



**UNIVERSITATEA „ȘTEFAN CEL MARE”, SUCEAVA
FACULTATEA DE ISTORIE ȘI GEOGRAFIE
DEPARTAMENTUL DE ȘTIINȚE UMANE ȘI SOCIAL-POLITICE**

Asistența persoanelor cu dizabilități

- Suport de curs și seminar –

Lector univ. dr. Carmen Marcela Ciornei

Curs 1 – 2.

Aspecte introductive privind dizabilitatea. Defect, dizabilitate, disfuncție, handicap. Boală și incapacitate de muncă.

Definiția dizabilității este discutabilă din mai multe motive.

Abia în secolul trecut a fost folosit termenul de "dizabilitate" pentru a se referi la o clasă distinctă de oameni. Din punct de vedere istoric, cuvântul "dizabilitate" a fost folosit ca un sinonim pentru "incapacitate". Diferite condiții sunt considerate deficiențe: paraplegie, surditate, orbire, diabet, autism, epilepsie, depresie, HIV, etc., toate fiind clasificate ca "dizabilități".

O dizabilitate ar putea fi definită ca o consecință a unei condiții care limitează o persoană de a utiliza una sau mai multe dintre abilitățile ei/lui, cum ar fi mersul pe jos, vorbirea, văzul, auzul, raționamentul sau abilitățile de învățare.

O dizabilitate este o condiție care poate fi cauzată genetic, de un accident, de o boală sau o traumă, condiție care poate limita abilitățile unei persoane precum vederea, auzul, vorbirea, mobilitate sau funcția cognitivă.

Unele persoane cu dizabilități au una sau mai multe limitări. Un handicap este o constrângere fizică sau una legată de atitudine, care-i este impusă unei persoane, indiferent dacă acea persoană are sau nu o dizabilitate. Rampele abrupte, scările, lipsa liftului într-o clădire care are mai mult de un nivel, ușile înguste, sunt doar câteva exemple de bariere impuse persoanelor cu dizabilități care folosesc scaunele cu roțile.

În Enciclopedia Asistenței Sociale, Venera Margareta Bucur, autoarea capitolului Deficiență¹ aduce în discuție confuzia din literature de specialitate între noțiunile deficient, incapacitate/dizabilitate și handicap, propunând o clarificare ce înseamnă că:

- Deficiența (engl. impairment) desemnează maladia mentală și tulburările ei
- Incapacitatea (engl. disability). Rezultă din deficient și definește consecințele morbide funcționale, deficitul care poate fi măsurat și care dă dreptul la compensare financiară

¹ Neamțu, G., coord.(2016)Enciclopedia asistenței sociale, Iasi, Editura Polirom, pag 289

- Handicapul, care corespunde consecințelor socio-profesionale ale deficienței și deficitului. Acesta nu este cuantificabil și ar trebui studiat în termeni relaționali.

Seminar 1 – 2.

Aspecte introductive privind dizabilitatea. Defect, dizabilitate, disfuncție, handicap.

Boală și incapacitate de muncă. Exemplificări.

LEGE Nr. 292 din 20 decembrie 2011 Legea asistenței sociale

PUBLICATĂ ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 905 din 20 decembrie 2011

SECȚIUNEA a 3-a Asistența socială a persoanelor cu dizabilități

ART. 79

(1) Promovarea și respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilități reprezintă o obligație pentru autoritățile statului, pentru toate persoanele juridice de drept public și privat, precum și pentru toți cetățenii din România.

(2) Statul, prin autoritățile administrației publice centrale și locale, are obligația de a asigura măsurile specifice de protecție și de asistență socială, în conformitate cu nevoile particulare ale persoanelor cu dizabilități, precum și în funcție de situația familială și socio-economică a acestora. (3) În baza principiului asigurării de oportunități egale, autoritățile publice competente au obligația să asigure toate măsurile necesare destinate persoanelor cu dizabilități în scopul:

a) accesului nemijlocit și neîngrădit la educație, sănătate, ocupare, justiție, precum și la toate tipurile de servicii publice de interes general și servicii sociale;

b) facilitării participării active la viața comunității din care face parte persoana și a societății în general.

(4) O componentă prioritară a protecției persoanelor cu dizabilități privește asigurarea și facilitarea accesului la programe de abilitare/reabilitare, dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale, precum și la echipamente tehnice asistive care să faciliteze viața de zi cu zi a persoanelor cu dizabilități, activitățile lor de studiu și cele profesionale.

ART. 80

(1) Pentru protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, autoritățile publice au obligația să includă nevoile speciale ale acestei categorii de persoane în toate politicile publice, strategiile și programele de dezvoltare regională, județeană sau locală, precum și în programele guvernamentale.

(2) Autoritățile administrației publice centrale și locale, precum și orice persoană juridică de drept public sau privat au obligația de a asigura servicii de informare și documentare accesibile persoanelor cu dizabilități.

ART. 81

(1) Persoanele cu dizabilități, în funcție de nivelul deficienței, gradul de afectare a funcțiilor și a structurilor organismului, factorii de mediu și personali, incapacitatea manifestată se încadrează în grade de dizabilitate, reglementate prin legile speciale.

(2) În funcție de gradul de dizabilitate, precum și, după caz, de dificultățile familiale și socioeconomice, persoanele cu dizabilități beneficiază de alocații, indemnizații și facilități, precum și de alte forme de sprijin financiar și în natură.

(3) Persoanele cu dizabilități beneficiază de o alocație lunară în scopul susținerii necesităților zilnice de viață, precum și de o indemnizație de îngrijire în vederea asigurării îngrijirii personale, acordate în funcție de gradul de dizabilitate și în condițiile stabilite prin legile speciale.

(4) Pentru persoanele cu afectare gravă a capacității de muncă, alocația prevăzută la alin. (3) se acordă doar în funcție de gradul de dizabilitate al acestora.

(5) Persoanele adulte, în funcție de gradul de dizabilitate, pot beneficia, în condițiile legii, de facilități fiscale și alte facilități, precum și de credite a căror dobândă se suportă din bugetul de stat pentru achiziționarea de autovehicule și pentru adaptarea locuinței conform nevoilor individuale. ART. 82

Persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, copii și adulți, au dreptul la o indemnizație lunară de hrană destinată asigurării unei alimentații corespunzătoare în completarea tratamentului de specialitate cu medicamente antiretrovirale.

ART. 83

(1) Persoana cu dizabilități are dreptul, în baza evaluării socio-psiho-medicale, la servicii sociale organizate și acordate în condițiile legii.

(2) Serviciile sociale adresate persoanelor cu dizabilități se acordă la domiciliu, în centre rezidențiale sau în centre de zi, proiectate și adaptate nevoilor individuale ale persoanei asistate.

Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap

Art. 2.

(1) Persoanele cu handicap, în înțelesul prezentei legi, sunt acele persoane cărora, datorită unor afecțiuni fizice, mentale sau senzoriale, le lipsesc abilitățile de a desfășura în mod normal activități cotidiene, necesitând măsuri de protecție în sprijinul recuperării, integrării și incluziunii sociale.

(2) De dispozițiile prezentei legi beneficiază copiii și adulții cu handicap, cetățeni români, cetățeni ai altor state sau apatrizi, pe perioada în care au, conform legii, domiciliul ori reședința în România.

LEGE nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice

SECȚIUNEA 4: Pensia de invaliditate

Art. 68

(1) Pensia de invaliditate se cuvine persoanelor care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, din cauza:

a) accidentelor de muncă și bolilor profesionale, conform legii;

b) neoplaziilor, schizofreniei și SIDA;

c) bolilor obișnuite și accidentelor care nu au legătură cu munca.

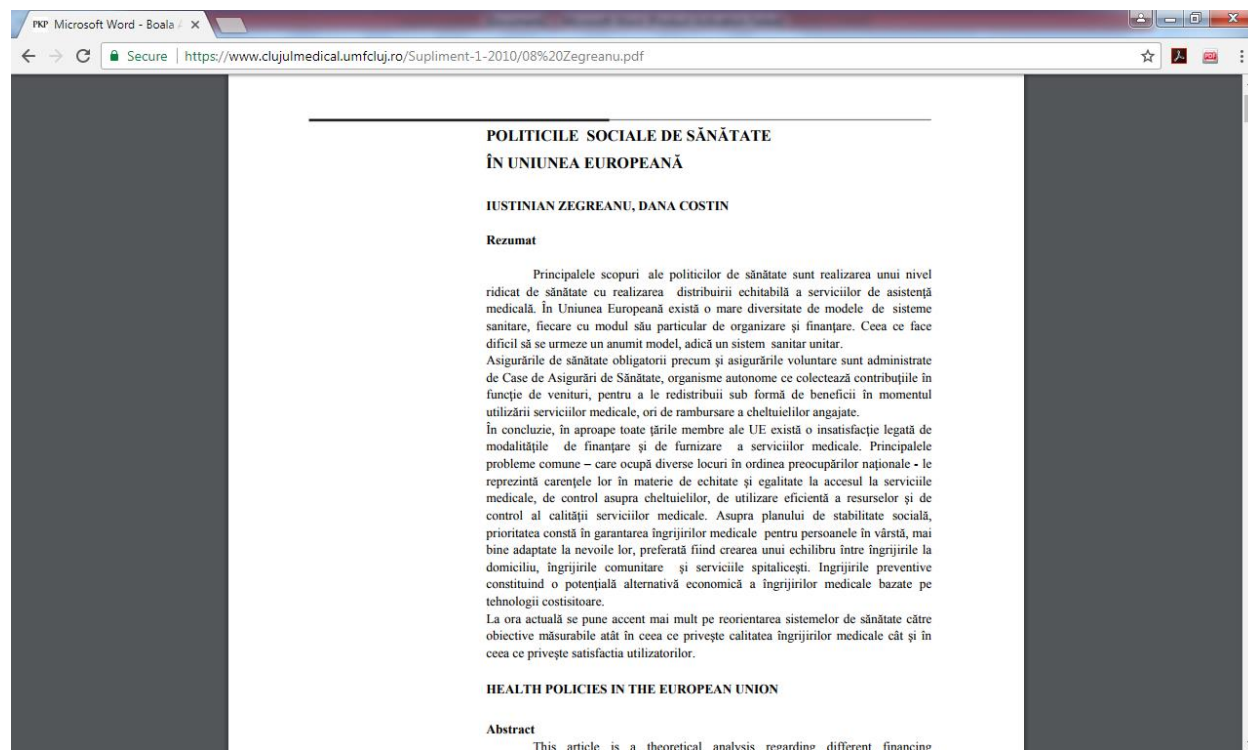
(2) Beneficiază de pensie de invaliditate, în condițiile prevăzute la alin. (1), și persoanele care se află în situațiile prevăzute la art. 49 alin. (1) lit. c) și g).

(3) Au dreptul la pensie de invaliditate, în condițiile prevăzute la alin. (1) lit. a), și elevii, ucenicii și studenții care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, ca urmare a accidentelor de muncă sau bolilor profesionale survenite în timpul și din cauza practicii profesionale.

(4) Persoanele care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă și marii mutilați, ca urmare a participării la lupta pentru victoria Revoluției din Decembrie 1989 ori în legătură cu evenimentele revoluționare din decembrie 1989, care erau cuprinși într-un sistem de asigurări sociale anterior datei ivirii invalidității din această cauză, au dreptul la pensie de invaliditate în aceleași condiții în care se acordă pensia de invaliditate persoanelor care au suferit accidente de muncă.

Curs 3 – 4

Politici sociale de sănătate.



Asigurarea sănătății² este considerată obiectivul principal al sistemului sanitar. Principalele scopuri fiind realizarea unui nivel ridicat de sănătate și distribuirea echitabilă a serviciilor de asistență medicală. Sistemul sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, implicând astfel respectul față de cetățean (autonomie și confidențialitate) și orientarea beneficiarului (servicii prompte și calitate a dotărilor). Un alt obiectiv îl reprezintă finanțarea echitabilă, în care cheltuielile să reflecte capacitatea de plată, și nu neapărat riscul de îmbolnăvire.

Conform opiniei unor specialiști care a fost publicată într-o prestigioasă revistă engleză de specialitate, sistemele sanitare ale lumii se clasifică potrivit eficienței cu care transformă cheltuielile în sănătate. Se au în vedere aici, în corelație, cheltuielile pentru îngrijirea sănătății, ajustate conform prețurilor locale, cu asigurarea stării de sănătate. Ca factor esențial pentru sănătate, în calcul a fost cuprins și nivelul de educație a populației. Dar acești specialiști nu a reușit să ofere răspunsul la întrebarea în ce măsură un sistem sanitar este mai bun decât altul.

² Material preluat integral <https://www.clujulmedical.umfcluj.ro/Supliment-1-2010/08%20Zegreanu.pdf>

De altfel, în Uniunea Europeană există o mare diversitate de modele de sisteme sanitare, fiecare cu modul său particular de organizare și finanțare. Ceea ce face încă și mai dificil să se urmeze un anumit model, adică un sistem sanitar unitar.

Ca și structură general, la ora actuală există trei sisteme de finanțare performante predominante în Uniunea Europeană.

Primul (cunoscut sub numele de modelul Beveridge) se caracterizează prin finanțare publică pe baza impozitelor culese de la contribuabili.

Al doilea sistem (cunoscut sub numele de modelul Bismarck) în care finanțarea se realizează prin intermediul asigurării obligatorii ale populației .

Al treilea sistem constă în finanțarea privată prin asigurări voluntare.

În anul 1997, România a introdus un nou sistem de asigurări de sănătate prin Legea nr. 145/1997, bazat pe o versiune modificată a modelului Bismarck.

În mod practic în prezent, în afară de modelul Bismarck, mai coexistă și elemente din alte modele. Diferența dintre aceste modele constă în modalitatea prin care sistemul sanitar este finanțat):

- modelul Semashko – bugetul asigurărilor sociale de stat;
- modelul Beveridge – principiul rolului de „ filtru” (avut de medicii de familie – aleși, în mod liber, de către pacienți și finanțat prin impozite);
- modelul Bismarck – sistemul de asigurări sociale de sănătate (bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri).

