

**PROIECT DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A
SERVICIILOR SOCIO-MEDICALE LA
CENTRUL MULTIFUNCȚIONAL DE
SĂNĂTATE SF. NECTARIE –
UNITATE SOCIO-MEDICALĂ**

CUPRINS: Propunere tehnică de proiect

- 1. Titlul proiectului**
- 2. Obiectivul vizat**
- 3. Scopul proiectului**
- 4. Obiectivele specifice ale proiectului**
- 5. Rezumatul proiectului**
- 6. Justificarea proiectului**
 - Descrierea situației actuale și nevoia careia i se adresează proiectul.
 - Date demografice și analize sociale
 - Istoric și analiza sărăciei în mediul urban
 - Sărăcia urbană București și sectorul 6 (metodele analitice ale Institutului de Cercetare a Calității Vieții)
 - Date administrative și demografice sectorul 6
 - A) SECTORUL 6 ÎN CIFRE
 - B) Structura populației
 - C) Populația stabilă și densitatea populației Sectorului 6 în anii 2000 – 2010
 - D) 1. Miscarea naturală a populației în sectorul 6 în anii 2000 și 2010
 - 2. PENSIONARI
 - 2.1. NUMĂRUL MEDIU DE PENSIONARI
 - 2.2. PENSIA MEDIE LUNARĂ
 - 2.3. DINAMICA NUMĂRULUI MEDIU DE PENSIONARI Anul 2000-2010
 - 2.4. DINAMICA PENSIEI MEDII LUNARE Anul 2000-2010
 - 2.5. INDICII PENSIEI MEDII REALE A PENSIONARILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT
 - 2.6. REPARTIZAREA EFECTIVULUI DE PENSIONARI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT, PE GRUPE DE PENSII
 - 3. ȘOMERI
 - 3.1. NUMĂRUL ȘOMERILOR ÎNREGISTRAȚI, LA 31 DECEMBRIE (2000-2008)
 - 3.2. NUMĂRUL ȘOMERILOR ÎNREGISTRAȚI, LA 31 DECEMBRIE (2009-2010)
 - 3.3. ȘOMERI ÎNREGISTRAȚI, DUPĂ NIVELUL DE INSTRUIRE, LA 31 DECEMBRIE
 - Studiu: Sărăcie
 - Situația Handicapului
 - Contextul Strategiei D.G.A.S.P.C. sector 6
 - Istoric și fundamentare din punctul de vedere al medicinei sociale
 - Necesitatea proiectului în zona în care este propus, oportunități și constrângeri
 - Modul în care obiectivele specifice și activitățile proiectului răspund nevoilor individuale ale beneficiarilor direcți
 - Încadrare legală
- 7. Grupul țintă și beneficiarii direcți ai proiectului**
- 8. Rezultate urmărite**
- 9. Impact**
- 10. Activitățile proiectului**
- 11. Metodologia de implementare**
- 12. Resurse alocate pentru implementarea proiectului**
- 13. Sustenabilitatea proiectului**
- 14. Buget centru multifuncțional iunie-decembrie 2013**

PROPUNERE TEHNICĂ DE PROIECT

BENEFICIAR

Denumire Instituția care implementează proiectul	Centrul Multifuncțional de Sănătate “Sfântul Nectarie ”- unitate socio-medicală
Formă juridică	Instituție Publică în Subordinea Consiliului Local al Sectorului 6 București
Date de contact (adresa completă, inclusiv cod postal, telefon, fax, e-mail)	Bulevardul Uverturii, Nr.81, Sector 6, București Tel. 0376.203294, e-mail: cms_sf.nectarie@yahoo.com

PARTENER

Denumire Instituția care implementează proiectul	Asociația pentru Parteneriat și Alianțe Strategice LIFEGATE
Formă juridică	Asociație înființată în baza legii asociațiilor și fundațiilor
Date de contact (adresa completă, inclusiv cod poștal, telefon, fax, e-mail)	Sat. Corbeanca, Comuna Corbeanca, Strada Ogorului, nr.50, Jud. Ilfov Tel.021.3191888 Fax 021.3191877 asociația.lifegate@yahoo.com

1. Titlul proiectului

Proiect de îmbunătățire a serviciilor socio-medicale la Centrul multifuncțional de sănătate ”Sf. Nectarie”.

