de ajutor social sau de ajutor pentru perioada rece a anului, o bună parte din persoanele cu dizabilități nu au acces la aceste ajutoare din cauza procedurilor îndelungate și necesității de a prezenta multe documente și a criteriilor de eligibilitate care nu țin cont de diferite aspecte ale dizabilității. Faptul că indicatorii de bunăstare sunt învechiți și nu țin cont de necesitățile și cheltuielile legate de dizabilitate au fost menționate și în Raportul de monitorizare a implementării angajamentelor în domeniul dizabilității elaborat de CDPD, care a accentuat importanța respectării de către Guvern a recomandării Comitetului CRPD cu referință la luarea în considerație de către programele de reducere a sărăciei a costurilor suplimentare legate de dizabilitate [3]. De asemenea nu există date statistice privind numărul de persoane cu dizabilități care au accesat aceste tipuri de ajutoare, inclusiv pe sex, medii rezidențiale și tipuri de dizabilitate.

Conform Legii Nr. 60 din 30.03.2012 persoanele cu dizabilități au dreptul de a fi asigurați gratuit sau cu plată parțială cu mijloace ajutătoare tehnice, în baza prescripțiilor medicale, acestea fiind furnizate de către Centrul Republican Experimental Protezare, Ortopedie și Reabilitare (CREPOR) și de alte instituții specializate în modul stabilit de Guvern. În anul 2022 un număr de peste 10 mii persoane cu dizabilități au beneficiat de servicii de reabilitare medicală, de sănătate mintală, îngrijire și protezare în cadrul instituțiilor medicale, înregistrând o creștere ușoară în raport cu anul de referință 2019. Bărbații au prevalat cu o pondere de circa 2/3 în totalul beneficiarilor de servicii. Numărul beneficiarilor de servicii de protezare a fost de 130 de persoane, peste 70% dintre aceștia beneficiind de protezare auditivă [10]. Conform Raportului alternativ, *statul nu a creat un mecanism de evaluare, prescriere și asigurare conform nevoilor specifice ale fiecărei persoane cu echipament ajutător (scaune rulante, cadre de mers, proteze auditive ș.a.). În raportul statului se indică numai încălțămintea ortopedică și protezele. Numărul persoanelor cu dizabilități ce au nevoie de echipamente și tehnologii asistive este de sute de ori mai mare decât cel indicat în raportul statului. Din păcate, în programele de oferire a echipamentelor de suport nu sunt incluse persoanele cu dizabilități de vedere: acestea nu beneficiază deloc de dispozitive compensatorii din bugetul statului, cum ar fi echipamente de mobilitate, bastoane, megascoape etc [41].* În aceste condiții Raportul alternativ propune crearea unui mecanism de evaluare și prescriere a echipamentelor ajutătoare și a tehnologiilor asistive pentru persoanele cu diferite tipuri de dizabilitate; crearea de comun acord cu organizațiile societății civile a unei liste de echipamente ajutătoare tehnice, care să fie acordate gratuit la un anumit interval de timp, pentru toate categoriile de dizabilitate, conform nevoilor specifice ale fiecărei persoane în parte; instruirea și pregătirea specialiștilor din cadrul unităților regionale medicale pentru evaluarea și prescrierea echipamentelor ajutătoare. În același context este și recomandarea Comitetului pentru drepturile persoanelor cu dizabilități privind necesitatea instituirii unui mecanism de facilitare a accesului persoanelor cu dizabilități la ajutoare de calitate pentru mobilitate, echipamente de asistență, dispozitive și tehnologii la un cost accesibil pentru toate persoanele cu dizabilități, în consultare cu organizațiile persoanelor cu dizabilități. Acesta recomandă, de asemenea, formarea și consolidarea periodică a capacităților pentru personalul care lucrează la mobilitatea personală [9].

În rezultatul analizei prestațiilor și alocațiilor sociale, putem conchide că deși în ultimii ani s-au întreprins anumite măsuri pentru mărirea pensiilor și alocațiilor persoanelor cu dizabilități, acestea continua să fie foarte mici comparativ cu minimul de existență, persoanele cu dizabilități fiind printre cele mai sărace și vulnerabile pături ale societății. Acest fapt este confirmat și de rezultatele Cercetării Bugetelor gospodăriilor Casnice, care denotă că persoanele cu dizabilități se confruntă cu un risc al sărăciei mai pronunțat comparativ cu persoanele fără dizabilități. Rata sărăciei absolute în rândul persoanelor cu dizabilități a fost în anul 2022 de 41,2%, mai mare cu 11,1 p.p. față de cea a persoanelor fără dizabilități (30,1%). Pe parcursul anilor 2019-2022 evoluția ratei sărăciei absolute în rândul persoanelor cu dizabilități a fost neuniformă. Față de anul 2019, rata sărăciei absolute a persoanelor cu dizabilități în 2022 a înregistrat o creștere cu 7,3 p.p. [10]. Totodată este cazul să menționăm că până în prezent în Republica Moldova nu există o formulă echitabilă de estimare a pensiilor și alocațiilor pentru dizabilitate în funcție de extra costurile pe care trebuie să le plătească persoanele cu dizabilități comparativ cu cele fără dizabilități. Această formulă de calcul trebuie să țin cont de tipul și severitatea dizabilității, precum și de nevoile individuale de reabilitare și acomodare a persoanelor cu dizabilități pentru a funcționa la același nivel cu persoanele fără dizabilități.

Accesul la servicii sociale. Analiza legislației în vigoare și a politicilor în domeniul protecției sociale denotă că în Republica Moldova există politici suficient de dezvoltate și permisive care susțin promovarea serviciilor sociale în vederea asigurării drepturilor persoanelor cu dizabilități la sănătate, educație, muncă, trai decent în comunitate. Astfel, dacă ne referim la cadrul legal general pentru dezvoltarea serviciilor sociale, e cazul să menționăm Constituția Republicii Moldova, Legea asistenței sociale, Legea privind serviciile sociale.

Conform Constituției Republicii Moldova, articolul 47, *statul este obligat să ia măsuri pentru ca orice om să aibă un nivel de trai decent, care să-i asigure sănătatea și bunăstarea, lui și familiei lui, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare.*

Legea asistenței sociale nr. 547 din 25-12-2003*, modificată în anul 2023, [23] stabilește principiile, obiectivele și normele generale de organizare ale sistemului de asistență socială din Republica Moldova.* În conformitate cu art.1 al acestei Legi, asistenţă socială este parte componentă a sistemului național de protecție socială, în cadrul căruia statul şi societatea civilă se angajează să prevină, să limiteze sau să înlăture efectele temporare sau permanente ale unor evenimente considerate drept riscuri sociale, care pot genera marginalizarea ori excluderea socială a persoanelor şi a familiilor aflate în dificultate. Legea (art.1) definește *persoana și familia defavorizată* și noțiunea de *situație de dificultate*. Astfel, *persoana şi familia defavorizată* este persoana şi familia socialmente vulnerabile, aflate în situații care împiedică activitatea normală a acestora din punct de vedere economic, educativ, social etc. *Situație de dificultate* este starea persoanei care, din cauza pierderii

independenței fizice, psihice sau intelectuale, are nevoie de asistență socială pentru îndeplinirea funcțiilor curente de importantă vitală.

Prin modificările operate în anul 2023 [22], în Lege sunt introduse și clarificate atribuțiile a trei instituții noi: Agenția pentru gestionarea serviciilor sociale cu specializare înaltă – autoritate administrativă din subordinea Ministerului Muncii și Protecției Sociale, care gestionează serviciile sociale cu specializare înaltă în care Ministerul Muncii și Protecției Sociale are calitatea de fondator; agenția teritorială de asistență socială – autoritate administrativă din subordinea Ministerului Muncii și Protecției Sociale, care implementează direct și prin intermediul structurilor teritoriale de asistență socială politica de stat în domeniul asistenței sociale și acordă suport metodologic autorităților administrației publice locale de nivelul întâi și prestatorilor de servicii sociale publici și privați; și structură teritorială de asistență socială – subdiviziune a agenției teritoriale de asistență socială, fără personalitate juridică, responsabilă de implementarea serviciilor sociale. Prin aceste modificări atribuția de dezvoltare și prestare a serviciilor sociale trece de la autoritățile publice de nivelul 2 la autoritățile publice centrale, care efectuează planificarea, dezvoltarea, managementul, monitorizarea serviciilor sociale prin intermediul structurii noi create - Agențiile teritoriale de asistență socială. Serviciile înalt specializate sunt dezvoltate și prestate de către Agenția pentru gestionarea serviciilor sociale cu specializare înaltă.

Cu referință la instruirea profesională a asistenților sociale, Art. 16 al Legii Asistenței sociale este completat în felul următor: (1) Personalul din domeniul asistenței sociale are dreptul și obligația de a-și perfecționa, în mod continuu, competențele profesionale. (2) Ministerul Muncii și Protecției Sociale asigură organizarea sistemului de dezvoltare profesională a personalului din domeniul asistenței sociale, care include: a) inserția profesională; b) formarea profesională continuă; c) atestarea personalului din domeniul asistenței sociale. Agențiile teritoriale de asistență socială, structurile responsabile de asistența socială și protecția drepturilor copilului din municipiul Chișinău și din unitatea teritorială autonomă Găgăuzia, precum și prestatorii de servicii sociale, indiferent de forma juridică de organizare și de tipul de proprietate, asigură formarea profesională continuă a personalului. În domeniul asistenței sociale se conferă 5 grade de calificare profesională în funcție de următoarele criterii: nivelul studiilor în domeniul de specialitate, vechimea în muncă, formarea profesională continuă și calificativul de evaluare a competențelor profesionale. Fiecărui grad de calificare profesională îi corespunde un spor lunar la salariu, calculat din data conferirii gradului respectiv [22]. Mecanismul de formare profesională continuă este încă în proces de elaborare și nu este funcțional la data scrierii acestui articol.

Legea nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale, modificată în anul 2023 în rezultatul inițierii Reformei Restart [25], *stabilește cadrul general de creare și funcționare a sistemului integrat de servicii sociale, cu determinarea sarcinilor și responsabilităților autorităților administrației publice centrale și locale, ale altor persoane juridice și fizice abilitate cu asigurarea și prestarea serviciilor sociale, precum și protecția drepturilor beneficiarilor de servicii sociale.* Conform acestei legi*, serviciile sociale sunt ansamblu de măsuri și activități realizate pentru a satisface necesitățile sociale ale persoanei/familiei în vederea depășirii unor situații de dificultate, de prevenire a marginalizării și excluziunii sociale* (art.1).

Serviciile sociale se clasifică în următoarele tipuri: a) servicii sociale primare; b) servicii sociale specializate; c) servicii sociale cu specializare înaltă (art. 6).

Prestatori de servicii sociale pot fi persoane fizice sau persoane juridice publice ori private (art.7).

Ministerul Muncii și Protecției Sociale reprezintă autoritatea centrală de specialitate pentru realizarea politicilor de asistență socială și exercită atribuții principale în procesul de asigurare a serviciilor sociale la nivel național. Ministerul Muncii și Protecției Sociale, în scop de asigurare a serviciilor sociale: a) elaborează și promovează politicile în domeniul de asistență socială, inclusiv al serviciilor sociale, precum și în domeniul promovării drepturilor persoanelor defavorizate; b) elaborează acte normative privind organizarea, funcționarea și dezvoltarea sistemului integrat de servicii sociale; c) reglementează și organizează sistemul de acreditare și controlul de stat în domeniul serviciilor sociale; d) consultă patronatele, sindicatele și societatea civilă și coordonează cu acestea, la nivel național, proiectele de acte normative de caracter economico-social; e) consultă și susține autoritățile administrației publice locale privind planificarea, organizarea și prestarea serviciilor sociale; f) asigură gestionarea prestării serviciilor sociale cu specializare înaltă și, după caz, prin intermediul Agenției pentru gestionarea serviciilor sociale cu specializare înaltă, contactează prestatori de servicii sociale cu specializare înaltă, dacă prestarea serviciilor respective nu poate fi organizată/gestionată de către autoritățile administrației publice locale; h) fondează și coordonează activitatea Agenției pentru gestionarea serviciilor sociale cu specializare înaltă; i) fondează și coordonează activitatea agențiilor teritoriale de asistență socială (art. 8).

Agențiile teritoriale de asistență socială, autoritățile administrației publice ale municipiului Chișinău și ale unității teritoriale autonome Găgăuzia asigură dezvoltarea și gestionarea serviciilor sociale în conformitate cu competențele stabilite, în funcție de necesitățile identificate ale populației, în colaborare cu autoritățile administrației publice locale de nivelurile întâi și al doilea, agenții economici, patronatele, sindicatele din teri-

toriu și asociațiile obștești din țară și din străinătate. Funcția de prestare a serviciilor sociale în unitățile administrativ-teritoriale arondate agenției teritoriale de asistență socială este realizată prin intermediul structurilor teritoriale de asistență socială, acestea având responsabilitatea directă de diversificare și prestare a serviciilor sociale orientate, în mod prioritar, spre menținerea beneficiarului în familia și comunitatea de unde provine. Funcția de prestare a serviciilor sociale în municipiul Chișinău și unitatea teritorială autonomă Găgăuzia se pune în sarcina structurilor responsabile de asistența socială și protecția drepturilor copilului din cadrul acestora, acestea având responsabilitatea directă de diversificare și prestare a serviciilor sociale orientate, în mod prioritar, spre menținerea beneficiarului în familia și comunitatea de unde provine (art. 9).

Autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi contribuie la dezvoltarea și prestarea serviciilor sociale în teritoriul administrat și aprobă, în conformitate cu legislația, resursele financiare necesare. Activitatea nemijlocită de prestare a serviciilor sociale este realizată de unitatea de asistență socială prin intermediul asistenților sociali și al lucrătorilor sociali, selectați și angajați în conformitate cu legislația, în conlucrare și colaborare cu alte servicii existente la nivel de comunitate. Autoritățile administrației publice locale de nivelul întâi, în vederea prestării serviciilor sociale în teritoriul administrat, exercită următoarele atribuții: a) informează populația și acordă consultații cu privire la serviciile sociale și la drepturile persoanei la aceste servicii; b) analizează necesitățile comunității cu privire la serviciile sociale; c) participă la selectarea și angajarea asistenților sociali și a lucrătorilor sociali; d) facilitează și susțin activitatea asistenților sociali și a lucrătorilor sociali în teritoriul administrat; e) planifică tipurile de servicii sociale conform necesităților populației din teritoriul administrat și resursele necesare pentru prestarea acestora; f) susțin asociațiile obștești de utilitate publică ce activează în teritoriul administrat în sfera serviciilor sociale; g) oferă structurii teritoriale de asistență socială informația colectată în urma monitorizării și evaluării serviciilor sociale acordate, în forma și în perioadele stabilite (art. 10).

Legea cu privire la serviciile sociale (2010) stabilește, de asemenea procedura de accesare a serviciilor sociale, în conformitate cu care persoanele pot beneficia de servicii de asistență socială în baza evaluării inițiale și complexe (art. 16-17) efectuate de către structurile teritoriale de asistență socială (art. 16-17) și a elaborării Planului individualizat de asistență, care este revizuit la o lună de la implementare, la trei luni și după fiecare 6 luni în vederea asigurării unor servicii eficiente (art. 19).

Legea susmenționată stipulează de asemenea mecanismul de monitorizare și evaluare a serviciilor sociale. În art. 21 este stabilit că Inspectoratul Social de Stat, autoritate administrativă din subordinea Ministerului Muncii și Protecției Sociale efectuează controlul de stat în domeniul serviciilor sociale. Ministerul Muncii și Protecției Sociale este responsabil de organizarea monitorizării și evaluării sistemului integrat de servicii sociale prin elaborarea și aplicarea metodologiei în domeniu, precum și prin analiza impactului serviciilor sociale asupra persoanelor/familiilor defavorizate (art. 24). Unitatea de asistență socială colectează informația primară privind serviciile sociale prestate în comunitate și o prezintă structurii teritoriale de asistență socială, structurii responsabile de asistența socială și protecția drepturilor copilului din municipiul Chișinău și din unitatea teritorială autonomă Găgăuzia. Structura teritorială de asistență socială prezintă informația colectată agenției teritoriale de asistență socială. Agențiile teritoriale de asistență socială, structurile responsabile de asistența socială și protecția drepturilor copilului din municipiul Chișinău și din unitatea teritorială autonomă Găgăuzia prezintă Ministerului Muncii și Protecției Sociale rapoarte cu informația solicitată conform metodologiei de monitorizare și evaluare a impactului politicilor în domeniul serviciilor sociale, inclusiv privind serviciile prestate de sectorul privat. Prestatorii privați de servicii sociale sânt responsabili de prezentarea rapoartelor la unitățile de asistență socială și, respectiv, la structurile teritoriale de asistență socială sau la agențiile teritoriale de asistență socială conform cerințelor de monitorizare și evaluare a serviciilor sociale (art. 25).