În majoritatea acestor modele pacienții contribuie, într-o proporție variată la finanțarea îngrijirilor medicale în toate țările membre ale Uniunii Europene Majoritatea statelor membre aplică dispoziții de exonerare de la participare la toate costurile a categoriilor cu venituri mici cât și al persoanelor din alte grupuri defavorizate. Asigurările obligatorii precum și asigurările voluntare sunt administrate de Case de Asigurari de Sănătate, organisme autonome ce colectează contribuțiile în funcție de venituri, pentru a le redistribui sub formă de beneficii în momentul utilizării serviciilor medicale, ori de rambursare a cheltuielilor angajate. Modul de finanțare al spitalelor variază în general de la un stat la altul. Principalele forme fiind: tariful pe zi de spitalizare, și tariful pe grupe de diagnostic clinic.

Modele de finanțare ale sistemelor de sănătate ale statelor membre ale U.E:

1. AUSTRIA Legea generală a asigurărilor sociale conferă dreptul la protecție socială și la îngrijiri medicale din anul 1956. Legea a fost fondată pe principiul asigurărilor publice obligatorii. Astfel sistemul de protecție socială austriac acoperă 99% din populație. În această țară asigurările sociale se împart în patru mari categorii în funcție de riscurile acoperite : asigurarea de boală, asigurarea de accident, asigurarea de bătrânețe și asigurarea de somaj. Sistemul de sănătate austriac este foarte apropiat, în multe privințe de sistemul german, dar principalele diferențe sunt legate de plățile directe pentru serviciile din sistemul ambulatoriu și negocierea retribuțiilor prin camerele regionale ale medicilor. Sistemul austriac de sănătate este unul dintre cele mai bune din UE. Asigurarea de boală cuprinde o gama de servicii foarte variată și complexă, și majoritatea populației - 63.3% - se arată foarte satisfăcută.

Populația și starea de sănătate

Până în anul 1997 populația austriacă a fost de 8.1 milioane de locuitori. Procentul tinerilor până în 20 de ani este de 23.7%. Proporția persoanelor în vârstă este inferioară mediei europene: populația peste 65 ani reprezintă 14.6%, iar populația de peste 75 ani reprezintă 6%. Vârsta medie a populației conform datelor statistice, ar trebui să crească până în anul 2010 cu un procent semnificativ la persoanelor cu vârsta de peste 75 ani.

Rata somajului este de circa 1.7% calculată în 1997, fiind printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană (4.7%).

- Speranța de viață este de circa 80.2 ani pentru femei și 73.9 ani pentru bărbați.
- Rata mortalității este de 7.8 la 1 000 locuitori, media UE fiind de 8.2 la 1.000 locuitori.
- Mortalitatea infantilă este de 5.1 pentru 1000 născuți vii, și este inferioară mediei UE (5.4).
- Mortalitatea prenatală este de 6,9 în 1997 și este inferioară mediei UE (7.5).
- Principalele cauze de deces sunt reprezentate de bolile cardio-vasculare (50%) și cancerul (23%) .
- Rata de sinucidere este destul de ridicată în Austria în special la bărbați; fiind de 651 la 100.000 pentru bărbați și la 196 la 100.000 pentru femei.

- Incidența SIDA este de 16 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori.

- Consumul de alcool este de 12.6 litri pe persoană în comparație cu media UE de 11.6 litri. Cu toate acestea s-a observat o scădere în 1997 la 11.9 litri pe persoană.

- Consumul de tutun a fost inferior mediei UE pentru ambele sexe: 35.5% la bărbați și 20.3% la femei fumători de mai mult de 15 ani, (media UE fiind de 37%- bărbați, 30%- femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate.

Austria este un stat federal alcătuit din nouă landuri. Sistemul de sănătate se împarte în jurul diviziunii constituționale a responsabilităților între autoritățile federale și autoritățile locale provinciale. Ministerul Sănătății formulează doar cadrul politicii globale cu privire la oferta de îngrijiri medicale și eliberarea autorizațiilor de scoatere pe piață a noilor medicamente. Gestionarea și administrarea serviciilor de sănătate cade în responsabilitatea autorităților sanitare din provincii. Ministerul Muncii și Afacerilor sociale efectuează controlul asupra caselor de asigurări de sănătate. Există trei tipuri de asigurări sociale de sănătate : pentru serviciile medicale de urgență, asigurări de sănătate și asigurări sociale, acestea din urma fiind concretizate în principal prin beneficii în bani. Asigurările sunt obligatorii 99% din populație fiind afiliată la una din cele 24 de case de asigurari de sănătate. Acestea sunt organisme autonome. Finanțarea acestor case de asigurări se realizează în mod esențial prin contribuții financiare. În jur de 40% din austrieci dețin și o asigurare medicală privată suplimentară. Finanțarea sistemului de sănătate este bazată pe: contribuțiile la asigurările de sănătate obligatorii (59%) ; pe fiscalitate (24%) ; pe asigurări private (7.5%), coplata reprezintă în jur de 14% din resursele financiare. Cotizațiile care casele de asigurări de sănătate sunt plătite atât de salariați cât și de angajatorii lor, ele variând în funcție de salarii, suma fiind cuprinse între 6 și 8.5% din venitul brut. Coplata este utilizată pentru tratament, pentru serviciile stomatologice, cazare în spital. Medicii care lucrează în spitale sunt salariați. Pentru bolile acoperite de asigurări de sănătate private se aplică tarife distincte. Onorariile medicilor de familie sunt reglate de casele de asigurări de sănătate sau de casele private dupa caz. Plata se realizează pe baza convențiilor cadru negociate între Uniunea Caselor de Asigurari Sociale și Camerele Regionale ale Medicilor. Există în continuare probleme de coordonare între serviciile spitalicești și serviciile de asistență medicală primară. Din acest motiv există în perspectiva statului austriac o reformă a modalității de finanțare în medicina ambulatorie.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 26.6 pentru 10.000 de locuitori – inferior mediei europene (28.1), cu o proporție de 12.1 pentru medicii de familie (media UE- 8.2) și de 13.4 pentru medicii specialiști (media UE -11.3).

2. BELGIA

Sistemul de sănătate din Belgia se bazează pe asigurarea obligatorie, care acoperă populația în totalitate. Pacienții sunt liberi să își aleagă medicul, care poate fi un medic specialist sau medicul de familie. Accesul la spitalizare este direct. Libertatea de alegere și accesul la o largă gamă de servicii medicale se traduce printr-un înalt nivel de satisfacere a utilizatorilor în comparație cu alte țări europene. Administrarea sistemului de sănătate este împărțită între o casa de asigurări de sănătate publică și alte cinci organisme nonprofit. Sistemul belgian de sănătate favorizează o inflație sigură a ofertei de servicii medicale de sănătate. Pe de altă parte sistemul de sănătate belgian este unul dintre cele mai complicate din Europa și de aici dificultatea de a realiza o reglementare efectivă . Populația și starea de sănătate În anul 1997 populația Belgiei număra 10 milioane de locuitori, din care 24% sunt tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), și 16% persoane în vârstă de peste 65 ani, procent mai ridicat decât media UE- 15%. Proporția persoanelor de peste 75 de ani este estimată la 6.3% se situează puțin deasupra mediei UE-6.1%.

Vârsta medie a populației conform datelor statistice, ar trebui să crească în cursul viitoarelor decenii cu procent semnificativ la persoanelor cu vârsta de peste 75 ani.

- Speranța de viață este de 81 ani pentru femei (UE-80.2) și de 74.3 ani pentru bărbați (UE-73.9).
- Mortalitatea infantilă este de 6 decese la 1.000 de născuți vii, fiind superioară mediei UE (5.4).
- Rata deceselor cauzate de bolile cardiovasculare este relativ scăzută. Principala cauză fiind reprezentată de cancer
- Incidenta SIDA este de 18.8 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori.
- Consumul de alcool este de 11.2 litri pe persoană în comparație cu media UE de 11.6 litri.
- Consumul de tutun este inferior mediei UE pentru ambele sexe : 31% la bărbați și de 21% la femei toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 35.8%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Guvernul se limitează la reglementarea juridică și finanțarea parțială a sistemului sanitar. Prestatorii de servicii medicale beneficiază de o largă autonomie atât în planul gestiunii cât și în cel al activității. La nivel național șapte portofolii ministeriale sunt responsabile de problemele de politica de sănătate, de reglementare și control a sistemului. Guvernul fixează cotele de cotizație și definesc nivelul minim de acoperire cu prestații medicale.

Sistemul național de asigurare medicală obligatorie acoperă 88% din populație. Liber profesioniști reprezintă în jur de 12% din populație. Programul național de asigurări de sănătate este coordonat de către o casă publică de asigurări de sănătate și cinci Uniuni de Mutualitate. Administrarea este centralizată la nivel național de două organisme dominante și anume Alianța Națională de Mutualitate a Creștinilor, care acoperă 45% din populație și Alianța Națională de Mutualitate a Socialiștilor, care acoperă 27% din populație. Consumatorul este liber să aleagă la ce casă de asigurări să se afilieze. Deoarece fixarea nivelului de cotizație și definirea pachetului de servicii medicale sunt realizate prin decret ministerial, concurența se limitează la asigurării complementare. Finanțarea sistemului de sănătate se bazează pe cotizațiile la asigurările de sănătate (36%), fiscalitate (38%), plăți directe (17%). Procentul de 9% rămas este acoperit prin asigurările suplimentare de sănătate și de fiscalitatea indirectă. Sistemul de coplată este unul dintre cele mai ridicat din UE. Serviciile medicale ambulatorii sunt reglate direct de către pacienți, care sunt rambursate în termen scurt de către casele de asigurări în procent de 75% în medie. 25% din cheltuieli revine pacienților. Tarifele medicale sunt negociate între casele de asigurări de sănătate și asociațiile medicilor cu aprobarea ministerului. Contractele încheiate între medici și casele de asigurări sunt valabile doi ani. Medicamentele sunt rambursate pe baza unei liste. În funcție de categoria de produse medicamentoase compensația variază de la 0 la 100%. În medie 30% din preț reprezintă compensația.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 37.4 pentru 10.000 de locuitori – fiind cel mai ridicat în raport cu media europeană (28.1), numărul medicilor de familie este egal cu cel al medicilor specialiști.

3. FRANȚA

Sistemul de sănătate francez rezultă dintr-o combinație complexă între sectorul privat și cel public și se bazează pe asigurările de sănătate obligatorii, completat de asigurării voluntare private.

Acoperirea este aproape completă, atingând 98% din populație. Atât sectorul spitalicesc cât și în medicina ambulatorie se oferă o gamă vastă de servicii medicale și un volum aproape nelimitat de servicii de sănătate iar pacienții se bucură de o libertate totală de consultare. În ceea ce privește speranța de viață și mortalitatea, Franța este pe primele locuri în cadrul UE. Sănătatea publică în schimb are puncte slabe, reprezentate de incidența mare a SIDA de consumul de alcool și de tutun. Sistemul medical francez este unul dintre cele mai răspandite în UE. Populația și starea de sănătate În anul 1997 populația Franței era de 58.5 milioane de locuitori din care 26% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), și 15.4% persoane în vârstă de peste 65 ani, procent comparativ apropiat cu media UE-15%. Proporția persoanelor de peste 75 de ani a fost estimată la 6.6% mai ridicată față de media UE de 6.1% și se așteaptă o rată de 8.2% în anul 2020. În jur de 75% din populația franceză se află concentrată într-un număr mic de zone urbane. Doar în capitală sunt circa 9 milioane de locuitori, iar alte orașe cum ar fi Lille, Lyon sau Marseille au peste un milion de locuitori. • Speranța de viață este de 82 ani pentru femei (UE-80.2) și de 74.1 ani pentru bărbați (UE- 73.9) fiind superioară mediei UE.

- Mortalitatea este cea mai scăzută din cadrul UE și are 6.7 decese la 1.000 locuitori (UE-8.2).

- Mortalitatea infantilă este de 4.9 decese la 1.000 de născuți vii și este inferioară mediei UE (5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare și de cancerul. Rata mortalității cauzate de cancer este foarte ridicată pentru sexul masculin. Pentru femei principala cauză de deces o reprezintă bolile cardiovasculare.

- Incidența SIDA este estimată la 72 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori.

- Consumul de alcool este ridicat în Franța fiind estimat la 16.7 litri pe persoană, mult ridicat în comparație cu media UE de 11.2 litri. În prezent 63% din bărbați și 30% din femei consumă cel puțin un pahar de alcool pe zi.

- Consumul de tutun a fost superior mediei UE pentru bărbați și inferior pentru femei :38% la bărbați și 20% la femei toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei). Riscul unei morți premature este mai ridicat pentru categoriile defavorizate și pentru muncitorii necalificați. Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate În Franța statul joacă un rol important în cadrul sistemului de sănătate. Acesta își asumă responsabilitatea pentru protecția tuturor cetățenilor.

Guvernul se ocupă de sănătatea populației și de sistemul de protecție socială, controlând relațiile între diferite organisme financiare, și sectorul spitalicesc public. Ministerul Muncii și Solidarității și Secretarul de Stat pentru sănătate, elaborează politica de sănătate la nivel național. Înalțul Comitet de Sănătate Publică prezidat de Ministrul Sănătății fixează obiectivele principale de sănătate publică iar Agenția Națională de Acreditare și Evaluare în Sănătate (ANAES) are rolul de evaluare a practicilor medicale, a calității și a performanțelor în sectorul de sănătate public și privat. La nivel regional, cele 22 de Directii Regionale ale Problemelor de Sănătate și Sociale (DRASS) implementează politicile de sănătate prin elaborarea de “carduri sanitare” care fixează numărul de paturi pe specialități și pe zone și stabilește reguli pentru cumpărarea și instalarea echipamentelor medicale costisitoare. Finanțarea sistemului de sănătate se realizează prin strângerea de cotizații din partea angajatorilor și din partea salariaților, ce reprezintă 12.8% din venitul brut (firme) și 6.8% din salariu (angajații). Pensionarii contribuie cu un procent inferior. Sistemul de asigurări de sănătate acoperă în proporție de 75% din cheltuielile totale din domeniul sanitar. O cotă de 6.8% din cheltuieli este acoperită de mutualitate și 5% de asigurările private. Fiscalitatea contribuie cu mai puțin de 3%, în timp ce participarea directă a pacienților prin coplată se ridică la mai mult de 13%. În cadrul sectorului ambulatoriu medicii sunt renumerați pe baza documentelor conform unor tarife convenționale stabilit de către stat. Personalul medical în sistem. Densitatea medicilor titulari este de 29 pentru 10.000 locuitori număr superior față de media UE de 28.1. Numărul specialiștilor este egal cu cel al medicilor generaliști.