2. Obiectivul vizat

A. Optimizarea serviciilor socio-medicale pentru cetățenii vulnerabili, pentru populația asistată social și pentru toate persoanele asigurate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate din sectorul 6.

B. Dezvoltarea unor servicii integrate de asistență medicală preventivă și curativă.

3. Scopul proiectului

Transformarea spitalului într-un **Centru Multifuncțional de sănătate** cu capacitate de primire, diagnostic și tratament în sistem ambulatoriu și spitalizare de zi pentru 20 de paturi, pentru cetățenii sectorului 6 care sunt într-o situație socială de vulnerabilitate și au nevoie de intervenție medicală de specialitate, pentru populația asistată social și pentru **toate persoanele asigurate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate** din sectorul 6.

4. Obiectivele specifice ale proiectului

a) Dezvoltarea unei structuri comunitare de servicii de îngrijire medicală pentru adulții vulnerabili având calitatea de asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate cât și pentru

persoanele neasigurate dar cu venituri care nu-i fac eligibili pentru asistarea socială cu rezidența în sectorul 6 bazat pe un model de bună practică acceptat și implementat în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

b) Furnizarea de servicii medicale corespunzătoare nevoilor evaluate ale persoanelor marginalizate sau vulnerabile, cu sau fără handicap, precum și a persoanelor neasigurate dar cu venituri care nu-i fac eligibili pentru asistența socială și nu în ultimul rând pentru persoanele asigurate pentru recuperarea lor funcțională dar și pentru integrarea lor medico/socială;

c) Participarea activă a persoanelor adulte la demersurile specifice din cadrul Centrului Multifuncțional, privind valorificarea potențialului lor recuperator și facilitarea accesului la serviciile sociale colaterale adecvate nevoilor identificate;

d) 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 și nu numai acestora ci a întregii populații asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate precum și asistarea persoanelor neasigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

f) Creșterea accesului populației sectorului 6 la servicii medicale integrate prin sporirea și diversificarea tipurilor de servicii diagnostice și terapeutice oferite

g) Calificarea personalului care asistă și însoțește persoanele cu handicap. Creșterea calității serviciilor prestate de aceștia prin corelarea activităților desfășurate la domiciliu cu cele oferite de Centrul multifuncțional.

h) Identificarea nevoilor socio-medicale ale populației sectorului pentru dezvoltarea de structuri corespunzătoare acestor nevoi.

i) Oferirea de servicii socio-medicale la domiciliu supravegheate de personalul medical al Centrului Multifuncțional.

j) Informarea populației sectorului 6 referitor la furnizorii de servicii medicale de pe raza sectorului, creșterea accesului persoanelor asigurate la aceste servicii.

k) Informarea și educarea populației sectorului 6 pentru o viață sănătoasă, inițierea unor campanii de dezvoltare a obiceiurilor sănătoase și de prevenție a bolilor cu impact major și efecte invalidante.

l) Calificarea persoanelor cu dizabilități, a persoanelor vulnerabile, a persoanelor asistate social în domenii conexe actului medical cu creșterea reinsertiei acestora.

5. Rezumatul proiectului

SCOPUL proiectului este transformarea spitalului social de recuperare medicală a persoanelor adulte marginalizate din sectorul 6 într-un **Centru multifuncțional de sănătate** în care atât persoanele neasigurate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate cât și persoanele asigurate să beneficieze de servicii socio-medicale integrate, de susținere pentru reintegrarea profesională și reinsertia socială.

Totodată scopul proiectului este și acela de a presta serviciile medicale de recuperare al persoanelor aflate în evidența Comisiei de expertiză a handicapului conform planului de recuperare stabilit.

Un alt scop este calificarea persoanelor care asistă persoanele vulnerabile, persoanele cu dizabilități și vârstnicii cu conexarea acestora la servicii socio-medicale adaptate nevoilor acestora.

Nu în ultimul rând activitățile de informare a populației referitoare la prevenția medicală prin campanii mediatice și prin intermediul unor mediatori sanitari vor avea un impact major în schimbarea comportamentelor copiilor și adulților cu îmbunătățirea stării de sănătate și creșterea serviciilor de prevenție în detrimentul celor de recuperare.

