

**ANEXA NR. 1**  
**la H.C.L.S. 6 Nr. 129 / 25.05.2017**

**Proiect de funcționare a „Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie”-Unitate sanitară cu personalitate juridică aflată în subordinea Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6**

## 1. Titlu

### **„Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie”**

- Unitate sanitară cu personalitate juridică aflată în subordinea Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6
- Adresa: Bd. Uverturii nr. 81, sector 6, Bucuresti

## 2. Obiectiv

Dezvoltarea serviciilor medico-sociale pentru cetățenii provenind din categoriile sociale vulnerabile din sectorul 6

## 3. Scop

Înființarea unui centru de sanatate multifuncțional cu capacitate de diagnostic și tratament în sistem ambulatoriu pentru aproximativ 500 persoane lunar, asigurată de departamentele de specialitate pentru cetățenii sectorului 6 care sunt într-o situație socială de vulnerabilitate și au nevoie de intervenție medicală de specialitate, inclusiv persoane neasigurate.

## 4. Obiectivele specifice

- a) Dezvoltarea serviciilor medicale complexe specializate în favoarea includerii sociale a adulților cu o situație socială dificilă, cu sau fără handicap sau cu probleme psiho-sociale care nu permit accesul la serviciile publice sau private de asistență medicală și a reducerii marginalizării sociale a acestora, prin crearea unui centru de sanatate multifuncțional cu capacitate de diagnostic și tratament în sistem ambulatoriu pentru aproximativ 500 persoane lunar, dotat cu 20 de cabinete de specialitate (medicină generală, medicină de familie, medicina muncii, ortopedie, urologie, cardiologie, recuperare medicală, endocrinologie, gastroenterologie, pediatrie, reumatologie, ginecologie, ORL, oftalmologie etc.)
- b) Dezvoltarea unei structuri comunitare de servicii de îngrijire medicală pentru persoanele vulnerabile din sectorul 6 bazat pe un model de bună practică acceptat la nivel european ;
- c) Furnizarea de servicii medicale corespunzătoare nevoilor evaluate ale persoanelor marginalizate sau vulnerabile, cu sau fără handicap, pentru recuperarea lor funcțională ;
- d) Participarea activă a persoanelor adulte la demersurile specifice din cadrul **Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie**, privind valorificarea potențialului lor recuperator și facilitarea accesului la serviciile sociale colaterale adecvate nevoilor identificate;
- e) Creșterea capacității instituționale și administrative a sectorului 6 pentru oferirea de servicii medicale de specialitate specifice domeniului diagnostic și terapeutic, pe diferite arii de specialitate, destinate persoanelor adulte marginalizate social.

## 5. Rezumat

SCOPUL este înființarea unui centru de sanatate multifuncțional performant de recuperare medicală a persoanelor adulte marginalizate din sectorul 6, care se află în imposibilitate socială și financiară de a suporta cheltuielile unui serviciu medical complex, în imposibilitate de a avea accesul la serviciile publice și private de asistență medicală din cauza incapacității sociale și funcționale, a marginalizării cauzate de patologii asociate, a lipsei de venituri sau a veniturilor insuficiente pentru a accesa aceste servicii. Acest centru de sănătate multifuncțional va fi capabil să ofere servicii integrate medicale, adecvate nevoilor specifice ale pacienților, în conformitate cu standardele europene și standardele instituțiilor medicale, la nivelul legislației comunitare și naționale în domeniul sănătății și a recuperării medicale. Fiecare beneficiar care va accesa serviciile medicale menționate, va fi abordat în mod individualizat, în concordanță cu tipul de patologie medicală.

Acest centru de sănătate multifuncțional va avea cabinete medicale, de medicină generală și de specialitate, în sistem ambulatoriu, un laborator de analize medicale și o componentă de recuperare medicală și va oferi **persoanelor adulte marginalizate social** servicii medicale de calitate în scopul valorificării potențialului recuperativ al beneficiarilor și al integrării/reintegrării lor socio-profesionale. Centrul de sănătate va fi accesibil tuturor beneficiarilor, familiilor, cetățenilor din sectorul 6 care nu au venituri, care au venituri la nivelul salariului minim garantat sau care au venituri care le permit accesarea unui eșantion minim de servicii medicale, care însă nu se adresează unei patologii care solicită o abordare de specialitate în cadru ambulator sau de tratament fara cazare. Centrul de sănătate va fi înființat în cadrul clădirii din strada Uverturii nr. 81, care în momentul de față necesită anumite intervenții specifice transformării în instituție sanitară, precum și achiziționarea unor dotări de specialitate, pe langă cele existente.

Centrul de sănătate susține asistența medicală a copiilor și **adulților marginalizați social, persoane cu situație socială dificilă, cu venituri mici sau fără venituri, neinstituționalizate, copii, bătrâni, șomeri, adulți fără venituri, cu venituri mici la nivelul venitului minim garantat, cu o situație familială dificilă și având o situație medicală care necesită o intervenție recuperatorie de specialitate.** Accesul la servicii medicale a acestor persoane este limitat. Centrul de sanatate vine în întâmpinarea nevoilor unei categorii profund afectate de schimbările legislative, de mentalitatea oamenilor, de lipsa cunoștințelor din domeniu, de ignoranță, de alte urgențe și priorități impuse, de lipsa mijloacelor de intervenție recuperatorie adecvată în perioada de recuperare, de situația economică care a afectat o parte importantă a populației prin creșterea șomajului, scăderea puterii de cumpărare, degradarea biofuncțională a persoanelor, întârzierea actului medical ceea ce agravează patologia (se știe că pacienții ajung în mediul spitalicesc adesea în stadii avansate ale bolilor și asta indiferent de vârstă, de la vârste tinere până la persoane de vârsta a III- a).

Mai mult, la nivelul Municipiului București, accesul la servicii medicale este îngreunat întrucât unitățile sanitare sunt supraaglomerate, iar persoanele blonave din întreaga zonă de sud a țării frecventează sau sunt referite spre unitățile medicale din capitală. Situația este cu atat mai

dificilă pentru cetățenii sectorului 6, pe raza căruia nu exista nicio unitate sanitară integrată (există doar policlinici de cartier și unități private), accesul categoriilor defavorizate social, fiind considerabil redus, iar pentru unele categorii sociale vulnerabile, chiar lipsind cu desăvârșire.

#### **Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie:**

- facilitează accesul copiilor, persoanelor adulte marginalizate la servicii medicale de specialitate, furnizate de DGASPC sector 6, servicii medicale, de terapie conform standardelor de calitate și a modelelor de bune practici în domeniu, recuperare medico-psiho-socială;
- vine să răspundă intereselor specifice ale persoanelor adulte marginalizate din sectorul 6;
- se bazează pe permanenta evaluare a beneficiarilor;
- dorește modernizarea sistemelor de evaluare și recuperare adaptate la cerințele legislației în vigoare;
- promovează principiul șanselor egale, respectului față de oameni și al confidențialității.

#### **Beneficiarii:**

- Beneficiarii vor fi 500 de persoane/ lunar din categoria grupurilor vulnerabile sociale, aflate în nevoie socio-medicală;
- Situație socială : venituri mici, somaj, situație medicală și socială de vulnerabilitate, etc (criterii detaliate în capitolul specific).

## **6. Justificare**

Descriere situație actuală și nevoia căreia i se adresează Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie:

#### ***Date demografice și analize sociale:***

Academia Română a lansat un proiect de țară pentru următorii 20 de ani. *Institutului de Cercetare a Calității Vieții (ICCV)* i-a revenit misiunea de a elabora capitolul dedicat calității vieții, sub toate aspectele ei. (sursa: [romaniasociala.ro](http://romaniasociala.ro)) Studiul a fost realizat de: Cătălin Zamfir (coordonator), Sorin Căce, Elena Zamfir, Alexandra Deliu, Elena Tudor și Ionuț Marian Anghel.

Calitatea vieții înseamnă cât de bună sau rea este viața pe care o trăiește un om, atât în ansamblul ei, cât și pe componente particulare: starea de sănătate, familia, profesia și locul de muncă, resursele financiare disponibile, bunurile pe care le posedă, timpul liber, mediul social, prietenii și colegii, societatea în care trăiește. Calitatea vieții reprezintă gradul în care viața îi produce satisfacție.

Starea socială a unei comunități este în ultimă instanță exprimată sintetic în conceptul de **calitate a vieții**.

Economia este o sursă a unei vieți de calitate, dar nu asigură automat un nivel ridicat al bunăstării umane. Comunitatea poate să nu mai fie doar un simplu spectator ale economiei, ci un actor al propriei sale vieți, utilizând resursele de care dispune și disciplinând toate sectoarele activității umane.

Este general acceptat că economia este sursa principală a calității vieții. Ea oferă sursele financiare ale standardului de viață al colectivității: direct (venituri: salarii, profit) și indirect, prin intermediul statului social: servicii fundamentale (educație, sănătate, securitate personală), beneficii sociale (alocații pentru copii, ajutoare pentru cei care nu au venituri), asigurarea veniturilor după terminarea vieții economic active, sistemul public de pensii. Economia oferă și condiții de viață: o parte a modului de viață al membrilor colectivității, 8 ore pe zi petrecute în muncă.

Economia afectează și în alte puncte mediul de viață al populației: cadrul constituit al vieții sau impactul asupra mediului natural, curat sau poluat.

Economia românească a fost restructurată și a început să-și revină modest abia din 2001; a atins nivelul din 1990 de abia în 2006, a continuat o creștere economică, stopată de criza din 2009–2011, urmată de o nouă creștere. În 27 de ani, economia românească nu a reușit să depășească nivelul din 1990 decât cu aproximativ 25%.

*Progresul economiei 1990-2015:*

	1990	2000	2000/1990	2015	2015/1990
România	30,9	21,9	70,9%	52,0	168,3%
Bulgaria	30,6	24,2	79,1%	43,7	142,8%
Ungaria	43,8	46,1	105,2%	63,5	145,0%
Polonia	34,3	40,5	118,1%	63,5	185,1%
Slovenia	67,5	68,2	101,0%	76,7	113,6%
Slovacia	12,7 <sup>(1)</sup>	17,2	135,4%	43,3	340,9%
Cehia <sup>(2)</sup>	71,3	62,0	87,0%	79,6	111,6%
Medie 7 țări foste socialiste față de media UE15			99,5%		179,2%

**Standardul de viață:**

Standardul de viață este elementul critic al calității vieții în contextul actual al României, venitul fiind factorul cheie. Nivelul scăzut al resurselor materiale are efecte negative multiple, împiedicând satisfacerea necesităților în celelalte domenii ale vieții: sănătate, educație, timp liber etc. Numai 4% din populație declară că poate satisface nevoile gospodăriei fără probleme, în timp ce o proporție de 22% are mari dificultăți în a acoperi aceste nevoi.

Veniturile reprezintă elementul central al standardului de viață.

După un vârf în primul an după Revoluție, urmează o scădere continuă până în 2007, cu un minim în 2000 (60,6% din situația din 1989); apoi o creștere până în 2009, după care o scădere și o nouă creștere în 2015.

Venitul disponibil *per capita* plasează România pe ultimul loc în Europa: 39% din țările UE 15 și 62% din țările UE 8.

Salariul este componenta centrală a veniturilor. Ponderea veniturilor salariale în totalul veniturilor este scăzută în România în raport cu celelalte țări europene: salariile reprezentau în 2013 51,2% din totalul veniturilor.

Salariul minim este în România, de aproape cinci ori mai mic decât în țările europene capitaliste consolidate, dar și aproape la jumătate din nivelul celorlalte 8 țări europene în tranziție.

Calitatea ocupării sau calitatea umană a muncii reprezintă o dimensiune esențială a calității vieții. Ocuparea este o condiție de obținere a veniturilor pentru populația activă, dar și un mod de viață. Studiile sociologice au demonstrat că neocuparea, mai ales cea forțată, șomajul, are efecte negative dezastruoase asupra vieții, crescând dramatic vulnerabilitatea economică și socială.