Conform aceleiași Legi, serviciile sociale sunt finanțate din: a) bugetul de stat; b) bugetele unităților administrativ-teritoriale de nivelul întâi; c) bugetele municipiului Chișinău și al unității teritoriale autonome Găgăuzia; d) alte surse conform legislației. Modul de finanțare a serviciilor sociale se stabilește conform cadrului legislativ care reglementează relațiile inter bugetare. Finanțarea serviciilor sociale din sursele prevăzute se face în baza principiilor concurenței și calității. Autoritățile administrației publice centrale și locale pot procura și contracta servicii sociale în condițiile legii (art. 26).

În anul 2011, MMPS a aprobat prin Ordinul nr. 353 din 15.12.2011 Nomenclatorul serviciilor sociale și prestatorilor, unde sunt incluse 41 servicii sociale, dintre care: 4 servicii sociale primare; 30 servicii sociale specializate; 7 servicii cu specializare înaltă. Documentul include cadrul normativ, definirea serviciilor sociale, beneficiarii, serviciile sociale acordate, structura orientativă a personalului de specialitate. Conform Nomenclatorului serviciilor sociale și a prestatorilor din totalul de 41 servicii sociale incluse, pentru 23 de servicii, sunt elaborate Regulamente-cadru (Regulamente-tip) de organizare și funcționare a serviciilor sociale, care stabilesc standardele minime de calitate, necesare pentru acreditarea și prestarea serviciilor sociale. În anul 2023 a fost elaborat un Grup de lucru în cadrul Ministerului Muncii și Protecției Sociale pentru revizuirea Nomenclatorului și includerea tipurilor de servicii noi în acesta [34].

În anul 2012 a fost dezvoltat și aprobat mecanismul de acreditare a prestatorilor de serviciilor sociale din Republica Moldova [20], care prevede acreditarea prestatorilor de servicii sociale o dată la 5 ani în baza următoarelor criterii: baza tehnică-materială, activitatea economică-financiară, calificarea personalului, conformitatea calității serviciilor prestate cu standardele minime de calitate ale acestor servicii. Evaluarea se face în baza autoevaluării și a evaluării serviciilor de către grupurile de experți. Inspectoratul Social de Stat este autoritatea administrativă din subordinea Ministerului Muncii și Protecției Sociale, abilitată cu competențe de acreditare a prestatorilor de servicii sociale. Atribuțiile de bază ale Inspectoratului Social sunt: a) înaintează Ministerului Muncii și Protecției Sociale, în modul stabilit, propuneri ce vizează elaborarea actelor normative privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale, a standardelor și programelor naționale; b) stabilește criteriile de selectare a experților în evaluare; c) stabilește atribuțiile grupurilor de experți în evaluare; d) constituie și aprobă componența grupurilor de experți în evaluare; e) elaborează criteriile de evaluare a activității experților; f) aprobă planurile activității Inspectoratului; g) decide cu privire la acreditarea sau neacreditarea prestatorilor de servicii sociale; h) eliberează certificatul de acreditare; i) notifică prestatorul de servicii sociale asupra deciziei de acreditare sau neacreditare; j) efectuează evaluări inopinate ale prestatorilor de servicii sociale acreditați ca urmare a sesizărilor parvenite din partea organelor de drept și a altor persoane juridice sau fizice; k) suspendă și/sau retrage certificatul de acreditare; l) examinează reclamațiile și soluționează litigiile ce țin de acreditarea prestatorilor de servicii sociale; m) acordă consultanță în domeniul acreditării prestatorilor de servicii sociale; n) organizează și desfășoară instruiri în domeniul acreditării prestatorilor de servicii sociale [20].

Analiza cadrului legislativ privind serviciile sociale scoate în evidență și anumite lacune care împiedică implementarea eficientă a acestuia în practică, cum ar fi: lipsa unui mecanism concret de monitorizare și evaluare (ante și post) a politicilor în domeniul dezvoltării serviciilor sociale; lipsa unui program național de dezvoltare a serviciilor sociale integrate bazat pe evaluarea necesităților diferitor grupuri vulnerabile, inclusiv ale persoanelor cu dizabilități, cu obiective clar definite și resurse financiare atribuite; lipsa datelor actuale, dezagregate pe sex, medii, domenii despre grupurile vulnerabile, inclusiv persoane cu dizabilități, fapt ce constituie un impediment în dezvoltarea serviciilor sociale bazate pe evidențe și în conformitate cu nevoile grupurilor vulnerabile, inclusiv persoane cu dizabilități. Cadrul legal pentru mecanismul de finanțare a serviciilor sociale, inclusiv în domeniul dizabilității, este unul deficient. Nu există un mecanism de elaborare a costurilor pentru serviciile sociale, inclusiv pentru persoane cu dizabilități, fapt ce face mai dificil procesul de dezvoltare a serviciilor sociale și de adaptare a acestora la nevoile persoanelor cu dizabilități. Deși a fost creat mecanismul de acreditare a serviciilor sociale, *doar 50% din serviciile sociale incluse în Nomenclatorul serviciilor sociale dețin Regulamente și standarde minime de calitate, fapt ce face posibilă acreditarea lor*. În acest context menționăm lipsa unor standarde de calitate pentru serviciile rezidențiale create de autoritățile publice de nivelurile central și raional, fapt ce pune la îndoială deseori calitatea serviciilor prestate. O problemă constituie și faptul că *nu este încă dezvoltat cadrul metodologic pentru instruirile inițiale și continue ale prestatorilor de servicii din domeniul social.* Lipsa metodologiei, mecanismelor și procedurilor privind organizarea și asigurarea funcționalității sistemului de formare inițială și continuă este cel mai important impediment pentru a asigura buna funcționare a sistemului de formare inițială și continuă în domeniul asistenței sociale.

Studiul scoate în evidență faptul că nu există o colaborare eficientă și bidirecțională dintre MMPS și instituțiile superioare de învățământ privind pregătirea cadrelor certificate în domeniul asistenței sociale. MMPS este puțin sau deloc implicat în procesul de planificare și bugetare a educației specialiștilor necesari în domeniul asistenței sociale, și în procesul de elaborare/consultare/implementare a curriculum-urilor universitare în domeniul asistenței sociale. Acest fapt duce la o planificare ineficientă a pregătirii cadrelor în domeniu, la discrepanțe dintre cerere și oferta de specialiștii în asistență socială.

În contextul unui cadru legal nereglementat de contractare a serviciilor sociale de la prestatorii privați, piața serviciilor sociale continuă să fie una limitată, neadaptată la nevoile persoanelor cu dizabilități și ale altor grupuri vulnerabile, fapt ce îngrădește dreptul acestora la o asistență socială de calitate.

Cadrul legal specific pentru dezvoltarea serviciilor sociale de suport pentru persoane cu dizabilități include Legea incluziunii sociale (2012), Programul Național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2017-2022) [15], Programul Național de dezinstituționalizare (2018-2026) [16], regulamentele și standardele pentru serviciile sociale dezvoltate.

Legea incluziunii sociale (2012) stipulează că (1) *în vederea reabilitării și incluziunii sociale, persoanele cu dizabilități beneficiază de servicii sociale primare, specializate și cu specializare înaltă, în conformitate cu prevederile legislației în vigoare, și că (2) tipul serviciului social de care urmează să beneficieze persoana cu dizabilități este determinat de recomandările ce se conțin în programul individual de reabilitare și incluziune socială al acesteia și se bazează pe evaluarea inițială și/sau complexă a persoanei/familiei, realizată de către asistentul social angajat de structura teritorială de asistență socială pentru a activa în cadrul*

primăriei și de către echipa multidisciplinară, și adaptat la necesitățile persoanei în cauză [21]. Astfel, persoanele cu dizabilități au dreptul la servicii sociale primare, specializate și de specializare înaltă, în funcție de nevoile personale de suport determinate prin evaluarea inițială și complexă efectuată de către asistentul social comunitar.

Programul Național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2017-2022) a fost axat pe următoarele obiective: 1) îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități la măsuri de protecție socială în comunitate; 2) asigurarea dreptului la educație de calitate a copiilor și tinerilor cu diferite tipuri de dizabilități în instituțiile de învățământ, în condiții de egalitate cu ceilalți; 3) sporirea accesului persoanelor cu dizabilități la servicii medicale, de abilitare și de reabilitare de calitate; 4) sporirea ratei de angajare în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități; 5) sporirea participării persoanelor cu dizabilități la viața politică, publică și culturală; 6) asigurarea accesibilității la infrastructură, la transporturi, la informație și comunicații pentru persoanele cu dizabilități; 7) asigurarea suportului persoanelor cu dizabilități în exercitarea capacității juridice și garantarea accesului la justiție; 8) consolidarea capacităților instituționale pentru implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități; și 9) creșterea nivelului de conștientizare a populației cu privire la drepturile și abilitățile persoanelor cu dizabilități. Totodată, Programul a inclus un Plan concret de acțiuni cu indicarea rezultatelor scontate, a măsurilor necesare de întreprins pentru atingerea rezultatelor scontate și a resurselor financiare planificate pentru implementarea acțiunilor. Astfel, de exemplu, rezultatele scontate în *cazul obiectivului ce ține de îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități la măsuri de protecție socială în comunitate erau următoarel*e: a) servicii sociale comunitare accesibile, disponibile și individualizate bazate pe necesitățile evaluate ale persoanelor cu dizabilități; b) prevenirea instituționalizării persoanelor cu dizabilități în cel puțin 80% din cazuri; și c) dezinstituționalizarea a cel puțin 30% dintre persoanele cu dizabilități plasate în instituțiile rezidențiale [15].

Evaluarea impactului Programului Național de incluziune socială [32] a scos în evidență faptul că acesta nu a avut eficiența scontată. Astfel Programul nu a fost corelat suficient, cu politicile de protecție a copilului, de dezvoltare a serviciilor sociale, de ocupare, de asigurare a egalității de gen și prevenire a violenței. Totodată, el nu a fost bine coordonat cu politicile sectoriale din domeniul sănătății mintale, infrastructurii și dezvoltării regionale, dezvoltării antreprenoriatului, justiției, în special în scopul asigurării serviciilor de suport pentru acces gratuit la justiție. Gradul de implementare a Programului la momentul evaluării era destul de redus. Astfel, 82% dintre acțiuni erau în curs de realizare, unele din ele - la etape inițiale, altele aveau un stadiu mai mare de implementare. Circa 16 % din acțiuni nu au fost realizate deloc și doar 2% din acțiuni erau finalizate. Gradul scăzut de implementare a fost determinat de lipsa unui mecanism clar de coordonare și monitorizare, cu indicatori și termeni concreți. Multe activități din Program nu au avut acoperire bugetară. Astfel, nu a existat nici o legătură între costurile indicate pentru implementarea acțiunilor și procesul bugetar în domeniul protecției sociale a persoanelor cu dizabilități (Sub-program 9010) [32].

Programul Național de dezinstituționalizare (2018-2026) prevede asigurarea dreptului persoanelor cu dizabilități instituționalizate la trai în comunitate prin transformarea a 6 instituții rezidențiale, crearea centrelor regionale de suport în dezvoltarea serviciilor sociale, dezvoltarea serviciilor de suport comunitar, capacitarea resurselor umane implicate în procesul de transformare, și informarea și sensibilizarea populației cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități. Programul este însoțit de un plan concret de acțiuni, buget, mecanism de monitorizare și evaluare. În conformitate cu acest Program, până în anul 2026, 60% din persoanele cu dizabilități din instituții urmează să fie dezinstituționalizate și transferate la trai comunitar. Cu regret, ca și în cazul Programului de incluziune socială, acțiunile din Programul de Dezinstituționalizare nu au acoperire din buget, iar odată cu reforma Restart, implementarea Programului a fost stopată, fiind planificată revizuirea lui în conformitate cu reformele inițiate.

În contextul politicilor de incluziune menționate mai sus, MMPS a dezvoltat și aprobat regulamente și standarde minime de calitate pentru mai multe tipuri de servicii sociale, inclusiv: Serviciul de locuință Protejată (HG nr. 711/2010), Serviciul de Casă comunitară (HG nr. 885/2015), Serviciul de Echipă Mobilă (HG nr. 722/2011), Serviciul social Asistență Personală (HG nr. 314/2012), Serviciul social Respiro (HG nr. 413/2012), Serviciul social de Plasament familial pentru adulți (HG nr. 75/2014), Centrul de zi pentru persoane cu dizabilități (HG nr. nr. 569/2019).

Servicii sociale comunitare. Dezvoltarea cadrului legal în domeniul dizabilității a condus la crearea mai multor servicii sociale de suport pentru persoane cu dizabilități. Astfel, conform Compendiului Statistic elaborat de MMPS[10], în anul 2022 la nivel național funcționau 479 servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități și alte grupuri vulnerabile, cele mai multe dintre acestea fiind servicii sociale specializate pentru copii (185 servicii). Cele mai multe servicii sociale funcționau în regiunile Centru (38%) și Nord (33%), iar cele mai puține în Chișinău (7%) și UTA Gagauzia (3%) U.T.A. Găgăuzia.

În funcție de tipul de servicii, 89 servicii erau primare, inclusiv 34 de servicii de îngrijire socială la domiciliu, 50 de servicii de cantină socială și 5 centre comunitare de asistență socială. 185 de servicii erau servicii specializate pentru copii, inclusiv: asistență parentală profesionistă (24), case de copii de tip familial (75), case comunitare pentru copii în situație de risc (5), locuințe sociale asistate (3), centre de zi pentru copii în situație de risc (17), centre de plasament pentru copii separați de părinți (34), centre de zi pentru copii cu dizabilități (12), centre maternale (12), centre de asistență socială a copilului și familiei (3).

132 de servicii erau servicii specializate pentru adulți, inclusiv servicii de plasament specializat pentru adulți (45), centre de zi pentru persoane vârstnice (18), centre de plasament pentru persoane vârstnice (21), aziluri pentru persoane în vârstă ți persoane cu dizabilități (23), centre de zi pentru persoane cu dizabilități (5), centre de plasament pentru persoane adulte cu dizabilități (4), locuințe protejate (15), adăpost de noapte pentru persoane fără adăpost (1).

73 de servicii erau servicii specializate mixte, inclusiv: asistență personală (35), case comunitare (9), echipe mobile (20), respiro (6), centre de reabilitare a victimelor violenței (2) [10].

Analiza tipurilor de servicii pe ultimii 4 ani denotă o creștere a numărului de servicii de cantină socială (de la 25 în 2019 la 50 în anul 2022), de case de copii de tip familial (de la 53 în 2019 la 75 în 2022), precum și o reducere a numărului de unități de asistenți parentali (de la 414 în anul 2019 la 377 în 2022) și a numărului de case comunitare (de la 15 în 2021 la 9 în 2022).

Numărul beneficiarilor de servicii sociale cu dizabilități a fost în anul 2022 de aproximativ 20,6 mii persoane10, fiind în creștere cu circa 10% față de anul 2021. Cele mai multe persoane cu dizabilități au beneficiat de servicii sociale primare și specializate mixte (74,3% din beneficiari), înregistrând o creștere cu 1,6 p.p. față de anul precedent. Din păcate nu există dezagregare a datelor despre beneficiari în funcție de sex, mediu de reședință și vârstă, fapt ce creează impedimente în analiza profilurilor beneficiarilor.

Pe tipuri de servicii, în anul 2022, 7520 de persoane au beneficiat de servicii sociale primare. Din aceștia, 2990 de persoane au beneficiat de îngrijire socială la domiciliu, sau cu 10% mai puțin decât în anul 2019. 4035 de persoane au beneficiat de serviciul de cantină socială [10]. Comparativ cu anul 2019 numărul acestora a crescut cu aproximativ 800 de persoane. 495 de persoane au beneficiat de serviciile centrelor comunitară de asistență socială. În anul 2021, numărul beneficiarilor de acest serviciu era de 121.

Tabelul 2. **Persoane care au beneficiat de servicii sociale primare, număr, pe ani [10]**

Servicii sociale primare	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Îngrijire socială la domiciliu	3293	3082	2946	2990
Cantină de ajutor social	3194	4964	3868	4035
Centru comunitar de asistență socială	n/r	n/r	121	495

707 copii au beneficiat în anul 2022 de servicii sociale specializate pentru copii. Astfel, 147 de copii s-au aflat în serviciile de Asistență parentală profesionistă și Case de copii de tip familial. Este de menționat că numărul copiilor aflați în aceste servicii a crescut comparativ cu anul 2019 cu circa 33 de copii. 41 de copii din APP și CCTF au fost cu grade severe de dizabilitate, 76 de copii - cu grade accentuate de dizabilitate și 30 de copii - cu grade medii de dizabilitate.