Asocierea cu o fundație care va gestiona serviciile medicale prin intermediul unui furnizor de servicii medicale aflat în relații contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate și care beneficiază de acreditarea instituțiilor recunoscute precum și de acreditarea RENAR recunoscută internațional va asigura furnizarea unor servicii medicale la cele mai înalte standarde precum și un control al instituțiilor abilitate.

Transformarea spitalului social în **Centru multifuncțional de sănătate** va fi de fapt o adaptare la nevoile beneficiarilor aducând după sine o creștere a adresabilității și accesibilității mai multor categorii de cetățeni la servicii medicale integrate.

Transformarea celor 48 de paturi de spital social în 20 de paturi de spitalizare de zi va crește numărul persoanelor monitorizate și tratate pentru afecțiuni cronice dintr-o gamă diversificată de specialități – medicină internă, cancer, diabet, recuperare medicală, neurologie, geriatrie și gerontologie etc.

Centrul multifuncțional de sănătate se va constitui într-un model de bună practică prin diversificarea și integrarea serviciilor oferite.

Avantajele Proiectului de transformare a spitalului social în Centru Multifuncțional :

- facilitează accesul **persoanelor adulte marginalizate** la servicii medicale de specialitate atât în ambulatorul de specialitate cât și în cadrul unor spitalizări de zi pentru monitorizare și tratarea afecțiunilor cronice, susținute de Centrul Multifuncțional de sănătate,
- facilitează accesul **persoanelor adulte asigurate** prin sistemul de asigurări sociale de sănătate la servicii medicale de specialitate la care se **adaugă componenta socială** susținută de Centrul Multifuncțional de sănătate,
- facilitează accesul **persoanelor adulte neasigurate** prin sistemul de asigurări sociale de sănătate dar cu venituri ce nu-i fac eligibili pentru asistența socială la servicii medicale de specialitate susținute parțial (procente graduale în funcție de venituri) de Centrul Multifuncțional de sănătate,
- facilitează accesul **copiilor sub 18 ani asistați social** la servicii medicale de specialitate în ambulatorul de specialitate **fără susținerea cu fonduri pentru aceste servicii din partea** Centrului Multifuncțional de sănătate,
- prestează servicii medicale de recuperare a persoanelor care au fost încadrate într-un grad de handicap de către Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap Adulți din sectorul 6;
- califică personalul care asistă persoanele vulnerabile din sectorul 6 stabilind nevoile persoanelor asistate și coordonând serviciile medicale adresate acestor persoane;
- educă și informează populația referitor la serviciile medicale de prevenție, diagnostic și tratament ;
- crește impactul măsurilor sociale prin integrarea și completarea cu serviciile medicale;

Beneficiarii noului Centru multifuncțional :

- **Numărul beneficiarilor:**
 - **6.000 persoane/lună** indiferent de vârstă ASIGURAȚI prin FNUASS costuri suportate de fundație
 - **500 -1.000 persoane/lună ASISTATE SOCIAL ȘI SUPORTATE DE CENTRUL MULTIFUNCȚIONAL DE SĂNĂTATE** în ambulatorul de specialitate pentru diagnostic, tratament, monitorizare boli cronice.
 - **5.000 persoane adulte/ an NEASIGURATE** în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și **ASISTATE SOCIAL ȘI SUPORTATE DE CENTRUL MULTIFUNCȚIONAL DE SĂNĂTATE** pentru servicii de spitalizare de zi, pentru monitorizare și tratament boli cronice

Asistența socială se va acorda persoanelor neasigurate din sectorul 6, după cum urmează :

- **persoanele cu un venit de până la 705 lei /membru de familie vor beneficia se servicii medicale gratuite , în limita a 700lei , cu posibilitatea de extindere până la 800 lei;**
- **persoanele cu un venit situat între 706 lei/membru – 1000 lei/membru vor achita 30% din costuri ;**
- **persoanele cu un venit situat între 1001 lei/membru - 1500 lei/membru vor achita 50% din costuri ;**
- **persoanele cu un venit situat între 1501 lei/membru - 2000 lei/membru vor achita 70% din costuri ;**

- **persoanele cu un venit de peste 2000 lei/membru vor achita costurile integral.**
- **Vârsta beneficiarilor va fi :**
 - ✓ **în ambulator:**
 - **copii până la vârsta de 18 ani;**
 - **adultți asigurați și neasigurați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**
 - ✓ **în spitalizarea de zi:**
 - **adultți asigurați și neasigurați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**
- **Situație socială :**
 - **venituri mici** – neasigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate asistați social
 - **venituri mici** – asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate asistați de fundație
 - **șomaj** – neasigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate asistați social
 - **șomaj** – asistați de fundație pt cei asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate
 - **situație medicală și socială de vulnerabilitate** (criterii detaliate în capitolul specific) – neasigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate asistați social
 - **situație medicală și socială de vulnerabilitate** (criterii detaliate în capitolul specific) – asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate asistați de fundație

6. Justificarea proiectului

Descrierea situației actuale și nevoia căreia i se adresează proiectul.