În 2015 rata ocupării în România este de 66,0% față de media UE15 de 70,5% și UE8, 71,3%, fiind una dintre cele mai scăzute din Europa.

Locurile de muncă salariale oferă venituri relativ mai ridicate, relativ sigure și însoțite de asigurări sociale și de sănătate, dar s-au redus de la peste 8,1 milioane în 1990, la sub 5 milioane în anii următori, nivel care se pare că a fost ușor depășit doar în 2015.

Dispariția locurilor de muncă salariale a fost parțial compensată de *ocuparea pe cont propriu* (2014: România 30,5%, față de UE 15 14,3%, EU 8 17,6%, Bulgaria 27,0%). Studii calitative au arătat că aceste persoane sunt de fapt lucrători fără contract, în agricultură sau servicii, cei mai mulți lucrători familiali neremunerați, reprezentând un segment extrem de vulnerabil, neasigurat social și medical, care se zbate la limita supraviețuirii.

Scăderea oportunităților ocupaționale și scăderea proporției ocupațiilor cu calificare ridicată a creat un fenomen de subocupare a capacităților existente.

Începând cu anii 2030 – 2035, pe piața muncii din țara noastră vor intra generațiile tranziției, mai puțin numeroase, dar și cu un grad de pregătire profesională inferior celui al generațiilor precedente.

Populația României a scăzut, în primele cinci luni acest an 2016, cu 37.515 de locuitori din cauza declinului demografic, ceea ce corespunde unei scăderi medii a populației cu 247 de persoane pe zi, arată datele publicate de INS. România se numără printre statele membre UE care au înregistrat cea mai mare scădere a populației în 2015, potrivit datelor publicat vineri de Oficiul european de statistică (Eurostat).

Populația României va ajunge, potrivit unor scenarii pesimiste, la 14-15 milioane în următorii 30-40 de ani, afirmă președintele Institutului Național de Statistică (INS).

Populația aptă de muncă se va reduce cu 44% până în anul 2060, ajungând la aproximativ 7,51 milioane de persoane, potrivit unei publicații a Institutului Național de Statistică (INS).

De asemenea, România va înregistra o scădere a populației de 22,1% până în 2050, una dintre cele mai mari rate de scădere din lume, potrivit unui studiu realizat de Organizația Națiunilor Unite (ONU).

În Uniunea Europeană, România este pe locul al treilea în rândul statelor cu cel mai mare declin demografic, după Germania (-187.000 în 2015) și Italia (-161.800), ca număr absolut.

Datele Eurostat arată că România se numără și printre statele membre UE cu cea mai mare mortalitate, pe primul loc fiind Bulgaria (15,3 decese la 1.000 de rezidenți), urmată de Letonia și Lituania (ambele cu 14,4 decese la 1.000 de rezidenți); Ungaria (13,4 decese la 1.000 de rezidenți) și România (13,2 decese la 1.000 de rezidenți).

Din cauza mortalității ridicate și a natalității scăzute, România se numără printre cele 13 state membre UE care au înregistrat un spor natural negativ în 2015, diferența dintre decese și nașteri fiind cea mai mare în Bulgaria (minus 6,2 la 1.000 de rezidenți), Croația și Ungaria (ambele cu minus 4,0 la 1.000 de rezidenți) și România (minus 3,8 la 1.000 de rezidenți).

Conform datelor din Anuarul demografic al României, evoluția structurii populației pe grupe mari de vârstă arată amploarea fenomenului de îmbătrânire demografică a populației: dacă în 1970 grupa de vârstă de 65 de ani și peste reprezenta 8,6% din totalul populației, în 2014 această pondere este aproape două ori mai mare (15,1%), în timp ce ponderea copiilor cu vârstă mai mică de 15 ani, care în 1970 depășea un sfert din totalul populației (25,9%), a scăzut semnificativ, la numai 14,9% în 2014.

Populația aptă de muncă se va reduce cu 44% până în anul 2060, ajungând la aproximativ 7,51 milioane de persoane, potrivit unei publicații a Institutului Național de Statistică (INS).

Declinul demografic al României capătă noi dimensiuni. O viziune realistă asupra dezvoltării economice și sociale în următoarele decenii reprezintă pentru România o necesitate stringentă, având în vedere diminuarea populației active, relevă datele INS. Pe termen scurt, până în anul 2030, populația în vârstă de 15 - 64 ani se va menține în jur de 12 milioane. După anul 2030, în populația în vârstă aptă de muncă vor începe să intre generațiile mai puțin numeroase, născute după anul 2010. De aceea, segmentul 15 - 24 ani se va diminua treptat, ajungând să reprezinte, în anul 2060, 15,5% din totalul populației de 15 - 64 ani. Grupele „mature” de 35 - 44 ani din cadrul populației apte de muncă se vor diminua în paralel cu creșterea populației în prag de pensionare, creând în timp dezechilibre pe piața muncii.

O viziune realistă asupra dezvoltării economice și sociale în următoarele decenii reprezintă pentru România o necesitate stringentă, având în vedere și faptul că diminuarea populației active economic își va pune amprenta și pe rata generală de activitate.

## **Istoric și analiza sărăciei în mediul urban**

În secolul XIX, România era o țară predominant agrară, subdezvoltată în raport cu standardele europene. Era caracterizată mai ales printr-o sărăcie rurală datorată structurii proprietății și a unui sistem de exploatare semifeudal.

Prima jumătate a secolului XX a continuat procesul de dezvoltare modernă a României, început la mijlocul secolului XIX, diminuându-se decalajul care o despărțea de Europa Occidentală. Societatea românească era în continuare caracterizată prin predominarea ruralului, prezentând un nivel ridicat de sărăcie mai ales în această zonă.

Socialismul s-a axat pe un program de monitorizare rapidă a societății, centrat obsesiv pe industrie și urbanizare. A fost încurajată o deplasare masivă a populației de la agricultură la industrie, de la sat la oraș.

Astfel, orașele au cunoscut o dezvoltare rapidă, oferind condiții de locuit relativ modeste, dar superioare ruralului.

Investițiile în industrie și în dezvoltarea urbană au atins un punct de vârf la jumătatea anilor 70. Standardul de viață al populației a crescut rapid până în acel moment, mai ales la oraș și în sistemul industrial, satul fiind în continuare neglijat, dar într-o restrângere continuă.

De la jumătatea anilor 70, sistemul socialist intră într-o criză economică cronică, care se accentuează rapid după 1980. Investițiile industriale, proiectele iraționale s-au dovedit a fi ineficiente, suportul statului fiind vital pentru menținerea în funcție a unor zone tot mai largi din economie. În ciuda principiilor politice ale regimului, s-a produs o scădere substanțială a locurilor de muncă din industrie, în condițiile în care zona serviciilor a rămas cronic subdezvoltată. La oraș, mai ales în orașele mici și mijlocii, a crescut șomajul mascat. Populația de la sat a fost descurajată să se mai deplaseze spre industrie și spre oraș. Datorită scăderii oportunităților de la oraș începe să se contureze o migrație inversă spre rural, limitată de lipsa locurilor de muncă. Încetinirea programului de industrializare cuplată cu criza economică generată de ineficiența economiei stopează și inversează sensul procesului de absorbție a sărăciei. Se prefigurează un nou val de sărăcie care lovește la început pe cei mai prost plasați: cei cu nivel scăzut de educație și lipsiți de calificare, provenind mai ales din segmentul de romi, tinerii din rural care nu-și mai găsesc loc de muncă, locuitorii orașelor mici care dispun de oportunități ocupaționale tot mai limitate. Diferențe considerabile în ceea ce privește nivelul de trai se înregistrează între cele două medii de rezidență (urban – rural), amploarea fenomenului sărăciei fiind mai mare în mediul rural.

Astfel, principalele probleme, defalcate pe medii de rezidență, sunt sărăcia de consum din mediul rural și sărăcia extremă, multi-dimensională din mediul urban.

Sărăcia extremă este concentrată în mediul urban, la nivelul vârstnicilor și este în strânsă relație cu fenomenul persoanelor fără locuință, cu schimbările de pe piața muncii (șomaj), cu ieșirea din viața activă (pensionarea) și cu formele de dezorganizare socială.

În mediul rural, problema principală o constituie sărăcia de tip tradițional, asociată cu nivelul redus de modernizare și cu viața economică dominată de agricultură. În afara acestor doi factori, mediul rural este dezavantajat și în ceea ce privește infrastructura fizică, utilitățile publice, condițiile de locuit și accesul la serviciile sociale fundamentale și distribuirea neechilibrată a



resurselor administrative și bugetare, care constituie o altă cauză majoră a sărăciei rurale. Toate aceste aspecte influențează negativ calitatea vieții persoanelor vârstnice.

Alături de sărăcie, în perioada de tranziție au apărut o serie de fenomene de dezagregare socială, caracterizate prin cronicizarea șomajului și apariția fenomenului de dependență socială, degradarea condițiilor de locuit și a accesului la bunurile durabile.

Factorii cei mai importanți asociați riscului de sărăcie sunt cei legați de dinamica pieței muncii, accesul la educație, starea generală de sănătate a populației și calitatea condițiilor de locuit.

În ceea ce privește ocuparea, dinamica pieței muncii se caracterizează prin creșterea ponderii populației inactive, scăderea ratei de ocupare, creșterea ocupării în sectorul informal și a șomajului mascat.

În România se înregistrează încă valori ridicate ale unor indicatori, precum mortalitatea infantilă și incidența TBC, deoarece există anumite categorii de populație, în special în mediul rural, care nu au acces la serviciile de sănătate.

În domeniul locuirii, probleme sociale grave sunt generate de calitatea scăzută a condițiilor de locuit, de creșterea costului utilităților publice, lipsa locuințelor sociale etc.

Sărăcia persoanelor vârstnice poate fi analizată din perspectiva dihotomiei urban-rural, prezentând principalele caracteristici ale sărăciei în cele două medii de rezidență și accentuând tipurile, dimensiunile și factorii sărăciei în funcție de acest criteriu. De asemenea, din analiza cadrului legislativ în domeniul asistenței și protecției sociale și a funcționării instituțiilor cu atribuții în acest domeniu, rezultă efectele strategiilor anti-sărăcie asupra grupurilor sociale afectate de acest fenomen.

Problemele principale sunt sărăcia de consum din mediul rural și sărăcia extremă, multidimensională din mediul urban. Astfel:

- Dacă din perspectiva consumului, sărăcia rurală este principala problemă a sărăciei în România, din perspectiva „noii sărăcii”, profunde, cronice, multi-dimensionale, aceasta o reprezintă sărăcia urbană.

- Dacă sărăcia de consum este în descreștere ca urmare a creșterii economice, „noua sărăcie” este în plin proces de dezvoltare ca urmare a creșterii inegalității și a slăbirii coeziunii sociale.

- Dacă sărăcia de consum afectează milioane de cetățeni, „noua sărăcie” este specifică pentru câteva sute de mii de locuitori din mediul urban, afectați de această formă de sărăcie.

- Analiza riscului de sărăcie arată că, atât pentru sărăcia de consum, cât și pentru sărăcia extremă multidimensională, principalii factori determinanți îi constituie **ocuparea și educația**. În afara acestor doi factori, mediul rural este dezavantajat și în ceea ce privește *infrastructura fizică, utilitățile publice, condițiile de locuit și accesul la serviciile sociale fundamentale*, ceea ce a condus în ultimii ani la o adâncire a diferențelor dintre cele două medii de rezidență. La schimbările structurale din ultimii ani se adaugă și *distribuirea neechilibrată a resurselor administrative și bugetare*, care constituie o altă cauză majoră a sărăciei rurale.