4. GERMANIA

Între 1945 și 1990, Germania a fost divizată în două state, unul de vest și unul de est, în cadrul cărora sistemul de sănătate se baza pe concepții practic opuse. În Germania de Vest a existat un sistem democrat liberal, în timp ce în Germania de Est a existat un model de planificare controlat, centralizat. După reunificare, sistemul de sănătate a fost reformat în vederea adaptării la structura financiară și organizațională vest-germană. Modelul german este bazat pe asigurare socială obligatorie, care a rămas relativ neschimbat de la fondarea sa de către Bismark în anul 1883. Acesta garantează egalitate la acces și un volum important de servicii medicale avansate. În proporție de 89% din cetățenii germani se declară foarte satisfăcuți sau satisfăcuți de sistemul lor de sănătate. Cu toate acestea sistemul de sănătate se confruntă cu importante probleme, deoarece îmbătrânirea populației duce la descentralizarea principiului de distribuție pe care este bazată securitatea socială.

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 populația Germaniei număra 82 milioane de locuitori. Procentul tinerilor este de 21.6% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), în schimb proporția persoanelor în vârstă de peste 65 ani este de 15.3%, procent apropiat cu media UE-15%. Proporția persoanelor de peste 75 de ani a fost estimată la 6.2% și relativ ridicată față de media UE-6.1% , dar se așteaptă la o rată de 10.6% în anul 2020 care este superioară mediei europene prevăzute de 8.9%.

- Speranța de viață este de 73.4 ani în vest țării, si doar de 70.3 ani în est țării. Pentru femei ea este de 79.7 ani în vest și de 77.7 ani în est. Aceasta diferență se explică în general prin incidența bolilor cardiovasculare datorate modului diferit de alimentație, a culturii oarecum diferite și a condițiilor de viață dintre est și vest, precum și de nivelul diferit de difuzare a tehnologiilor medicale de vârf.

- Rata mortalității infantile este de 5%, relativ scăzută față de media UE de 5.4% la 1.000 de născuți.

- Rata deceselor datorate bolilor aparatului cardio - circulator si sinuciderilor este superioară mediei europene.

- Incidența SIDA este de 18.4 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori.

- Consumul de alcool a fost estimat de 14.2 litri pe persoană, mult mai mare în comparație cu media UE de 11.2 litri.

- Consumul de tutun a fost apropiat mediei UE pentru bărbați -36.8% și mult inferior pentru femei-21.5% totuși fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei). Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate.

Organizarea și finanțarea serviciilor de sănătate se bazează pe descentralizare și autoreglare. Rolul guvernului se limitează doar la un cadrul legislativ al sistemului de sănătate, în timp ce responsabilitățile executive sunt în mare parte rezervate administrațiilor Landurilor.

Sistemul obligatoriu de sănătate acoperă aproape 88% din populație, existând 600 de case de asigurări de sănătate. Pentru un procent de 10% din populație asigurările sunt acoperite de către angajatori în timp ce populația cu venituri mai ridicate se asigură la una din cele 45 de companii private de asigurare. Mai puțin de 0.5% din populație nu beneficiază de nici un fel de protecție. Casele de asigurări de sănătate sunt organizate pe districte, pe profesii sau pe grupe de firme. Salariații își

pot alege casa de asigurări. În jur de 60% finanțarea este acoperită din asigurării obligatorii și voluntare de stat, 21% din fiscalitate, 7% din asigurările private și 11% prin participarea directă la costuri (coplată). Cotizațiile către casele de asigurări sunt plătite în părți egale atât de salariați cât și de angajatori. Valoarea medie a cotizației se ridică la 13.5%. Există o strictă separare între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de îngrijiri de sănătate.

Onorariile medicilor de familie sunt fixate printr-un proces de negociere descentralizat între principalii intermediari din sectorul de sănătate. Principalul mod de renumerare a medicilor de familie, specialiștilor și a stomatologilor de către casele de asigurări de sănătate este pe baza documentelor. Există un barem general denumit “norma de evaluare uniformă”, în care valoarea monetară efectivă este negociată la nivel regional, după care este ajustată la venitul global al medicilor. Personalul medical în sistem. Numărul medicilor este de 32.8 la 10.000 locuitori, destul de ridicat față de media europeană.(28.1).

5. GRECIA

Sistemul de sănătate grec este fondat pe principiul asigurărilor sociale obligatorii. Este finanțat prin impozit și într-o mai mică măsură prin cotizații din venituri. Este un sistem nu se încadrează în nici o categorie omogenă, deoarece participarea sectorului privat, atât la finanțare cât și la oferta de îngrijiri medicale este foarte importantă. Sistemul național de sănătate grec (ESY) a fost creat în anul 1983, în același timp în care alte țări din sudul Europei își implementau propriile servicii naționale de sănătate. Totuși, sistemul de sănătate grec nu a fost decat parțial implementat iar vechile structuri există în continuare practic fără modificări. De aceea există o inegalitate a accesului la îngrijiri, o distribuție inegală a ofertei medicale (concentrată mai mult în mediul urban) și creșterea cheltuielilor. Nivelul de satisfacție al utilizatorilor este foarte scăzut : doar 18.4% din beneficiari se declară foarte mulțumiți sau mulțumiți de sistemul lor de sănătate.

Populația și starea de sănătate

Populația Greciei se ridică în anul 1997 la 10.5 milioane de locuitori. Proporția tinerilor sub 20 de ani reprezintă 24% și este inferioară mediei europene de 24.6%. Persoanele cu vârsta de peste 65 ani reprezintă 16.4%, cifra ridicată față de media UE de 15%. Proporția celor de peste 75 ani a fost estimată la 6.2% (media UE-6.1%). Se aștepta în anul 2020 o creștere de până la 9.2%.

- Speranța de viață este de 75.1 ani pentru bărbați (73.9ani- UE) și de 80.4 ani pentru femei (80.2 ani-UE) ceea ce plasează Grecia pe primul loc în cadrul UE.

- Rata mortalității este relativ mică: 7.2 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata mortalității infantile are o valoare ridicată de 8.1 decese la 1 000 de născuți vii, față de media UE (5.7).
- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare și cancerul în Grecia, dar incidența cancerului rămâne inferioară celei din UE.
- Incidența SIDA este de 24.8 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori și este relativ mică față de media UE (42.7).
- Consumul de alcool este de 2.3 litri pe persoană și este net inferior în comparație cu media UE de 11.2 litri.
- Consumul de tutun a fost relativ ridicat față de media UE în special la bărbați -57% și la femei-24% totuși fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.4%-bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate Ministerul Sănătății și al Prevederii Grec definește politica de sănătate la nivel național, reglementând oferta și finanțarea serviciului național de sănătate. Consiliul Central de Sănătate (KESY), este alcătuit din reprezentanții profesioniștilor din sănătate (medici) și ai utilizatorilor care se află în slujba ministerului și oferă recomandări și opinii asupra politicii de sănătate și a cercetării medicale. Sistemul național de sănătate este împărțit în 13 regiuni și 52 districte, în care fiecare district cuprinde cel puțin un spital. Centrele medicale universitare sunt amplasate în șapte regiuni. O mare parte din populație este acoperită de către 300 case de asigurări de sănătate autonome administrate ca organisme publice. Institutul de Asigurări Sociale (IKA) acoperă peste 50% din populație, în principal orașeni, muncitori, funcționari și cadre. Organizația Asigurărilor din Agricultură (OGA) cuprinde 25% din populație (din mediu rural), și Casa Comercianților, a Industriașilor și a Micilor Intreprinzători (TEVE-TAE) acoperă 13% din populație. Statul acoperă 9% din populație în timp ce restul sunt asigurați de numeroase mici case de asigurări. Sistemul este alimentat parțial prin fiscalitate și parțial prin cotizații sociale. IKA, principala casă de asigurări de sănătate este finanțat prin cotizații asupra veniturilor, plătite în parte de salariați și în parte de către angajatori. Proporția este fixată de către guvern iar cotizațiile sunt completate din bugetul central. OGA este finanțată în totalitate de către stat. Nu există o graniță financiară netă între casele de securitate socială și de stat. Regimul național nu prevede participarea la costuri în caz de spitalizare, dar slăbiciunile serviciului public creează o veritabilă piață paralelă de îngrijiri de sănătate.

Cazurile de îmbolnăviri joacă un rol semnificativ în finanțarea serviciilor de îngrijiri de sănătate ambulatorii în Grecia. Medicii din spitalele IKA, primesc un salariu pentru serviciile primare și cele stomatologice pe care acestia le ofera. Pe de alta parte medicii de familie care au contracte cu casele de asigurări pentru îngrijiri primare sunt plătiți pe baza documentelor. Un anumit număr de servicii furnizate de către medici clienților privați sau de către centrele de diagnostic sunt achitate direct de către pacienți .

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 38.8 la 10.000 locuitori, număr foarte de ridicat față de media europeană.(28.1). Numărul mare de medici în ansamblul personalului de sănătate mai mult decat dublul mediei europene este rezultatul unei proaste planificări a resurselor umane.

6. ITALIA

Serviciul național de sănătate italian (Servizio Sanitario Nazionale-SSN) a fost înființat în anul 1978, și asigură accesul universal și gratuit la îngrijirile de sănătate. Finanțarea sistemului este publică, combinând fiscalitatea cu asigurările sociale. Oferta de îngrijiri este mixtă (publică și privată). Guvernul fixează nivelul minim de servicii care trebuie să fie garantat pe tot ansamblul țării, și precizează condițiile în care utilizatorii pot recurge la sectorul privat. Serviciile de sănătate italiene sunt considerate inferioare nivelului mediu al UE. Inegalitățile de repartizare a resurselor sanitare sunt foarte pronunțate între regiunea de Nord și cea de Sud. Italienii par nemulțumiți de sistemul lor de sănătate atât public cât și privat. Populația și starea de sănătate Populația în Italia se ridică în anul 1997 la 57 milioane de locuitori. Proporția tinerilor sub 20 de ani este sub 21% mult inferioară mediei europene-24.6%. Persoanele cu vârstă de peste 65 ani reprezintă 16.4%, cifră comparativ ridicată față de media UE-15%. Proporția celor de peste 75 ani a fost estimată la 6.2% (media UE-6.1%). Se așteaptă ca în anul 2020 să existe o creștere până la 10.7%.

- Speranța de viață este de 74.9 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 81.3 ani pentru femei (80.2 ani- UE)
- Rata mortalității este la: 7.1 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata mortalității infantile este de 5.8 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare și cancerul. Rata deceselor cauzate de traumatisme sau otrăviri este ridicată de 16.7 pentru 100 000 de locuitori ..

- Incidența SIDA este de 91.8 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori (este cea mai ridicată după Spania (media UE- 42.7)).

- Consumul de alcool este de 10.9 litri pe persoană - (media UE de 11.2 litri).

- Consumul de tutun este relativ ridicat față de media UE pentru ambele sexe la femei -26% și la bărbați -38% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%- femei). Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate Serviciul de Sănătate Italian (SSN) asigură o protecție universală a populației. Administrarea sa națională, regională și locală, este criticată pentru marea sa birocrație. Consiliile regionale și unitățile sanitare locale (USL) formează structura de bază a Serviciul de Sănătate Italian. Italia este divizată în 21 de regiuni, în care există 320 unități sanitare locale, din care 148 spitale publice dar administrate autonom. Rolul guvernului este limitat, deoarece regiunile se ocupă de planificarea, finanțarea și controlul serviciilor de sănătate în teritoriile respective. Guvernul se ocupă de determinarea nivelului financiar și alocarea lor pe diferite regiuni în funcție de numărul de locuitori cu definirea nivelului minimal de servicii care trebuie asigurat de către regiuni. Finanțarea sistemului de sănătate este în proporție de 40.8% publică și se bazează pe asigurările sociale și 37.5% pe impozit. Diferența este finanțată prin cheltuieli private care rezulta din coplata serviciilor SSN. Partea cotizațiilor de sănătate în finanțarea sistemului rămâne importantă, în care angajatorii plătesc în medie 9.6% din venitul brut și salariații 0.9% dar taxele efective sunt variabile pe regiuni. Medicii de familie care își exercită profesiunea în mod liber sunt remunerați în funcție de numărul de pacienți aflați pentru îngrijirile primare. Personalul medical în sistem. Densitatea medicilor titulari la 10.000 locuitori, este net superioară față de media UE.

7. OLANDA

Sistemul de sănătate olandez (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten- AWBZ) suprapune asigurarea socială cu cea privată. Asigurarea socială acoperă 62% din populație asigurarea privată 31%. Un regim național de asigurare pentru cheltuieli medicale speciale acoperă riscurile catastrofice, bolile cronice, invaliditate, îngrijirile psihiatrice. Sectorul privat joacă un rol semnificativ în furnizarea îngrijirilor de sănătate. Sistemul de sănătate beneficiază de un larg consens din partea populației, astfel 72.8% din olandezi se declară foarte satisfăcuți sau satisfăcuți de sistemul lor de sănătate, față de media europeană de 50.3%. Una dintre atu-urile sistemului de sănătate olandez

constă în implementarea unei rețele complexe de îngrijiri ambulatorii și îngrijiri de lungă durată pentru persoanele în vârstă. Populația și starea de sănătate Populația Olandei se ridică în anul 1997 la 15.5 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani asemănătoare mediei UE.