121 de copii s-au aflat în centre rezidențiale mici, cum ar fi case comunitare pentru copii în situație de risc și centre de plasament pentru copii separați de părinți. Comparativ cu anul 2021, numărul copiilor aflați în aceste tipuri de servicii s-a majorat cu 37 de copii.

Tabelul 3. **Copii care au beneficiat de servicii sociale specializate, număr, pe ani [10]**

Servicii sociale specializate pentru copii	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Asistență parentală profesionistă, *inclusiv pe grade:*	88	80	81	106
Sever	33	27	24	32
Accentuat	41	36	40	55
Mediu	14	17	17	19
Casă de copii de tip familial, inclusiv pe grade:	26	23	29	41
Sever	5	6	6	9
Accentuat	17	12	16	21
Mediu	4	5	7	11
Casă comunitară pentru copii în situație de risc	19	20	21	23
Centru de zi pentru copii în situație de risc	n/r	n/r	10	28

Centru de plasament pentru copii separați de părinți	n/r	n/r	63	98
Centru de zi pentru copii cu dizabilități	n/r	n/r	383	396
Centru maternal	1	0	5	5
Centru de asistență socială a copilului și familiei	n/r	n/r	10	10

28 de copii au beneficiat de serviciile centrelor de zi pentru copii în situație de risc, iar 396 de copii cu dizabilități - de serviciile centrelor de zi pentru copii cu dizabilități. 10 persoane au beneficiat de serviciile centrelor de asistență socială a copilului și familiei.

993 de persoane au beneficiat de servicii sociale specializate pentru adulți, inclusiv 40 de persoane au fost în servicii de plasament familial pentru adulți, 56 de persoane - în locuințele protejate, 256 de persoane vârstnice și cu dizabilități au beneficiat de centre de zi, 630 de persoane s-au aflat în servicii rezidențiale (centre de plasament pentru persoane vârstnice, aziluri pentru persoane în vârstă și cu dizabilități și centre de plasament pentru persoane cu dizabilități). Este de menționat o sporire a numărului de persoane vârstnice și cu dizabilități plasate în centrele de plasament pentru vârstnici și centrele de plasament pentru persoane cu dizabilități în anul 2022 comparativ cu anul 2021 cu circa 36%. Aceste Centre se află la balanța Ministerului Muncii și Protecției Sociale. Sporirea numărului de persoane în centrele rezidențiale denotă tendința autorităților de a menține în continuare aceste servicii în detrimentul serviciilor comunitare.

Tabelul 4. **Persoane care au beneficiat de serviciile specializate pentru adulți, pe ani, număr [10]**

Servicii sociale specializate pentru adulți	**2021**	**2022**
Plasament familial pentru adulți	32	40
Centru de zi pentru persoane vârstnice	224	190
Centru de plasament pentru persoane vârstnice	98	175
Azil pentru persoane în vârstă și persoane cu dizabilități	392	369
Centru de zi pentru persoane cu dizabilități	93	66
Centru de plasament pentru persoane adulte cu dizabilități	70	86
Locuință protejată	55	56
Serviciul adăpost de noapte pentru persoanele fără adăpost	43	11

7877 de persoane au beneficiat în anul 2022 de servicii specializate mixte, inclusiv servicii de asistență personală (7239 persoane), servicii de echipă mobilă (387 de persoane), servicii Respiro (197 de persoane), Casă comunitară (50 de persoane), centre de reabilitare a victimelor violenței (4 persoane).

Tabelul 5. **Persoane care au beneficiat de servicii specializate mixte pe ani, număr [10]**

Servicii specializate mixte	**2021**	**2022**
Asistență personală	6218	7239
Casă comunitară	51	50
Echipă mobilă	284	387
Respiro	200	197
Centru de (re)integrare socială a tinerilor	1	0
Centru de reabilitare a victimelor violenței în familie	7	4

Comparativ cu anul 2021, în anul 2022 se observă o creștere a ponderii beneficiarilor de servicii de asistență personală cu circa 16%. De asemenea a sporit numărul beneficiarilor de Echipă mobilă cu circa 100 de persoane. Acest fapt se datorează dezvoltării de servicii noi de Echipă Mobilă în unele raioane. În cazul serviciului de asistență personală, analiza dintre cerere și ofertă denotă că deși numărul beneficiarilor de asistență personală a sporit, cererea continuă să fie destul de mare. Astfel, în anul 2022 cererile de servicii de asistență personală au fost acoperite doar în cazul a 71% din solicitanți.

În anul 2022 3410 persoane adulte au beneficiat de servicii de specializare înaltă, inclusiv 1742 - de serviciile centrelor de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități, 281 - de serviciile azilului republican pentru pensionari și invalizi, 639 - de serviciile Centrului Republican Experimental Protezare, Ortopedie și Reabilitare, 5 persoane - de centrul regional de reabilitare profesională.

Tabelul 6. **Persoane adulte beneficiare de servicii de specializare înaltă pe ani, număr [10]**

Servicii de specializare înaltă pentru adulți	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Centru de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități (adulte)	n/r	n/r	1389	1349
Centru de recuperare/reabilitare a pensionarilor și invalizilor	n/r	n/r	623	741
Azilul republican pentru pensionari și invalizi/Centrul republican de reabilitare a veteranilor muncii și războiului	n/r	n/r	303	281
Centru pentru asistența și protecția victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane	n/r	n/r	3	2
Centrul Republican Experimental Protezare, Ortopedie și Reabilitare	766	338	591	639
Centrul regional de reabilitare profesională a persoanelor cu dizabilități	15	6	3	5
Centru de plasament temporar pentru copii cu dizabilități *Notă: sunt incluși adulții din aceste Centre*	n/r	n/r	392	393

În anul 2022, 37 de copii cu dizabilități au beneficiat de serviciile Centrelor de plasament temporar pentru copii cu dizabilități. Este de menționat că acești copii locuiesc împreună cu adulții cu dizabilități în centrele de plasament temporar pentru copii cu dizabilități din Orhei și Hâncești. 35 de copii au beneficiat de serviciile centrului de zi pentru copii în situație de risc din Taraclia, și un copil - de serviciile Centrului de plasament pentru copii separați de părinți.

Tabelul 7. **Copii care au beneficiat de servicii de specializare înaltă, pe ani, număr [10]**

Servicii de specializare înaltă pentru copii	**2021**	**2022**
Centru de plasament temporar pentru copii cu dizabilități	48	37
Centru de zi pentru copii în situație de risc (r. Criuleni, Taraclia)	69	35
Centrul de plasament pentru copii separați de părinți (Soroca)	1	1

Dezinstituționalizarea persoanelor cu dizabilități. Un număr de 59 de persoane cu dizabilități (41 bărbați și 18 femei cu grad sever și accentuat de dizabilitate) au solicitat în anul 2022 plasament în servicii sociale de îngrijire rezidențială, fiind în ascendență față de anul 2019 (53 persoane). 27 dintre ei erau din mediul urban și 32 - din mediul rural. 51 erau adulți și 8 erau copii. 40 dintre solicitanți au fost plasați în instituții rezidențiale [10]. Toți erau adulți. Comparativ cu anul 2021, ponderea celor instituționalizați în 2022 era mai mare. Astfel, în anul 2022 aproximativ 7 din 10 solicitanți au fost instituționalizați față de 5 din 10 în anul precedent. Ponderea persoanelor în cazul cărora a fost prevenită instituționalizarea a fost de 32,2%, cu 18,6 p.p. mai puțin decât în anul 2021. Totodată au fost dezinstituționalizate 9 persoane (preponderent adulți din mediul rural), adică jumătate comparativ cu anul 2019. 7 persoane au fost reintegrate în familiile biologice extinse și 2 persoane au fost plasate în Centre de plasament temporar. Așadar în baza cifrelor indicate mai sus putem conchide că procesele de dezinstituționalizare și prevenire a instituționalizării decurg cu greu. Deși sunt create mai multe filtre la nivel local și național pentru a preveni instituționalizarea, în contextul unor bugete limitate pentru dezvoltarea serviciilor de alternativă, a lipsei moratoriului pentru plasarea în instituții rezidențiale, nivelului redus de conștientizare de către autorități a necesității asigurării dreptului persoanelor cu dizabilități la trai în comunitate, persoanele cu dizabilități continuă să fie plasate în instituții rezidențiale.

În baza celor menționate mai sus, considerăm necesare următoarele măsuri pentru a înregistra progrese în domeniul dezinstituționalizării: instituirea moratoriului pe intrări în toate instituțiile rezidențiale pentru persoane cu dizabilități intelectuale și psihosociale; actualizarea Programului Național în domeniul dezinstituționalizării persoanelor cu dizabilități reieșind din contextul politic, social și economic actual și în baza lecțiilor învățate; dezvoltarea și implementarea unui plan național de servicii sociale comunitare pentru persoanele cu dizabilități în baza evaluării necesităților lor și reieșind din serviciile existente; aprobarea Regulamentelor și standardelor de calitate pentru serviciile comunitare dezvoltate de către centrele de plasament și acreditarea acestora în calitate de servicii comunitare cu statut autonom la balanța autorităților publice locale de nivelul II sau central; capacitarea, responsabilizarea și implicarea mai activă a autorităților publice în procesul de dezvoltare a serviciilor sociale pentru persoanele cu dizabilități în vederea asigurării traiului acestora în comunitate.

Accesul persoanelor cu dizabilități la echipamente asistive. Un număr de circa 15 mii persoane cu dizabilități, preponderent adulți, au solicitat și au beneficiat în anul 2022 de mijloace ajutătoare tehnice și dispozitive asistive de vedere și auz, fiind în creștere față de anul 2019. 12986 dintre aceștia au fost adulți și 1793 copii. Cele mai solicitate servicii au fost cele de confecționare a încălțămintei ortopedice, în jur de 9092 persoane au beneficiat. Volumul resurselor financiare alocate pentru asigurarea persoanelor cu dizabilități cu mijloace ajutătoare tehnice a fost în creștere cu 18% în raport cu anul 2019, constituind 38342,4 mii lei [10].

Peste 2400 de persoane cu dizabilități se aflau în evidență în anul 2022 ca având nevoie de servicii de interpretare în limbaj mimico-gestual, în descreștere ușoară comparativ cu anul 2019. Numărul adresărilor înregistrate în 2022 a fost de peste 13 mii, în timp ce numărul beneficiarilor acestor servicii a fost de doar 836 persoane

Accesul persoanelor cu dizabilități la servicii juridice garantate de stat. De asistență juridică primară, garantată de stat, au beneficiat în anul 2022 un număr de 678 persoane, cu tendințe evolutive pozitive înregistrate după anul pandemic 2020 și ponderi aproximativ egale pe sexe [10]. De asistență juridică calificată a beneficiat un număr aproape dublu, de 1078 persoane cu dizabilități, dintre care ¾ au fost bărbați. S-a observat că tot mai multe persoane beneficiază de aceste servicii. Persoanele cu dizabilități beneficiare în anul 2022 de asistență juridică primară au constituit 5% din totalul persoanelor care au beneficiat de aceste servicii/ În ce privește asistența juridică calificată, 2,1% din totalul beneficiarilor au fost persoane cu dizabilități.

Accesul persoanelor cu dizabilități la mecanisme de reclamații. Serviciul de asistență telefonică gratuită pentru persoane cu dizabilități 080010808 (SATGPD) este un serviciu național ce oferă sprijin persoanelor cu dizabilități care necesită protecție, suport și informare. Acest serviciu a fost lansat în ianuarie 2017 de IP Keystone Moldova fiind finanțat de Uniunea Europeană în perioada 24.01.2017 – 27.04.2019. Actualmente IP Keystone Moldova, administrează și gestionează Serviciul de asistență telefonică gratuită pentru persoane cu dizabilități din resursele bugetului de stat în baza contractului de achiziții publice cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova. SATGPD funcționează în baza Regulamentului și Standardelor minime de calitate aprobate prin Hotărârea de Guvern nr. 198 din 03.04.2019. Serviciul operează cu număr național 080010808, funcțional 24 din 24 ore, 7 zile în săptămână fiind accesibil pe întreg teritoriul Republicii Moldova anonim, gratuit și confidențial, de la telefonia fixă și mobilă. De asemenea persoanele au posibilitatea să acceseze serviciul prin Viber, Skype, SMS la numărul de telefon 060601549.

Pe durata celor 7 ani de funcționare au fost înregistrate 20406 apeluri la SATGPD. În anul 2023 au fost recepționate 5055 apeluri, comparativ cu perioada inițială de prestare a serviciului, la etapa actuală numărul de apeluri lunare este dublu, astfel serviciul demonstrându-și relevanța, eficiența și impactul. Pe parcursul anului 2023, 50% din persoane care au apelat la serviciul au fost persoanele cu dizabilități, urmate de membrii familiei acestora și membrii comunității care sesizează o situație a unei persoane cu dizabilități 29%. Începând cu anul 2020 este în creștere numărul de apeluri recepționate de la persoanele din comunitate, în raport cu apelurile recepționate din Centrele de plasament temporare pentru persoanele cu dizabilități și serviciile sociale. Astfel în anul de referință 76% din apeluri au fost recepționate de la persoane din comunitate și 15% apeluri din instituțiile rezidențiale și servicii sociale. În anul 2023, 69% din apelurile la SATGPD au fost primare, de la beneficiarii noi, care anterior nu au apelat la serviciul și 31% din apeluri au fost repetate, persoanele au accesat anterior serviciul [40]. Această situație poate fi atribuită la evenimente semnificative din societate, cum ar fi războiul în țara vecină, criza energetică și economică, nivelurile reduse ale pensiilor și alocațiilor destinate persoanelor cu dizabilități, împreună cu insuficiența serviciilor sociale și de reabilitare.

Analiza ultimelor cercetări în domeniu [5] denotă că deși în ultimii 14 ani după ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova s-au făcut anumiți pași în vederea dezvoltării serviciilor de suport pentru persoane cu dizabilități, acestea sunt dezvoltate neuniform, fără a ține cont de nevoile de servicii; în unele raioane practic este imposibil de a determina nevoia de servicii din cauza lipsei datelor despre numărul persoanelor cu dizabilități în total și pe tipuri de dizabilități. Lipsa datelor statistice despre persoanele cu dizabilități, inclusiv dezagregate pe gen, vârstă, mediu de reședință, tip de dizabilitate, constituie o barieră importantă în dezvoltarea serviciilor locale sensibile la criteriile indicate și ajustate în funcție de nevoi pentru femei și bărbați, persoane tinere și în vârstă, persoane care locuiesc în mediul rural și în mediul urban etc.

Numărul de servicii sociale de suport noi dezvoltate pentru persoane cu dizabilități în majoritatea raioanelor este relativ redus comparativ cu nevoile de servicii sociale. O parte din structurile teritoriale de asistență socială au un nivel redus de informare despre politicile statului în domeniul dizabilității axate pe incluziunea socială și continuă să promoveze servicii de tip segregație în special pentru persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale.

Autoritățile publice se confruntă cu un șir de dificultăți în dezvoltarea/prestarea serviciilor sociale pentru persoane cu dizabilități, cum ar fi finanțele reduse, disponibilitatea redusă a specialiștilor la nivel local și fluctuația

cadrelor în sistemul de asistență socială, nivelul de instruire redus al personalului din servicii și dificultăți în prestarea unor servicii calitative persoanelor cu dizabilități în funcție de nevoi.

O problemă destul de elocventă continuă să fie nivelul redus de instruire al autorităților publice și a personalului din servicii în domeniul dezvoltării și prestării serviciilor calitative, fapt ce creează bariere în implementarea unor servicii calitative în conformitate cu politicile statului la nivel local.

În acest context, este evidentă necesitatea implementării unui sistem de colectare, stocare și evidență a datelor privind solicitanții și beneficiarii de asistență socială la nivel național și la nivel local și utilizarea acestor date pentru o mai bună planificare și bugetare a serviciilor sociale; elaborarea și aplicarea unei metodologii de colectare a datelor dezagregate pe criterii de gen, vârstă, tip de dizabilitate, grup vulnerabil în cazul solicitanților și beneficiarilor de servicii sociale; revizuirea actelor legislative și normative în domeniul dizabilității în vederea introducerii tipurilor de dizabilitate, inclusiv în sistemul de determinare a dizabilității și colectarea datelor la nivel național dezagregate pe tipuri de dizabilități; elaborarea și aprobarea standardelor minime de cost per beneficiar în cazul fiecărui serviciu introdus în pachetul minim de servicii, precum și revizuirea periodică a costurilor serviciilor; stabilirea criteriilor de repartizare a mijloacelor financiare pentru implementarea pachetului de bază de servicii sociale în fiecare unitate administrativ-teritorială; proiectarea și implementarea unui sistem de formare inițială și continuă în domeniul asistenței sociale, inclusiv certificarea instruirii profesionale; revizuirea sistemului de salarizare a angajaților în domeniul asistenței sociale pentru atragerea personalului calificat și menținerea acestuia în sistem.