Sărăcia de consum și sărăcia comunitară predomină mediul rural, dar este *concentrată teritorial*:

- Mediul rural este înalt diferențiat;
- Satele mici, periferice în cadrul comunei, izolate (departe de orașe, de un drum european, de capitală de județ) sunt considerabil mai sărace decât satele mari, centru administrativ de comună, mai ales dacă se află în vecinătatea unui oraș sau drum european;
- În satele mari dezvoltate sunt în proces de formare zone de concentrare a gospodăriilor în sărăcie și anume zonele cu romi și zonele cu *venetici*. Sărăcia de consum și sărăcia comunitară au dimensiuni reduse în mediul urban, dar orașele mici, cu cel mult 30 mii locuitori, mai ales cele în declin, sunt considerabil mai sărace decât celelalte orașe și chiar decât unele comune mari și dezvoltate.

Sărăcia extremă definită multi-dimensional și asociată cu excluziunea socială este specifică mediului urban. În toate tipurile de orașe sunt în proces de dezvoltare zone intra-urbane sărace, caracterizate de sărăcie comunitară mai accentuată decât cea rurală și de sărăcie extremă a gospodăriilor rezidente.

Discrepanța majoră dintre mediul rural și mediul urban cu privire la majoritatea aspectelor menționate constituie una dintre concluziile principale, care se regăsesc în cele mai multe analize. Totuși, mediul de rezidență reprezintă de obicei numai una dintre multele dimensiuni sau unul dintre factorii influenți ai sărăciei din România, fără să existe un studiu sistematic al diferențelor / asemănarilor dintre sărăcia urbană și sărăcia rurală.

#### **La începutul tranziției, economia românească se caracteriza prin:**

- distorsiuni structurale majore, cu sectoare artificial dezvoltate, dominată de complexe industriale rigide, care au aglomerat disproporționat populația în anumite centre economice;
- largi zone rurale cu infrastructură slab dezvoltată și populație îmbătrânită;
- populație al cărui consum a fost sacrificat de-a lungul a peste zece ani pentru a compensa criza cronicizată a economiei.

Perioada de tranziție de după 1989 a generat un val accentuat de sărăcie, factorul cel mai important fiind căderea economiei datorită configurației ei iraționale și a strategiei politice de restructurare și privatizare.

Deci se poate vorbi despre o explozie a sărăciei, desfășurată în toate direcțiile:

- un proces de sărăcie a majorității populației, produs atât prin erodarea veniturilor și prin degradarea acumulărilor (în mod special a stocului locativ), dar și prin creșterea aspirațiilor de consum datorită contactului cu piața mondială și cu societățile occidentale;
- extinderea sărăciei severe - un segment important al colectivității se confruntă cu o sărăcie severă. Tot mai multe persoane sunt victime ale reșezării prețurilor și crizelor din diferite zone ale producției și consumului. Astfel, aceste persoane înregistrează un deficit permanent de consum, reușind cu greu și cu sacrificii să facă față nevoilor zilnice. Stocul de bunuri acumulate se erodează, deficitul sever de venituri nepermițând înnoirea sau reabilitarea lui. În mod special, nevoia de reparații a locuinței generează cel mai adesea situații grave de criză. Exemplul cel mai elocvent este dificultatea cu care o mare masă a populației urbane se confruntă datorită creșterii rapide a costului utilităților publice: termoficare, apă, gaze naturale, electricitate. Chiar și

parțial compensate pentru cei mai săraci, ele produc un stres economic considerabil, împingând pe mulți în situație de criză.

Șocul cel mai puternic este resimțit de cei cu venituri ceva mai ridicate decât nivelul de compensare, și care sunt obligați în lunile de iarnă să plătească mai mult din veniturile lor lunare pentru acoperirea acestor costuri. Astfel, aceste familii acumulează datoriile, mai ales la întreținere, și, în cele mai multe cazuri, își pierd locuința.

- **sărăcia extremă** a cunoscut o explozie gravă. Pe lângă situațiile cu impact emoțional un număr mare de persoane și îndeosebi vârstnice se află în situații critice, cum ar fi: datoriile acumulate la întreținere, cu reduceri severe ale alimentației, în imposibilitatea de îngrijire medicală minimală în caz de nevoie etc.

- **excluziunea socială** este procesul cu efecte sociale negative, datorită paralizării capacităților de redresare. Sărăcia extremă generează, prin permanentizare și reproducere la nivelul tinerei generații, excluziune socială.

Așadar, după 1990 sărăcia cunoaște o nouă explozie. Trei factori au contribuit la această explozie a sărăciei în România și au afectat partea mai săracă a societății, multe familii fiind împinse în sărăcie, iar cei mai săraci devenind și mai săraci:

- **erodarea puterii de cumpărare a mării majorități a veniturilor:** salarii și pensii.
- **creșterea rapidă a diferențierii veniturilor:** veniturile salariale scăzute s-au erodat într-un ritm mult mai rapid decât cele medii; diferențele de venituri dintre familii s-au lărgit.
- **scăderea transferului social:** protecția socială s-a diminuat atât din punctul de vedere al sprijinului economic, cât și al serviciilor sociale oferite.

Sărăcia și excluziunea socială în România sunt un produs al crizei profunde a proiectului socialist și al erorilor de strategie a tranziției, responsabilă de căderea economiei și de deficitul de politică socială pentru compensare.

### Sărăcia urbană București și sectorul 6 (metodele analitice ale Institutului de Cercetare a Calității Vieții)

Sărăcia reprezintă lipsa sau insuficiența resurselor necesare unei vieți sociale normale, așa cum este ea definită de standardele societății.

Se evidențiază mai multe tipuri de sărăcie și anume:

- **Sărăcia relativă** - presupune un standard de viață în parametrii decenței, dar care, raportat la aspirațiile colective de viață, creează disconfort, frustrare. În societățile bogate, ea nu este asociată neapărat cu lipsa mijloacelor minime de viață (hrană, îmbrăcăminte, locuință), deși implică cel mai adesea o hrană inadecvată pentru o viață sănătoasă, îmbrăcăminte insuficientă, locuință insatisfăcătoare. Ea indică mai degrabă lipsa resurselor necesare participării normale și demne la viața colectivității.

- **Sărăcia absolută** - reprezintă inexistența unor condiții minime de viață (hrană, îmbrăcăminte, locuință) necesare supraviețuirii în condițiile societății. Acest tip de sărăcie nu înseamnă înfometare, ci condiții elementare de viață insuficiente și lipsa resurselor pentru

participarea la viața socială. Sărăcia absolută înseamnă marginalizare și în mod special excludere socială.

- **Sărăcia severă** - presupune un nivel al resurselor care oferă condiții accentuat modeste de viață, pline de lipsuri și restricții, care împiedică o funcționare socială normală, dar care nu blochează nici efortul de a ieși din sărăcie și nici redreșarea în situația în care resursele revin la normal.

- **Sărăcia extremă** - presupune o lipsă gravă a resurselor financiare încât condițiile de viață ale respectivei persoane sunt absolut inacceptabile pentru o societate civilizată. Acest tip de sărăcie alterează grav demnitatea ființei umane, producând degradări rapide și greu reversibile ale capacităților de funcționare socială normală. Sărăcia extremă tinde să se fixeze cronic în marginalizarea și excluziunea socială, șansele de ieșire din situația de sărăcie devenind ne semnificative. Sărăcia extremă se referă la lipsa resurselor de satisfacere a nevoilor absolut elementare, necesare pentru trai: hrană, adăpost, îmbrăcăminte.

Pe termen lung, această lipsă duce la o deteriorare serioasă a capacităților fizice, psihologice și sociale ale persoanei. Avem de-a face cu persoane care suferă de foame, trăiesc în condiții mizere (neîncălzite, fără lumină, fără apă, din cauza datoriilor acumulate la întreținere), fiind parțial izolate social.

- În România se poate vorbi și de o **sărăcie comunitară** ca fiind sărăcia ce se extinde de-a lungul unor largi teritorii. Zonele de sărăcie comunitară concentrează cu mare probabilitate o pondere importantă a populației sărace din mediul rural, fiind situate preponderent la mare distanță față de orașe și având acces redus la oportunitățile oferite de acestea – locuri de muncă, licee și spitale, piață de desfacere a produselor agricole. Sărăcia comunitară are un caracter periferic – cele mai multe aglomerări de comune sărace sunt localizate la granițele țării și la marginea județelor sau a orașelor.

**Excluziunea socială** reprezintă plasarea unei persoane în afara formelor normale de viață socială, ca rezultat al unor deprivări multiple, cu șanse reduse de reinserție într-o viață socială normală. Rezultat al discriminărilor, lipsei de oportunități, cumulării de privațiuni, degradării sau nedezvoltării capacităților de funcționare socială normală sau al unui stil de viață individual sau colectiv de marginalizare.

**Marginalizarea socială** este un termen folosit în principal cu același conținut ca și excluziunea socială, referindu-se la poziția unor persoane/grupuri în afara (la „marginea”) vieții sociale, „normale” a comunității.

**Incluziunea socială** reprezintă procesul de reinserție în formele de viață normale, într-o funcționare socială normală a persoanelor aflate în situație de excluziune/marginalizare socială sau cu risc de marginalizare, prin dezvoltarea capacităților și asigurarea de oportunități.

Așadar, sărăcia apare atunci când resursele abia ajung unui trai la limita sau sub limita minimului necesar, fiind percepută pe fondul general al căderii economice, tranziția fiind considerată generatoarea unui proces de sărăcie de masă.

În afară de alimentație, locuință, transport, dimensiunea sănătății și a recuperării medicale este analizată în studiile despre sărăcie în ceea ce privește pachetul de tratament simplificat pe care îl are orice familie (medicamente uzuale, analgezice, alcool medicinal, antibiotice etc).

În ceea ce privește situația medicală, studiile analizează medicamentele pe persoană calculate numai pentru trusa de prim ajutor - în condițiile în care 25,3% din persoanele de 65 - 74 ani și 20,9% din persoanele de 75 ani și peste declară că suferă de cel puțin o boală cronică - care necesită cheltuieli lunare cu medicamentele de întreținere și analizele medicale.

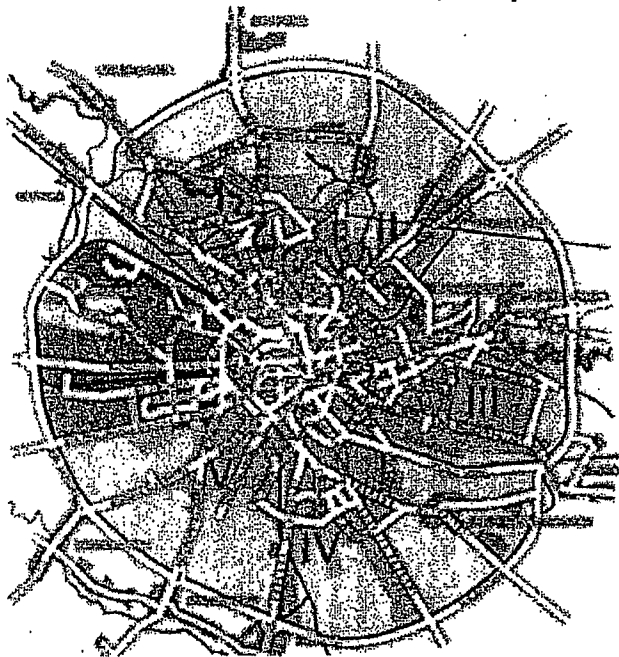
### **Date administrative si demografice Sectorul 6**

#### **A) SECTORUL 6 IN CIFRE**

Populatia: 389.914 (la 1 iulie 2015).

Suprafata: 38 kmp

Conducerea Primariei Sector 6: Primar, Viceprimar, Secretar si Administrator Public.



Situat în Vestul Capitalei, cu o suprafață de 38 kmp, echivalent a 3.700 hectare și cu o populație de aproape 390.000 de locuitori, Sectorul 6 se învecinează la nord cu Sectorul 1 (de la Podul Cotroceni și Calea Plevnei spre Giulești), la sud cu Sectorul 5 (de la Palatul Cotroceni spre Drumul Sării și Bulevardul Ghencea), iar în extremitatea sa vestică cu Județul Ilfov.