- Speranța de viață este de 74.7 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 80.4 ani pentru femei (80.2ani-UE)
- Rata mortalității este de 9.0 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata mortalității infantile este de 5.2 decese la 1.000 de născuți vii în 1996 (media UE- 5.4).
- Rata deceselor cauzate de bolile cardiovasculare pentru ambele sexe este mult scăzută față de media UE în timp ce mortalitatea datorată cancerului este mult superioară mediei UE.
- Incidența SIDA este de 25.1 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori - net inferioară mediei europene (media UE-42.7).
- Consumul de alcool este de 9.9 litri pe persoană – nivel net inferior mediei UE - 11.2 litri.
- Consumul de tutun este relativ ridicat față de media UE pentru ambele sexe la femei - 30.5% și la bărbați - 42.9% totuși fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%- bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Asigurarea generală pentru cheltuielile medicale speciale (AWBZ) este obligatorie pentru populație și privește toate bolile cronice și îngrijirile de lungă durată. Cu toate acestea majoritatea îngrijirilor spitalicești au rămas excluse, ele fiind suportate prin coplată. Asigurarea de sănătate obligatorie (Verplichte Ziekenfondsverzekering-ZFW) este administrată de 40 de case de asigurări de sănătate care acoperă circa 60% din populație. În jur de 37%, din populație este alcatuită în principal din liberi profesioniști care nu consideră avantajos regimul obligatoriu și subscriu la o asigurare privată (Particular Verzekering) în vederea acoperirii îngrijirilor acute, exceptate ca regulă de la plata directă. Funcționarii din administrația publică (în jur de 6% din populație) au propriul lor regim obligatoriu, care folosește beneficiile în natură pentru o paletă de servicii mai mare decât cea din ZFW. Asigurații pot subscrie și la o asigurare de sănătate suplimentară (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) pentru acoperirea riscurilor necuprinse de către regimul legal. De fapt 90% din asigurați au contractat de asigurări suplimentare pentru îngrijiri medicale. Finanțarea sistemului de sănătate este realizat de către asigurarile sociale, care au preluat 68% din cheltuielile de sănătate,

în timp ce asigurările private reprezintă 13.7% din cheltuieli. Diferența este completată din subvenții acordate de către stat și plăți directe ale pacienților. Cotizațiile către casele de asigurări de sănătate sunt în funcție de venituri. O parte este plătită de către angajator (5.15% din venitul brut) și o parte de către salariați (1.15%). Suplimentar asigurații mai plătesc o taxă mică stabilită de către fiecare casă de asigurări.

Onorariile medicilor de familie sunt negociate între casele de asigurări publice sau private și furnizorii de îngrijiri pe bază de contract. Plafoanele tarifare sunt fixate de către guvern dar se negociază tarife inferioare. Olanda are o îndelungată tradiție în domeniul finanțării publice în domeniul îngrijirilor de lungă durată și a îngrijirilor paliative. Medicii de familie își exercită profesia în mod liber. Pentru clienții privați, medicii de familie sunt remunerați pe client și pe servicii asigurate.

Personalul medical în sistem. Numărul medicilor titulari este ridicat de circa 29.3 pentru 10.000 locuitori - media europeană fiind de 28.1. Densitatea specialiștilor este de 8.7 pentru 10.000 locuitori (media UE-11). În principal Olanda se confruntă cu o lipsă de personal specializat în diferite domenii ca: ortopedie, oftalmologie, reumatologie, neurologie și psihiatrie.

8. ROMÂNIA

Sistemul de sănătate românesc, a fost reconstruit în anul 1997, când s-a introdus un nou sistem de asigurări de sănătate prin Legea nr. 145/1997, bazat pe o versiune modificată a modelului Bismarck. El a fost inspirat la apariția sa (la sfârșitul anilor '40 și în anii '50) din modelul sovietic (Semașko), însă a avut similitudini și cu sistemele existente în unele țări din Europa de Vest - Marea Britanie, țările nordice. Creditarea serviciilor sanitare cu foarte multă responsabilitate și puține efecte asupra stării de sănătate a populației a dus la o culpabilizare a medicilor și a sectorului sanitar pentru toate insatisfacțiile generate de deteriorarea stării de sănătate care de fapt a fost rezultatul acțiunii conjugate a mai multor factori (social - economici, comportamentali, biologici, ambientali).

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 România 21,53 de milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 23% (media UE-24.6%) și o proporție de 19.3% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani este mai mare decât media UE și este de 9.1% și se așteaptă în 2020 o creștere la 11.9%.

- Speranța de viață este de 66.1 ani pentru bărbați (73.9 ani-UE) și de 73,99 ani pentru femei (80.2 ani-UE) .

- Rata mortalității este de 12,29 la 1.000 locuitori (8.2-UE).

- Rata a mortalității infantile este de 12,09 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul cu o medie crescută peste media UE

- Incidența SIDA 8,2 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori în (media UE-42.7).

- Consumul de alcool este de 7,5 litri pe persoană – nivel inferior mediei UE - 11.2 litri.

- Consumul de tutun prezinta variații între cele două sexe- pentru femei -25,3% și la bărbați – 42,5% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%- bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Lipsa unei politici coerente în domeniul sănătății după 1990 a fost favorizată și de moștenirea unui deficit în capacitatea de analiză sistematică și de dezvoltare de strategii, în condițiile unei cercetări și pregătiri insuficiente în domeniul managementului sănătății publice și al serviciilor de sănătate. Un punct pozitiv a fost posibilitatea unei libere alegeri a medicului și salarizarea sa în funcție de numărul persoanelor servite și calitatea prestației, toate efectuate pe baze contractuale.

Finanțarea unităților din asistența primară și ambulatorul clinicilor de specialitate, precum și a celor private, se realizează prin contracte încheiate cu casele locale de asigurări de sănătate. Rambursarea cheltuielilor pentru serviciile prestate asiguraților se face conform prevederilor din Contractul Cadru, care se aprobă anual prin hotărâre de guvern.

Finanțarea sistemului de sănătate se va face din fondurile asiguraților și din plățile pacienților. Bugetul de stat finanțează programele medicale naționale și investițiile din spitale, construcțiile și echipamentele de înaltă performanță. Fondurile de asigurări de sănătate finanțează serviciile de sănătate (primară, ambulatorie, spitalicească, de urgență, stomatologică, reabilitare, produse farmaceutice compensate). Pacientul contribuie parțial la plata unor servicii medicale și integral la plata altor servicii medicale, precum și la cea a medicamentelor compensate. Personalul medical în sistem. În România densitatea medicilor titulari este de 17 la 10.000 de locuitori, față de densitatea medie din Uniunea Europeană.

9. SPANIA Sistem de sănătate spaniol

(Sistema Nacional de la Salud-SNS) a fost instituit în anul 1986 și acoperă 98.5% din populație. Dezvoltarea sistemului s-a efectuat pe o bază regională, obiectivul fiind ca fiecare regiune să fie în măsură să își administreze propriile servicii de îngrijire de sănătate. Instaurarea SNS a permis punerea în practică a unei acoperiri cvasiuniversale, care cuprinde o largă paletă de îngrijiri.

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 Spania numără 39.7 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 24% (media UE-24.6%) și o proporție de 15.3% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani corespunde mediei UE de 6.1% și se așteaptă în 2020 o creștere la 7.9%.

- Speranța de viață este de 74.4 ani pentru bărbați (73.9 ani-UE) și de 81.6 ani pentru femei (80.2 ani-UE) .

- Rata mortalității este de 7 la 1.000 locuitori (8.2-UE).

- Rata a mortalității infantile este de 5.0 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).

Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul și accidentele rutiere înaintea vârstei de 35 ani. Mortalitatea relativ ridicată a persoanelor până în 35 de ani constituie un fenomen frapant. Față de alte țări ale UE Spania are o rată de sinucideri mult inferioară.

- Incidența SIDA este cea mai ridicată în cadrul UE- 162 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori în 1996 – (media UE-42.7).

- Consumul de alcool este de 13,5 litri pe persoană –nivel superior mediei UE - 11.2 litri.

- Consumul de tutun prezintă variații între cele două sexe- pentru femei -21% și la bărbați - 44% totuși fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%- bărbați, 25.1%-femei). Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate Cele 7 regiuni autonome dețin propriile lor direcții sanitare – departamentele de sănătate din cadrul guvernărilor regionale - sunt responsabile cu sănătatea publică, planificarea structurilor sanitare precum și cu gestionarea și administrarea serviciilor de sănătate pe teritoriul lor.

Toate regiunile autonome au divizat teritoriul Spaniei în zone sanitare în funcție de mărimea populației, caracteristicile geografice, factorii demografici, epidemiologici și socio-economici.

Zonele sanitare sunt împărțite la rândul lor în zone de bază pentru planificarea și gestionarea resurselor sanitare primare. Ministerul Sănătății stabilește programe de sănătate publică, și veghează implementarea lor, definește nivelul îngrijirilor primare, îngrijirilor spitalicești interne și externe, nivelul coplăților pentru medicamente și proteze medicale. Consiliul sanitar interteritorial al SNS coordonează schimburile între autoritățile sanitare regionale pe de o parte și Ministerul Sănătății pe de altă parte în scopul de a garanta obiectivele și prioritățile fixate la nivel național. Serviciul național de sănătate acoperă 98.5% din populație, din care 93% sunt afiliați la regimul general, 1% primesc alocații de la stat și 4.5% (în principal funcționarii) sunt afiliați la regimuri speciale. Companiile de asigurare private joacă un rol minor în sistemul de sănătate spaniol. În jur de 80% din cazuri finanțările provin din fiscalitate, 18% provin din cotizații plătite în funcție de venit atât de către angajați cât și de către angajatori, iar diferența de 2% provine din alte forme de asigurare de sănătate. Medicii de familie sunt remunerați în funcție de numărul de pacienți, și doar în anumite cazuri după o formulă combinată salariu-număr de pacienți.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 40.8 pentru 10.000 locuitori extrem de ridicat față de media UE (28.1).

10. MAREA BRITANIE

Serviciul Național de Sănătate (NHS) creat în anul 1948 a instituit accesul universal la îngrijirile de sănătate. Este un serviciu public de sănătate finanțat în principal din impozit. Gama de servicii oferite de NHS este completă iar accesul la îngrijiri medicale este gratuit. Solicitanții care intervin pe piața medicală sunt autoritățile sanitare de district (DHA) și medicii de familie “gestionarii de fonduri” (General Practitioner Fundholders) care cumpără îngrijiri trusturilor spitalicești (fundații autonome în cadrul NHS) și centrelor de sănătate comunitare. Concentrarea asupra îngrijirilor primare și rolul central al medicilor de familie, punct de trecere obligatoriu pentru a accede la îngrijirile secundare, sunt punctul forte ale sistemului britanic.

Punctul slab este reprezentat resursele financiare mici consacrate îngrijirilor secundare fiind considerată principala cauză ale lungilor liste de așteptare din spitale. Problema listelor de așteptare explică nivelul de satisfacere relativ mic al britanicilor cu privire la sistemul lor de sănătate. Sistemul funcționează corect pentru bolile grave sau urgențe dar mai puțin bine pentru afecțiunile minore.

Populația și starea de sănătate Marea Britanie număra în anul 1997 58 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 25% (media UE-24.6%) și o proporție de 15.8% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani este mult mai ridicată decât media UE(-6.1%). Se așteaptă în 2020 la o creștere de 12.4%.

- Speranța de viață este de 74.4 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 79.3 ani pentru femei (80.2ani-UE)

- Rata mortalității este de 7.9 la 1.000 locuitori (8.2-UE).

- Rata a mortalității infantile este de 6.1 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul și accidentele rutiere înaintea vârstei de 35 ani..

- Incidența SIDA este de 24 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori (media UE-42.7).

- Consumul de alcool este de 8.9 litri pe persoana – nivel inferior mediei UE - 11.6 litri. • Consumul de tutun este mult inferior mediei UE pentru bărbați -29% în timp ce pentru femei este relativ ridicat-28% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei). Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate Secretarul de stat de la sănătate este responsabil în fața Parlamentului de oferta de îngrijiri medicale. Consiliul director al NHS este responsabil în fața secretarului de stat de fixarea obiectivelor și priorităților. El distribuie fondurile în cadrul unui buget anual, către autorități sanitare districtuale (DHA) care acoperă fiecare între 250.000 și 1 milion de locuitori.

Autoritățile sanitare locale - districtuale și medicii de familie administrează bugetele pentru cumpărarea îngrijirilor primare și secundare. Trusturile din cadrul NHS, cuprind mai multe instituții spitalicești autonome. În Marea Britanie se află 463 de trusturi, care cuprind mai mult de 1.600 de spitale și reprezintă marea majoritate a instituțiilor spitalicești, de servicii de ambulanță și unitățile de îngrijiri comunitare din cadrul NHS. Trusturile spitalicești propun serviciile lor în cadrul negocierii de contracte cu cumpărătorii de îngrijiri – medicii de familie. NHS este finanțat în principal prin fiscalitate (95%) și prin alte contribuții (5%) în cadrul unui buget global stabilit de către minister și supus aprobării Parlamentului. Asigurările private acoperă 3.5% din cheltuieli. Sistemul de remunerare a medicilor de familie constă într-o combinație complexă între onorariu și alocări

specificate în contractul lor. Remunerația lor se constituie în funcție de numărul de pacienți înscriși pe listele lor. Ea fiind influențată și de alți factori, precum vârsta pacienților. Anumite servicii (contracepția și vaccinarea) sunt servicii plătite direct de către pacienți.

Personalul medical în sistem. Numărul medicilor titulari este de 15.6 pentru 10.000 locuitori, este foarte scăzut față de media europeană (28.1). Toate domeniile de sănătate se confruntă cu o lipsă acută de personal. În concluzie se constată că în aproape toate țările membre ale UE există o insatisfacție legată de modalitățile de finanțare și de furnizare a serviciilor medicale. Principalele probleme comune – care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor naționale - le reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul la serviciile medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control al calității serviciilor medicale. Asupra planului de stabilitate socială, prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele în vârstă, mai bine adaptate la nevoile lor, preferată fiind crearea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești. Îngrijirile preventive constituind o potențială alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare. La ora actuală se pune accent mai mult pe reorientarea sistemelor de sănătate către obiective măsurabile atât în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale cât și în ceea ce privește satisfacția utilizatorilor.