Date demografice și analize sociale

Peste 6,6 milioane de români suferă de lipsuri materiale severe, cea mai mare cifră din UE, dintr-un total de aproape 9 milioane de persoane care trăiesc în sărăcie sau riscă să ajungă în aceasta situație, reiese din datele prezentate de Eurostat.

Potrivit informațiilor Eurostat, 41,4% din populația României riscă sărăcia sau excluderea socială, reprezentând 8,89 milioane de persoane dintr-o populație totală de 21,47 milioane luată în calcul de biroul de statistică al UE. Datele au fost colectate la nivelul anului 2010.

Statele UE cu cele mai ridicate procentaje din populație care riscă sărăcia sunt Bulgaria (42%), România (41%), Letonia (38%), Lituania (33%) și Ungaria (30%). La polul opus se regăsesc Cehia (14%), Suedia și Olanda (15% fiecare), Austria, Finlanda și Luxembourg (17% fiecare).

Totodată, 31% din populația României suferă de lipsuri materiale severe, reprezentând 6,65 milioane de persoane conform bazei de calcul utilizată de Eurostat.

Categoria persoanelor care trăiesc cu lipsuri materiale severe cuprinde populația afectată de cel puțin patru din următoarele probleme:

- nu pot plăti la timp chiria, ipoteca sau facturile la utilități,
- nu-și permit să-și încălzească în mod adecvat locuința,
- nu pot face față cheltuielilor neașteptate,
- nu își permit o masă cu carne, pește sau alt tip de hrană bogată în proteine cel puțin odată la două zile,
- nu își permit o vacanță de o săptămână în fiecare an,
- nu pot deține și întreține un automobil, o mașină de spălat, un televizor color sau un telefon, fix sau mobil.

Statistica privind persoanele care suferă de lipsuri materiale grave subliniază diferențele de nivel de trai dintre statele UE. Astfel, dacă în România și Bulgaria 31% (2,6 milioane de persoane), respectiv 35% din populație se încadrează în această categorie, Luxembourg figurează cu 0,5%, Suedia cu 1,3%, iar Austria cu 2,2%.

La nivelul UE, 23,4% dintre persoane riscă sărăcia sau excluderea socială, iar 8,1% suferă de lipsuri materiale severe.

În statele central-est-europene, 27,4% din populația Letoniei trăiește cu lipsuri materiale grave, 21,6% (2,1 milioane) în Ungaria, 19,5% în Lituania, 14,2% (aproximativ 5 milioane) în Polonia, 11,4% în Slovacia, 9% în Estonia.

În Grecia, epicentrul crizei datoriilor de stat din zona euro, 11,6% din populație se încadrează în această categorie.

Spania, cu un șomaj care persistă în apropierea cotei de 20%, figurează cu o cotă de numai 4% la nivelul anului 2010, mai mică decât cea a Franței (5,8% - 3,5 milioane de persoane), a Marii Britanii (4,8%) sau a Germaniei (4,5% - 3,6 milioane).

O proporție de 33% dintre români întâmpină privațiuni materiale grave, iar 8% din populația totală a Uniunii Europene se confruntă cu astfel de probleme - relevă un studiu al Eurostat (Oficiul de Statistică al Comunităților Europene), publicat recent. Nivelurile cele mai reduse ale acestui indicator se înregistrează în Luxemburg, Suedia, Olanda, Danemarca și Spania (fiecare sub 3 la sută).