Accesul la servicii sociale de suport pe timp de pandemie. Studiul privind impactul COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități [29] efectuat de Keystone Moldova de comun acord cu AOPD a scos în evidență faptul că persoanele cu dizabilități au avut un acces mai redus la servicii sociale de suport în perioada pandemică. 60% din persoanele cu dizabilități chestionate s-au confruntat cu dificultăți în accesarea serviciilor sociale, din cauza închiderii temporare a unor servicii sociale, cum ar fi centrele de zi, cantinele sociale, deservirea la domiciliu, echipele mobile etc. Închiderea serviciilor sociale a cauzat probleme majore unor persoane cu dizabilități și familiilor lor, din considerentul că acestea nu erau pregătite și nu puteau face față nevoilor de alimentare, îngrijire și comportamentelor problemă apărute în cazul persoanelor cu dizabilități. Circa 35% din respondenți au menționat că în această perioadă pandemică s-au confruntat cu probleme de comportament ale persoanelor cu dizabilități. În situația creată era necesară adoptarea unei strategii de adaptare a serviciilor sociale la condiții noi în vederea continuării prestării acestora persoanelor cu nevoi speciale.

Analiza situației persoanelor din instituțiile rezidențiale în perioada pandemică în baza apelurilor telefonice parvenite la Linia fierbinte implementată de Keystone Moldova [29] în lunile martie-mai 2020 denotă că persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale segregate în instituțiile rezidențiale sunt mai vulnerabile decât oricând la încălcarea drepturilor omului în condițiile de criză de sănătate. Supraaglomerarea, condițiile neigienice, lipsa echipamentului de protecție au constituit riscuri sporite de infectare în instituțiile rezidențiale. Potrivit cercetării, în primele luni ale pandemiei, mai bine de 2/3 dintre persoanele cu dizabilități intelectuale nu aveau acces la informații despre COVID-19 și măsuri de protecție. Datorită izolării, interdicțiilor vizitelor și numărului insuficient de personal au sporit substanțial abuzul, neglijarea și suferința mentală. Sub pretextul unor măsuri preventive, rezidenții uneori erau supuși unor medicamente și restricții forțate și altor tipuri de abuz. În acest context ONG-urile care activează în domeniu (Keystone Moldova, People in Need, Parteneriate pentru fiecare copil, etc.) au venit cu apeluri către donatori în vederea asigurării accesului persoanelor cu dizabilități din instituții la materiale informaționale în limbaj accesibil, echipamente de protecție și suport psihologic. Drept urmare, datorită suportului UE și a Fundației Soros Moldova, Keystone Moldova a asigurat accesul a 2000 de persoane din 6 instituții rezidențiale la materiale și echipamente de protecție, precum și la materiale informaționale accesibile privind măsurile de combatere a infectării cu COVID-19. Totodată, în 6 instituții rezidențiale au fost dezvoltate și sunt implementate politici interne privind măsurile de prevenire și combatere a COVID-19, fapt ce a contribuit la asigurarea unui mediu sigur de sănătate în spațiile rezidențiale [12].

Deși pandemia a redus considerabil accesul persoanelor cu dizabilități la servicii de suport, condamnându-i la o izolare și mai mare, OPD-urile ca reprezentanți ai persoanelor cu dizabilități au fost implicate foarte puțin sau deloc de către autoritățile publice centrale și locale și organismele internaționale în procesele de planificare a răspunsului de urgență și de luare a deciziilor privind măsurile de recuperare post pandemie. Acest fapt a dus la integrarea parțială a aspectelor ce țin de dizabilitate în programele de răspuns rapid și diminuare a impactului pandemiei.

Accesul persoanelor cu dizabilități la servicii de sănătate

Legea nr. 60/2012 cu privire la incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, art. 40 prevede o serie de garanții, inclusiv dreptul la ocrotirea sănătății Astfel, conform acestei legi, persoanele cu dizabilități au dreptul la: *asistența medicală oportună și calitativă în cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistența*

medicală; alegerea prestatorului de servicii medicale primare și a medicului de familie; tratament și îngrijire medicală individuală; asistență medicală pe întreg teritoriul republicii, în comunitate (la locul de trai) și în instituțiile medico-sanitare specializate, în cazul în care, conform indicațiilor medicale, asistența medicală ambulatorie este ineficientă sau indisponibilă; servicii medicale în volumul și calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală; asistența medicală, în cazul în care sunt cetățeni ai Republicii Moldova aflați peste hotarele țării, în conformitate cu tratatele și acordurile internaționale la care Republica Moldova este parte. Aceeași lege garantează că în cadrul asistenței medicale, persoanele cu dizabilități *beneficiază de vizite la domiciliu, având drept scop satisfacerea deplină a tuturor necesităților socio-medicale ale acestora, necesități determinate de tipul și gradul de dizabilitate, în conformitate cu legislația în vigoare* [21].

În conformitate cu prevederile Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Guvernul are calitatea de asigurat pentru persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii și persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane. În calitate de persoane asigurate, persoanele cu dizabilități și întreținătorii lor au acces la volumul prestabilit de asistență medicală din Programul Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. În baza Ordinului comun al MSMPS și CNAM nr. 492/139A din 22 aprilie 2013, persoanele asigurate, inclusiv cele cu dizabilități, beneficiază de medicamente din lista celor compensate integral sau parțial din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru diminuarea poverii financiare și tratament permanent de susținere pentru maladiile cronice prioritare. Astfel, pentru bolile cardiovasculare, respiratorii, osteoarticulare, bolile endocrine, astmul bronșic, maladii ale aparatului digestiv, hepatită, ciroză hepatică, pentru fiecare DCI existent în Lista medicamentelor compensate, începând cu 1 februarie 2019, există cel puțin un medicament absolut gratuit conform denumirii comerciale, pentru care este stabilită suma maximă compensată în conformitate cu Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr. 96/20A din 24 ianuarie 2019 [18].

În anul 2014 a fost aprobată Legea nr. 174/2014 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112, care prevede existența terminalelor specializate pentru transmiterea apelurilor de urgență și a informațiilor privind urgența de către persoanele cu dizabilități de auz și/sau vorbire, utilizând tehnici de transmisie și de prelucrare automată la distanță a informației prin intermediul procedeelor moderne de comunicație.

În aul 2016 a fost aprobată Hotărârea Guvernului nr. 816/2016 privind Regulamentul-cadru pentru organizarea și funcționarea Centrului specializat de intervenție în tulburări de spectru autist și Standardele minime de calitate pentru serviciile medico-sociale prestate în centrele specializate de intervenție în tulburări de spectru autist. Prin Ordinul MSMPS nr. 1244/2019 a fost aprobat Regulamentul de organizare și funcționare a Centrului specializat de intervenție în tulburări de spectru autist, prestat de către A.O „SOS AUTISM". Au fost aprobate Protocolul clinic național „Tulburări din spectru autist la copil și adult" (Ordinul MSMPS, nr. 343/2019) și Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie „Tulburări din spectru autist la copil și adult" (Ordinul MSMPS, nr. 344/2019).

În anul 2017 a fost aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 723/2017 Programul național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022. În Obiectivul 3 Programul prevede sporirea accesului persoanelor cu dizabilități la servicii medicale, de abilitare de calitate. Conform Raportului de evaluare finală a implementării Programului de Incluziune Socială, dizabilitatea a fost integrată în mai multe programe și proiecte de sănătate. Astfel, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, în anul 2020 a început implementarea Proiectului Răspuns de Urgență la COVID-19, finanțat de Banca Mondială, în sumă de 52,7 milioane euro pentru perioada 2020-2025. Proiectul este orientat pe: consolidarea sistemului de sănătate în domeniul identificării și confirmării cazurilor de COVID-19 și îngrijirea pacienților cu COVID-19 aflați în stare critică și sprijin social și financiar pentru gospodării unde sunt persoane sărace prin acordarea ajutorului social. Nu există date despre cheltuieli și indicatori de monitorizare ce țin de persoanele cu dizabilități (focus principal și focus incluziv). În cadrul proiectului la prima componentă, sistemul de sănătate beneficiază de finanțare pentru a asigura faptul că, în timpul unei pandemiei cu evoluție rapidă, sistemul este mai bine poziționat pentru a răspunde necesităților cetățenilor, în mod special, a celor vulnerabili, cum ar fi, persoanele cu venit redus, persoanele cu dizabilități, bătrânii, comunitățile izolate și comunitățile rome (focus incluziv). Finanțarea componentei de ajutor social, le fel se referă și la persoanele cu dizabilități. Potrivit noii metodologii de calcul a ajutorului social, atât adulții, cât și copiii cu dizabilități vor primi în mod automat prestații mai mari care vor ajunge la minimumul de subzistență. Actualmente, persoanele cu dizabilități care dispun de venituri doar din prestațiile sociale, valoarea acestora nu ajunge la minimul de subzistență [32].

Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale cu privire la realizarea în anul 2020 a Planului de acțiuni privind implementarea Programului național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022, se notează că prin Ordinul comun nr. 584/146-A din 23.06.2020 al Ministerului Sănătății,

Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, lista medicamentelor compensate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală a fost completată. Cu referire la prestarea serviciilor de intervenție timpurie la copii, acestea sunt acordate de către prestatori privați, în baza Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciilor de intervenție timpurie și Standardelor minime de calitate pentru Serviciile de intervenție timpurie, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 816/2016. Începând cu anul 2017, serviciile de intervenție timpurie sunt contractate de către CNAM.

În anul 2023, a fost aprobat Programul Național privind Sănătatea Mintală pentru anii 2023-2027. Documentul urmărește fortificarea sistemului de sănătate mintală la toate nivelele de asistență medicală, ajustat la bunele practici și standarde internaționale, prin dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală cât mai aproape de locul de trai și conform necesităților populației, precum și îmbunătățirea mecanismelor de asigurare cu personal medical, în vederea bunei funcționări a sistemului de sănătate mintală până în anul 2027. În programul național sunt prevăzute acțiuni de pregătire a unui sistem rezilienţă de sănătate mintală, care să asigure accesul universal a persoanelor afectate de aceste tulburări, la toate etapele vieții, reducerea numărului de spitalizări pe paturile psihiatrice cu 25% până în anul 2027 și creșterea numărului persoanelor consultate în Centrele Comunitare de Sănătate Mintală cu 25%, promovarea sănătății mintale și pregătirea psiho-emoțională a populației în situații de urgență pentru depășirea crizelor comunitare; reducerea ratei mortalității prin suicid.

Aprobarea legilor și programelor naționale menționate mai sus a creat contextul necesar pentru dezvoltarea și prestarea diferitor servicii medicale persoanelor cu dizabilități în funcție de nevoile lor. Serviciile de bază prestate în domeniul sănătății persoanelor cu dizabilități sunt următoarele: Centrele de reabilitare medicală, serviciile de intervenție timpurie, centrele se sănătate mentală.

Centre de reabilitare a sănătății. În Republica Moldova în total sunt 6 centre specializate de reabilitare a copiilor cu dizabilități. În anul 2022, 987 copii au beneficiat de serviciile acestor centre, în descreștere cu 73 copii față de anul 2019. Beneficiarii centrelor de plasament și reabilitare pentru copii de vârstă fragedă din municipiile Chișinău și Bălți au constituit o pondere de circa 70% din total [10].

Servicii de Intervenție Timpurie (ITC). În conformitate cu datele raportului de analiză a serviciilor de intervenție timpurie, realizat de UNICEF și publicat în anul 2024, în Republica Moldova în anul 2023 erau 11 servicii ITC acreditate. Cinci sunt amplasate în municipiul Chișinău, iar șase – în restul țării. Șapte servicii ITC sunt oferite de instituțiile de stat, iar patru – de organizațiile neguvernamentale [1]. În anul 2022 un număr total de 3.350 de copii (cu vârsta între 0 și 5 ani) și familiile acestora au beneficiat de servicii în opt centre de ITC. Trei prestatori au început prestarea serviciilor din anul 2023, din aceste considerente nu au fost incluse datele despre copii în analiză. Indicatorul principal folosit de CNAM este numărul de vizite făcute de copil la prestatorul de servicii ITC pentru a beneficia de diferite tipuri de asistență. În anul 2022, în total au fost efectuate 21.343 [1].

Deși Raportul de analiză UNICEF menționează că după șapte ani de la reglementarea serviciilor de intervenție timpurie în Republica Moldova, s-au înregistrat progrese notabile în ceea ce privește dezvoltarea și extinderea serviciilor ITC în întreaga țară, totuși, conform aceluiași Raport, există probleme semnificative care necesită soluționare pentru a îmbunătăți calitatea și eficiența serviciilor de ITC. Aceste probleme includ: coordonarea neeficientă dintre MS, MMPS ți ME pentru prestarea serviciilor de ITC, lipsa unor mecanisme de referință către Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă pentru a determina tipul și gradul de dizabilitate al copilului sau către serviciile de sprijin familial pentru identificarea serviciilor suplimentare necesare. Totodată, nu există un mecanism eficient de referire a copiilor de la serviciile ITC către servicii de asistență psihopedagogică și alte servicii de suport pentru educație incluzivă. Colaborarea între serviciile ITC și prestatorii de servicii sociale și educaționale este fragmentată și depinde mult de inițiativa personală a prestatorilor individuali. Autoritățile publice centrale de protecție socială și educație nu au capacitatea de a genera și partaja date statistice dezagregate referitoare la: (a) serviciile ITC existente, (b) numărul de copii care au nevoie de astfel de servicii și (c) numărul de copii și familii care beneficiază de serviciile ITC. Cadrele non-medicale implicate în serviciile ITC (asistent social, psiholog, logoped) nu au acces la sistemul de formare continuă de specialitate în domeniul intervenției timpurii la copii. În pofida faptului că conceptul ITC este reglementat prin Hotărârea de Guvern 816/2016, nu există o înțelegere comună a conceptului în rândul prestatorilor [1].

Mai mult decât atât, lipsește cu desăvârșire un cadru conceptual clar care să facă distincția între ”intervenția timpurie în copilărie”, ”dezvoltarea timpurie a copilului” și ”educația timpurie a copilului”. Nu există nici mecanisme care să asigure planificarea și prestarea efectivă a serviciilor de intervenție timpurie la copiii în conformitate cu standardele minime de calitate.

Standardele minime de calitate, care au fost aprobate în 201631, sunt depășite și se impune revizuirea acestora. La momentul actual, nivelurile de finanțare din FAOAM pentru serviciile ITC nu corespund situației actuale. Costurile standard pentru ITC au fost aprobate prin Hotărârea nr. 1020 din 29 decembrie 2011, sunt

deja depășite și nu includ anumite prestații pentru a sprijini familii din raioanele în care nu există servicii ITC în să acceseze serviciile în alt raion (costuri de transport, costuri pentru cazare temporară etc.). Serviciile acreditate în domeniul ITC, care beneficiază de finanțare din partea FAOAM, sunt încă dependente de finanțare externă pentru a putea asigura calitatea serviciilor. Până la ora actuală, serviciile ITC nu au fost evaluate din perspectiva criteriilor de relevanță, eficiență, eficacitate, coerență și durabilitate. O asemenea evaluare ar fi necesară pentru estimarea capacității prestatorului de a oferi servicii populației țintă și pentru a analiza eficiența resurselor alocate din FAOAM.

În ultimii ani, consolidarea capacităților profesionale în domeniul ITC a înregistrat progrese. Sistemul național de educație pentru instruirea specialiștilor medicali include un curriculum în domeniul ITC, suport de curs, materiale de instruire și oportunități de accesare a cursurilor de specializare în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu". Nu sunt dezvoltate încă standardele ocupaționale pentru unele categorii de specialiști ITC și nu există nici un mecanism de mentorat și supervizare profesională a specialiștilor implicați direct în prestarea serviciilor ITC. La fel, nu există un mecanism care să asigure calitatea și corectitudinea aplicării instrumentelor de evaluare și screening în domeniul ITC în baza cărora să fie stabilit diagnosticul copilului și elaborat planul individual de intervenție [1].

Centre de sănătate mentală (CCSM). În Republica Moldova se înregistrează o rata înaltă a prevalenței prin tulburări mintale și de comportament, chiar dacă în ultimii 5 ani se constată tendințe de scădere, fiind alarmantă la copii și adolescenți. În anul 2022, conform datelor furnizate de Agenția Națională pentru Sănătate Publică, prevalența prin maladii psihice în cifre absolute era de 79473 persoane înregistrate, dintre care 9 900 (12%) sunt copii cu vârsta între 0 și 17 ani, 11 luni și 29 zile. Asistența persoanelor cu tulburări mentale este oferită în spitale și în Centrele de Sănătate mentală. În anul 2022 la nivel național activau 40 de centre comunitare de sănătate mintală, în cadrul cărora erau oferite o serie de consultații și servicii specializate de consiliere, asistență medicală, reabilitare psihosocială, sprijin și mediere în relațiile cu familia și comunitatea [38].