BIBLIOGRAFIE

Au fost studiate documente oficiale emise de către Guvernul României, Ministerul Sănătății și CNAS între anii 2001 - 2008. Sursa datelor a fost reprezentată de baza de date a O.M.S (Health for All), a OECD, a I.N.S. și Ministerul Sănătății. În continuare sunt indicate principalele documente studiate, în afara celor menționate anterior

1. Carl-Ardy Dubois, Martin McKee - Human resources for health in Europe, Editura Ellen Nolte, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2006

2. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001

3. Draft report on Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Romania, April 18- 21; 2008 , WHO

4. Elias Mossialos, Monique Mrazek and Tom Walley - Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2004
5. Global Corruption Report 2006: Corruption in Health, Transparency International
6. Health Policy Section of the Action Plan for Implementing Romania's Medium Term Economic Strategy, 2000-2004, June 2000 version, approved by Government Decision 456/2000
7. Josep Figueras, Martin McKee, Jennifer Cain and Suszy Lessof - Health systems in transition: learning from experience, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2004
8. Martin McKee and Judith Healy - Hospitals in a changing Europe, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2002
9. Raport privind plățile informale în sector sanitar din Romania, prezentat de LEGICON si CURS 48 Clujul Medical 2010 Vol. LXXXIII - Supliment 1 pentru Ministerul Sănătății, în cadrul unui proiect al Băncii Mondiale, 2005.
10. România – Sectorul de Sănătate, Studiu de politică sectorială ECSHD, Banca Mondiala, 2007
11. Ray Blight - Hospital Rationalization Strategy: World Bank, 2003.
12. Seiter Andreas - Romania: studiul sectorului farmaceutic, Ministerul Sănătății, București, 2007
13. Strategia Națională de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății, București, 2004
14. Summary Report of Financing and Training Needs of Small Scale Health Service Providers and Distributors in Romania, Draft Report, Banking on Health Project, USAID, June 2007.
15. The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance, WHO, 2000.
16. To err is human: building a safer health system. Washington, DC, National Academy Press, 2000
17. World Development Report 2004 , The World Bank, Washington, D.C., 2004

Seminar 3 – 4

Drepturi ale persoanelor cu dizabilități. Studiu privind legislația în vigoare.

Drepturi ale persoanelor invalide. Studiu privind legislația în vigoare.

- CONVENȚIA din 13 decembrie 2006 privind drepturile persoanelor cu handicap, publicată în Jurnalul Oficial cu numărul 23L din data de 27 ianuarie 2010
- CONVENȚIA din 26 septembrie 2007 privind drepturile persoanelor cu dizabilități, publicat în Monitorul Oficial cu numărul 792 din data de 26 noiembrie 2010
- LEGEA nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice, publicată în Monitorul Oficial cu numărul 852 din data de 20 decembrie 2010 cu modificările și completările ulterioare.
- LEGEA nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății - republicată*) în Monitorul Oficial cu numărul 652 din data de 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare
- LEGEA nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap – republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.006 din 18 decembrie 2006, modificată prin Legea nr. 241/2007 pentru abrogarea unor reglementări prin care sunt acordate scutiri sau exonerări de la plata taxelor vamale ale unor bunuri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 496 din 24 iulie 2007.

Curs 5 – 6

Evaluarea stării de sănătate. Evaluarea stării de dizabilitate.

Expertiza capacității de muncă. Evaluarea restantului morfofuncțional și psihic.

Cursurile 5 – 6 precum și seminariile 5 și 6 vor presupune dezbaterile Strategia națională privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități 2014-2020

http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/protectie_sociala/DPPD/2014-01-31_Strategie_DPPD-2014-2020.pdf

Curs 7 – 8

Evaluare și intervenție specifică pentru persoane cu dizabilitate.

Deficiențe de auz³.

SPP (surdopsihopedagogia) – studiază particularitățile dezvoltării psiho-fizice ale copiilor cu disfuncție auditivă - surzi și hipoacuzici - și mijloacele adecvate compensatorii, instructiv-educative și recuperatorii în vederea formării personalității și încadrării lor depline în climatul socio-profesional. Studiază cauzele surdității și particularitățile psihice și fizice ale copiilor cu deficiența de auz. Dezvăluie structura, tipul, și gradul de surzenie în vederea intervenției medicale (timpano-plastia, tehnici de protezare și metode de compensare și educație). Elaborează principiile încadrării în sistemul școlar special și de masă determinând caile și formele de includere a deficientului auditiv în societate și în activ. productivă. Studiază particularitățile vieții și activității copilului cu def. de auz în familie, în mediul social și evidențiază importanța factorilor sociali și educativi în formarea personalității lui cât mai deplin posibil.

Realizarea educației copiilor deficienți de auz este posibilă prin respectarea unui minim de cerințe.

1. Începerea timpurie a educației odată cu depistarea și diagnosticarea tulburării de auz.
2. Colaborarea dintre familie, medic, surdolog, protezist și implicarea familiei în formarea comunicării și dezvoltării psihofizice a copilului.
3. Formarea capacității de recepție a vorbirii prin protezare individualizată și labiolectura asociată cu articulația și comunicare verbală orală concretă.
4. Elaborarea unei metodologii complexe de demutizare bazată pe imbinarea învățării globale, spontane, naturale a limbii (calea maternă, cu învățarea organizată și dirijată în raport cu potențialul psihic și psihomotric al copilului.)
5. Studiarea posibilităților de adaptare și introducere a copilului într-un mediu vorbitor în vederea integrării ulterioare sub diferite forme în învățământul obișnuit.

³ <http://www.rasfoiesc.com/business/marketing/comunicare/DEFICIENTA-DE-AUZ-DEFINIRE-CLA45.php>

CLASIFICARE

Deficitul de auz este diferit de la caz la caz, in raport cu tipul de surditate si se stabileste cu ajutorul unor aparate numite audiometre. Prin aceste masurari audiometrice se controleaza pragurile audibile la diferite intensitati exprimate in decibeli si la diferite frecvente exprimate in herzi.

Auzul normal percepe sunetele de la o intensitate de 0-20 si chiar 30 decibeli. Oricum, perceperea sunetelor la o intensitate de peste 20 db indica pierderi usoare, medii si severe ale auzului (hipoacuzie usoara, medie si severa) si pierderi profunde la peste 90 db (surditate si cofoza).

Chiar si in cazul surditatii profunde – cofozei – prin protezare pot fi utilizate resturi minime de auz, dar numai daca surdul constientizeaza existenta senzatiilor auditive.

CLASIFICARE

- intre 0-20 db – este o auditie normala, poate auzi conversatia fara dificultate
- intre 20-40 db – este vorba despre deficit de auz lejer, respectiv o hipoacuzie usoara; poate auzi conversatia daca nu este indepartata sau stearta
- intre 40-70 db – este vorba de un deficit de auz mediu, o hipoacuzie medie; poate auzi conversatia de foarte aproape si cu dificultati. Necesita proteza.
- intre 70-90 db – deficit de auz sever, este vorba de o hipoacuzie severa; poate auzi zgomote, vocea si unele vocale. Se protezeaza.
- peste 90 db – deficit de auz profund, surditate (cofoza). Aude sunete foarte puternice dar acestea provoaca si senzatii dureroase. Se protezeaza cu proteze speciale.

Tipurile de surditate se identifica in raport cu locul instalarii deficientei. Din acest punct de vedere avem urmatoarele tipuri de surditate:

Surditate de transmisie – cauze:

- malformatii ale urechii externe sau medii
- infectii ale urechii medii (otita, mastoidita, cleiul sau cerumenul)

- tulburarea ventilatiei prin trompa lui Eustachio
- defectiuni ale timpanului si lantul osicular (scarita, nicovala, ciocanul, fereastră ovala),
- otoscleroza

CARACTERISTICI

- Conductibilitate osoasa (c.o) la auz normal.
- conductibilitate aeriana c.a. – auzul este diminuat pana la 60-70 decibeli. Se poate opera, se protezeaza cu rezultate foarte bune, vocea tare este putin diminuata, in timp ce vocea soptita este puternic diminuata. Percepe mai bine sunetele inalte in raport cu sunetele grave.

Surditate de perceptie (surditate senzorieurala) - cauze:

- leziuni la nivelul urechii interne (labirint membranos, osos, organului Corti, membrana bazilara)
- leziuni pe traiectul nervos sau in scoarta cerebrala in zona auzului.

Leziunile acestea pot avea la baza anomalii cromozomiale, infectii bacteriene, encefalopatii, traume, dereglari biochimice sau neurologice, etc.

Clasificare

- Surditati ereditare si dobandite;
- Surditati clasificate dupa momentul aparitiei: a) prenatale; b) perinatale (neonatale); c) postnatale;
- Surditati in raport cu locul instalarii traumei (urechea medie, interna, nerv auditiv, sistemul nervos central);
- Surditati pre- si post- lingvistice.

Surditatile ereditare: tipul Sibenmann - presupune lezarea capsulei si leziuni secundare ale celulelor si fibrelor nervoase; tipul Sheibe - presupune atrofierea nicovalei, saculei, organului Corti;

tipul Mandini, cu leziuni ale ultimelor spirale ale melcului, atrofierea organului Corti, a nervului Cochlear si a ganglionilor.

Surditatile dobandite pot fi de trei tipuri: congenitale, neonatale si postnatale.

I. Surditatile prenatale, mai ales embrionare, dar uneori si fetale, pot fi cauzate de:

1. Virusi ai rubeolei, oreionului, hepatitei, pojarului, paludismului matern (boli ale mamei) etc.
2. Infectii bacteriene si protozoare: tuberculoza, sifilisul etc.
3. Medicamente: tranchilizante (morfina, cocaina, heroina, marijuana) etc.
4. Substante chimice si hormonale: chinina, ergotina, apa de plumb etc.
5. Iradierea mamei cu raze X in timpul cat este insarcinata.
6. Alcoolismul.
7. Diabetul.
8. Factori endocrini si metabolici cu complicatii in functionarea unor glande.
9. Toxemia gravidica.
10. Tulburari ale circulatiei sangvine in placenta (neoxigenarea fetusului).
11. Hipotiroidismul familial.
12. Traumatisme in timpul graviditatii (gestatiei).
13. Incompatibilitate sangvina intre mama si fetus (factori R.H. - Resus).

Desigur, surditatea dobandita congenital are multe cauze cunoscute, dar si necunoscute inca. Astfel, o cauza a surditatii congenitale poate fi citomegalovirusul (C.M.V.), infectie intrauterina – o boala de tip febra glandulara sau Rubella (Pojar German) – boala foarte usoara pentru mama, dar cu efecte devastatoare pentru copil.

II. Cauze neonatale (perinatale)

Anoxia sau asfixia albastra. Anoxia este cauzata de neoxigenarea fetusului in timpul travaliului datorita răsucirii cordonului ombilical, nasterii laborioase etc. Insuficienta oxigenare provoaca leziuni anatomopatologice cu repercursiuni multiple in dezvoltarea normala a sistemului nervos (creierului).

Traumatismele obstetricale pot provoca hemoragie in urechea interna, hemoragie meningeana sau cerebro-meningiana.

Icterul nuclear - bilirubinemia.

III. Cauze post natale ale surditatii:

1. Traumatisme cranio-cerebrale.

2. Boli infectioase: meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul, tusea convulsiva, oreionul, febre inalte, febra tifoida etc.

3. Otita si mastoidita.

4. Factori toxici (intoxicatii).

5. Boli vasculare.

6. Subalimentatie cronica.

7. Traumatism sonor (in numeroase tari, muncitorii din intreprinderile zgomotoase sunt protejati auditiv cu ajutorul antifoanelor).

8. Cauze medicamentoase, tratament neadecvat mai ales cu ototoxice: streptomicina neomicina, canamicina, gentamicina, trombomicinasi chiar aspirina si chinina in doze mari.

IV. De asemenea, se poate vorbi de existenta unor cauze ale disfunctiei auditive localizate la nivelul urechii externe, medii sau interne, nerv auditiv.

a. Cauze la nivelul urechii externe: malformatii ale pavilionului urechii, absenta pavilionului, obstructionarea canalului conductor, ceara, excrescente osoase etc.

b. Cauze la nivelul urechii medii: inflamarea trompei lui Eustache mentine umiditate in ureche, deci mediu pentru infectie; otite, mastoidite, corpi straini; perforarea membranei timpanului, cleiul, leziuni sau malformatii ale oscioarelor (ciocan, nicovala, scarita), otoscleroza etc..

c. Cauze la nivelul urechii interne (senzoro-neurale): leziuni sau deformari ale labirintului membranos sau osos, ale canalelor semicirculare, ale utriculei sau saculei sau membranei tectoria. Cele mai mari obstacole in auditie sunt considerate, pe drept, leziunile organului Corti si ale membranei bazilare.

Cunoasterea cat mai exacta a locului si gradului leziunii contribuie la protezarea adecvata - individualizata - si la folosirea optima a reziduurilor auditive.

d. Desigur ca sunt si cazuri de leziuni ale traiectului nervos auditiv sau a zonei auditive din scoarta. In cazul in care leziunea se afla in creier, surditatea este mult mai grava si poarta denumirea de surditate corticala. Se pare ca unii surdologi au exagerat frecventa surditatii corticale (de ex. Bartzi considera existenta surditatii corticale in procent de peste 70%) in clasificarea cauzelor, gradelor si locului instalarii disfunctiei auditive.

Deficiențe vizuale.

Deficienta de vedere este o deficienta de tip senzorial si consta in diminuarea in grade diferite (pana la pierderea totala) a acuitatii vizuale. Handicap vizual inseamna, asadar, scaderea acuitatii vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vietii intrauterine pana la moarte.

Handicapul vizual apare, asadar, din cauza insuficientei functionari (sau chiar a eliminarii) a analizatorului vizual.

Ordinul nr. 762 din 31/08/2007 privind criteriile pe baza carora se stabileste gradul de handicap pentru adulti si se aplica masurile de protectie speciala a acestora

Ordinul nr. 707/538/2014 privind modificarea si completarea anexei la Ordinul ministrului muncii, familiei si egalitatii de sanse si al ministrului sanatatii publice nr. 762/1992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza carora se stabileste incadrarea in grad de handicap

LEGE nr. 448/2006 privind protectia si promovarea drepturilor persoanelor cu handicap¹⁾ - Republicare (actualizata 2017)

LEGE nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice (actualizata 2017)

Notiunea de "nevazator" din cuprinsul art. 47 alin. (2) din Legea nr. 19/2000 si art. 59 din Legea nr. 263/2010 va fi explicata prin sintagma "cecitate absoluta".

I. Evaluarea persoanelor cu afectarea functiilor vizuale in vederea incadrarii in grad de handicap*

1. In afectiunile cronice primar si secundar oculare, inflamatorii, heredodegenerative, degenerative, traumatice, tumorale, vasculare cu evolutie cronica-progresiva sub tratament specific sau cu sechele morfofunctionale; vicii de refractie (miopie forte; fortisima: 14-15D; hipermetropie medie +3D -+6D; forte >+6D), de acomodare, nistagmusul.