Sectorul 6 este al doilea sector ca mărime din cadrul Municipiului București. Este străbătut de râul Dâmbovița, care odinioară se revărsa din matcă, provocând mari inundații. Reamenajarea cursului Dâmboviței, prin ample lucrări hidrotehnice, a dus la captarea apei într-un lac de acumulare, denumit Lacul Morii, cu o suprafață de 241.5 hectare. Acest rezervor de apă asigură

debitul curat al Dâmboviței, previne inundațiile și totodată reprezintă potențialul de energie pentru centralele electrice.

Legătura Sectorului 6 cu celelalte sectoare ale capitalei se face prin următoarele artere principale: Splaiul Independenței, Calea Crângași, Bulevardul Timișoara și Bulevardul Ghencea. De asemenea, Bulevardul Uverturii face legătura cu comuna Roșu, iar Bulevardul Iuliu Maniu se prelungește cu autostrada București-Pitești (E70).

În cadrul sectorului nu există gări sau aeroporturi, dar se află foarte aproape de acestea. Gara Basarab și Gara de Nord se găsesc în Sectorul 1, la 500 metri de limita de nord a Sectorului 6, în timp ce aeroportul Băneasa se află la 5 km de limita nordică, iar aeroportul Otopeni la 15 km.

Fondul de locuințe: Cetățenii sectorului locuiesc în mare parte la bloc, iar în zonele marginase ale sectorului la casă. Locuințele sunt dispuse în blocuri de 4-10 etaje sau în case individuale, majoritatea acestora fiind racordate la rețelele tehnico-edilitare.

## 1. POPULAȚIE

### I.1. POPULAȚIA DUPĂ DOMICILIU PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEXE, LA 1 IULIE 2015

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
<b>Total sector</b>	<b>396879</b>	<b>392512</b>	<b>395458</b>	<b>395229</b>	<b>395207</b>	<b>394565</b>	<b>391924</b>	<b>389914</b>
- femei	212645	211113	212529	212521	212552	212318	210833	209672
0 - 4 ani	13754	16022	20261	20442	20297	19737	18984	18045
- femei	6661	7620	9806	9899	9737	9497	9153	8669
5 - 9 ani	13692	13220	15748	16272	16940	17722	18207	18735
- femei	6697	6409	7471	7710	8160	8497	8704	9078
10 - 14 ani	23199	13305	13027	13170	13284	13428	13820	14479
- femei	11346	6512	6324	6368	6382	6413	6584	6882
15 - 19 ani	28942	23638	13280	12689	12169	11975	11716	11931
- femei	14811	11705	6586	6360	6033	5966	5745	5781
20 - 24 ani	39693	29791	25250	23414	21241	18634	16083	13631
- femei	20447	15571	12835	11874	10860	9523	8220	6922
25 - 29 ani	33410	41426	33763	32471	32171	32405	31714	29968
- femei	17501	21746	17959	17257	17004	17229	16830	15899
30 - 34 ani	35522	34021	43277	43450	42107	39960	37628	36478
- femei	18749	17765	22474	22659	21996	20884	19647	19117
35 - 39 ani	22102	34643	33576	35229	37879	40568	41936	42173
- femei	11910	18278	17326	18097	19372	20794	21557	21685
40 - 44 ani	32091	21360	33463	35603	36827	31510	30405	31724
- femei	17826	11565	17649	18726	19354	16469	15771	16329
45 - 49 ani	36081	30726	20578	19307	19355	26006	29394	31655
- femei	19403	17188	11224	10417	10395	13854	15654	16820
50 - 54 ani	28083	34011	29258	26826	24494	22319	20723	19485
- femei	14929	18539	16496	15198	13857	12481	11478	10704
55 - 59 ani	19527	26255	31654	31850	31769	30992	29607	27166
- femei	10636	14196	17589	17773	17982	17708	16951	15573
60 - 64 ani	20452	17996	24132	25725	27066	28518	28606	29062
- femei	11371	10041	13363	14409	15117	16061	16249	16520

65 - 69 ani	17762	18272	16142	16552	17010	17947	19671	21800
- femei	10141	10538	9319	9450	9724	10231	11196	12462
70 - 74 ani	15037	15278	15788	15305	15065	14530	14318	14113
- femei	8661	9126	9428	9158	9006	8677	8579	8470
75 - 79 ani	9952	12010	12283	12408	12397	12647	12920	13026
- femei	6474	7175	7620	7742	7714	7897	8062	8101
80 - 84 ani	4122	6964	8558	8590	8876	8988	9064	8994
- femei	2784	4694	5311	5379	5634	5726	5780	5781
85 de ani și peste	3458	3574	5420	5926	6260	6679	7128	7449
- femei	2298	2463	3749	4045	4225	4411	4673	4879

Sursa: Direcția Regională de Statistică București, Documentare cu date statistice

### 1.1. MIȘCAREA NATURALĂ

	2010	2011	2012	2013	2014	2015**
	Date absolute - număr					
Născuți-vii	4194	3789	3657	3727 <sup>o</sup>	3604 <sup>o</sup>	3630
Decedați	3757	3898	3999	3757 <sup>u</sup>	3950 <sup>u</sup>	4090
Spor natural	437	-109	-342	-30 <sup>l</sup>	-346 <sup>l</sup>	-460
Căsătorii	2339	2317	2243	2410	2316	2417
	1204	1075	960	599	408	763
Născuți morți	8	7	8	4	12	13
Decedați în vârstă de sub 1 an	22	14	9	11	17	16

## 2. PENSIONARI

SURSA DATELOR: CASA NAȚIONALĂ DE PENSII ȘI ALTE DREPTURI DE ASIGURĂRI SOCIALE

### 2.1. NUMĂRUL MEDIU DE PENSIONARI

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pensionari de asigurări sociale	92975	94771	95573	95419	94781	94272	94270	94273
Beneficiar de ajutor social	129	52	10	8	7	5	4	3
Pensionari IOVR	245	142	67	56	47	40	33	25

### 2.2. PENSIA MEDIE LUNARĂ - lei -

Pensie de asigurări sociale de stat	2000 <sup>1</sup>	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	95	337	953	990	999	1041	1089	1145
Ajutor social	30	77	214	208	184	179	215	225
Pensie IOVR	140	273	317	328	316	293	277	294

*exclusiv pensia suplimentară*

### 2.3. DINAMICA NUMĂRULUI MEDIU DE PENSIONARI Anul 2005=100- %

2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pensionari de asigurări sociale	100,9	100,7	100,0	99,5	99,5
Beneficiari de ajutor social	19,2	15,4	13,5	9,6	5,8
Pensionari IOVR	47,2	39,4	33,1	28,2	17,6

#### 2.4. DINAMICA PENSIEI MEDII LUNARE Anul 2005=100%

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pensie de asigurări sociale	282,8	293,8	296,4	308,9	323,2	339,8
Ajutor social	277,9	270,1	239,0	232,5	279,2	292,2
Pensie IOVR	116,1	120,2	115,8	107,3	101,5	107,7

2.5. INDICII PENSIEI MEDII REALE A PENSIONARILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT												-%
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
2005	100,00	111,94	136,79	187,17	212,71	209,52	205,75	200,94	201,38	208,44	220,45	1
2006		100,00	122,20	167,21	190,03	187,17	183,80	179,50	179,90	186,21	196,94	1
2007			100,00	136,83	155,50	153,17	150,41	146,89	147,21	152,38	161,16	1
2008				100,00	113,65	111,94	109,93	107,35	107,59	111,36	117,78	1
2009					100,00	98,50	96,72	94,46	94,67	97,99	103,64	1
2010						100,00	98,20	95,90	96,11	99,48	105,21	1
2011							100,00	97,66	97,87	101,30	107,14	1
2012								100,00	100,22	103,73	109,71	1
2013									100,00	103,50	109,47	1
2014										100,00	105,77	1
2015											100,00	

#### 2.6. REPARTIZAREA EFECTIVULUI DE PENSIONARI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT, PE GRUPE DE PENSII (inclusiv beneficiarii de ajutor social)

Grupe de pensii	Decembrie 2005	Decembrie 2010	Decembrie 2011	Decembrie 2012	Decembrie 2013	Decembrie 2014	Decembrie 2015
Total	94792	95856	95296	94694	94264	94516	94278
Sub 50 lei	239	84	81	73	125	271	354
51-75 lei	107	42	46	45	51	68	74
76-100 lei	325	39	41	43	59	75	85
101-150 lei	3986	244	230	217	195	183	171
151-200 lei	9190	252	227	225	204	199	186
201-250 lei	10370	627	637	612	480	397	316
251-300 lei	8480	1089	1041	1020	871	745	638
301-350 lei	18802	1337	1319	1324	1184	1013	887
351-400 lei	12958	1788	1803	1832	1540	1408	1214



401-500 lei	15895	5720	5440	5371	4817	4247	3620
501-750 lei	11611	24244	22560	22161	20277	18797	16595
751-1000 lei	2231	23784	22303	22277	21776	21082	20298
Peste 1000 lei.	598	36606	39568	39494	42685	46031	49840

### 3. ȘOMERI

SURSA DATELOR: AGENȚIA MUNICIPALĂ DE OCUPARE A FORȚEI DE MUNCĂ

#### 3.1. NUMĂRUL ȘOMERILOR ÎNREGISTRAȚI, LA 31 DECEMBRIE

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Numărul total al șomerilor înregistrați	4897	3658	3821	3873	3511	3360
- femei	2481	1969	2114	2108	1930	1889
- Șomeri în plată	4191	1751	1920	2076	1310	785
- femei	2116	994	1059	1114	705	430
din care: fără experiență în muncă	205	215	285	241	147	70
- femei	116	106	146	110	57	32
- Șomeri neindemnizați	706	1907	1901	1797	2201	2575
- femei	365	975	1055	994	1225	1459

#### 3.2. ȘOMERI ÎNREGISTRAȚI, DUPĂ NIVELUL DE INSTRUIRE, LA 31 DECEMBRIE

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Numărul total al șomerilor înregistrați	8042	3127	4897	3658	3821	3873	3511	3360
din care:								
femei	494	1878	2481	1969	2114	2108	1930	1889
din total:								
Nivel de instruire superior	629	352	1224	1034	1263	1140	1044	1044
din care:								
femei	361	216	702	618	776	710	613	621

### 4. SĂNĂTATE

SURSA DATELOR: DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

#### 4.1. CAZURI NOI DE ÎMBOLNĂVIRI PRIN UNELE BOLI INFECȚIOASE ȘI PARAZITARE

Boala	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total:	4306	2923	2445	2128	2022	1729	2120
din care:							
Boli diareice acute	1425	2054	1280	1322	731	845	632
Dizenterie	4	-	2	-	-	1	-
Gripă	36	42	14	-	17	1	24
Hepatită	125	31	33	58	40	56	24
Parotidită epidemică	868	10	3	-	-	-	-
Rujeolă	22	1	1	32	9	-	-

Scarlatină	57	25	55	28	40	48	91
Trichineloză	5	-	-	-	-	2	-
Tuse convulsivă	1	-	-	-	-	2	1
Febră butonoasă	1	3	1	1	1	-	1
Angină streptococică	154	45	51	96	42	131	105
Rubeolă	3	1	13	165	-	-	-
Varicelă	1431	647	938	379	1077	580	1196
Erizipel	12	11	14	8	-	-	-
Scabie	32	3	2	1	-	-	-
Salmoneloză	0	13	10	11	15	22	14
Meningită virală	9	12	11	13	3	5	2
Toxiinfecție alimentară	93	10	7	1	3	2	-
Mononucleoză	13	4	1	1	42	29	27

### Situația persoanelor aflate în nevoie în Sectorul 6

Ne propunem asigurarea la nivelul Sectorului 6 a unui sistem de servicii sociale și medicale cu caracter proactiv, care să aibă o abordare integrată a nevoilor persoanei, în relație cu situația socioeconomică, starea de sănătate, nivelul de educație și mediul social de viață al acesteia.

Cât de bună este starea de sănătate a populației din Sectorul 6? Răspunsul la această întrebare depinde de reperul de comparație, dar este important să ținem seama de faptul că starea de sănătate a populației este în strânsă dependență de nivelul veniturilor familiale.