Conform analizei situaționale prezentate în Programul Național pentru sănătate mentale 2023-2027, în ultimii ani, s-au înregistrat progrese în îmbunătățirea sistemului de sănătate mintală și printre punctele forte se pot menționa următoarele: 1) acte normative ce asigură reglementarea serviciului, standardelor și condițiilor de oferire a serviciilor de sănătate mintală; 2) servicii de sănătate mintală integrate și prestate la nivel de asistență medicală primară de către medicul de familie, la nivel comunitar de către specialiștii din cadrul CCSM și la nivel terțiar în cadrul serviciului spitalicesc; 3) CCSM organizate în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară în toate teritoriile administrative de nivel raional și municipal, ceea ce contribuie la accesibilitatea și continuitatea tratamentului pentru personale cu tulburări de sănătate mintală; 4) CCSM contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM), au realizat în anul 2022, conform datelor prezentate de către Agenția Națională pentru Sănătate Publică, circa 9365 consultații la 100 mii locuitori pentru circa 8352 persoane deservite la 100 mii locuitori. În anul de referință, 108 652 de persoane (în anul 2021 – 94371), au solicitat activ, din inițiativă proprie, serviciile CCSM, ceia ce denotă sporirea încrederii populației în serviciile de sănătate mintală comunitară. Specialiștii Centrelor au recomandat spitalizare unui număr de 3827 pacienți, acesta fiind un număr mai redus comparativ cu anii precedenți, iar 16023 de persoane au fost consultate de asistentul social din CCSM; 5) medicamente compensate integral din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, lista cărora este revizuită și extinsă permanent în funcție de avansarea tehnologiilor și necesități. Pentru asigurarea tratamentului ambulator al persoanelor afectate de maladii mintale cu evoluție nefavorabilă (demență, schizofrenie, tulburare afectivă bipolară, epilepsie cu tulburări psihice) în lista medicamentelor compensate integral (100%) din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sunt incluse 15 denumiri comune internaționale; 6) medicamente psihotrope procurate centralizat din sursele bugetului de stat alocat Ministerului Sănătății în cadrul Programului național de sănătate mintală, eliberate gratuit; 7) protocoale clinice naționale pentru specialiștii în sănătate mintală și a celor standardizate pentru medicii de familie aprobate și instituționalizate; 8) curriculum universitar și postuniversitar pentru psihiatri, medici de familie și asistenți medicali revizuit și integrat în programul de studii universitar și continuu; 9) program comprehensiv de consolidare a capacităților, care oferă oportunități de formare continuă și mentorat pentru profesioniștii din domeniul sănătății mintale și alți profesioniști în domeniul sănătății mintale; 10) spitalizări psihiatrice în micșorare, cu mărirea vizitelor în CCSM. Pe parcursul perioadei 2018-2022 a scăzut semnificativ numărul de persoane tratate în staționar de la 15122 până la 8562 pacienți anual; 11) incidența prin maladii psihice înregistrează o descreștere în ultimii ani, ce denotă rezultatele implementării noilor mecanisme și abordări în organizarea acestui domeniu, dar și anumite deficiențe în evidența problemelor de sănătate mintală [38].

Cu toate acestea, în Program se menționează că serviciul spitalicesc continuă să fie încă unul prioritar și bugetul pentru spitale este mai mare comparativ cu cel pentru servicii comunitare. Asistența psihiatrică este un sistem de servicii orientat excesiv spre actul curativ, în detrimentul abordării psihosociale. Nu există un

sistem informațional automatizat, din care cauză suferă continuitatea în prestarea serviciilor de sănătate mintală, fiind înregistrate dificultăți în transmiterea informației către CCSM la externarea pacienților din spital. Sunt insuficiente serviciile de intervenție în criză din spitalele raionale, fapt ce împiedică asigurarea asistenței psihiatrice mai aproape de locul de trai a pacienților. Colaborarea între spitalele psihiatrice și CCSM este una insuficientă și axată preponderent pe problemele legate de internarea pacienților, iar cele din urmă prestează o gamă insuficientă de servicii complexe beneficiarilor săi. Medicii de familie nu au cunoștințe suficiente despre sănătatea mentală și capacități dezvoltate pentru screening și diagnosticare a depresiei și anxietății. În cadrul CCSM sunt deficiențe în continuitatea tratamentului și/sau supravegherii și la medicul de familie, după externarea din serviciile specializate psihiatrice, astfel lipsind o abordare holistică a problemei de sănătate mintală la nivel de servicii medicale. Serviciile medicale sunt separate de cele sociale, lipsind o abordare integrată a problemelor de sănătate mintală orientate spre prevenirea, depistarea precoce, tratamentul, reabilitarea, promovarea modului sănătos de viață și protecția sănătății mintale în comunitate, precum și crearea premiselor benefice de reabilitare și integrare sociofamilială a persoanelor afectate de maladii mintale. În CCSM rămân vacante încă 22 funcții de medici psihiatri, iar carența de medici din cadrul serviciului ambulator se referă, mai cu seamă, la psihiatrii pentru copii. În 30 raioane lipsesc psihiatri pentru copii, iar în majoritatea raioanelor aceștia activează prin cumul, locul de muncă de bază fiind în alte subdiviziuni. Lipsa sistemului informațional automatizat și a fișei electronice a pacientului cu toate funcționalitățile necesare (registrul psihiatric, narcologic, rețeta electronică etc.), dar și lipsa integrării datelor despre sănătatea mintală în sistemul informațional automatizat de asistență medicală primară nu permit o utilizare eficientă a datelor privind sănătatea mintală și nici evidența, monitorizarea, analiza, evaluarea și raportarea centralizată a acestora. Finanțarea din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sunt insuficiente și nu acoperă necesitățile reale pentru prestarea serviciilor de sănătate mintală, cât și acoperirii cheltuielilor pentru salarizare, întreținere [38].

Accesul la servicii de sănătate a persoanelor cu dizabilități în situații de urgență. Cercetarea Accesului persoanelor din grupuri vulnerabile la servicii de sănătate în perioada COVID-19, realizată de către Keystone Moldova din sursele financiare ale Fundației Soros Moldova în anul 2020 [28] a scos în evidență faptul că pandemia a accentuat și mai mult discrepanțele dintre accesul la sănătate al persoanelor cu dizabilități și al populației generale. Restricțiile cauzate de situațiile de urgență, accesul limitat la programare, spitalele arhipline, medicii ocupați, atitudinea urâtă a medicilor și frica de infectare au creat bariere pentru persoanele cu dizabilități în accesarea serviciilor medicale, conducând la amânarea multor servicii medicale, inclusiv a celor urgente, precum serviciile de diagnosticare, serviciile stomatologice, intervențiile chirurgicale, administrarea unor medicamente. În rezultat, amânarea serviciilor medicale a avut un impact negativ asupra stării sănătății unui număr mai mare de persoane cu dizabilități comparativ cu populația generală. Astfel, fiecare a doua persoană cu dizabilități, comparativ cu fiecare a treia în populația generală, a indicat că amânarea serviciilor medicale i-a afectat sănătatea în mare/foarte mare măsură. În contextul pandemiei, persoanele cu dizabilități cu trebuințe accentuate de suport au fost nevoite să se descurce pe cont propriu din cauza restricționării accesului persoanelor de suport în instituțiile medicale, în special în spitale. Din cauza nivelului înalt de sărăcie, 2/3 dintre persoanele cu dizabilități au fost nevoite de multe ori să reducă din cheltuielile pentru produsele alimentare și haine întru a acoperi costurile medicamentelor necesare. Pandemia a afectat în mare parte sănătatea mentală a persoanelor cu dizabilități, acestea fiind nevoite să se autoizoleze, să renunțe la plimbări, la călătorii cu transportul public și la întâlniri cu semenii. În conformitate cu rezultatele cercetării, 2/3 din respondenți au menționat că persoanele cu dizabilități, persoanele în vârstă, persoanele sărace nu au avut acces deloc sau au avut acces în mică măsură la echipamente de protecție, fapt ce le-a făcut mult mai vulnerabile la COVID-19. O treime din persoanele cu dizabilități nu intenționau să se vaccineze, iar fiecare a cincea – nu era decisă; 1/3 din persoanele cu dizabilități au fost infectate cu COVID-19, dintre care fiecare a doua s-a tratat doar în condiții casnice, fiecare a treia – doar în condiții de spital, iar fiecare a cincea – și acasă, și în spital. Mai bine de 2/3 din cei care au beneficiat de tratament au fost satisfăcuți/foarte satisfăcuți de acesta, indiferent dacă s-au tratat acasă sau la spital. O treime au indicat că nu au rămas mulțumiți de tratament, deoarece au fost nevoiți să caute și să procure singuri medicamentele necesare, rezultatele testului au venit greu și tratamentul a fost inițiat cu întârziere, medicii nu au explicat care este starea sănătății în limbaj accesibil și nu i-au consultat atunci când au aplicat tratamentul [28].

Analiza studiilor în domeniu denotă că sănătatea reproductivă a femeilor cu dizabilități continuă să fie o problemă în Republica Moldova din cauza stigmatizării femeilor cu dizabilități și a accesului lor redus la serviciile de sănătate. Astfel studiul BNS ”Profilul femeii cu dizabilități” menționează că *femeile cu dizabilități se confruntă cu anumite dezavantaje atunci când este vorba de sexualitate, sănătatea reproductivă și crearea unei familii. Stereotipurile existente în societate, inhibarea și stigmatizarea femeilor cu dizabilități determină decizia unora, mai cu seamă a celor cu dizabilități severe, să renunțe la viața familială. Rata nupțialității pentru femeile cu dizabilități este de 40 femei căsătorite în medie la 100 femei, iar ponderea celor necăsătorite*

constituie 20 la sută față de 14 la sută în cazul femeilor fără dizabilități. Starea civilă a femeilor cu dizabilități este strâns corelat cu gravitatea dizabilității și pe măsura accentuării acesteia se reduc și șansele femeilor de a forma un cuplu. Astfel, rata nupțialității pentru femeile cu dizabilități severe constituie 35 femei căsătorite la 100 femei, iar ponderea femeilor celibatare este de 28% [36]. Totodată, într-un alt articol științific se menționează că femeile cu dizabilități în R. Moldova "*nu beneficiază pe deplin de existenta unor prevederi legale elaborate în limitele standardelor internaționale, accesul la serviciile de sănătate reproductivă este limitat datorită lipsei accesului către instituțiile medicale, a echipamentului necesar, adaptat nevoilor acestui grup de beneficiari în instituțiile respective, medicii de familie evită consilierea sau prescrierea contraceptivelor femeilor cu dizabilității din cauza cunoștințelor insuficiente în domeniul dat, asistenții sociali și membrii familiilor femeilor cu dizabilități nu au cunoștințe îndeajuns în domeniu, pentru a putea oferi suport informațional femeilor cu dizabilități*" [8]. Pentru reducerea stigmei și discriminării și mărirea accesului la servicii de sănătate a femeilor cu dizabilități sunt necesare următoarele măsuri: informarea femeilor cu dizabilități, a familiilor acestora și a prestatorilor de servicii medicale și sociale despre drepturile femeilor cu dizabilități la servicii de sănătate reproductivă, asigurarea tuturor instituțiilor medicale cu echipamentul necesar adaptat la nevoile femeilor cu dizabilități, instruirea medicilor în domeniul sănătății reproductive inclusiv a femeilor cu dizabilități, asigurarea femeilor cu dizabilități cu servicii de suport (asistenți personali) în timpul nașterii și îngrijirii copiilor.

Analiza datelor statistice existente din perspectiva ODD3 Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vârstă denotă faptul că BNS-ul nu colectează date în domeniul sănătății dezagregate în funcție de dizabilitate și nici indicatorii naționalizați nu includ dezagregarea datelor în funcție de dizabilitate [33]. În acest context este necesară atât revederea indicatorilor ODD naționalizați, inclusiv la domeniul sănătate și desegregarea lor în funcție de dizabilitate, cât și elaborarea unui mecanism de colectare și analiză a acestor date.

Așadar, putem concluziona că deși Guvernul Republicii Moldova a întreprins măsuri în vederea asigurării accesului la sănătate a persoanelor cu dizabilități, acestea nu sunt suficiente. Analiza literaturii în domeniu, scoate în evidență următoarele bariere în accesarea serviciilor de sănătate de către persoanele cu dizabilități: infrastructură medicală inaccesibilă pentru persoanele cu dizabilități locomotorii și senzoriale; nivel redus de informare despre drepturi în domeniul sănătății, medicamente compensate, spectrul serviciilor de sănătate existente și modificările ce au loc în modalitatea de prestare a acestora etc.; surse financiare limitate pentru procurarea unor medicamente pentru maladiile secundare; acces limitat al persoanelor cu dizabilități severe locomotorii la servicii medicale specializate (consultațiile neurologului, cardiologului) în condiții de domiciliu din cauza neacoperirii de către CNAM a costurilor de călătorie și numărului redus de medici; gradul redus de corespundere al serviciilor de sănătate nevoilor diferitor grupuri de persoane cu dizabilități; gradul deficient de comunicare dintre medici și persoane cu dizabilități din cauza nivelului redus de cunoștințe a medicilor cum să comunice cu persoanele cu dizabilități; abordare îngustă, strict medicală a problemelor de sănătate de către medici, fără a ține cont de aspectele sociale și psihologice; comunicarea ineficientă între medicina primară, spitale și centrele de sănătate mintală în procesul de internare/externare a pacienților cu sănătate mentală, fapt ce duce la tergiversarea inițierii tratamentului și înrăutățirea stării sănătății, acces limitat la medicamente compensate [27]. Studiile de asemenea menționează accesul dificil al persoanelor cu dizabilități severe, din mediul rural, din familii sărace la medicamente compensate din cauza barierelor de deplasare, lipsei surselor financiare, orarului medicilor din instituțiile medicale rurale (au primiri o dată în săptămână).

Totodată cercetările vin cu anumite recomandări pentru eliminarea barierelor, și anume: integrarea aspectelor dizabilității în indicatorii de performanță ai prestatorilor de servicii medicale, includerea deservirii medicale specializate la domiciliu pentru persoane cu dizabilități severe (inclusiv transportul); elaborarea unei baze de date comune privind serviciile medicale, sociale, psihologice acordate persoanelor cu dizabilități pentru elaborarea unui diagnostic corect și oferirea intervențiilor în funcție de nevoi; dezvoltarea unei proceduri eficiente și confidențiale de transmitere a informației despre pacient între instituțiile medicale de nivel diferit; integrarea accesibilității infrastructurii în criteriile de acreditare a instituțiilor medicale; instruirea prestatorilor de servicii medicale în aspectele ce țin de dizabilitate; integrarea nevoilor de accesare a serviciilor medicale (transportul, medicamentele etc.) de către persoanele cu dizabilități sărace în serviciile de suport monetar pentru a asigura accesul acestor grupuri la sănătate [27].

Accesul persoanelor cu dizabilități la educație

În ultimii 10 ani în Republica Moldova s-au făcut pași pozitivi în direcția asigurării dreptului la educație a persoanelor cu dizabilități, printre care menționăm: aprobarea unui Cod nou al Educației (2014), elaborarea și implementarea Programului de dezvoltare a Educației incluzive (2011-2019), a Strategiei de dezvoltare a educației pentru 2014-2020, dezvoltarea Fondului pentru educație incluzivă (Hotărârea Guvernului nr.

868/2014), dezvoltarea serviciilor de diagnosticare și suport pentru educația incluzivă (Centrul Republican de Asistență Psiho-pedagogică, 35 de Servicii de Asistență psiho-pedagogică, 932 de centre de resurse pentru educația incluzivă, 1190 de cadre didactice de sprijin, 9 centre de consiliere și ghidare în carieră etc), dezvoltarea metodologiilor educaționale pentru copiii cu CES etc [18]. În acest context ponderea copiilor cu cerințe educaționale speciale și cu dizabilități, integrați în instituții de învățământ cu destinație generală s-a majorat pe parcursul ultimilor 5 ani și a constituit circa 97% în anul de studii 2022/2023 (9288 de copii cu dizabilități și cu CES erau înscriși în instituțiile de învățământ primar și gimnazial) [2]. Cu toate acestea în anul de studii 2022-2023, 532 de copii cu deficiențe în dezvoltarea intelectuală sau fizică au continuat să frecventeze instituții de învățământ segregative [2].