Nu se incadreaza in grad de handicap persoane cu vicii de refractie daca acuitatea vizuala cu corectie optica este buna si campul vizual in limite normale.

2. Nu se incadreaza in grad de handicap persoane cu afectiuni reversibile prin tratament medical sau chirurgical, ca de exemplu, cataracta neoperata, cu sanse de recuperare a vederii prin interventie chirurgicala. Evaluarea se va face numai dupa interventia chirurgicala, daca este cazul. Cazurile speciale, in care interventia pentru cataracta este inutila, de exemplu pacientii cu cataracta, dar fara simt luminos etc., vor fi certificate de minimum 2 oftalmologi.

3. Ochiul unic, chiar cu vedere normala, se poate incadra in grad de handicap accentuat, timp de 6 luni de la pierderea ochiului - vederii - congener. Ulterior incadrarea se realizeaza in raport cu deficienta vizuala, conform tabelului.

4. Acuitatea vizuala si campul vizual sunt singurele criterii de incadrare intr-un grad de handicap, din punct de vedere oftalmologic (pentru cresterea acuratetei sunt necesare doua referate de specialitate).

1. Gradul (gravitatea) defectului vizual, Clasificarea deficientilor vizual dupa acest criteriu constituie, in primul rand, clasificarea lor in functie de acuitatea vizuala, mai precis, in functie de proportia pastrata din acuitatea vizuala. Acuitatea vizuala constituie facultatea regiunii musculare a retinei de a percepe obiecte de dimensiuni mici. Limita inferioara la care un obiect poate fi perceput constituie minimum perceptibile. Capacitatea de separare a doua imagini izolate pe retina constituie minimum separabile. Determinarea acuitatii vizuale se face cu ajutorul optotipilor (tabele potometrice). Tabelele optometrice sunt formate din randuri de litere, cifre, semne sau imagini de marime descrescanda, verificate statistic. Langa fiecare rand este specificata distanta de la care dimensiunile respective pot fi percepute de un ochi emetrop (normal). Examinarea se face de la o distanta fixa de 5 metri, separat pentru fiecare ochi. Rezultatul (acuitatea vizuala) se calculeaza dupa formula $v = d / D$, la care numaratorul (d) este egal cu distanta examinarii (5 m.), iar numitorul (D) reprezinta distanta citirii randului respectiv de catre un ochi emetrop. Clasificarea deficientilor vizuali in functie de acuitatea vizuala este redata in tabelul urmator:

2. Clasificarea deficientilor vizuali dupa momentul producerii defectului

Momentul, deci varsta la care a aparut defectul vizual, constituie o problema pentru psihologia deficientului vizual, mai cu seama in ceea ce priveste bagajul de reprezentari vizuale de care dispune; se stie insa ca momentul survenirii defectului nu influenteaza numai sfera reprezentarilor, ci are

repercusiuni si asupra nivelului dezvoltarii motricitatii copilului orb, precum si asupra altor aspecte ale personalitatii deficientului vizual.

In functie de criteriul momentului instalarii defectului vizual, deosebim defecte congenitale, defecte survenite (in copilăria timpurie, la varsta antescolara, prescolara, scolara) si defecte tardive.

Orbii congenitali sunt complet lipsiti de reprezentari vizuale, iar la orbii cu defect vizual survenit - tinandu-se cont de timpul care a trecut de la aparitia defectului pana la varsta actuala - se pastreaza o serie de imagini vizuale care pot avea o influenta insemnata asupra particularitatilor psihologice individuale.

Orbii congenitali sunt complet lipsiti de reprezentari vizuale, atat studiile mai vechi, cat si cele mai recente, remarcand importanta tiflopsihologica a reprezentarilor vizuale recomanda mentinerea acestor imagini pe o perioada cat mai indelungata dupa instalarea defectului, precum si valorificarea lor in procesul de invatamant.

3. Clasificarea deficientilor vizual dupa etiologia, localizarea si dinamica efectului

In functie de criteriul etiologiei cecitatii si ambliopiei, deosebim atatea categorii de deficienti vizual cate cauze pot provoca defecte vizuale. Pentru tiflopedagog nu este lipsit de importanta sa studieze colectivul de elevi dupa acest criteriu, pentru a putea tine cont de particularitatile individuale ale elevilor, determinate de cauza defectului si pentru a colabora cu medicul oftalmolog, in vederea respectarii indicatiilor si contraindicationilor date in cazul fiecarui defect vizual. In aceasta ordine de idei intereseaza si dinamica defectului (daca este stationar, progresiv sau eventual regresiv, reversibil), precum si viteza evolutiei lui, pentru a lua cele mai adecvate masuri pedagogice.

Astfel, un copil cu o afectiune vizuala care progreseaza rapid catre pierderea totala a functiei optice va fi scolarizat intr-o scoala speciala de orbi, chiar daca dispune de o acuitate vizuala pe baza careia ar putea fi cuprins intr-o scoala de ambliopi.

Defectul vizual poate fi localizat in orice segment al analizatorului vizual (segmentul periferic, de transmisie, central) si - in functie de aceasta localizare - se deosebesc deficientii vizual cu defecte localizate in organul vizual, pe traiectul nervului optic sau in scoarta cerebrala - lob occipital.

4. Clasificarea deficientilor vizuali dupa complexitatea defectului

Dupa criteriul complexitatii defectului se studiaza fondul pe care apare defectul considerat, daca este singular sau se combina, asa cum se intampla frecvent, cu alte defecte extraoculare (de auz, motrice, mintale, ale limbajului). In cazul acesta se pun unele probleme specifice de selectie. Astfel, deficientul vizual care este si surd sau hipoacuzie, precum si deficientul vizual care prezinta si o debilitate mintala se scolarizeaza separat, in clase speciale, sau in scoli deosebite.

5. Clasificarea deficientilor vizuali in functie de conditiile de mediu si de educatie

În funcție de condițiile de mediu și de educație de care s-a bucurat deficientul vizual înainte și după instalarea defectului există o serie de categorii de orbi și de ambliopi de care trebuie să se țină seama în clasificarea deficientilor. Se știe, de exemplu, că deficientii vizuali sunt școlarizați deseori cu întârziere și se prezintă la școală cu un serios deficit de dezvoltare, după ce au fost ținuți ani de zile în șanul familiei, care n-a putut asigura condițiile adecvate copilului orb. Sunt cunoscute unele cazuri când acești copii sunt retardați sub aspectul dezvoltării limbajului, al motricității, al deprinderilor elementare etc. și oferă tabloul imbecilității. Lipsa stimulării senzoriale și carentele educative serioase au determinat o rămânere în urmă care poate fi recuperată numai printr-o muncă instructiv-educativă susținută.

Criteriile de clasificare care au fost enunțate mai sus nu trebuie privite separat unele de altele. În fiecare caz dat, factorii amintiți se îmbină într-un mod specific, fapt care duce la o eterogenitate pronunțată a colectivelor de elevi cu care ne întâlnim în cadrul instituțiilor speciale pentru deficientii vizuali.

Etiologia deficientelor de vedere

Cauzele cecității și ale ambliopiei nu pot fi studiate separat, aceleași afecțiuni oculare putând provoca leziuni și modificări de diferite grade ale analizatorului vizual.

Nu se poate vorbi în general despre cauzele deficientelor vizuale, în această privință existând diferențe destul de pronunțate de la o epocă la alta, de la o regiune geografică a lumii la alta. În plus se poate discuta despre cauzele cecității și ale ambliopiei și în funcție de perioada de vârstă în care se manifestă cu preponderență (cauze ale cecității congenitale dobândite în copilărie, tardiv sau numai la bătrânețe).

Caracterizarea somatică și psihologică a nevazatorului

1. Particularitățile generale ale deficientului de vedere

Rolul analizatorului vizual constă și în aceea că el furnizează cea mai mare cantitate de informații care, prelucrate și interpretate la nivelul instanțelor superioare, permit ca relația dintre organism și mediu să se realizeze în condiții optime.

Vederea la om reprezintă una dintre funcțiile cele mai complexe. Complexitatea și importanța analizatorului vizual la om este dată de faptul că în condițiile concrete ale existenței sale, în relațiile sociale și de muncă, văzul subordonează întreaga experiență senzorială a celorlalți analizatori și o integrează într-un sistem cu predominantă vizuală. Dezvoltându-se atât în tiflogeneză cât și în ontogeneză ca fiind cel mai complex analizator de distanță, se dezvoltă, totodată și calități reflectorii specifice văzului, care permit, în condițiile existenței vederii, integrarea și organizarea specifică a mesajelor informaționale de la ceilalți analizatori. Modalitatea analizatorului optic de a reflecta realitatea obiectivă în formă predominant simultană și globală, precum și o analiză globală și succesivă a obiectelor în mișcare și unele calități reflectorii specifice vizuale ca de exemplu lumina, culorile și spațiul tridimensional, fac ca acest analizator să ocupe locul central în procesul de integrare și organizare a întregii experiențe senzoriale a omului. În procesul integrării și sistematizării lor,

imaginile formate prin participarea celorlalti analizatori capata o nota comuna, dominanta, si anume nota de vizualitate. Cu toata diversitatea lor, imaginile formate prin ceilalti analizatori sunt parca absorbite, se includ in dominanta reprezentarilor vizuale, fapt care poate conferi analizatorului optic denumirea de analizator al reprezentarilor si, indeosebi, al reprezentarilor pariale. Caracterul dominant al analizatorului vizual in psihologia omului poate fi observat si prin aceea ca, la omul cu vedere, rememorarea unor fapte si impresii trecute are loc tocmai prin intermediul imaginilor vizuale si mai putin sau deloc prin imagini elaborate de ceilalti analizatori, mai ales daca ele nu sunt provocate.

Desigur, nu acelasi fenomen se petrece la orbul congenital, la care dominanta integrarii imaginilor este elaborata prin analizatorii existenti. Strecurandu-se in filogeneza dupa analizatorul tactil, vazul si-a adaugat noi calitati reflectorii care au permis omului sa cunoasca lumea obiectiva nu numai in modul nemijlocit, in contactul direct cu obiectul, dar desprinzandu-se de obiect, sa cunoasca spatiul indepartat in perspectiva, in varietatea luminozitatii si a culorilor.

Aceste calitati noi, proprii vederii (lumina, culoarea si perspectiva spatiului indepartat), fac ca ochiul (desi acesta reflecta doar sapte calitati ale lumii obiective, fata de noua calitati reflectate de tact) sa fie mai bine adaptat cerintelor vietii umane.

Cu toate acestea, prin natura sa psihologica, vederea este mijlocita de tact si de pipait, functii care reflecta calitatile obiectelor si ale fenomenelor nemijlocit, prin contactul direct cu ele. in literatura de specialitate se apreciaza ca 80-85% dintre informatiile prelucrate de creierul uman sunt furnizate de analizatorul vizual; totusi, lipsa vederii nu duce la o atat de mare diferenta in cunoastere intre un om vazator si un nevazator.

In activitatea psihica a nevazatorului, in ontogeneza, iau nastere si intra in actiune o serie de mecanisme neuropsihice care conduc la o activitate compensatorie ce redreseaza sensibil diferenta care i-ar putea departaja pe valizi de nevazatori. Aceasta activitate compensatorie nu este data, cum gresit se crede, de o activitate congenitala mult marita a analizatorilor restanti, ci de o antrenare a acestora pe parcursul vietii, de o explorare maxima si eficienta a informatiilor furnizate de ei. Omul valid, beneficiind de o cantitate mare de informatii vizuale, nu are nevoie si deci nu solicita ceilalti analizatori decat intr-o masura mai mica. Fara sa punem semnul egalitatii intre cunoasterea care beneficiaza de informatii vizuale si cea care nu beneficiaza de acestea, putem spune totusi ca nevazatorul care beneficiaza de o buna activitate compensatorie a simturilor restante poate ajunge la rezultate care nu sunt cu nimic mai prejos decat rezultatele oamenilor valizi.

2. Particularitati neurofiziologice ale deficientului de vedere

Astfel de urmasi mai direct legate, dar nu exclusiv, de natura si de gradul deficientei vizuale sunt cele care se produc pe plan neuro-fiziologic. Au loc unele schimbari importante ale proceselor bioelectrice cerebrale, encefalograma la orbi fiind deosebita de cea normala prin disparitia ritmului alfa, precum si prin scaderea marimii tuturor oscilatiilor electrice ale scoartei. Se constata o deplasare a focarului activitatii electrice maxime din regiunea occipitala (unde se afla centrul perceptiei vizuale) in regiunea

centrala a scoartei, unde se afla centrul perceptiei tactil-kinestezice. Encefalograma reflecta, asadar, compensatia intersistemica.

Modificarile dinamicii corticale la deficientii vizual, depistate prin cercetarile asupra formarii reflexelor conditionate, reflecta si ele tipul de activitate adaptativa prin care se compenseaza lipsa sau scaderea vederii.

In activitatea copilului, aceasta s-ar traduce prin ritmul mai lent de lucru si o comutare mai lenta de la un tip de actiune la altul, nou. La declansarea reflexelor de orientare s-a observat o inhibare a reactiilor motorii de orientare, exprimand prudenta sporita a deficientului vizual in fata situatiilor noi, teama de necunoscut inhiband miscarile, reducand mobilitatea. Tot in legatura cu adaptarea la situatii necunoscute, in cazurile de cecitate tardiva s-a observat o reactivitate vegetativa crescuta la semnale sonore (manifestata, printre altele, prin accelerarea respiratiei).

Dupa cum vedem, la nivelul activitatii nervoase superioare au loc modificari care reflecta nu numai infirmitatea ca atare, dar si modul in care deficientul vizual se adapteaza la situatia existenta.

Pentru anumite particularitati neurofiziologice intalnite la unii nevazatori (afectarea metabolismului glucidic si al lichidelor, frecventa relativ ridicata a starilor de surmenaj, tulburari ale somnului) s-au adus explicatii interesante prin descrierea functiei energetice a segmentelor aferente ale nervului optic si a rolului stimulator al energiei luminoase asupra unor procese neurovegetative prin intermediul sistemului diencefalic-hipofizar.

In conditiile cecitatii, absenta acestor functii energetico-stimulative si reglatorii a unor procese neurovegetative legate de energia luminoasa prin intermediul sistemului diencefalic-hipofizar, consideram ca poate fi relativ compensata prin intermediul educatiei muzicale a nevazatorilor.