Studiul, arată că 17% din populația Uniunii Europene (81 de milioane de persoane) era în anul 2008 expusă riscului sărăciei după transferurile sociale, ceea ce înseamnă că venitul disponibil al respectivelor persoane era mai mic decât pragul sărăciei la nivel național în țările lor. Cele mai ridicate rate ale acestui indicator se înregistrează în Letonia (26%), România (23%) și Bulgaria (21%), iar cele mai mici în Republica Cehă (9%), Olanda și Slovacia (fiecare câte 11%). Un obiectiv al Strategiei Europa 2020 este scoaterea din categoria celor expuși sărăciei și excluziunii sociale în UE **a cel puțin 20 de milioane de persoane până în 2020**.

Progresele către atingerea acestui obiectiv sunt măsurate în funcție de 3 indicatori – persoane aflate în risc de sărăcie, persoane ce întâmpină privațiuni materiale grave și persoane ce locuiesc în menaje cu intensitate a muncii foarte scăzută. În anul 2008, 116 milioane persoane erau afectate de cel puțin una din aceste 3 forme de excluziune socială.

Dintre statele membre, cele mai ridicate rate erau în Bulgaria (45% din populație), România (44% din populație), Letonia (34% din populație) și Polonia (31%), iar cele mai reduse în Olanda, Suedia și Republica Cehă (15%).

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 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 zona.

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 criza 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 ramas 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 munca. 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 al 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 comunitara 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 capitala de județ) sunt considerabil mai sărace decât satele mari, centrul administrativ de comună, mai ales dacă se afla 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 regăsește în cele mai multe analize.

Totusi, 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 îmbatrânită;
- 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, desfașurată în toate direcțiile:

- **un proces de sărăcie a majorității populației**, produs atât prin erodarea veniturilor cât 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 datorii, 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: datorii

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.

Asadar, **dupa 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 majorității 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 în 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 redresarea 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, adapost, 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 nedevelopării 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 limită sau sub limita minimului necesar, fiind percepută pe fondul general al căderii economice, tranziția fiind considerată generatoarea unui proces de sărăcie de masă.

În afara 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 persoana 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 boala cronică - care necesită cheltuieli lunare cu medicamentele de întreținere și analizele medicale;

Date administrative și demografice sectorul 6

A) SECTORUL 6 ÎN CIFRE

Populația: 376.480 locuitori, fiind al doilea sector al Capitalei din punct de vedere al numărului de locuitori.

Suprafața: 37 kmp

Conducerea Primăriei Sector 6: Primar, Viceprimar, Secretar și Administrator Public.

Așezare: Este parte componentă a Municipiului București, fiind al doilea sector al Capitalei din punct de vedere al suprafeței. Sectorul 6 se află foarte aproape de Gara de Nord, principalul nod feroviar al țării și de Gara Basarab. Din partea de vest a Sectorului 6 pleacă drumul european E70. Totodată există legături cu toate celelalte sectoare ale Capitalei.

Fondul de locuințe: Cetașenii 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. Totalul locuințelor din sector este de 155.795.

Structura populației: Din punct de vedere a structurii populației pe grupe de vârstă, în Sectorul 6 cel mai mare număr de locuitori se afla între 14 și 54 ani.

Populație totala activa: 161.361

Populația ocupata: 149.972

Șomeri: 11.393

Populație totala inactiva: 215.115

Pensionari: 96.370

Populația stabilă și densitatea populației Sectorului 6 în anii 2000 - 2010

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total sector	401779	359396	361825	360638	371050	371861	371819