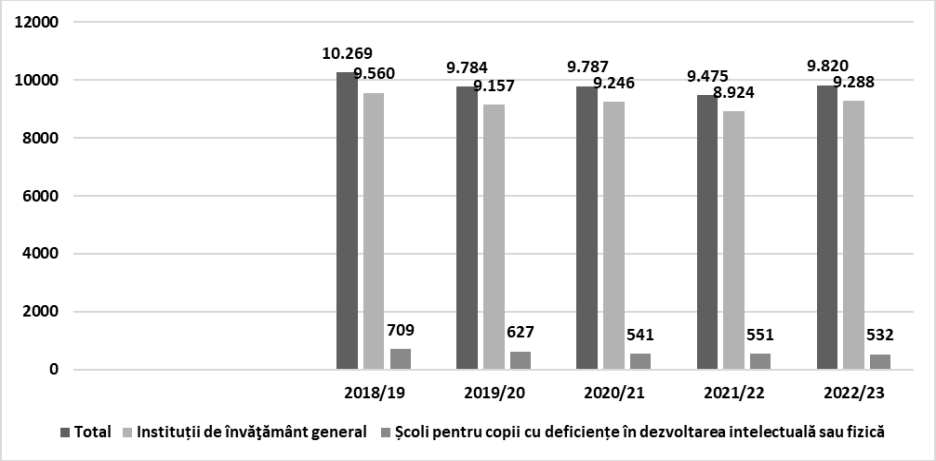


Fig. 2. **Elevi cu CES și cu dizabilități după tipul instituției în care învață, număr [2]**

Studiile și analizele în domeniul educației incluzive atestă o serie de bariere în calea implementării eficiente a educației incluzive în Moldova, și anume: lipsa cadrului metodologic și normativ pentru implementarea educației incluzive la nivelurile de educație preșcolară și vocațională, resurse financiare insuficiente alocate pentru educația incluzivă în școală (2% alocate din fondul de educație incluzivă sunt doar pentru salariile cadrelor didactice de suport), infrastructură insuficient adaptată la nevoile copiilor cu diferite tipuri de dizabilități, curriculum încărcat, lipsit de flexibilitate și neajustat la nevoile copiilor cu diferite necesități de învățare, număr mare de copii la un cadru didactic de sprijin (în mediu 9 copii), atitudine discriminatorie a unor pedagogi față de copii cu dizabilități intelectuale și de comportament, nivel insuficient de pregătire a pedagogilor de a face față cerințelor educaționale ale copiilor cu diferite tipuri de dizabilități. Numărul mare de copii în clase, în special în mediul urban, nu permite pedagogilor să acorde suportul necesar copiilor cu dizabilități. De asemenea se atestă o lipsă a cadrelor calificate de psihologi, psihopedagogi, logopezi în instituțiile educaționale și discrepanțe mari în accesul și calitatea serviciilor educaționale în mediul rural și urban. Persoanele cu dizabilități au acces redus la servicii de mediere și ghidare în carieră atât în cadrul instituțiilor de educație generală, cât și în comunitățile lor [30].

Raportul de alternativă pentru Comitetul ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, elaborat de CDPD în anul 2021 scoate în evidență situația gravă în incluziunea educațională a copiilor cu dizabilități de auz și de vedere. Astfel, *deși legislația națională prevede obligația instituțiilor de învățământ general să faciliteze învățarea alfabetului Braille și a limbajului mimico-gestual, inclusiv prin angajarea pedagogilor calificați în limbajul semnelor/sistemul Braille, constatăm cu regret că în cadrul instituțiilor de învățământ general asemenea specialiști nu sunt angajați….* astfel *cei 160 de copiii cu dizabilitate de auz înmatriculați în instituțiile de învățământ general nu au acces la limbajul semnelor, fiindu-le încălcat grav dreptul la identitatea lingvistică și dreptul la educație. Conform Deciziei Consiliului pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității (CPEDAE) pe cauza nr. 114/20 din 01.09.2020, asemenea fapte reprezintă discriminare, manifestată prin lipsa măsurilor de acomodare rezonabilă [41].* Raportul de asemenea denotă că *Guvernul nu a întreprins măsuri pentru implementarea recomandărilor expuse în pct. 41 lit. b) din Observațiile finale CRPD referitoare la raportul inițial al Republicii Moldova, privind asigurarea educației bilingve și de calitate pentru copii cu dizabilități de auz. La momentul actual, în cadrul sistemului de învățământ general nu există capacitatea de a asigura învățarea limbajului semnelor pentru fiecare copil cu dizabilitate de auz. Or, conform informației MECC, în anii 2016 și 2017 au fost pregătiți doar 13 specialiști calificați în*

limbajul semnelor și sistemul Braille, iar în anii 2015, 2018, 2019 și 2020 pregătirea unor asemenea specialiști nu a avut loc [41].

Raportul UNICEF privind evaluarea Programului de educație incluzivă (2019) [13] denotă provocările mari în domeniul educației incluzive a copiilor cu dizabilități severe *datorită pregătirii insuficiente la nivelul instituțiilor, școlilor și cadrelor didactice, timpului suplimentar necesar pentru a lucra cu acești copii, și, într-o anumită măsură, a reticenței părinților de a integra copii în școală*. Studiul menționează că îmbunătățirea situației se poate realiza prin *echiparea și capacitarea unităților de învățământ și a cadrelor didactice, precum și prin asigurarea serviciilor specializate, dar o contribuție majoră în acest sens ar putea avea disponibilitatea serviciului de asistență personală pentru toți copii cu dizabilități severe și implicarea acestuia în actul educațional (în școală). Este importantă dezvoltarea unei abordări mai largi pentru copii cu CES și în special a celor cu dizabilități, care să asigure nu numai integrarea lor educațională, ci și socială și deprinderea abilităților practice de viață.*

Programul național pentru dezvoltarea educației incluzive în Republica Moldova 2024-2027 stipulează că copiii cu dizabilități se confruntă cu bariere mari în accesarea instituțiilor de învățământ și în procesul de învățare din cauza accesibilității fizice reduse a clădirilor și lipsei echipamentelor asistive în conformitate cu nevoile lor individuale. În Program se menționează că instituțiile de învățământ sunt mai puțin accesibile unor categorii de copii cu CES și/sau dizabilități. Astfel, doar 22,3 % de intrări ale clădirilor în instituțiile de învățământ preuniversitar sunt dotate cu rampă de acces, doar în 62,3% de instituții preuniversitare lățimea ușilor de la intrare permite accesul liber al persoanelor în scaune cu rotile, doar în 2,46% din instituții de învățământ este mobilier specializat (scaune adaptate cu suport pentru mâini, cap, spate). Numai 8% din instituțiile de învățământ preuniversitar dispun de grupuri sanitare adaptate în totalitate conform standardelor. Mediul fizic neadaptat încalcă în cel mai direct mod dreptul copiilor cu dizabilități fizice/neuromotorii, cu dizabilități intelectuale, cu dizabilități senzoriale, cu TSA la educație în comunitate, prin limitarea accesului în instituția educațională din comunitate de la toate nivelurile și prin lipsa condițiilor sau insuficiența acestora, care nu permit asigurarea unei acomodări rezonabile a instituțiilor [37].

Totodată, Programul de Dezvoltare a Educației Incluzive are drept scop major asigurarea educației incluzive de calitate pentru toți copiii și tinerii, astfel încât, până în anul 2027, toți copiii/elevii, indiferent de grupul țintă, să fie incluși în instituții de învățământ general, iar absolvenții din acest grup să aibă acces la învățământul profesional tehnic și la cel superior, precum și la alte forme de educație pe tot parcursul vieții, având asigurată încadrarea pe piața muncii. În vederea asigurării acestui scop, pe lângă obiectivele ce țin de dezvoltarea cadrului metodologic, asigurarea cu servicii de suport etc.

Analiza datelor statistice existente pe accesul copiilor cu dizabilități la educație incluzivă a scos în evidență faptul că în Republica Moldova nu sunt colectate date despre copiii cu dizabilități necuprinși cu școala, rata de frecventare a școlii, finisarea școlii, absenteismul în școlile primare, liceale, vocaționale. Nu există date nici despre proporția copiilor și a tinerilor cu dizabilități la finele ciclului primar/gimnazial, a celor care ating minimurile de competență la finele ciclului gimnazial în citire, matematică etc. Lipsa datelor dezagregate pe dizabilitate este o barieră incontestabilă în determinarea inegalităților în educație cu care se confruntă persoanele cu dizabilități și în elaborarea politicilor țintite și eficiente.

În vederea eliminării barierelor și eficientizării procesului de incluziune școlară a copiilor cu dizabilități este necesară modificarea cadrului normativ pentru educația incluzivă pentru a asigura accesul la educație a copiilor cu dizabilități în învățământul preșcolar și în învățământul profesional și tehnic, pentru a reglementa educația copiilor cu CES la domiciliu/ la distanță, a asigura succesul educației incluzive pentru copii cu dizabilități grave/severe sau multiple (inclusiv dizabilități senzoriale de auz și văz), inclusiv copii cu tulburări din spectru autist. În acest context este necesară modificarea Codului Educațional, al Regulamentului de admitere în cadrul învățământului liceal și învățământului profesional tehnic, al Regulamentului privind certificarea absolvirii studiilor în cadrul învățământului profesional tehnic etc. Considerăm oportună revizuirea mecanismului de finanțare a educației incluzive, în vederea măririi alocațiilor, în baza unor formule de finanțare per copil/persoană cu CES și în funcție de specificul nevoilor educaționale individualizate și gravitatea dizabilităților copiilor. Dimensionarea finanțării și serviciilor, monitorizarea beneficiarilor și dezvoltarea unor politici în bază de nevoi necesită elaborarea unui mecanism intersectorial de colectare a datelor statistice privind persoanele cu dizabilități. Capacitarea pedagogilor în domeniul educației incluzive în funcție de nevoi și consolidarea poziției cadrului didactic de sprijin, prin reconsiderarea categoriei profesionale în care aceștia se încadrează (inclusiv a nivelului de salarizare care nu trebuie să fie inferior celui al altor profesori), a normativului de copii cu CES per CDS este o altă dimensiune care necesită o atenție sporită din partea Ministerului Educației. În vederea măririi accesului copiilor cu dizabilități de auz este oportună formarea pedagogilor calificați în limbajul semnelor și asigurarea persoanelor cu dizabilități de auz posibilitatea efectivă de a învăța limbajul semnelor în instituțiile de învățământ de toate nivelele (preșcolar, gimnazial, secundar), asigurând accesul la

educație bilingvă, de calitate, în condițiile de egalitate cu ceilalți. Statul-parte are obligația cu caracter imediat de a lua măsuri concrete pentru a asigura accesul copiilor cu dizabilități de auz la limbajul semnelor, fiind o parte indispensabilă a identității lingvistice și culturii persoanelor cu deficiențe de auz și o parte valoroasă a diversității umane.

Accesul persoanelor cu dizabilități la muncă

Analiza cadrului legal și a politicilor în domeniul angajării în câmpul muncii denotă că în ultima perioadă de timp au fost făcuți mulți pași pozitivi pentru stimularea angajării în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități. Astfel, Codul muncii, Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități nr. 60/2012, garantează incluziunea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități (art. 33 - 40), inclusiv dreptul la muncă, formele de plasare în câmpul muncii, obligațiile angajatorilor privind plasarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități, durata timpului de muncă și a concediilor, orientarea, formarea și reabilitarea profesională. Angajatorii, indiferent de forma de organizare juridică, care conform schemei de încadrare a personalului au 20 de angajați și mai mult, creează sau rezervă locuri de muncă și angajează în muncă persoane cu dizabilități într-un procent de cel puțin 5 la sută din numărul total de salariați (Legea nr. 60/2012, art. 34 alin. (4)). Conform Legii nr. 105/2018 „Cu privire la promovarea ocupării forței de muncă și asigurarea de șomaj", art. 29, persoanele cu dizabilități au dreptul la reabilitare profesională pentru recuperarea și compensarea capacității lor de muncă. Reabilitarea profesională se prestează în cadrul instituțiilor și centrelor de reabilitare profesională specializate, la îndreptarea subdiviziunilor teritoriale, în conformitate cu recomandările conținute în Programul individual de reabilitare și incluziune socială a persoanei cu dizabilități, elaborat de către Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă. Serviciile de reabilitare profesională sunt contractate de către ANOFM. Pentru facilitarea procesului de angajare a persoanelor cu dizabilități, ANOFM contractează servicii de angajare asistată de la prestatorii de servicii acreditați (art. 29).

Totodată, ANOFM subvenționează crearea și adaptarea locurilor de muncă pentru persoanele cu dizabilități. Astfel, conform art. 38 al aceleiași legi indicate mai sus, subvențiile pentru crearea sau adaptarea locurilor de muncă pentru persoanele cu dizabilități se acordă angajatorilor persoane fizice sau juridice de drept public sau de drept privat care creează locuri de muncă sau adaptează locurile de muncă existente și care angajează în bază de contract individual de muncă, pe o perioadă nedeterminată sau determinată, cu o durată de cel puțin 12 luni, șomerii cu dizabilități. ANOFM compensează 50% – în cazul angajării persoanelor cu dizabilități medii și 75% - în cazul angajării persoanelor cu dizabilități accentuate și severe din costurile suportate de către angajator, necesare creării sau adaptării locului de muncă și angajării pe o perioadă determinată a personalului de suport, iar mărimea subvenției nu poate depăși cuantumul a 10 salarii medii lunare pe economie pentru anul precedent pentru fiecare loc de muncă creat sau adaptat. Angajatorul este obligat să păstreze locul de muncă creat sau adaptat cel puțin 12 de luni. Decizia cu privire la tipul și costul echipamentelor, dispozitivelor și tehnologiilor de acces, costul angajării personalului de suport și adaptării spațiului care sunt subvenționate pentru crearea locurilor de muncă noi sau adaptarea locurilor de muncă existente se ia de către comisia multidisciplinară, constituită din șeful și specialistul responsabil din cadrul subdiviziunii teritoriale, medicul de familie, după caz, medicul specialist, specialistul în domeniul sănătății ocupaționale, prezentată în fișa de identificare a necesităților privind crearea sau adaptarea locului de muncă pentru persoanele cu dizabilități, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului muncii și protecției sociale [24].

Angajatorii, care angajează șomeri din grupurile vulnerabile, inclusiv persoane cu dizabilități beneficiază și de subvenții lunare în sumă egală cu 50% din salariul mediu lunar pe economie pentru anul precedent, în decurs de șase luni, pentru fiecare șomer angajat. În cazul în care angajează, pe o perioadă nedeterminată sau determinată, cu o durată de cel puțin 12 luni șomeri, direcționați de către subdiviziunile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă [31].

Cu toate acestea, analiza datelor statistice denotă că ponderea persoanelor cu dizabilități angajate în câmpul muncii continuă să fie destul de mică. Astfel, conform datelor BNS, rata de participare la forța de muncă a persoanelor cu dizabilități în anul 2022 a constituit 15,9% în comparație cu 45,5% la persoanele fără dizabilitate. Printre bărbații cu dizabilități, rata de participare a fost de 16,2%, iar în cazul femeilor de 15,6%. În mediul urban, rata de participare a constituit 17,9% și în mediul rural - 15,3% [2].

Conform BNS, persoanele cu dizabilități sunt ocupate într-o proporție mult mai mică comparativ cu persoanele fără dizabilități. În timp ce rata de ocupare a persoanelor fără dizabilitate a fost de 44,1%, în rândul persoanelor cu dizabilități aceasta a constituit doar 15,2%. La bărbați acest indicator a înregistrat 15,5%, la femei, respectiv 14,8%.

Din distribuția persoanelor cu dizabilități ocupate după sectoare economice, rezultă că circa jumătate din aceștia au lucrat în sectorul servicii (48,3%), urmate de sectoarele agricol (34,2%) și industrie și construcții

(17,5%). În sectorul servicii majoritatea revine angajaților din învățământ și sănătate și asistență socială (20,9% din total ocupare).

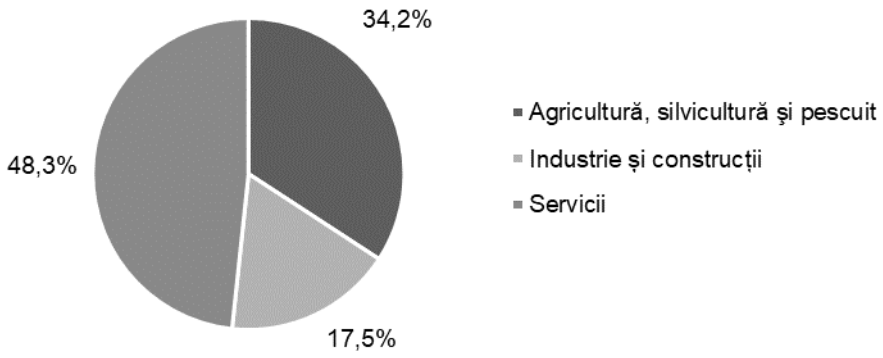


Fig. 3. **Persoane cu dizabilități ocupate după sectoare economice în anul 2022, % [2]**

Rata șomajului la persoanele cu dizabilități a fost de 4,6% față de 3,1% în rândul șomerilor fără dizabilitate în anul 2022. În distribuția pe sexe, acest indicator a înregistrat valorile: 4,0% pentru bărbați și 5,3% pentru femei. Rata șomajului la persoanele cu dizabilități din mediul urban a fost mai înaltă (12,7%) în comparație cu rata pentru cele din mediul rural (1,3%) [2].