Puterea dinamogena a muzicii a fost relevata de numerosi cercetatori. R. Hussen arata ca, la nivel bulbar, influxurile auditive ale nervului VIII pot avea o actiune facilitatoare sau stimulatorie asupra unor raspunsuri motrice.

In cautarea acestor fenomene, cercetatorii au facut investigatii radiologice ale centrului osos al hipofizei, asa numita sa turceasca. S-a constatat ca, la orbii cu deficienta instalata timpuriu, sau a turceasca are, in medie, dimensiuni mai mici decat in cazurile de orbire tardiva. Aceasta modificare a fost interpretata in sensul ca "lipsa impulsurilor de lumina din copilăria timpurie a dus la disfunctii hipofizare".

3. Particularitati fizice si psihice ale deficientilor vizuali

Eficienta vizuala se repercuteaza nu numai asupra vietii psihice si asupra relatiilor sociale ale deficientului, ci poate influenta, totodata, si unele aspecte morfo-functionale ale organismului.

Defectele vizuale, considerate ca defecte primare, pot deveni la randul lor cauze pentru o serie de alte defecte, denumite secundare, care se instaleaza la nivelul unui organ, sistem sau aparat, fiind modificari de natura extraoptica.

In continuare prezentam particularitatile fizice ale mimicii, tinutei corpului, motricitatii deficientilor vizual. Ca urmare directa a cecitatii se apreciaza schimbarea expresiei fetei, care se datoreaza lipsei functiei expresive a ochilor.

In momentul scolarizarii, copiii orbi se prezinta deseori cu o dezvoltare fizica intarziata, W. Dabe vorbind despre o ramanere in urma in medie de 2 ani. "Din cauza sedentarismului la copiii orbi se remarca o dezvoltare dizarmonioasa ca urmare a dezechilibrului de forte intre grupele musculare mai mult in repaus ". Lipsa controlului vizual asupra tinutei corpului poate duce la atitudini deficiente si la defecte fizice ale intregului corp sau ale unor segmente corporale.

Dupa cum aratau A. Ionescu si D. Motet, atitudinile deficiente globale mai frecvente sunt: atitudini globale rigide, atitudini cifotice si musculatura insuficient dezvoltata.

Dintre deficientele partiale se intalnesc la orbi urmatoarele:

capul si gatul aplecate inainte sau inclinate lateral;

umerii cazuti si adusi sau ridicati;

torace ingust;

membrele superioare si inferioare subtiri cu reliefari musculare slab dezvoltate;

spate plan, cifotic sau rotund;

coloana vertebrala poate prezenta deviatii: scolioze, lordoze, cifoze;

miscarile sunt retinute, sovaitoare, fiind limitate la strictul necesar;

miscarile comandate nu au o directie precisa de executie si se remarca o lipsa evidenta de simetrie a segmentelor intr-o miscare comuna, ca urmare a unor dificultati de coordonare a miscarilor;

mersul este rigid, nesigur, ezitant, trunchiul ramane aproape nemiscat, iar capul indreptat inainte, picioarele se ridica exagerat, iar talpa este asezata cu grija ("mers de barza"), bratele nu se misca simetric in mers, ci atarna in jos.

Datorita activitatii motrice reduse si deficientelor in dezvoltarea somatica, apar si tulburari la nivelul sistemelor circulator si respirator. Respiratia este superficiala, lipsita de amplitudine.

Seminar 7 – 8

ansr.org.ro

ANSR
Asociația Națională a Surzilor din România

Despre noi Activități Voluntariat Legislație Arhiva video Arhiva foto Vocea Tăcerii Baza de date Legături utile Contact Anunțuri

A.N.S.R. obține finanțarea la concursul „Lumea prin Culoare și Sunet”

Publicat în iunie 12, 2017 de infodrivefeed



Fundația Orange reprezintă o organizație care se implică în soluționarea problemelor comunității prin realizarea unor proiecte filantropice menite să aducă schimbări pozitive în viața persoanelor dezavantajate. Alături de instituții și organizații non-guvernamentale specializate, Fundația Orange dezvoltă proiecte de educație, cultură, sănătate și integrare socială în sprijinul acestor persoane.

În cazul Asociației Naționale a Surzilor din România, putem spune că anul 2017 a început cu vestii bune: două dintre Filialele noastre (Filiala București și Filiala Buzău) au câștigat

Caută în site

Română Engleză

Filiale



Revista Vocea Tăcerii
VOCEA TĂCERII

Parteneri

ANR Filiala Cluj - Asociația

www.anrcluj.ro

ANR - filiala Cluj

Sprijină Asociația Nevăzătorilor din România, Filiala Județeană Cluj!

Peste 2000 de locuitori ai județului Cluj sunt nevăzători. Dintre aceștia, doar 85 au un loc de muncă. Asociația Nevăzătorilor din România Filiala Cluj vine în sprijinul lor prin activități culturale, sportive și de timp liber, facilitându-le în același timp integrarea în societate.

Fiiți alături de ANR Cluj în realizarea acestor proiecte!

Cum puteți ajuta?



Pagina Principală

Search ...

Meniu principal

Bun venit la Asociația Nevăzătorilor din România, Filiala Județeană Cluj!

ANR este o organizație neguvernamentală, apolitică, este personalitate juridică de drept privat,

Curs 9 – 10.

Evaluare și intervenție specifică pentru persoane cu dizabilitate.

Afecțiuni neurologice și locomotorii

Dizabilități psihice

Seminar 9 – 10.

Afecțiuni neurologice și locomotorii. . Servicii sociale, drepturi și limite.

Dizabilități psihice. . Servicii sociale, drepturi și limite.

Curs 11 – 12

Principii de incluziune socială pentru persoane, grupuri vulnerabile

Susținerea și intervenția în familiile care au în îngrijire o persoană cu dizabilități, miror, adult sau vârstnic



The screenshot shows a web browser window with the URL centrulsfmaria.ro/apahnp/. The website has a red header with the APAHNP logo on the left and navigation links (Home, Despre noi, Magazin, Terapie, Contact) on the right. The main content area is titled "Cele mai importante realizari ale APAHNP:" and lists several achievements and services provided by the organization.

Cele mai importante realizari ale APAHNP:

- **1991** obtinerea de la Ministerul Invatamantului a infiintarii a doua clase pentru tinerii cu dizabilitati intelectuale in cadrul Liceului SAMUS;
- **Centrul de Zi "Sf. Maria"** s-a deschis în anul 1995, într-un imobil repartizat Asociatiei de către Consiliul Local, defaectat in vederea demolarii, într-o stare de degradare greu de imaginat si in a carui renovare Asociatia a investit 618.000 Euro prin diferite proiecte, donații si sponsorizari. In 2006 cladirea a fost retrocedata, Centrul urmand a fi evacuat. In 2009 Primăria Municipiului Cluj-Napoca a concesionat Asociatiei, contra cost, un teren de 1000 mp în cartierul Manăstur. In 2011, cu buget zero, am demarat lucrarile de constructie, in decembrie 2015 a fost finalizata cladirea in suprafata construita de 758 mp, iar in martie 2016 a fost data in folosinta , Asociatia aducand astfel un plus de valoare comunitatii clujene prin aceasta noua constructie in valoare de 2.592.000 lei. In prezent Centrul ofera servicii complexe social-comunitare, 8 ore/zi pentru 22 de adulti cu varste cuprinse intre 21-43 ani si pentru familiile acestora.
- Caracteristici socio – economice ale grupului țintă:** În ciuda măsurilor de incluziune socială, persoanele cu dizabilități reprezintă un grup vulnerabil. Lipsa capacității serviciilor sociale generale de a se adapta nevoilor speciale, lipsa oportunităților de muncă care le face să devină dependente de strategii pasive de suport are ca efect creșterea rapidă a riscului de sărăcie a acestei categorii de persoane în dificultate. Persoanele cu dizabilități mai sărace sunt și mai dezavantajate ducând la creșterea exponențială a riscului de excluziune socială
- Servicii oferite in cadrul proiectului:** proces recuperatoriu diferentiat pe grad de dizabilitate, terapii corectiv-compensatorii (art-terapie, terapie prin muzica, terapie prin teatru), formarea deprinderilor de viata independenta, formarea deprinderilor de munca in atelierele lucrativale ale Centrului (icoane pe lemn, tamplarie, art-terapie, gradinarit), acces la legislatie, consiliere parentala, consiliere juridica)
- Devenind un exemplu de buna practica prin calitatea si varietatea serviciilor oferite, Centrul de Zi , a reusit sa le redea celor 22 de beneficiari ai sai demnitatea pierduta, a reusit sa transforme mila si compasiunea in convingerea ca si persoana cu dizabilitati poate deveni un membru util si creativ al societatii.
- **2005 proiect de lege** " Curriculum social pentru persoanele cu dizabilități," înregistrat la Parlament (Camera Deputaților) cu nr. înreg. BP769/21.11.2005.
- **Ateliere cu Suflet**- din 1997-prezent – 4 ateliere de ergoterapie: Traforaj si icoane pe lemn, Croitorie, Tesatorie si tapiserie si Atelierul de Imprimerie si Personalizari Obiecte.
- **Expoziție Permanentă cu Vânzare „Și noi avem o șansă”** – din 2001-prezent informează publicul larg, că și aceste persoane, cu câteva puncte de sprijin pot deveni membri utili ai societății, prin valorificarea produselor realizate in cele 4 ateliere de ergoterapie. In cadrul expozitiei functioneaza atelierul de personalizari obiecte : sorturi/sortulete, cani simple, cani termosensibile, puzzle-uri, tricouri, sacose, brelocuri, sepci, mousse pad-uri etc.
- **Unitatea Protejată « Maria »**– 2010-2015 in care au fost angajate 10 persoane cu dizabilitati intelectuale dintre care 3 cu Sindromul Down.
- **Targul de Toamna** – din 1996 devine manifestarea traditionala si emblema Centrului.
- **Trupa de Teatru "Maria"** – **2007- prezent**- in fiecare an ofera un spectacol nou in cadrul evenimentului "Tarcul de Toamna", spectacol la care participa

Echipa FIV | FIV
www.fiv.ro/acasa/echipa-fiv/

ACASA
SERVICII
DONEAZA
PARTENERI
GALERIE FOTO
EVENIMENTE
CONTACTE

Echipa FIV

Președinte FIV: Dr. DAN OCTAVIAN BACIU

1. Servicii de Îngrijiri Medicale și Îngrijiri Palliative la Domiciliu:



Ana Tudoran – Director de Îngrijiri – asistentă medicală principală;
Ana Tudoran – a absolvit Școala de Specializare Postliceală Sanitară Cluj în 1973 – specialitatea medicină generală. În primii ani de activitate profesională și-a dedicat eforturile în îngrijirea pacienților lucrând în secții de terapie intensivă și chirurgie, apoi în asistența medicală primară. În 1997 a absolvit Trainingul pentru Specializarea Superioară a Asistenților Medicali în Îngrijiri Comunitare, organizat sub patronajul Ministerului Sănătății din România și a Centrului Universitar Medical Baylor, USA.
Începând cu toamna anului 1997, pe lângă rolul de membru fondator al Fundației, a fost și trainer la seminariile organizate pentru medici, asistente medicale, asistenți sociali și voluntarii din primul stadiu al formării serviciului de Îngrijire la domiciliu. Din anul 1999 devine director de Îngrijiri al FIV coordonând proiectele Fundației, astfel: Serviciile de Îngrijire Medicală și Palliativă la Domiciliu, Centrul de Recuperare Fizică Medicală, Centrul de Zi pentru Vârstnici, Centrul de Reminiscențe, „Munca pe care o desfășor este tot ce mi-am dorit în viața mea profesională: este legată de acordarea de servicii de bună calitate, training-uri profesionale orientate spre asigurarea creșterii performanței profesionale, cu scopul de a satisface nevoile beneficiarilor. Consider că serviciile alternative de îngrijiri comunitare joacă un rol deosebit de important în Sistemul de Sănătate din România”.

English WebSite

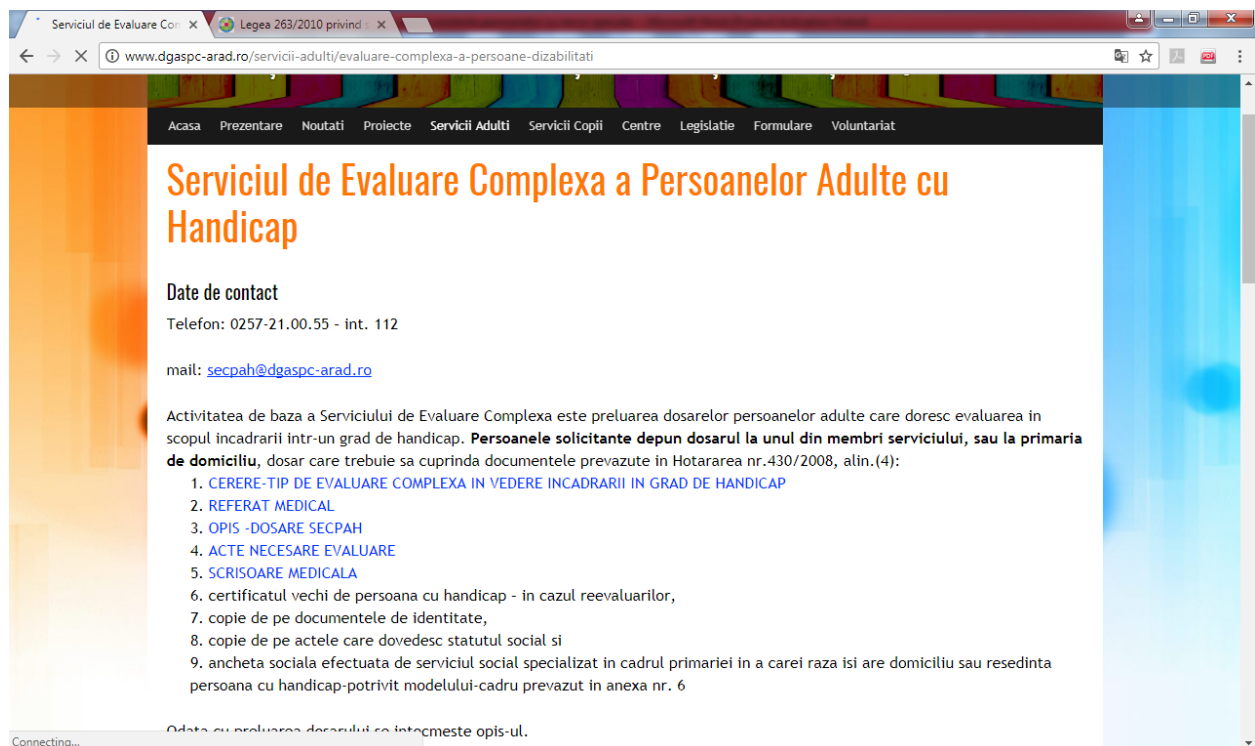

Misiunea FIV
Creșterea calității vieții vârstnicilor prin promovarea unor modele de servicii alternative și eficiente, sociale și medicale, în comunitate – centre de zi, centre de îngrijire și asistență, cămine temporare, servicii de îngrijire socio-medicală la domiciliu, centre de recuperare-reabilitare