-femei	211399	192898	194185	193536	197955	198246	198537
0-4 ani	12916	14145	15440	16495	17564	18756	19559
-femei	6235	6748	7367	7940	8472	9010	9432
5-9 ani	13120	11245	11441	11790	12231	12941	13900
-femei	6373	6469	5555	5704	5867	6194	6604
10-14 ani	23430	12006	11450	11257	10953	10839	11036
-femei	11365	5887	5652	5535	5385	5309	5388
15-19 ani	31053	22719	21405	19496	19324	16736	14609
-femei	14898	11330	10645	9777	9549	8301	7225
20-24 ani	48354	28005	27833	26398	34370	34344	32505
-femei	23174	14376	14202	13400	17069	17175	16436
25-29 ani	33067	37144	37376	35477	34967	33143	32372
-femei	16871	19020	19336	18412	17962	16929	16723
30-34 ani	34148	30394	32257	34386	36778	38341	38325
-femei	17777	15619	16486	17442	18586	19410	19414
35-39 ani	21290	31020	33043	34201	29193	28462	29743
-femei	11462	16234	17235	17756	150174	14556	15086
40-44 ani	31617	19613	18463	18537	24579	27689	29800
-femei	17587	10660	9908	9910	13010	14562	15574
45-49 ani	35679	28270	25860	23620	21517	20062	18859
-femei	19086	15908	14581	13299	11894	11012	10308
50-54 ani	27906	31498	31740	31590	30353	28878	26653
-femei	14769	17186	17451	17612	17118	16330	15123
55-59 ani	19398	24346	26096	27425	28570	28877	29099
-femei	10581	13172	14242	14936	15710	16047	16211
60-64 ani	20463	16837	17337	17733	18427	20049	22217
-femei	11431	9463	96061	9809	10223	11066	12329
65-69 ani	17748	17173	16502	16030	15515	15290	15032
-femei	10207	10014	96701	9367	9068	8879	8756
70-74 ani	14775	14394	14396	14309	14330	14575	14680
-femei	8517	8666	8691	8634	8704	8840	8898
75-79 ani	9564	11178	11254	11541	11497	11504	11423
-femei	6195	6693	6817	7042	7062	7141	7167
80-84 ani	3858	6397	6730	6904	7161	7398	7700
-femei	2650	4347	4472	4506	4529	4635	4804
85 de ani și peste	3393	3012	3202	3449	3721	3977	4307
-femei	2221	2106	2269	2455	2673	2850	3059

Sursa: Direcția Regională de Statistică București, Documentare cu date statistice 2000 - 2010, pe sectoare administrative ale Municipiului București, iunie 2010

Potențialul demografic este un indicator care exprimă gradul de vitalitate al populației rezultat din relația care se stabilește între numărul de femei de vârstă fertila și numărul total al populației feminine.

$$Ipd = F v f / F t \times 100$$

Ipd = indicele de potențial demografic

F v f = numărul populației feminine fertile

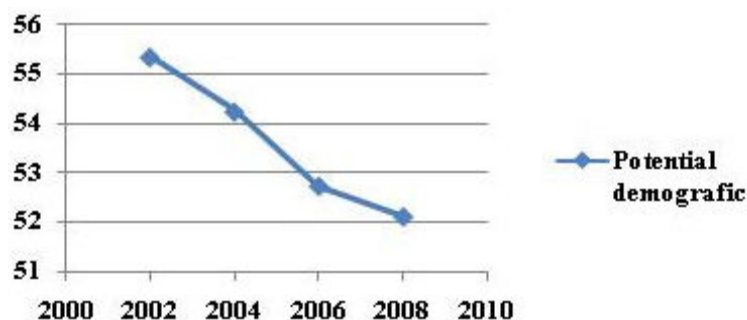
F t = populația feminină totală

Pe baza interpretării datelor calculate la nivelul a 4 ani de referință (2002, 2004, 2006, 2008) se constată ca la nivelul sectorului 6 potențialul demografic prezintă o evoluție în ușoară scădere, având o valoare medie de 53.5%. Analiza valorii indicelui de potențial demografic la nivelul sectorului 6 pentru anul 2002, indică o concordanță cu structura pe grupe de vârstă a populației feminine, înregistrând valoarea de 55,34 %. Începând cu anul 2004, indicele prezintă o ușoară scădere (54,23%), menținându-se constant în următorii ani, având o valoare medie de 52%.

Densitatea populației: Reflectă gradul de intensitate a populării unui anumit teritoriu prin raportarea numărului de locuitori la anumite suprafețe diferite în privința modului de utilizare.

Prin valoarea densității populației (9.549,4 loc/km²) sectorul 6 ocupă locul al treilea la nivelul capitalei, după sectoarele 2 și 3. Comparativ cu densitatea înregistrată la nivel național (de 94,2 loc/km²), sectorul 6 prezintă o valoare de 15 ori mai mare a densității populației.