Cercetările în domeniul angajării în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități denotă că există încă un șir de bariere care împiedică angajarea eficientă a persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii, cum ar fi lipsa unor mecanisme eficiente de implementare a cadrului legal inclusiv în domeniul ocupării forței de muncă, nivel redus de informare a persoanelor cu dizabilități despre dreptul lor la muncă și facilitățile oferite de cadrul legal, accesul limitat al persoanelor cu dizabilități la servicii de reabilitare, ghidare în carieră și instruire vocațională, infrastructură de drumuri și clădiri inaccesibile, nivel redus de încredere în forțele proprii și subestimare a potențialului personal de către persoanele cu dizabilități, lipsa de informare și frica angajatorilor de a angaja în câmpul muncii persoane cu dizabilități. Cercetările de asemenea denotă că lipsa serviciilor de suport pentru angajare în câmpul muncii de asemenea constituie o barieră importantă în angajarea persoanelor cu dizabilități [26].

Raportul de alternativă pentru Comitetul ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, elaborat de CDPD în anul 2021 scoate în evidență anumite carențe ce împiedică implementarea cu succes a cadrului legal în domeniul angajării în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități, precum lipsa mecanismului de punere în aplicare a cotei obligatorii de angajare a persoanelor cu dizabilități, lipsa regulamentului de adaptare sau creare a locurilor de muncă pentru persoane cu dizabilități. *Totodată, măsurile complementare de suport pentru angajatori, care au fost prevăzute în strategie dar și în Legea 105/2018, nu au fost încă elaborate: (1) suportul în angajare (angajarea asistată) pentru persoanele cu dizabilități care întâlnesc dificultăți în angajare, (2) promovarea și aplicarea extinsă a practicilor de "adaptare rezonabilă" a condițiilor de muncă, (3) compensarea procesului de învățare și corespunzător de "productivitate redusă". Cea mai importantă modificare care este necesară vizează art.38 și constă în înlăturarea neconcordanței normative și conceptuale dintre Legea 105/2018 și unele prevederi de procedură (Anexa 6). Legea 105/2018, legislația UE și practica altor state occidentale prevăd acordarea subvențiilor pentru costuri suportate de angajatori legate exclusiv de "necesitățile persoanelor cu dizabilități". În prezent, unele prevederi din procedură și practica acordării subvenției par să accepte orice costuri de echipamente și tehnologii, care sunt folosite de persoanele cu dizabilități, dar nu au legătură directă cu dizabilitatea acestora [41].*

Analiza datelor statistice care există în domeniul angajării în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități denotă faptul, că deși a fost introdus un modul privind angajarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități în Ancheta Forței de Muncă, evidențele privind inegalitățile în angajarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități și veniturile pe care le au sunt încă limitate. Astfel nu există evidențe privind ponderea angajării în câmpul muncii și veniturile persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități și pe diferite vârste.

În contextul celor menționate mai sus considerăm necesare următoarele măsuri în vederea depășirii barierelor menționate mai sus și asigurării dreptului la muncă a persoanelor cu dizabilități: elaborarea meca-

nismelor de implementare în practică a cadrului legal în domeniul angajării în câmpul muncii, stimularea creării serviciilor de suport pentru persoanele cu dizabilități, crearea condițiilor necesare pentru calificarea și recalificarea profesională a persoanelor cu dizabilități în funcție de interesele și abilitățile lor, accesibilizarea locurilor de muncă în funcție de nevoile persoanelor cu dizabilități angajate, cointeresarea angajatorilor și susținerea lor cu măsuri complementare stimulatoare, elaborarea și implementarea în instituțiile de învățământ a unor programe de ghidare în carieră și de mediere a incluziunii persoanelor cu dizabilități în ciompul muncii, promovarea la nivel național a practicilor de angajare asistată pilotate de organizațiile societății civile, organizarea activităților de informare a angajatorilor cu privire la dizabilitate prin diseminarea practicilor pozitive de angajare a persoanelor cu dizabilități. Totodată este necesar de îmbunătățit mecanismul de colectare a datelor privind angajarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități, inclusiv colectarea datelor pe tipuri de dizabilități și vârste.

Managementul situațiilor de urgență și a riscurilor de dezastru

Evaluarea cadrului legal și a politicilor în domeniul managementului situațiilor de urgență și a riscurilor de dezastru din perspectiva integrării dizabilității denotă că în Republica Moldova deși există anumite legi care reglementează domeniul dat[5], nu există prevederi specifice cu referință la persoanele cu dizabilități ce țin de asigurarea accesibilității la diferite medii, comunicare, informații și servicii la diferite etape. De asemenea nu există date privind localizarea geografică a persoanelor cu dizabilități și nevoile lor specifice în caz de dezastru sau situații excepționale, fapt ce va crea bariere în acordarea asistenței țintite pe timp de dezastru.

Analiza setului de indicatori aprobați pentru monitorizarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (HG Nr. 1033 din 08-08-2016) denotă că Art. 11 Situații de risc și urgențe umanitare include anumite prevederi legale specifice, de proces și de rezultat cu referință la persoanele cu dizabilități. În cazul prevederilor legale specifice sunt indicate următoarele măsuri: 1) Includerea persoanelor cu dizabilități în lista beneficiarilor de ajutoare umanitare; 2) Accesibilitatea serviciilor în caz de urgențe umanitare (conflicte armate, dezastre naturale etc.) pentru persoanele cu dizabilități în măsură egală cu ceilalți. În cazul prevederilor de proces sunt indicate următoarele acțiuni: 1) Programe și cursuri de instruire ale angajaților Serviciului Protecției Civile și Situațiilor Excepționale al Ministerului Afacerilor Interne privind acordarea asistenței persoanelor cu dizabilități în cazuri excepționale; 2) Programe și cursuri de instruire, materiale informative în format accesibil destinate persoanelor cu dizabilități privind conduita în caz de urgențe umanitare; 3) Măsuri pentru asigurarea distribuirii ajutoarelor umanitare și a serviciilor de urgență umanitară în mod accesibil pentru persoanele cu dizabilități. În calitate de indicatori de rezultat sunt incluși: 1) Numărul de persoane cu dizabilități care au beneficiat de ajutoare umanitare în perioada de raportare; 2) Numărul de persoane cu dizabilități care au beneficiat de instruiri cu privire la dezastre naturale sau conflicte armate în perioada de raportare; 3) Numărul de persoane cu dizabilități care au beneficiat de asistență în caz de dezastre naturale sau conflicte armate în perioada de raportare. Deși sunt stipulate unele măsuri ce țin de persoanele cu dizabilități, cu regret, până în prezent nu există un cadru de monitorizare a acestor indicatori și în rezultat prevederile și indicatorii inclusiv cu privire la dezastru rămân a fi mai mult formali.

Analiza politicilor și a legislației aprobate pe timp de pandemie în Republica Moldova de asemenea denotă faptul că Guvernul Republicii Moldova nu a întreprins măsuri specifice pentru a reduce impactul pandemiei asupra persoanelor cu dizabilități. Astfel, deși Planul de pregătire și răspuns al sistemului sănătății în urgențe de sănătate publică, 2020 prevede acordarea suportului medical persoanelor cu dizabilități în caz de urgențe în sănătate în baza nevoilor acestora, precum și asigurarea persoanelor cu dizabilități cu informații în format accesibil, nu există Decizii ale Comisiei Naționale pentru Situații excepționale sau ale Comisiei Extraordinare în Sănătate Publică în care să fie stipulată acordarea suportului necesar persoanelor cu dizabilități în accesarea serviciilor medicale.

Studiul privind impactul COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități efectuat de Keystone Moldova de comun acord cu AOPD a scos în evidență faptul că persoanele cu dizabilități au avut un acces mai redus la servicii sociale, medicale și educaționale comparativ cu populația generală în special în perioada de stare excepțională. Mai bine de 2/3 din persoanele cu dizabilități s-au confruntat cu dificultăți în accesarea serviciilor medicale pe timp de pandemie din cauza accesului limitat la instituțiile medicale, anularea vizitelor medicilor de familie la domiciliu, imposibilitatea de a se deplasa la instituțiile medicale pentru a face careva investigații sau a lua rețeta pentru medicamentele compensate, acces limitat la echipamente de protecție, creșterea cheltuielilor pentru întreținerea gospodăriei casnice și resurse limitate pentru procurarea medicamentelor necesare. Mai bine de 50% din persoanele cu dizabilități chestionate au menționat că informația despre pandemie nu este

[5] Legea RM nr 271 din 9.11.94 cu privire la protecția civilă, Legea RM nr. 267 din 9.11.94 cu privire la apărarea împotriva incendiilor, Legea RM nr 1384 din 11.10, 2002 cu privire la rechizițiile de bunuri și prestările de servicii în interes public, Legea RM nr. 212 din 24.01. 2004 privind regimul stării de urgență, de asediu și de război, Legea RM nr.93 din 5.04.2007 a Serviciului Protecției Civile și situațiilor excepționale

accesibilă persoanelor cu dizabilități [29]. Cercetarea denotă necesitatea dezvoltării serviciilor de telemedicină în special pentru situațiile de urgență pentru a mări accesul persoanelor cu dizabilități, a mamelor cu copii mici, a persoanelor în vârstă la serviciile medicale necesare. Totodată, este necesară dezvoltarea unor servicii farmaceutice mobile, în special pentru localitățile izolate geografic și elaborarea informației în format accesibil pentru persoanele cu diferite tipuri de dizabilități.

60% din persoanele cu dizabilități chestionate s-au confruntat cu dificultăți în accesarea serviciilor sociale, din cauza închiderii temporare a unor servicii sociale, cum ar fi centrele de zi, cantinele sociale, deservirea la domiciliu, echipele mobile etc. Închiderea serviciilor sociale a cauzat probleme majore unor persoane cu dizabilități și familiilor lor, din considerentul că acestea nu erau pregătite și nu puteau face față nevoilor de alimentare, îngrijire și comportamentelor problemă apărute în cazul persoanelor cu dizabilități. Circa 35% din respondenți au menționat că în această perioadă pandemică s-au confruntat cu probleme de comportament ale persoanelor cu dizabilități. În situația creată era necesară adoptarea unei strategii de adaptare a serviciilor sociale la condiții noi în vederea continuării prestării acestora persoanelor cu nevoi speciale.

Cercetarea de asemenea a scos în evidență faptul că în contextul închiderii școlilor și grădinițelor de copii și trecerii procesului educațional în format online, copiii cu dizabilități, din familii vulnerabile și din mediul rural au întâmpinat bariere în accesarea educației din cauza accesului limitat la computere, internet, absenței suportului cadrului didactic de sprijin, materialelor didactice neadaptate la nevoile lor educaționale.

Concluzii și recomandări

În rezultatul analizei cadrului de protecție socială a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova am constatat că în ultimii 14 ani au fost depuse eforturi considerabile pentru a ajustarea cadrului legal în conformitate cu Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități și dezvoltarea cadrului metodologic pentru o mai bună implementare a politicilor incluzive la nivel național. A fost inițiată reforma sistemului de determinare a dizabilității care continuă să fie în proces de tranziție de la abordarea medicală a dizabilității la abordarea socială. A fost inițiat procesul de dezinstituționalizare a persoanelor cu dizabilități și au fost dezvoltate servicii comunitare de suport pentru persoanele cu dizabilități pentru a asigura dreptul acestui grup de populație la trai independent în familiile și comunitățile lor. Persoanele cu dizabilități au obținut dreptul la educație incluzivă și angajare în câmpul muncii.

Cu toate aceste transformări pozitive, cercetarea evidențiază anumite lacune care creează bariere considerabile pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. Astfel, sistemul de determinare a dizabilității continuă să fie preponderent medical. Accesarea serviciului de determinare a dizabilității a devenit mai dificil. Sunt necesare mai multe acte confirmative, majoritatea formularelor eliberate de diferite instituții sunt puțin informative în ceia ce privește problemele de incluziune, persoanele cu dizabilități au pierdut posibilitatea de a se întâlni cu echipele de determinare a dizabilității și gradul de dizabilitate este determinat doar în baza documentelor, ceia ce creează bariere mari în contextul unor documente formale și puțin informative. Persoanele cu dizabilități severe, sărace, din mediul rural continua să aibă acces redus la serviciul de determinare a dizabilității din cauza accesului redus la informație, mecanismului de referință slab dezvoltat, infrastructurii inaccesibile a serviciilor medicale în special pentru persoanele cu dizabilități locomotorii și de vedere, investigațiilor costisitoare pentru maladiile genetice rare, pe care persoanele trebuie să le facă din contul propriilor resurse, lipsei transportului public adaptat pentru a ajunge la serviciile medicale, posibilităților financiare limitate pentru plata serviciilor de diagnosticare și laborator, precum și pentru angajarea unor însoțitori.

O problemă destul de importantă continuă să fie implementarea Programelor individuale de reabilitare în contextul lipsei serviciilor sociale necesare la locul de trai și a unui sistem de monitorizare a implementării recomandărilor.

Persoanele cu dizabilități severe și accentuate s-au confruntat cu probleme de accesare a serviciului de determinare a dizabilității pe timp de pandemie, fapt ce le-a limitat accesul la prestații, alocații și servicii sociale. Deși Guvernul RM a prelungit din oficiu termenul de încadrare în gradul de dizabilitate pentru câteva luni în perioada de urgență, persoanele cu dizabilități neîncadrate în grad de dizabilitate anterior au fost în situația de a aștepta să treacă perioada de urgență în sănătate.

Măsurile de protecție socială a persoanelor cu dizabilități sunt insuficiente și nu țin cont de nevoile individuale ale persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități. Mecanismele de stabilire și mărimea prestațiilor, alocațiilor, compensațiilor și ajutorului social nu țin cont de nevoile individuale ale persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități. Venitul minim garantat care stă la baza eligibilității pentru ajutor social nu este estimat pentru persoanele cu dizabilități, și prin urmare nevoile specifice ale acestora nu sunt luate în considerație la luarea deciziei privind atribuirea ajutorului social. Minimul de existență, de asemenea, nu este estimat separat pentru persoanele cu dizabilități, nu ține cont de nevoile lor specifice pe tipuri de dizabilități și este destul de

complicat de măsurat veniturile persoanelor cu dizabilități în funcție de minimul de existență. Nu există evidențe clare privind inegalitățile în sărăcie și venituri cu care se confruntă persoanele cu dizabilități.

Analiza sistemului de servicii sociale denotă că deși Republica Moldova are un cadru legal și de politici suficient de dezvoltat care susține promovarea serviciilor sociale în vederea asigurării drepturilor persoanelor cu dizabilități la sănătate, educație, muncă, trai decent în comunitate, până în prezent nu există un program național de dezvoltare a serviciilor sociale integrate bazat pe evaluarea necesităților persoanelor cu dizabilități, cu obiective clar definite și resurse financiare atribuite. Numărul de servicii sociale de suport noi dezvoltate pentru persoane cu dizabilități în majoritatea raioanelor este relativ redus comparativ cu nevoile de servicii sociale. O parte din structurile teritoriale de asistență socială au un nivel redus de informare despre politicile statului în domeniul dizabilității axate pe incluziunea socială și continuă să promoveze servicii de tip segregativ în special pentru persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale. Deși a fost creat mecanismul de acreditare a serviciilor sociale, o bună parte din serviciile sociale pentru persoane cu dizabilități nu au Regulamente și Standarde minime de calitate și nu sunt supuse procesului de acreditare. Acest fapt limitează accesul persoanelor cu dizabilități la servicii de calitate. O barieră importantă în dezvoltarea serviciilor sociale este și lipsa datelor statistice despre persoanele cu dizabilități, inclusiv dezagregate pe gen, vârstă, mediu de reședință, tip de dizabilitate. Deși, conform legislației, MMPS este responsabil de monitorizarea și evaluarea impactului politicilor în domeniul dezvoltării serviciilor sociale, până în prezent nu a fost elaborat un mecanism concret de monitorizare și evaluare (ante și post) în acest domeniu.

Deși Republica Moldova are aprobat un Program național de dezinstituționalizare a persoanelor cu dizabilități (2018- 2026), procesul de dezinstituționalizare decurge foarte lent datorită mecanismelor ineficiente de prevenire a instituționalizării, angajamentelor limitate ale autorităților publice în procesul de dezinstituționalizare, bugetului limitat pentru dezvoltarea serviciilor sociale de suport pentru persoanele cu dizabilități.