Problemele în sistemul de sănătate se leagă mereu de cozile mari și pacienții nemulțumiți deoarece nu au putut obține serviciile de diagnosticare sau medicamentele de care au nevoie. Aceștia se plâng adesea de faptul că sunt umiliți atunci când au de-a face cu sectorul sănătății – există puține alternative în cadrul sistemului, iar furnizorii nu depun adesea niciun efort pentru a fi atractivi sau a veni în întâmpinarea utilizatorilor.

Există o mare problemă legată de accesul la serviciile de sănătate, în special pentru populația săracă. Multe persoane sărace care necesită servicii medicale nu apelează la ele, pentru că majoritatea persoanelor sărace nici măcar nu conștientizează nevoia pe care au de a accesa îngrijiri medicale.

În timp ce în unele țări bolile conduc la sărăcie din cauza costurilor ridicate ale îngrijirii medicale suportate de pacienți din propriile buzunare, în România, principala problemă o constituie mai degrabă lipsa de acces la aceasta, decât costurile financiare ridicate. În contextul actual, pe raza Sectorului 6, nu există niciun spital public care să primească persoanele cu probleme de sănătate din comunitate, bolnavii trebuind să se deplaseze în alte sectoare pentru asistență medicală de specialitate.

La nivelul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului sector 6 sunt asistate în momentul de față 9962 persoane cu diferite dizabilități, dintre care 5898 persoane

vârșnice (3991 femei și 1907 bărbați) . Aceste persoane întâmpină dificultăți în accesarea serviciilor medicale și sociale și au probleme în a beneficia de ajutorul specific de care au nevoie.

Persoanele vâșnice, fara dizabilitati, reprezintă o altă categorie de persoane defavorizate, una dintre cele mai vulnerabile, din cauza limitării motorii sau fragilității legate de vârsta înaintată, care au probleme de locomoție, nevoi sociale și medicale crescute. În prezent, peste 30% din populația sectorului 6 este alcătuită din persoane în vâștă, mulți dintre ei ( mai mult de 40% din totalul pensionarilor) având peste 70 de ani. A fost identificat un număr în creștere a persoanelor în vâștă care locuiesc singure, schimbări în structura familială, situații care limitează posibilitatea ca membri tineri ai familiei să poată să-i ajute pe cei în vâștă. În acest sens, la nivelul sectorului 6, prin Consiliul Local Sector 6, a fost adoptat Proiectul "Îngrijiri la domiciliu pentru persoanele vâșnice dependente din Sectorul 6", proiect de interes local destinat acordării serviciului social îngrijiri la domiciliu pentru persoane vâșnice. În urma evaluării situației sociale pentru această categorie de persoane, respectiv 62 de persoane vâșnice care au solicitat îngrijiri specializate la domiciliu, s-a constatat că majoritatea necesită investigații medicale pentru diferite specialități, care presupun suportarea costurilor parțial sau integral din partea pacientului.

Persoanele adulte aflate în dificultate, familiile cu risc crescut de marginalizare necesită intervenție directă în acordarea de asistență socială și medicală. În prezent, se constată o creștere a numărului persoanelor care solicită ajutor social sau alte forme de sprijin social, persoane/ familii cu risc crescut de marginalizare socială, fără locuință sau pe cale de a pierde locuința. Menționăm că accentuarea problemelor sociale cu care se confruntă persoanele adulte și familiile lor, lipsa suportului financiar au condus la ignorarea problemelor de sănătate și a măsurilor de prevenție.

Copiii aflați în dificultate, atât cei care beneficiază de o formă de protecție socială, cât și cei din familiile defavorizate, reprezintă un segment important care necesită acordarea unor servicii sociale/medicale de specialitate. D.G.A.S.P.C. sector 6 are ca și rol fundamental monitorizarea modului în care drepturile copilului sunt respectate și să intervină cu măsuri de protecție adecvate pentru copii cu risc, precum și să promoveze reunificarea familiilor sau un ajutor specific pentru diferite familii vulnerabile care realmente au nevoie de suport.

Există în momentul de față anumite provocări cărora D.G.A.S.P.C Sector 6 trebuie să le facă față, ca de exemplu numărul crescut de cereri de diferite forme de ajutor social și medical specific din partea persoanelor care se confruntă cu grave probleme sociale.

Astfel, se înregistrează, anual, circa 600 de solicitări din partea persoanelor vâșnice, în scopul acordării unor forme de sprijin, iar în urma evaluării situației sociale constatându-se că primează nevoile de natură medicală, în sensul că acestea nu mai pot suporta costul medicamentelor sau costul investigațiilor medicale, multe dintre acestea neîncadrându-se pe lista de compensări prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Pe parcursul anului 2016, prin Serviciul Ajutor Social din cadrul D.G.A.S.P.C. Sector 6 s-a acordat ajutor financiar pentru un număr de 23 de persoane cu probleme medicale deosebite, această formă de sprijin acoperind într-o mică măsură nevoile persoanelor în cauză. De asemenea, s-au înregistrat circa 98 de solicitări de acordare ajutor financiar, deoarece costul investigațiilor medicale, medicamentelor și a terapiilor specifice diferitelor afecțiuni acoperă integral bugetul

persoanei vârstnice sau cuplului de vârstnici, acestea aflându-se în imposibilitatea de a mai procura cele necesare traiului de zi cu zi.

Dat fiind numărul ridicat de cereri, solicitări, este puțin probabil ca alte instituții în complementaritate să răspundă adecvat acestor nevoi atâta vreme cât Direcția de Sănătate și Casa de Asigurări nu acoperă anumite servicii necesare sau nu au nici personalul necesar care să presteze anumite activități în favoarea acestor beneficiari.

**D.G.A.S.P.C. Sector 6 ofera** pentru persoanele cu dizabilități, adulți și copii, servicii de recuperare gratuite, iar pentru alte categorii de persoane – adulți și persoane vârstnice cu diferite tipuri de afecțiuni acordă servicii socio-medicale atât gratuit, până la un anumit plafon de venit, cât și cu suportarea unui procent din totalul, în funcție de venitul persoanei, unor criterii de venit, sau în funcție de:

- salinoterapie – servicii acordate gratuit pentru un număr de 700 persoane pe parcursul anului 2016.

- servicii de recuperare medicală (kinetoterapie, hidrokinetoterapie, fizioterapie, terapie ocupațională, masaj terapeutic, gimnastică medicală, tehnici yumeiho, informare, consiliere, integrare / reintegrare socială) s-a realizat pentru un număr de peste 2000 beneficiari (copii și adulți) pe parcursul anului 2016. Serviciile au fost acordate în funcție de diagnosticul fiecărui beneficiar în parte și în conformitate cu recomandările medicului specialist.

#### **Prin serviciile acordate s-au urmărit și obținut rezultate precum:**

- facilitarea accesului persoanelor aflate în dificultate la servicii specializate de tip socio-medical de recuperare și reabilitare;
- valorificarea potențialului recuperator al persoanelor aflate în dificultate în scopul asigurării autonomiei personale și facilitării integrării socio-profesionale.

De asemenea, un obiectiv important al acordării acestor servicii la nivelul comunității locale este și îmbunătățirea calității vieții beneficiarilor, atât din punct de vedere al sănătății acestora cât și al relațiilor sociale. În acest sens, experiența de până acum demonstrează faptul că aceste servicii socio-medicale au un impact major în rândul populației aflată în dificultate, cu o stare de sănătate precară, impunându-se dezvoltarea serviciilor cu acest specific, precum și extinderea ariilor de specialități.

#### **COMISIA EVALUARE PERSOANE ADULTE CU HANDICAP**

Au fost examinate un număr mediu de 3661 dosare anual, eliberându-se următoarele decizii:

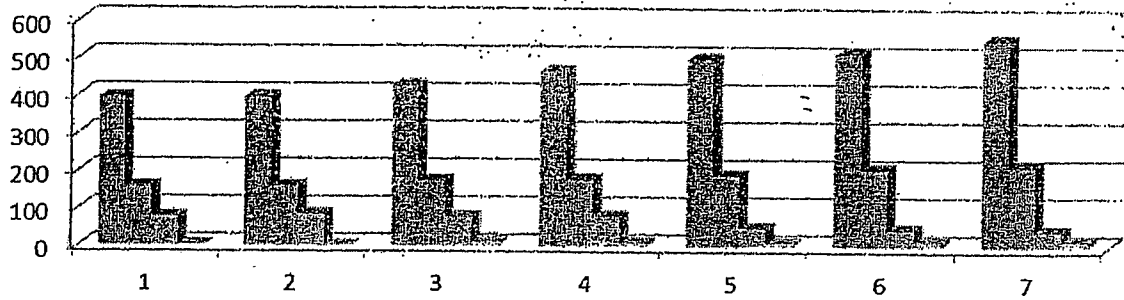
- Acordare grad de handicap:
  - gradul grav: 654
  - gradul accentuat: 1511
  - gradul mediu: 766
  - gradul ușor
- Boală și nu handicap: - 607
- Media contestațiilor depuse anual: 193

## EVALUAREA COMPLEXĂ A PERSOANELOR ADULTE CU HANDICAP

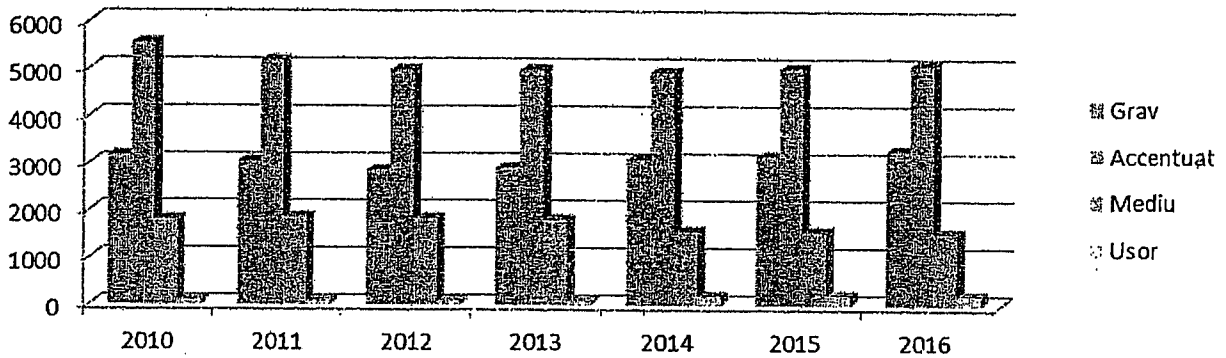
Tipul serviciului acordat	Total propuneri încadrare grad handicap	PROPUNERE ÎNCADRARE GRAD HANDICAP							Program e individuale de reabilitare și integrare socio-profesională
		grav	acc	mediu	ușor	boală	certificat pentru legea 263/2010	orientare profes.	
Evaluare complexă medico-psiho-socială în scopul: - încadrării în grad de handicap; - orientării profesionale; - acordării măsurii de protecție	3554	667	1518	767	158	515	14	4	134

Evoluția numărului de copii pe grade de handicap  
în perioada 2010-2016

Series1 Series2 Series3 Series4



Evoluția numărului de adulți pe grade de handicap  
în perioada 2010-2016



## COMPARTIMENTUL PERSOANE ADULTE CU HANDICAP PERMANENT

• A efectuat un număr mediu de 7011 anchete sociale de monitorizare a situației socio-economice pentru persoane adulte cu dizabilități permanente, pe parcursul unui an.

La 30 septembrie 2016 numărul total de persoane cu dizabilități comunicat Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități din cadrul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, prin direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București, a fost de 779.814 persoane.

Dintre acestea, 97,82 % (761.831 persoane) se află în îngrijirea familiilor și/sau trăiesc independent (neinstituționalizate) și 2,18 % (17.983 persoane) se află în instituțiile publice rezidențiale de asistență socială pentru persoanele adulte cu dizabilități (instituționalizate) coordonate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice prin Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități.