Parteneri

Curs 13 – 14

Instituții publice implicate și responsabile în ceea ce privește protecția persoanelor cu dizabilități

Organizații ne guvernamentale implicate și responsabile în ceea ce privește protecția persoanelor cu dizabilități



Serviciul de Evaluare Complexa a Persoanelor Adulte cu Handicap

Date de contact
Telefon: 0257-21.00.55 - int. 112
mail: secpah@dgascp-arad.ro

Activitatea de baza a Serviciului de Evaluare Complexa este preluarea dosarelor persoanelor adulte care doresc evaluarea in scopul incadrarii intr-un grad de handicap. **Persoanele solicitante depun dosarul la unul din membri serviciului, sau la primaria de domiciliu**, dosar care trebuie sa cuprinda documentele prevazute in Hotararea nr.430/2008, alin.(4):

1. CERERE-TIP DE EVALUARE COMPLEXA IN VEDERE INCADRARII IN GRAD DE HANDICAP
2. REFERAT MEDICAL
3. OPIS -DOSARE SECPAH
4. ACTE NECESARE EVALUARE
5. SCRISOARE MEDICALA
6. certificatul vechi de persoana cu handicap - in cazul reevaluarilor,
7. copie de pe documentele de identitate,
8. copie de pe actele care dovedesc statutul social si
9. ancheta sociala efectuata de serviciul social specializat in cadrul primariei in a carei raza isi are domiciliu sau resedinta persoana cu handicap-potrivit modelului-cadru prevazut in anexa nr. 6

Odata cu preluarea dosarului se intocmeste opis-ul.

ULTIMELE ȘTIRI » și de asistent administrativ » <http://dasmclujnapoca.ro/wp-content/uploads/2017/11/afis-Ziua-Internationala-a-Persoanelor-cu-Dizabilitati-1.pdf> » Grupul de Acțiune

nume / Servicii / Serviciul asistentă persoanelor cu dizabilități

Serviciul asistentă persoanelor cu dizabilități

Despre servicii/beneficiari Formulare și acte... Contact...

Serviciul Asistență Persoanelor cu Nevoi Speciale asigură aplicarea prevederilor legislației în vigoare în ceea ce privește protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu nevoi speciale – persoanele vârstnice dependente, persoanelor cu handicap, precum și a oricăror persoane aflate în situație de risc social.

În vederea îndeplinirii sarcinilor, va colabora cu celelalte compartimente ce oferă servicii de asistență socială din cadrul Direcției de Asistență Socială și Medicală, cu serviciile de specialitate din cadrul Primăriei municipiului Cluj-Napoca precum și cu instituțiile de stat, organizații neguvernamentale, voluntari, în interesul persoanelor cu nevoi speciale care fac obiectul protecției acestui serviciu.

0800 460 001-Telefonul Vârstnicului

NEWSLETTER

Email

ABONARE

Articole recente

> ANUNȚ MUTARE

> Rezultatul interviului susținut în data de 2

Trimiteți-ne un mesaj! jvocat

Despre INEMRCM | INEMRCM

Legia 263/2010 privind

www.inemrcm.ro

INSTITUTUL NAȚIONAL DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ ȘI RECUPERARE A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

DESPRE INEMRCM ORGANIZARE LEGISLAȚIE INFORMAȚII UTILE CERCETARE / INVATAMANT RECUPERARE TRANSPARENȚA

Despre INEMRCM

INEMRCM este instituție publică cu personalitate juridică și autonomie științifică, aflată în subordinea Casei Naționale de Pensii Publice.

Sediul INEMRCM este în municipiul București, Șos. Panduri nr. 22, sector 5

ATRIBUȚII INEMRCM

Organizarea și funcționarea Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă este reglementată de H.G. nr. 1229/2005, modificată și completată prin H.G. nr. 589/2008 și HG nr. 1057/2010.

I.N.E.M.R.C.M. realizează, în principal, următoarele atribuții:

- acordă asistență tehnică de specialitate pentru serviciile din rețeaua de expertiză medicală a capacității de muncă, prin internare în secțiile clinice;
- inițiază și desfășoară activități de îndrumare și control la nivelul serviciilor teritoriale de expertiză medicală a capacității de muncă, în scopul aplicării unitare a dispozițiilor legale privind activitatea de expertiză medicală a capacității de muncă;
- emite avizul obligatoriu, potrivit legii, necesar soluționării contestațiilor cu privire la deciziile de încadrare sau neîncadrare într-un grad de invaliditate, la solicitarea caselor teritoriale de pensii;
- efectuează revizuirea medicală a pensionarilor de invaliditate internați în secțiile clinice ale INEMRCM și expertizăți prin comisiile de avizare și control, respectiv prin Comisia Superioară de Expertiză Medicală a Capacității de Muncă;
- efectuează servicii medicale pentru recuperarea capacității de muncă;
- asigură, prin personal propriu sau terți, dispozitive medicale și servicii medicale în vederea recuperării capacității de muncă pentru asigurați care au suferit accidente de muncă sau boli profesionale și care fac obiectul prevederilor Legii nr. 346/2002 privind asigurarea pentru pensii de invaliditate a persoanelor cu dizabilități și persoanelor în vârstă.




Asociația Autism Transilvania x Legea 263/2010 privind x

Secure | <https://www.eumanitar.ro/ong/asociația-autism-transilvania>

reteaa@eumanitar.ro Home Echipa Parteneri Contact

 **eumanitar**
Alternative Umanitare

Avem nevoie unii de alții

REȚEA ONG EVENIMENTE EDITORIAL BIBLIOTECĂ LEGISLAȚIE LOCURI DE MUNCĂ FORMARE FINANCIAR

Cluj-Napoca / Asociația Autism Transilvania

ASOCIAȚIA AUTISM TRANSILVANIA

Contact

str. Prof. Dr. Ghe. Marinescu, nr. 86, Cluj-Napoca,
Cluj, Cluj-Napoca, Cluj, 400337

office@autismtransilvania.ro

0264/333 175

0748/211 776

0264/333 175

<http://www.autismtransilvania.ro/>



**AUTISM
TRANSILVANIA**

Caută în rețea

Domenii

- Voluntariat
- Spirituale
- Socio-medical
- Sanatate publică
- Sanatate mentală
- Resurse sociale
- Protecția copilului
- Persoane cu dizabilitati
- Învățământ special
- Îngrijire la domiciliu

Descriere

Asociația AUTISM TRANSILVANIA este o organizație nonguvernamentală, înființată în august 2006, la

Grădinița Specială Malteză x Legea 263/2010 privind x

Secure | <https://www.maltez.ro/programe/gradinita-speciala-malteza-centru-de-zi-pentru-copii-cu-dizabilitati/>

 **Maltez** Despre Noi Programe Ajută și Donează Contact

Prima Pagină / Programe / Programe pentru copii / Grădinița Specială Malteză – Centru de zi pentru copii cu dizabilități

Grădinița Specială Malteză – Centru de zi pentru copii cu dizabilități

A fost înființată la Cluj-Napoca în 1993 ca răspuns la nevoia de dezvoltare a unor servicii pentru copiii cu dizabilități severe (neurologice, motorii grave, autism) pentru a le crește șansele de recuperare și integrare în comunitate și pentru a putea preveni marginalizarea și abandonul. Majoritatea copiilor provin din familii cu probleme sociale și centre de servicii sociale destinate protecției copilului. Activitățile au ca scop dezvoltarea deprinderilor copiilor de a trăi independent, pentru ca mai apoi să poată fi posibilă integrarea acestora în învățământul special sau chiar de masă. Părinții sunt incluși și ei în program, beneficiind de consiliere din partea



Seminar 13 – 14

Instituții publice implicate și responsabile în ceea ce privește protecția persoanelor cu dizabilități. Exemple.

Organizații neguvernamentale implicate și responsabile în ceea ce privește protecția persoanelor cu dizabilități. Exemple.

Discuții și categorii de clienți

BIBLIOGRAFIE

- Albu, A et all (2001) *Asistența în familie a persoanei cu deficiență funcțională*, Iași, Polirom
- Athanasie A., (1998) *Tratat de psihologie medicală*, București, Editura Oscar Print
- Ciornei Carmen, Reintegrarea în activitate a unei persoane cu deficiență vizuală gravă – studiu de caz din perspectivă ecologică, lucrare publicată în colecția România socială, drumul schimbărilor și al integrării europene. Conferința anuală a Asociației Române de promovare a Asistenței Sociale, 2004.
- Ciornei Carmen, Autoservirea, o perspectivă medico-socială, în colecția România Socială, drumul schimbării și al integrării europene, vol I.Coord Petru Iluț, Laura Nistor, Traian Rotariu, 2005.
- Ciornei Carmen, Neamțu Nicoleta, Unde sunt resursele unei tinere care și-a pierdut capacitatea de muncă? În sine și în propria familie , în Neamțu Nicoleta (coordonator), *Procese de asistență socială centrate pe individ, familie și grup. Studii de caz*, Editura ACCENT, Cluj-Napoca, 2012 pag. 116 – 129
- Ciornei Carmen, Un învingător. S-a învins pe sine, în Neamțu Nicoleta (coordonator), *Procese de asistență socială centrate pe individ, familie și grup. Studii de caz*, Editura ACCENT, Cluj-Napoca, 2012, pag 143 - 153
- Dumitrașcu, H., coord, (2012) *Consilierea în asistență socială*, Iași, Polirom.
- Jeican R., (1999) *Psihiatrie pentru medicii de familie*, Cluj napoca, editura Dacia
- Krogsurd K., (2006), *Practica asistenței sociale*, Iași, Polirom.
- Gherguț, A., (2006) *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe educative speciale*, Iași, Polirom
- Neamțu Nicoleta și Ciornei Carmen (1998) „Consecințe ale inegalității sociale în cazul persoanelor cu dizabilități” în *Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă*, vol 4 – Serie nouă, Nr 2 – 1998, pp 59 – 62, București, Asociația Medicală Română și Societatea Română de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă
- Neamțu Nicoleta și Ciornei Carmen (2001), *Practica asistenței sociale: competențe specifice*, Cluj Napoca, Editura Pro Vita
- Rădulescu, S.M. (2002) *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Editura Nemira
- Rășcanu, R., (1997) *Psihologie medicală și asistență socială*, București, Societatea Știință și tehnică
- Rebeleanu-Bereczki, A., *Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale din România*, Cluj Napoca, Presa universitară clujeană.
- Sandu, A., (2013) *Asistență socială aplicată, tehnici de cercetare și modele de intervenție*, Iași, Lumen.
- Sandu, A., (2010) *Tehnici de asistență socială*, Iași, Lumen.
- Neamțu G., coord. (2003) *Tratat de asistență socială*, Iași: Polirom.
- Neamțu G., coord. (2016) *Enciclopedia asistenței sociale*, Iași: Polirom
- DECIZIA 2010/48/CE din 26 noiembrie 2009 privind încheierea de către Comunitatea Europeană a Convenției Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu handicap, publicat în Jurnalul Oficial cu numărul 23L din data de 27 ianuarie 2010
- LEGEA nr. 8 din 18 ianuarie 2016 privind înființarea mecanismelor prevăzute de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, publicat în Monitorul Oficial cu numărul 48 din data de 21 ianuarie 2016
- ORDIN nr. 1985 din 4 octombrie 2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în

vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale, Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 1019 din data de 19 decembrie 2016

- Criterii medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap din 19 noiembrie 2007, publicat în Monitorul Oficial cu numărul 885 bis din data de 27 decembrie 2007
- ORDIN nr. 131 din 30 ianuarie 2015 pentru modificarea și completarea anexei la Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, publicat în Monitorul Oficial cu numărul 91 din data de 3 februarie 2015
- ORDIN nr. 707 din 13 mai 2014 privind modificarea și completarea anexei la Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, publicat în Monitorul Oficial cu numărul 354 din data de 14 mai 2014
- CONVENȚIA din 13 decembrie 2006 privind drepturile persoanelor cu handicap, publicată în Jurnalul Oficial cu numărul 23L din data de 27 ianuarie 2010
- CONVENȚIA din 26 septembrie 2007 privind drepturile persoanelor cu dizabilități, publicat în Monitorul Oficial cu numărul 792 din data de 26 noiembrie 2010
- LEGEA nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice, publicată în Monitorul Oficial cu numărul 852 din data de 20 decembrie 2010 cu modificările și completările ulterioare.
- LEGEA nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății - republicată*) în Monitorul Oficial cu numărul 652 din data de 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare
- LEGEA nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap – republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.006 din 18 decembrie 2006, modificată prin Legea nr. 241/2007 pentru abrogarea unor reglementări prin care sunt acordate scutiri sau exonerări de la plata taxelor vamale ale unor bunuri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 496 din 24 iulie 2007.
- HOTĂRÂRE nr. 889 din 29 noiembrie 2016 privind aprobarea Strategiei naționale pentru sănătatea mintală a copilului și adolescentului 2016-2020, publicată în Monitorul Oficial cu numărul 997 din data de 12 decembrie 2016
- LEGEA nr. 151 din 12 iulie 2010 privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate, publicată în Monitorul Oficial cu numărul 483 din data de 14 iulie 2010
- LEGEA nr. 487 din 11 iulie 2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice *) – Republicată în Monitorul Oficial cu numărul 652 din data de 13 septembrie 2012