Persoanele cu dizabilități, comparativ cu alte grupuri de persoane, au un acces mai redus la servicii de bază sănătate și educație. Accesul redus la servicii de sănătate se datorează infrastructurii medicale inaccesibile, gradului redus de corespundere a serviciilor de sănătate nevoilor diferitor grupuri de persoane cu dizabilități, nivelului de informare redus despre oportunitățile de accesare a serviciilor medicale, inclusiv serviciile și medicamentele acoperite din asigurarea medicală, capacității de cumpărare reduse în cazul medicamentelor neacoperite de către CNAM, nivelului redus de cunoștințe a medicilor cum să comunice cu persoanele cu dizabilități. Accesul copiilor/tinerilor cu diferite tipuri de dizabilități la educație incluzivă continuă să fie limitat din cauza lipsei cadrului metodologic și normativ pentru implementarea educației incluzive la nivelurile de educație preșcolară și vocațională, resurselor financiare insuficiente alocate pentru educația incluzivă în școală, infrastructurii insuficient adaptate la nevoile copiilor cu diferite tipuri de dizabilități, curriculumului încărcat, lipsit de flexibilitate și neajustat la nevoile copiilor cu diferite necesități de învățare, numărului mare de copii la un cadru didactic de sprijin, atitudinii discriminatorii a unor pedagogi față de copiii cu dizabilități intelectuale și de comportament, nivelului insuficient de pregătire a pedagogilor de a face față cerințelor educaționale ale copiilor cu diferite tipuri de dizabilități. Copiii cu dizabilități de auz și de vedere nu au acces la limbajul semnelor, fiindu-le încălcat grav dreptul la identitatea lingvistică și dreptul la educație.

În rezultatul celor menționate mai sus, în vederea asigurării dreptului persoanelor cu dizabilități la un trai decent, cu demnitate, în condiții echitabile venim cu următoarele recomandări.

Pentru asigurarea accesului persoanelor cu dizabilități la un sistem eficient de determinare a dizabilității considerăm necesare următoarele măsuri: **(1)** Revizuirea standardelor normative și metodologiilor utilizate în prezent pentru determinarea dizabilității în vederea ajustării sistemului actual de clasificare a dizabilității la cel internațional; (2) Dezvoltarea și implementarea unui mecanism de monitorizare și evaluare a implementării Programelor individuale de reabilitare. Integrarea Programelor Individuale de reabilitare în procedurile Managementului de caz; (3) Dezvoltarea unor echipe multidisciplinare mobile, care ar avea posibilitatea să evalueze persoanele cu dizabilități grave, inclusiv la domiciliu; (4) Asigurarea plăților aferente procedurilor pentru determinarea dizabilității (transport, plata serviciilor medicale, asigurarea unui însoțitor etc) pentru păturile sărace din contul fondurilor de susținere a populației; (5) Elaborarea unor materiale informative cu explicarea pas cu pas a procesului de determinare a dizabilității în format accesibil în special pentru persoanele cu dizabilități senzoriale și intelectuale.

Pentru asigurarea dreptului persoanelor cu dizabilități la protecție socială și îmbunătățirea accesului la servicii sociale în funcție de nevoi sunt necesare următoarele acțiuni: **(1)** Estimarea minimului de existență și a mărimii venitului minim garantat de stat pentru persoanele cu diferite tipuri de dizabilități pentru țintirea politicilor de eradicare a sărăciei în domeniul dizabilității; (2) Revizuirea criteriilor de eligibilitate la ajutor social și ajutor pentru perioada rece a anului din perspectiva necesităților și cheltuielilor legate de dizabilitate; (3) Elaborarea și implementarea unui mecanism de facilitare a accesului persoanelor cu dizabilități la ajutoare de calitate pentru mobilitate, echipamente de asistență, dispozitive și tehnologii la un cost accesibil

pentru toate persoanele cu dizabilități, în consultare cu organizațiile persoanelor cu dizabilități; (4) Elaborarea și implementarea Programului național de dezvoltare a serviciilor sociale integrate pentru persoane cu dizabilități bazat pe evaluarea nevoilor diferitor grupuri de persoane cu dizabilități; (5) Elaborarea mecanismului de costificare a serviciilor sociale pe diferite tipuri de servicii pentru persoane cu dizabilități; (6) Elaborarea cadrului metodologic pentru instruirile inițiale și continue ale prestatorilor de servicii sociale; (7) Actualizarea Programului Național în domeniul dezinstituționalizării persoanelor cu dizabilități reieșind din contextul politic, social și economic actual și în baza lecțiilor învățate; (8) Dezvoltarea serviciilor sociale de suport în funcție de nevoile persoanelor cu dizabilități; (9) Organizarea programelor de formare inițială și continuă pentru personalul din servicii în funcție de nevoi.

Pentru asigurarea accesului persoanelor cu dizabilități la servicii de sănătate în condiții echitabile cu persoanele fără dizabilități sunt necesare următoarele măsuri: (1) Elaborarea unui mecanism de colectare și analiză a datelor privind accesul persoanelor cu dizabilități la servicii de bază de sănătate dezagregate pe tipuri de dizabilitate, sex și medii rezidențiale; (2) Integrarea accesibilității fizice și informaționale a instituțiilor medicale în criteriile de acreditare a serviciilor medicale; (3) Dezvoltarea unei proceduri eficiente și confidențiale de transmitere a informației despre pacientul cu probleme de sănătate mentală între instituțiile medicale de nivel diferit; (4) Integrarea nevoilor de accesare a serviciilor medicale (transportul, medicamentele etc.) de către persoanele cu dizabilități sărace în serviciile de suport monetar; (5) Digitalizarea serviciilor medicale. Accesibilizarea serviciilor medicale digitalizate în funcție de nevoile de accesare a persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități; (6) Asigurarea femeilor cu dizabilități gravide și lehuze cu servicii de suport (asistenți personali) în timpul nașterii și îngrijirii copiilor nou-născuți; (7) Instruirea prestatorilor de servicii medicale în aspectele ce țin de dizabilitate, inclusiv în domeniul sănătății reproductive.

Pentru asigurarea dreptului persoanelor cu dizabilități la educație, considerăm necesare următoarele acțiuni: (1) Integrarea dizabilității în indicatorii ODD privind inegalitățile în educație; (2) Revizuirea mecanismului de finanțare a educației incluzive, în vederea măririi alocațiilor, în baza unor formule de finanțare per copil/persoană cu CES și în funcție de specificul nevoilor educaționale individualizate și gravitatea dizabilităților copiilor; (3) Asigurarea copiilor cu diferite tipuri de dizabilități cu servicii de suport educațional în funcție de nevoile lor; (4) Accesibilizarea infrastructurii și procurarea echipamentelor asistive necesare în baza analizei nevoilor copiilor/tinerilor integrați în instituțiile de învățământ de diferit nivel; (5) Analiza nevoilor de formare a cadrelor didactice și a managementului școlar, în domeniile în care aceștia nu se simt pregătiți să lucreze cu copiii (copiii cu tulburări de limbaj și cu reținere în dezvoltare, cu tulburări de comportament, copii cu tulburări din spectrul autist, copii cu dizabilități severe psiho- și locomotorii, cu deficiențe de auz și văz); (6) Organizarea formărilor în funcție de nevoile identificate.

Pentru asigurarea dreptului la muncă a persoanelor cu dizabilități considerăm oportune: (1) Elaborarea mecanismului de punere în aplicare a cotei obligatorii de angajare a persoanelor cu dizabilități; (2) Dezvoltarea și implementarea unui pachet de măsuri complementare stimulatoare în vederea cointeresării angajatorilor să creeze locuri de muncă pentru persoane cu dizabilități; (3) Stimularea creării serviciilor de reabilitare, ghidare în carieră și instruire vocațională, și de suport la locul de muncă; (4) Accesibilizarea locurilor de muncă în funcție de nevoile persoanelor cu dizabilități angajate.

Totodată, pentru asigurarea managementului stărilor de urgenta și dezastru recomandăm integrarea aspectelor ce țin dizabilitate în legile și politicile dezvoltate în domeniul managementului situațiilor de urgenta și a riscurilor de dezastru.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Analiza situației privind intervenția timpurie la copii în Republica Moldova. https://social.gov.md/wp-content/uploads/2024/01/Analiza-situatiei-privind-interventia-timpurie-la-copii-in-Republica-Moldova.pdf
2. Biroul Național de statistică. Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2022. https://statistica.gov.md/ro/persoanele-cu-dizabilitati-in-republica-moldova-in-anul-2022-9460_60822.html
3. Cibotărică I. Monitorizarea implementării angajamentelor în domeniul dizabilității, Chișinău, 2018// https://cdpd.md/wp-content/uploads/2018/08/Raport-UE-RM-Monitorizarea-implement%C4%83rii-angajamentelor-%C3%AEn-domeniul-dizabilit%C4%83%C8%9Bii-2018.pdf
4. Ciocan L. Analiza situației privind evaluarea și determinarea dizabilității în Republica Moldova: cadrul legal și perspectiva părților interesate din regiuni, Chisinau, 2024. https://aopd.md/analiza-situatiei-privind-evaluarea-si-determinarea-dizabilitatii-in-republica-moldova-cadrul-legal-si-perspectiva-partilor-interesate-din-regiuni/

5. Ciocan L. Studiu de tip baseline privind serviciile sociale destinate persoanelor cu dizabilități și copiilor din grupuri vulnerabile, 2018// https://drive.google.com/file/d/1LZs4C_7AYu2gu5_nZfeK3nT-R_nOPzO3/view
6. Ciocan L., Eșanu A. Sistemul de determinare a dizabilității în Republica Moldova și perspective de reformare. Chișinău, 2016
7. CNDDCM. Raport de activitate pe anul 2022. https://cnddcm.gov.md/wp-content/uploads/2023/05/Raport-activitate-CNDDCM-2022-finalizat.pdf
8. Comendant, R., Sagaidac, I., Șalaru, V., Sîrbu, L. Sănătatea și drepturile sexuale și reproductive ale femeilor cu dizabilități în Moldova. In: Buletin de perinatologie. 2018, nr. 3(79) (supliment), pp. 46-47. ISSN 1810-5289
9. Comitetul pentru drepturile persoanelor cu dizabilități Observațiile finale referitoare la raportul inițial al Republicii Moldova*//
10. Compendium statistic privind monitorizarea drepturilor persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova. https://social.gov.md/comunicare/comunicate/un-compendiu-statistic-privind-drepturilor-persoanelor-cu-dizabilitati-in-republica-moldovaa-fost-elaborat-la-solicitarea-ministerului-muncii-si-protectiei-sociale/
11. De Neubourg, Chris & Cebotari, Victor & Karpati, Julia. (2021). Systematic approaches to social protection. 10.4337/9781839109119.00030.
12. Ensuring safety and human rights of persons with intellectual and psychosocial disabilities in 6 residential institutions during the COVID-19 pandemic. https://eu4moldova.eu/ensuring-safety-and-human-rights-of-persons-with-intellectual-and-psychosocial-disabilities-in-6-residential-institutions-during-the-covid-19-pandemic
13. Evaluarea comună a implementării Programului de Educație Incluzivă 2011 – 2020. UNICEF, 2019// https://www.unicef.org/moldova/media/3091/file/Raport%20de%20evaluarea%20comun%C4%83%20a%20implement%C4%83rii%20programului%20de%20educa%C8%9Bie%20incluziv%C4%83%202011%20%E2%80%93%202020%20(RO).pdf
14. HG Nr. 357 din 18-04-2018 cu privire la determinarea dizabilității. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=119169&lang=ro
15. HG Nr. 723 din 08-09-2017 cu privire la aprobarea Programului național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022// https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101863&lang=ro
16. HG Nr. 893 din 12-09-2018 cu privire la aprobarea Programului național de dezinstituționalizare a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale din instituțiile rezidențiale gestionate de Agenția Națională Asistență Socială pentru anii 2018-2026 și a Planului de acțiuni privind implementarea acestuia // https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=109067&lang=ro
17. https://cdpd.md/wp-content/uploads/2018/01/Recomand%C4%83rile-Ro-UN-CRPD.pdf
18. Implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Raportul doi și trei, combinate, de stat al Republicii Moldova prezentat conform art. 35 al Convenției, MSMPS, 2020 // https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implementare-Conventie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf
19. Joint Statement Towards Inclusive Social Protection Systems Supporting the Full and Effective Participation of Persons with Disabilities. February 2019. A process facilitated by ILO and IDA. https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=16753
20. Lege Nr. 129 din 08-06-2012 privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135050&lang=ro#
21. Lege Nr. 60 din 30-03-2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități // https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110494&lang=ro
22. Legea Nr. 256 din 17-08-2023 pentru modificarea unor acte normative (reforma sistemului de asistență socială „Restart"). https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138928&lang=ro
23. Legea asistenței sociale nr. 547 din 25-12-2003. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=142238&lang=ro#
24. Legea nr. 105/2018 „Cu privire la promovarea ocupării forței de muncă și asigurarea de șomaj". https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=139819&lang=ro#
25. Legea nr. 123 din 18.06.2010 cu privire la serviciile sociale. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=141516&lang=ro#
26. Malcoci L. Social Exclusion of Persons with Disabilities as Multideprivation Phenomenon: Case of Republic of Moldova// Revista Filosofie, sociologie și științe politice, nr.3, 2019

27. Malcoci L., Munteanu P. Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. Studiu sociologic. Chișinău, 2017
28. Malcoci L., Cojocaru N., Cerbu S. Accesul populației generale și al grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate în perioada pandemică. Chișinău: Casa Editurii 11, 2021. https://www.informat.md/storage/resourses-bread/January2022/ReEDuAcvhVcWePtmcca1.pdf
29. Malcoci L., Munteanu P., Cojocaru N. Impactul Pandemiei COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități. Chișinău, 2020. https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/STUDIU-IMPACTUL-PANDEMIEI-PERSOANE-CU-DIZABILITATI.pdf
30. Malcoci L., Sinchevici I. Implementarea educației inclusive în Republica Moldova- studiu sociologic. Chisinau, 2017
31. Măsuri active de ocupare a forței de muncă. https://angajat.md/public-page/a023a03a-9247-4a1a-8d7b-8e3da36c4029
32. MMPS. Raport de evaluare finală a Programului de incluziune socială a persoanelor cu dizabilităţi şi a Planului de acțiuni pentru anii 2017-2022. Chișinău, 2023. https://social.gov.md/wp-content/uploads/2023/07/Raport-de-evaluare-finala-a-Programului-de-incluziune.pdf
33. Naționalizarea indicatorilor pentru obiectivele de dezvoltare durabilă, 2017. https://statistica.gov.md/public/files/SDG/docs/Indicators_ONU_RO.pdf
34. Nomenclatorul serviciilor sociale va fi ajustat la necesitățile actuale de asistență socială ale populației. https://social.gov.md/comunicare/nomenclatorul-serviciilor-sociale-va-fi-ajustat-la-necesitatile-de-servicii-sociale-ale-populatiei/
35. OECD (2018), Social Protection System Review: A Toolkit, OECD Development Policy Tools, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/9789264310070-en
36. Profilul femeii cu dizabilități, Chișinău 2016 // https://statistica.gov.md/public/files/Cooperare_internationala/PNUD/10_tablouri_femei_RM/prof_3_disabilitati.pdf
37. Programul Național de Dezvoltare a Educației Incluzive în Republica Moldova pentru anii 2024-2027. https://gov.md/ro/content/hg-cu-privire-la-aprobarea-programul-de-dezvoltare-educatiei-incluzive-republica-moldova
38. Programul Național privind Sănătatea Mentală 2023-2027. https://cancelaria.gov.md/sites/default/files/document/attachments/nu-517-ms-2023.pdf
39. Raport de alternativă pentru Comitetul ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. CDPD, 2015 // http://cdpd.md/wp-content/uploads/2018/01/Raport-de-alternativa-CRPD_ROM.pdf
40. Raportul anual al SATGPD, anul 2023
41. Raportul de alternativă pentru Comitetul ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, CDPD, 2021// https://cdpd.md/raport-de-alternativa-pentru-comitetul-onu-privind-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati
42. Republica Moldova – Studiul Generații și Gen (2020). Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Biroul Național de Statistică (eșantionul studiului), UNFPA, NIDI-GGP (partener și distribuitor). https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/raportul_studiului_generatii_si_gen_realizat_de_unfpa.pdf
43. Republica Moldova. Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene. Convenție Nr. 320 Din 30-03-2007. Convenţia privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi* Publicat: 30-12-2016 în Tratate Internationale Nr. 50 art. 320 https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=117839&lang=ro