## STATISTICI SERVICIUL PRESTAȚII SOCIALE ȘI FACILITĂȚI

În perioada 2011-2016, s-a stabilit anual, în medie, un număr de 4800 prestații sociale (buget complementar, indemnizații, carduri parcare, bilete transport gratuit).

### LUNA FEBRUARIE 2017:

Număr de prestații sociale stabilite	370
Număr de prestații sociale restante prelucrate	86
Număr de suspendări și încetări prelucrate	95
Indemnizații ale PH cu AP în concediu de odihnă	27
Număr legitimații RATB prelucrate	233
Număr legitimații Metrou prelucrate	766
Număr persoane care au solicitat bilete CFR și transport interurban auto	883
Alocație de stat pentru copiii cu handicap, cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani	56
sprijin lunar pentru creșterea copilului cu handicap, cu vârsta cuprinsă între 3-7 ani	6
Carduri de parcare	39
Roviniete	29
Nr. fise sintetice acte medicale pt. SECPAH	-

**Total persoane adulte cu handicap Sector 6 București - 9962**

TIP	Femei				Bărbați				Total
	Grad				Grad				
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Fizic (locomotor)	356	531	173	8	309	437	152	18	1984
Somatic	249	1090	397	64	222	665	264	68	3019
Auditiv	0	214	14	0	0	183	8	0	419
Vizual	307	281	121	18	184	101	65	5	1082
Mental	471	217	77	8	256	143	37	5	1214
Psihic	116	372	43	2	149	311	28	2	1023
Asociat	244	216	47	3	235	233	56	1	1035
HIV/SIDA	55	10	3	1	78	19	6	0	172
Boli rare	2	4	2	0	1	3	0	0	12
Surdocecitate	0	0	0	0	1	1	0	0	2
<b>Total</b>	<b>1800</b>	<b>2935</b>	<b>877</b>	<b>104</b>	<b>1435</b>	<b>2096</b>	<b>616</b>	<b>99</b>	<b>9962</b>

Persoanele adulte care se confruntă cu probleme asociate handicapului, nemaiputându-și îndeplini activitățile cotidiene obișnuite ajung într-o stare de dependență, marginalizare, își pierd autonomia și au nevoie de sprijinul celor din jur. Aceste fapte, au consecințe multiple și complexe:

- **În plan economic:** veniturile persoanelor adulte cu handicap sunt uneori inexistente și /sau foarte mici. Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie va oferi servicii de recuperare pentru reluarea capacității de muncă și desfășurarea de activități cu caracter organizat.
- **În plan social:** dificultățile de comunicare și/sau cele din cadrul relațiilor interumane cresc gradul de marginalizare a persoanelor adulte cu handicap.
- **În plan financiar:** costurile medicației și a intervenției terapeutice interdisciplinare pentru tratarea afecțiunilor sunt ridicate.
- **În plan familial:** adeseori familiile și aparținătorii se afla în imposibilitatea de a acorda o îngrijire care să corespundă necesităților lor.

Din punct de vedere al urgenței și al oportunității putem afirma faptul că în acest moment un proces de recuperare eficient, pentru unii dintre beneficiarii care nu sunt subiectul unui program de recuperare în centrele specializate de recuperare și reabilitare sau terapie, ar putea fi derulat numai într-un cadru specializat în care pot fi oferite, atât servicii de găzduire, cât și de recuperare medicală și psihosocială.



## În contextul Strategiei DGASPC S 6 asumată pentru perioada 2018-2024

**Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie se încadrează în următoarele obiective strategice :**

**Obiectiv strategic 3.** Dezvoltarea serviciilor de recuperare/reabilitare pentru copiii/ persoanele adulte a căror stare de sănătate necesită acordarea serviciilor de specialitate, în vederea acoperirii nevoilor identificate ale acestora.

**Obiectiv strategic 9.** Dezvoltarea serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu handicap/în dificultate. Dezvoltarea de programe de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap, stimularea reinsertiei socio-profesionale, programe și servicii cu scopul accesibilizării mediului fizic și informațional.

**Obiectiv strategic 16:** Stimularea vieții active și a incluziunii sociale a copiilor și persoanelor provenite din grupuri sociale dezavantajate. Stimularea participării la viața comunității, creșterea stimei de sine și abilitarea socială.

## *Istoric și fundamentare din punctul de vedere al medicinei sociale*

**Medicina socială** este o ramură a medicinei și o parte a sănătății publice; ea se bazează pe constatarea conform căreia factorii sociali au o influență determinantă asupra fenomenului de sănătate și boală. Obiectul medicinei sociale este studiul stării de sănătate a populației în corelație cu factorii ce o influențează (diagnosticul stării de sănătate a populației și factorii etiologici).

**Sănătatea publică** reprezintă ansamblul cunoștințelor, deprinderilor și atitudinilor populației orientat spre menținerea și îmbunătățirea sănătății.

**Obiectul sănătății publice** îl reprezintă grupurile umane. Hanlon a definit sănătatea publică ca fiind știința protejării oamenilor și a sănătății, a promovării redobândirii sănătății prin efortul organizat al societății.

**Scopul sănătății publice** este să reducă: disconfortul, boala, incapacitatea (invaliditatea, handicapul), decesul prematur.

O definiție concisă a sănătății publice dată de Organizația Mondială a Sănătății, 1997, este: arta și știința prevenirii îmbolnăvirilor, prelungirea vieții și promovării sănătății prin mijloace de acțiune organizată ale societății ; acest lucru are ca premisă faptul că sănătatea este un proces care angajează resurse sociale, fizice, mentale și spirituale.

Deci, sănătatea publică este știința și arta care se preocupă cu :

- prevenirea îmbolnăvirilor
- prelungirea vieții
- promovarea sănătății prin efortul organizat al comunității

- sanitația și mediu
- educația pentru sănătate
- organizarea sistemului de sănătate astfel încât să permită accesul la un pachet de servicii de bază pentru întreaga populație.

În consecință noul concept al Organizației Mondiale a Sănătății, de sănătate publică include organizarea tuturor resurselor umane și a instituțiilor pentru furnizarea de servicii de sănătate în vederea promovării sănătății, prevenirii bolilor, diagnosticului și tratamentului bolilor și reabilitării fizice, sociale și profesionale, după ce au fost identificate nevoile de sănătate ale populației.

**Scopurile principale ale medicinei sociale sunt:**

- creșterea speranței de viață sănătoasă pentru populație;
- prevenirea deceselor evitabile sau premature;
- îmbunătățirea calității vieții pentru persoanele cu boli cronice pe termen lung sau disfuncții;
- ameliorarea stării de sănătate prin intermediul prevenirii.

Medicina socială este un domeniu interdisciplinar în care se regăsesc elemente din diferite discipline precum: epidemiologia, biostatistica, demografia, ecologie, igienă, etică, sociologia, dreptul, managementul și organizarea serviciilor de sănătate.

**Sănătatea** este un drept fundamental al omului; este o resursă esențială pentru individ, pentru comunitate și pentru societate în ansamblu.

Există o diversitate de definiții ale sănătății pentru care se folosesc multiple criterii. Cele utilizate cel mai frecvent sunt :

- bunăstarea funcțională,
- capacitatea organismului de a se adapta la condițiile variate de viață și de muncă,
- condiția umană care îl face pe individ creativ.

**Organizația Mondială a Sănătății** a definit sănătatea individuală „starea de bine din punct de vedere fizic, mintal și social și nu numai absența bolii sau a infirmității”.

Sănătatea grupurilor umane ar putea fi definită ca fiind o sinteză a sănătăților individuale apreciată într-o viziune sistemică, globală.

### **Diagnosticul stării de sănătate a populației**

Diagnosticul stării de sănătate a unei colectivități se face după un raționament similar cu cel pe care îl face medicul aflat în fața unui bolnav. În ambele situații trebuie parcurse, în mod obligatoriu, anumite etape, metodologia diagnosticului fiind practic aceeași. Trebuie știut, însă, că nu se poate face o extrapolare de la diagnosticul individual al unui bolnav la starea de sănătate sau boală a unei întregi comunități. Prezentăm mai jos după D.Enăchescu, M.Marcu (1997) o paralelă între diagnosticul stării de sănătate a individului și diagnosticul stării de sănătate a unei colectivități.

Diagnosticul stării de sănătate a unui individ	Diagnosticul stării de sănătate a unei colectivități
-Identificarea persoanei (nume, sex, vârstă, ocupație)	Identificarea grupului (distribuția pe vârste și determinarea vârstei medii care reprezintă "vârsta" grupului; distribuția pe sexe cu determinarea proporției sexului masculin, respectiv feminin, distribuția în funcție de alte variabile ca de exemplu: ocupație, grad de școlarizare, etc.
-Anamneza -Examenul clinic -Examenul paraclinic -Compararea informațiilor obținute cu "modelele" știute pentru diferite afecțiuni	Culegerea de informații în condiții cât mai standardizate, prelucrarea lor, calculându-se indici valorii medii și / sau valori relative și compararea rezultatelor obținute, cu anumite modele de referință.
- Diagnosticul sănătății sau bolii individului	- Diagnosticul sănătății comunității
- Determinarea etiologiei bolii	- Determinarea cauzelor probabil implicate
- Tratatamentul bolii ( etiologic, patogenic, simptomatic , etc.)	- "Tratatamentul" sub forma unui program de intervenție aplicat colectivității care vizează factorii "cauzali", de risc (de ex: modificarea comportamentelor) , sau boala a cărei frecvență a fost determinată.
- Control	- Control prin monitorizarea stării de sănătate a colectivității.

Sănătatea publică este privită ca un concept multifactorial fiind condiționată de mai mulți factori . Factorii care influențează starea de sănătate a unei populații pot fi grupați, după Lalonde în factori biologici, comportamentali (stil de viață), factori socio-economici (factori ambientali) care intervin în proporție de 90% în determinarea sănătății și asistența medicală, indiferent de tipul sistemului de sănătate în procent de 10%.

- Factorii biologici reprezintă zestrea biologică a fiecărui individ – ereditatea. Ei cuprind și caracteristicile demografice ale populației.
- Factorii ambientali se referă la:
  - factorii mediului fizic
  - factorii sociali
  - factorii economici
  - factorii culturali
  - factorii educaționali

• Factorii comportamentali – stilul de viață depinde de comportamente care, la rândul lor, sunt condiționate de factori sociali. Stilul de viață este deci rezultatul factorilor sociali și al comportamentelor, el se referă atât la obiceiuri alimentare cât și la riscurile profesiei și cele din timpul liber.

Serviciile de sănătate sunt de trei categorii :

- curative
- preventive
- recuperatorii

### Neecesitatea realizării centrului în zona în care este propus, oportunități și constrângeri:

- Contextului legislativ favorabil, prin promovarea noii legislații în domeniul serviciilor sociale, a sănătății, pentru persoanele marginalizate, codul fiscal. Apariția serviciilor publice de asistență socială, consolidarea comisiilor de dialog social sau de eradicarea sărăciei, programele de formare a resurselor umane finanțate din Fonduri Structurale, crează premisele de schimbare în favoarea integrării sociale a oricărei persoane cu risc de excludere sau marginalizată;

- Schimbării sistemului socio-economico, proces care luptă pentru reducerea discriminării și pentru materializarea noilor prevederi legale de esență europeană. Este un interes crescut față de persoanele marginalizate sau vulnerabile; Adordarea integrată a problematicii categoriilor sociale vulnerabile, prin intervenția personalizată, adaptată nevoilor psiho-socio-economice ale individului și ale comunității locale.

- Metodele pe care le folosim de implicare a diversilor actori sociali care reacționează pozitiv când sunt responsabilizați și implicați;

- Crearea unor modele standardizate de servicii ce pot fi implementate în comunități diferite ca valori, cultură și nivel economic;

- Existența unor modele de succes care pot inspira crearea centrului multifuncțional social.

### Modul în care obiectivele specifice și activitățile centrului răspund nevoilor individuale ale beneficiarilor direcți:

Stigmatizarea persoanelor marginalizate, dar și a celor care lucrează în domeniu este un fapt deseori întâlnit. În România problematica sărăciei și a marginalizării sunt considerate încă subiecte „tabu”. Conform Strategiei Naționale pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu hândicap sau a Strategiei Naționale Anti-sărăcie, a strategiei pentru sănătatea publică și igiena populației, factorii care mențin stigmatizarea sunt: lipsa interesului din partea instituțiilor și a publicului, instituții în stare de degradare, lipsa de resurse, sisteme inadecvate de gestionare a informației, legislație inadecvată. De aceea, pentru atingerea acestui obiectiv ne

propunem să acționăm printr-o serie de activități care să ducă la informarea oamenilor, prin editarea de materiale de informare în ceea ce privește marginalizarea și problemele asociate, în ceea ce privește starea de sănătate a populației și nevoia de intervenție medicală specifică oportună. Și pentru că suntem în era informatizării, când informațiile circulă cel mai rapid și mai eficient prin intermediul internetului, intenționăm ca instrumentele online pe care DGASPC Sector 6 le-a dezvoltat în ultimii ani să fie utilizați ca vectori de informare și promovare a serviciilor socio-medice în rândul comunității, dar și a posibilității accesării de către orice membru al comunității a rețelei de servicii sociale. Această structură va implementa activități de recuperare pentru mai multe tipuri de patologii. Intervenția va fi una interdisciplinară astfel încât programele specifice de recuperare medicală vor aborda într-un mod holistic atât aspectele medicale, cât și cele emoționale ale beneficiarilor. Activitățile de recuperare din cadrul **Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie** vor fi repartizate pe diferite specialități, pacienții vor avea parte de o supraveghere permanentă cu personal calificat, care va putea aplica în mod profesionist strategiile de recuperare specifice fiecărui client. Abordarea va fi una individualizată astfel încât șansele de recuperare și integrare socială să crească vizibil.

În cadrul **Centrului de Sănătate Multifuncțional Sf. Nectarie** vor fi furnizate servicii medicale, care vor urmări realizarea obiectivelor specifice ale proiectului, vizând obținerea unui impact favorabil asupra recuperării și integrării sociale a persoanelor marginalizate care solicită serviciile medicale:

- a) activități de asistență medicală: diagnostic medical, consult medical, administrare medicație;
- b) activități de terapie medicală;
- c) analize de laborator;
- d) activități de recuperare medicală prin terapii specifice;
- e) activități de consiliere psihologică, îndrumare pentru accesarea drepturilor prevăzute de legislația în vigoare;
- f) activități de orientare medicală către instituții de specialitate dacă centrul de sănătate nu are specialitățile necesare recuperării pacientului.

#### **Încadrare Legală**

- H.G. nr. 1434/2004 privind atribuțiile și Regulamentul-cadru de organizare și funcționare ale Direcției generale de asistență socială și protecția copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- Legea nr. 292/2011 asistenței sociale;

- Legea nr. 53/2003- Codul Municipii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

- Prevederile art.5<sup>2</sup> alin. (3) din O.G. nr. 70/2002 privind administrarea unităților sanitare publice de interes județean și local, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, cu modificările și completările ulterioare;
- H.C.L. Sector 6 nr.72/30.04.2015 privind aprobarea demarării procedurii de înființare a Centrului de sănătate multifuncțional „Sfântul Nectarie”- unitate sanitară cu personalitate juridică aflată în subordinea Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6;
- Avizul nr. D/21716/02.11.2015 al Direcției Management și Structuri Sanitare din cadrul Ministerului Sănătății;
- H.C.G.M.B. nr. 84/28.04.2016 privind aprobarea împuternicirii Consiliului Local Sector 6, prin Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6 să înființeze Centrul de sănătate multifuncțional „Sfântul Nectarie”- unitate sanitară cu personalitate juridică aflată în subordinea Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 6;
- Avizul nr. D/18478/26.09.2016 al Ministerului Dezvoltării Regionale și Administrației Publice.

**7. Grupul țintă și beneficiarii direcți ai Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie:**

- 500 de persoane /lunar – copii și persoane adulte, cu sau fără handicap, fără venituri sau cu venituri mici, cu domiciliul legal pe raza sectorului 6;
- Serviciile medicale de specialitate și medicamente pentru persoanele defavorizate din comunitatea locală a sectorului 6 se vor acorda în funcție de venitul pe membru de familie, după cum urmează :
- persoanele cu un venit de până la 600 lei /membru de familie sau 800 lei dacă este persoană singură vor beneficia de servicii medicale gratuite, în limita a 1000 lei/an;
  - persoanele cu un venit situat între 601 lei – 1000 lei/membru de familie sau 801-1200 lei dacă este persoană singură vor achita 50% din costuri ;
  - persoanele cu un venit de peste 1001 lei/membru de familie sau 1201 lei dacă este persoană sigură vor achita costurile integral.

**Informații despre modul în care se va face selecția beneficiarilor care vor avea acces la serviciul socio-medical înființat, grupe de vârstă, gradul și tipul handicapului, etc.**

## Evaluare primară sau înaintea implementării măsurilor de recuperare medicală și socială

După evaluarea situației sociale de către personalul desemnat din cadrul **Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie**, în baza solicitării persoanei, se va efectua **selectarea beneficiarilor** în funcție de criteriile medico-sociale stabilite. Ulterior, se va realiza, într-o primă fază, **intervenția primară** ce constă în evaluarea stării de sănătate de către echipa medicală de la nivelul cabinetului. Informația medicală va fi înregistrată într-un registru specific al pacienților. În baza evaluării se va decide dacă persoanele vor fi integrate într-un program de intervenție medicală specifică, precum și într-un program de monitorizare. De asemenea, cazurile care necesită anumite abordări complementare vor fi orientate către serviciile de asistență socială.

**Asistența medicală** propriu-zisă pentru copii și adulți se va acorda conform programului zilnic stabilit la nivelul fiecărui cabinet, agendei de lucru pe care o va realiza echipa medicală, care va avea în vedere și anumite intervenții în regim de urgență în funcție de cazuistică.

Tratamentul va fi asigurat ambulator, în funcție de gravitatea cazului și de specificul acestuia. Persoanelor care necesită intervenții medicale mai complexe sau internare, vor fi referite către spitalele de specialitate din București și din țară, la recomandarea medicului curant.

**Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie** va dispune și de o ambulanță socială care va realiza activitatea de transport pacienți de la și la domiciliu, către alte unități sanitare, deplasare și consultații, realizarea de tratament la domiciliul pacienților nedeplasabili din sectorul 6, la recomandarea medicilor.

### 8. Rezultate urmărite

Rezultatele sunt cuantificate, măsurabile și verificabile. Se corelează rezultatele cu activitățile.

În urma înființării centrului, estimăm următoarele rezultate:

- Un Centru de sănătate multifuncțional dedicat persoanelor defavorizate din sectorul 6;
- Un număr de 500 de persoane pe lună ai serviciilor de diagnostic și tratament, incluși în programul de reabilitare medicală;
- Un număr de 1000 de aparținători care primesc servicii directe de consiliere socială;
- Accesul la servicii medicale de calitate categoriilor sociale defavorizate;
- Programe de prevenire a imbolnavirilor, a răspandirii unor boli, în randul comunitatilor defavorizate;
- Plan integrat de informare și promovare servicii socio-medicale la nivelul comunitatii sectorului 6, utilizand instrumente clasice de promovare, cat și prin utilizarea instrumentelor online;
- 100% dintre beneficiari au planuri de intervenție medicală viabile în concordanță cu nevoile identificate;
- Crearea unui model de îngrijire și recuperare medicală a adulților adaptabil oricărei comunități din România, în conformitate cu standardele europene;

- Limitarea tendinței persoanelor pentru spitalizarea îndelungată din motive sociale. Ne așteptăm ca fiecare beneficiar să aibă o mai bună calitate a vieții între intervențiile din spitale;
- O mai bună înțelegere și o mai bună practică de advocacy în domeniul promovării și respectării drepturilor persoanelor marginalizate, în concordanță cu practicile Europene existente în favoarea punerii în practică a politicilor naționale;
- Reducerea spitalizării pe termen lung în locuri uneori neadecvate pentru nevoile persoanei, în rândul persoanelor adulte prin facilitarea accesului la servicii de recuperare socio-medicală adaptate fiecărui pacient;
- Modelele specifice de intervenție specializată prin terapie ocupațională pentru fiecare tip de handicap somatic, fizic, auditiv, vizual și mental;

Indicatori care vor fi urmăriți în raport cu rezultatele :

Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie pentru persoane vulnerabile/marginalizate oferă servicii de diagnostic și terapie adresate unei arii largi de patologii:

- 500 de persoane evaluate lunar pentru integrarea în programe de recuperare medicală;
- Un serviciu social de ambulanță, transport și acordare tratament și îngrijire la domiciliu;
- Selectarea unei echipe medicale interdisciplinare profesioniste pentru implementarea activităților Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie;

## 9. Impact

Cum va îmbunătăți Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie viața beneficiarilor?

Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie susține recuperarea medicală, reabilitarea și incluziunea socială a adulților marginalizați, o categorie profund afectată de schimbările legislative, de mentalitatea oamenilor, de lipsa cunoștințelor din domeniu, de ignoranță, de alte urgențe și priorități impuse.

**Se vizează asigurarea unor servicii medicale de specialitate, la un nivel performant, competitiv, pentru persoanele care altfel nu ar avea accesibilitate la aceste tipuri de servicii din rațiuni sociale, psihologice și economice.**

- facilitează accesul persoanelor marginalizate la servicii de terapie medicală specializată în domeniile diverse specificate în metodologie;
- vine să răspundă intereselor specifice ale persoanelor adulte marginalizate, raportate la complexitatea nevoilor generate de situația de patologie medicală;
- promovează principiul șanselor egale, respectului confidențialității, respectul față de oameni;



- se bazează pe permanenta evaluare a beneficiarilor, dorește modernizarea acestor sisteme de evaluare adaptate la cerințele legislației în vigoare.
- promovează intervenția timpurie prin evaluare și diagnostic medical adecvat și realizarea unor planuri de recuperare individualizate la nevoile fiecărui client;
- asigură un mediu securizant cu personal specializat precum și cu echipamente adecvate pentru implementarea pe termen scurt sau lung a strategiilor de recuperare medicală;
- persoanele adulte marginalizate vor beneficia de recuperare adecvată, de intervenție specializată, în afara mediului de viață, în condiții de maximă siguranță și cu dotările de specialitate;
- beneficiarii vor avea șanse crescute de reintegrare în comunitate, primind sprijin ulterior prin strategiile de asistență socială comunitară;

Obiectivul general al **Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie** este de a dezvolta un serviciu comunitar complex de recuperare și reabilitare a adulților marginalizați în comunitate, centrat pe nevoile acestora într-un timp specific fiecărei afecțiuni și a particularităților fiecărui caz în parte. Prin activitățile acestui serviciu vizăm să dezvoltăm servicii de îngrijiri complexe în favoarea recuperării și includerii sociale a persoanelor vulnerabile și în favoarea reducerii spitalizării pe termen lung prin facilitarea accesului la servicii de recuperare socio-medicală. Să dezvoltăm parteneriatul și cooperarea cu instituțiile neguvernamentale și cu ceilalți actori sociali pentru dezvoltarea unei structuri comunitare de servicii de îngrijire, bazat pe un model de bună practică acceptat la nivel european și în respectul standardului minim de calitate.

Optimizarea serviciilor sociale acordate beneficiarilor se va realiza prin:

- crearea unui **centru de sanatate** funcțional, adaptat nevoilor beneficiarilor în cadrul căruia se va acorda asistență recuperatorie complexă, adaptată specificului individual, pentru susținerea unei vieți independente;
- crearea unor echipe interdisciplinare medicale și sociale de specialiști care să intervină eficient în cazuistica fiecărui beneficiar, în conformitate cu standardele minime de calitate aplicabile spitalelor și unităților medico-sociale;
- implicarea activă a beneficiarilor în procesele terapeutic- recuperativ în implementarea recomandărilor cuprinse în planul individualizat de recuperare/intervenție;
- promovarea unei atitudini pozitive la nivelul comunității și sensibilizarea acesteia cu privire la problematica integrării sociale a persoanelor vulnerabile/marginalizate;

#### **Care va fi impactul Centrului de sănătate multifuncțional "Sf. Nectarie" asupra comunității locale și autorităților locale?**

- Asigurarea accesului echitabil la servicii medico-sociale categoriilor defavorizate social, din comunitatea sectorului 6;
- Încurajarea pentru promovarea în România a instituțiilor medico-sociale și implicarea activă în aplicarea standardelor profesionale în meseriile medicale în domeniul recuperării și reabilitării;

- Dezvoltarea programelor de prevenire a apariției unor boli la nivelul comunităților sarace.
- Monitorizarea stării de sănătate a persoanelor provenind din grupurile vulnerabile;
- Contribuirea la dezvoltarea serviciilor medicale pentru includerea persoanelor defavorizate și reducerea sărăciei;
  - Creșterea calității în serviciile medicale și sociale oferite persoanelor marginalizate/vulnerabile, aparținătorilor acestora sau altor persoane aflate în risc social;
  - Creșterea încrederii în a colabora și a crea servicii complementare medico-sociale cât și implicarea directă în rezolvarea unei probleme complexe a membrilor comunității;
  - Implicarea directă a DGASPC sector 6 în punerea în practică a noilor prevederi legale de către autoritățile locale prin oferirea unui model viabil **Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie**;
    - Creșterea înțelegerii asupra nevoilor comunității și disponibilității folosirii experienței altor instituții pentru a asigura diversitatea necesară;
    - Creșterea credibilității centrelor de sănătate multifuncționale și serviciilor medico-sociale;
    - Dezvoltarea mecanismelor consultative cu alți actori sociali;
    - Folosirea acelor prevederi menționate în procesul de integrare europeană referitoare la dezvoltarea locală și la creșterea cooperării între autoritățile locale, societatea civilă.

**Măsurile care se vor lua pentru a asigura un impact îndelungat al Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie**

- a) asigurarea condițiilor fizice optime pentru implementarea unor programe eficiente de reabilitare medico-socială;
- b) asigurarea sustenabilității prin susținere financiară și prin resursă umană ;
- c) asigurarea unui sprijin interdisciplinar medical și social pe termen lung pentru pacienții, astfel încât să fie asigurate premisele unei recuperări eficiente ;
- d) comunicarea cu toți actorii sociali care pot sprijini prin expertiză intervenția în cadrul centrului social de sănătate;
- e) comunicarea transparentă periodică a rezultatelor;
- f) asigurarea unei metodologii de evaluare internă astfel încât să fie asigurat un management performant al **Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie**;
- g) asigurarea unor programe de formare continuă a personalului medical și social de specialitate ;

**10. Structura Centrului de Sănătate Multifuncțional „ Sf. Nectarie”**

Centrul de sănătate multifuncțional „Sf. Nectarie”, va funcționa în imobilul situat în Bd. Uverturii nr. 81, sector 6, București și va oferi servicii medicale categoriilor defavorizate social.

În incinta Centrului de Sănătate Multifuncțional „ Sf. Nectarie” vor funcționa cabinete medicale cu specializarile:

- o Medicina Muncii
- o ORL
- o Chirurgie/Ortopedie
- o Oftalmologie
- o Psihiatrie
- o Neurologie
- o Medicina Internă
- o Ginecologie
- o Diabetologie – nutritive
- o Cardiologie
- o Reumatologie
- o Dermatologie
- o Pediatrie
- o Psihologie
- o Laborator de analize
- o Ambulanța socială

Ambulanța Socială oferă servicii de îngrijire medicală la domiciliul persoanei imobilizate (consultații medicale, tratamente injectabile, tratamente plagi/escare, recuperare medicală).

Ambulanța socială va oferi transport pacienților imobilizați sau nedeplasabili către și/sau de la consult medical de specialitate, precum și transport în vederea internării / externării.

La nivelul Sectorului 6 a fost identificată și o problemă specială, aceea a persoanelor aflate în situație de criză. (cazurile persoanelor ce se află în situații de risc social și care necesită intervenție imediată pentru prevenirea degradării fizice și sociale, pentru evitarea riscului vital și care îndeplinesc una dintre următoarele condiții: nu au locuință în proprietate, în folosință, locuiesc în condiții improprie, sunt persoane vârstnice, dependente, sunt încadrate în categoria persoanelor cu handicap sau invaliditate, fiind dependente și fără susținători legali, sunt victime ale violenței domestice, sunt preluate din spital).

Numeroase persoane în vârstă își duc existența în locuințe insalubre, nu se pot deplasa în afara locuinței și nu își pot cumpăra singure alimente și medicamente. Acest mod de viață conduce la degradarea precoce a stării fizice și psihice a acestora. Numărul mare de persoane aflate în risc medical și social, care nu sunt preluate de sistemul medical de stat, deoarece cazurile acestea nu sunt considerate urgențe conform reglementărilor medicale legale în vigoare, au condus la necesitatea rezolvării, pe plan local, a acestor cazuri medicale considerate cronice de către sistemul medical și, prin urmare, nepreluate de către acesta.

A lăsa categoriile sociale în baza spitalelor ar fi o eroare, întrucât lipsa veniturilor le îngreșează acestora accesul la sistemul asigurărilor de sănătate și implicit la actul medical, iar costurile de îngrijire ar fi semnificativ mărite. Totodată, numărul important de cazuri sociale cazate în spitale pentru perioade lungi de timp a creat supraaglomerarea unităților sanitare, suprasolicitarea cadrelor medicale și implicit creșterea costurilor spitalicești.

"Ambulanța Socială" va duce la scăderea cheltuielilor din sistemul sanitar, precum și la răspunsul, în timp real, la nevoile membrilor comunității aflați în risc de marginalizare socială.

Se au în vedere:

- asigurarea de asistență medicală pentru persoanele defavorizate aflate în evidențele DGASPC S6, precum și din comunitatea sectorului 6;

- asigurarea unui serviciu medical în caz de calamități pentru copii, persoanele vârstnice, oricare persoane cu probleme de sănătate care necesită sprijin imediat;

- acțiuni umanitare prin care sunt oferite ceai cald, alimente, articole de îmbrăcăminte, încălțăminte și pături pentru persoanele fără adăpost, în perioadele în care se înregistrează temperaturi foarte scăzute; capacitatea de a interveni în caz de accidente, incendii și alte situații de urgență, prin patrularea zonelor sectorului cu echipajele mobile ale „Ambulanței Sociale“;

- programări pentru consultul populației din diferite cartiere ale Sectorului 6;

Ambulanța Socială dispune de o autosanitară, dotată cu aparatură medicală și echipă mobilă de intervenție: medic, asistent medical și ambulațier.

## 11. RESURSE UMANE

Selectarea și formarea personalului Centrului de Sănătate Multifuncțional „Sf.Nectarie”

- Echipa de management (directorul general și directorul medical) va fi selectată de către DGASPC Sector 6;

Selectarea personalului care își va desfășura activitatea în noua structură se va realiza de către Centrul de Sănătate Multifuncțional „Sf.Nectarie” și va avea în vedere întreaga echipă a centrului de sănătate, atât componenta de management, componenta tehnică și socială, cât și echipa medicală și de suport specific pentru beneficiari.

### DESCRIERE:

**În cadrul activității de asistență medicală se asigură:**

• îngrijirea asistaților conform prescripției medicului și menținerea sănătății în concordanță cu misiunea unității și nevoile pacienților;

• izolarea în caz de boli contagioase și internarea de urgență în spitale a celor care au recomandare în acest sens;

• respectarea normelor legale în vigoare privind eliberarea rețetelor, înregistrarea, depozitarea, manipularea, distribuția și administrarea medicamentelor;

• în caz de boală în fază terminală sau deces, toate serviciile de îngrijire necesare precum și servicii spirituale, religioase, cu respectul demnității personale;

• asigură fiecărui beneficiar un program de recuperare care are ca finalitate dezvoltarea autonomiei personale a acestuia;

• organizarea procesului de spălare și dezinfecție a echipamentului;

- **Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie** aplică măsurile de prevenire și control al infecțiilor, în conformitate cu legislația în vigoare;
- beneficiarii sunt protejați contra riscului infecțiilor;
- în **Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie** există condiții de menținere a sănătății beneficiarilor și a colectivității.

*Indexul activităților care vor fi asumate de Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie:*

- a) asigură condițiile igienico-sănitare corespunzătoare persoanei asistate, precum și întreținerea și folosirea eficientă a bunurilor din dotare;
- b) asigură activitatea de diagnostic medical prin personalul și laboratorul de specialitate;
- c) asigură realizarea activităților de recuperare medicală specifice diagnosticului;
- d) acordă sprijin și asistență de specialitate în vederea prevenirii situațiilor care pun în pericol siguranța persoanelor potențial beneficiare;
- e) monitorizează și analizează situația persoanelor, ulterior finalizării programelor de recuperare;
- f) asigură aplicarea Strategiei Locale de Asistență Socială, în vederea asigurării creșterii calității activității de protecție specială a persoanelor asistate;
- g) realizează pentru fiecare beneficiar un programul individualizat de recuperare, medicală în concordanță cu diagnosticul;
- h) identifică mediile în care poate fi reintegrată orice persoană beneficiară care a parcurs programele de recuperare, reabilitare și a beneficiat de consiliere;
- i) asigură consiliere și informare privind problematica socială (probleme familiale, psihologice, etc.);
- j) asigură asistență medicală curentă și de specialitate, recuperare și îngrijire a beneficiarilor;
- k) dezvoltă parteneriate și colaborează cu instituțiile neguvernamentale și cu alți reprezentanți ai societății civile, în vederea diversificării și îmbunătățirii programelor de recuperare, în funcție de realitățile și specificul local;
- l) intervine în combaterea și prevenirea instituționalizării ca posibilitate de abuz din partea familiei;
- m) intervine în sensibilizarea comunității la nevoile specifice persoanelor marginalizate;
- n) asigură respectarea standardelor și indicatorilor stabiliți de autoritățile competente în domeniu;
- o) promovează dezinstituționalizarea prin strategii specifice;
- p) gestionează fondurile alocate în conformitate cu specificul activității desfășurate.

## 12. Activitatea de informare

Informarea se va realiza prin promovare și informarea presei și a comunității locale, utilizând mijloace clasice de informare și promovare, cât și noile tehnologii și instrumente de promovare online. Informarea se va realiza cu transparență, respectând legislația în vigoare privind drepturile omului, confidențialitatea beneficiarilor și codul de conduită.

### Rezultatele campaniilor de promovare:

- o mai bună informare a comunității cu privire la serviciile Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie;
- creșterea gradului de conștientizare a comunității cu privire la nevoile de recuperare medicală a beneficiarilor și a categoriei grup țintă;
- scoaterea din izolare și diagnosticarea și asistarea medicală a cel puțin 500 de persoane lunar;
- creșterea gradului de cunoaștere al presei vis-à-vis de problematica persoanelor marginalizate;
- atragerea de sponsori sau persoane/instituții care pot sprijini activitatea viitoare a Centrului de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie.

## 13. Surse de finanțare

Centrul de sănătate multifuncțional Sf. Nectarie va fi susținut din următoarele surse:

- bugetul Consiliului Local Sector 6
- coplata de la persoanele asistate care beneficiază de servicii medicale.
- decontări de la CNAS

Alocarea bugetară va fi realizată anual specific pe fiecare capitol bugetar pentru a se asigura cheltuielile necesare desfășurării activității în ceea ce privește resursa umană, cheltuielile de întreținere, etc.

Director General,  
Gabriela Schmutzer



PREȘEDINTE DE SEDINȚĂ,

TRAIAN ZANĂ