Deși prezintă o valoare ridicată a densității populației, există o serie de diferențieri la nivelul cartierelor care intră în componența sectorului; astfel cele mai dens populate zone sunt: cartierul Militari (zona Lujerului), cartierul Drumul Taberei (Bd. Timisoara) cu peste 40.000 loc/km², cartierul Militari (Piața Gorjului, Armata Poporului) cu 30.000- 40.000 loc/km², zona Militari (Apusului, Pacii, zona Industriilor cu valori medii de 20000-30000 loc/km²) (fig. nr. 4). Aceste valori ridicate ale densității sunt datorate zonelor rezidențiale în cadrul cărora predomină blocurile de 10 etaje și vechilor cartiere muncitorești



1. Miscarea naturala a populației în sectorul 6 între anii 2000 și 2010

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Date absolute- număr							
Nascuti- vii	2882	3659	3705	3765	4103	4182	4194
Decedati	3838	4006	3934	3946	3872	3725	3757
Spor natural	-956	-347	-229	-181	231	457	437
Casatorii	2667	2284	3057	3156	3061	2800	2339
Divorturi	718	111	833	827	670	858	1204
Nascuti morti	21	14	15	14	1	13	8
Morti sub varsta de 1 an	34	36	33	15	25	22	22
Proporții la 1000 de locuitori							
Nascuti-vii	7,5	10,2	10,4	10,5		11,7	11,7
Decedati	10,6	11,2	11,0	11,0	10,8	10,4	10,4
Spor natural	-2,5	-1,0	-0,6	-0,5	0,7	1,3	1,2
Casatorii	6,9	8,1	8,5	8,8	8,5	7,8	6,5
Divorturi	1,87	2,17	2,33	2,31	1,87	2,39	3,34

Față de sectoarele Municipiului București, după numărul de locuitori, sectorul 6 se situează pe locul 2, iar ca densitate este pe locul 3, în ordine, după sectoarele 2 și 3. Orientativ, față de densitatea națională de 94,2 locuitori pe km patrat, sectorul 6 al Capitalei este mai dens populat decât România de peste 15,2 ori.

2. PENSIONARI

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

2.1. NUMĂRUL MEDIU DE PENSIONARI

-număr-	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pensionari de asigurări sociale	92975	94771	94581	94177	93944	94657	95573
Beneficiari de ajutor social	129	52	41	34	23	14	10
Pensionari	245	142	117	99	87	76	67

2.2. PENSIA MEDIE LUNARA (* exclusiv pensia suplimentară)

-lei-	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pensie de asigurări	95	337	402	515	760	912	953
Ajutor social	30	77	84	108	157	179	214
Pensie IOVR	140	273	290	307	320	317	317

2.3. DINAMICA NUMĂRULUI MEDIU DE PENSIONARI Anul 2000=100

-%-	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pensionari de asigurări sociale	101,9	101,7	101,3	101,0	101,8	102,8
Beneficiari de ajutor social	40,3	31,8	26,4	17,8	10,9	7,8
Pensionari IOVR	58,0	47,8	40,4	35,5	31,0	27,3

2.4. DINAMICA PENSIEI MEDII LUNARE Anul 2000=100

-%-	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pensie de asigurări sociale	353,2	423,2	542,1	800,0	960,0	1003,2
Ajutor social	253,5	280,0	360,0	523,3	596,7	713,3
Pensie IOVR	195,7	207,1	219,3	228,6	226,4	226,4

Nota: pâna în anul 2005, dinamica pensiei medii este calculata utilizând lei, ROL

2.5. INDICII PENSIEI MEDII REALE A PENSIONARILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT

-%-	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2000	100,0	121,9	128,2	127,1	142,1	152,4	170,4	208,2	285,3	324,2	319,3
2001		100,0	105,1	104,2	116,2	125,0	139,9	171,0	234,0	265,9	261,9
2002			100,0	99,16	110,8	118,9	133,0	162,6	222,5	252,8	249,1
2003				100,0	111,7	119,9	134,2	164,0	224,4	255,0	251,2
2004					100,0	107,2	120,0	146,7	200,7	228,1	224,7
2005						100,0	111,9	136,7	187,1	212,7	209,5
2006							100,0	122,2	167,2	190,0	187,1
2007								100,0	136,8	155,5	153,1
2008									100,0	113,6	111,9
2009										100,0	98,5
2010											100,0

Notă: Indicele pensiei medii reale s-a calculat, numai pentru pensionarii de asigurări sociale de stat, ca raport procentual între indicele pensiei medii nominale și indicele general al prețurilor

de consum. Pensia medie nominală utilizată în calculul pensiei reale a pensionarilor de asigurări sociale de stat cuprinde și pensia suplimentară.

2.6. REPARTIZAREA EFECTIVULUI DE PENSIONARI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE STAT, PE GRUPE DE PENSII

Grupe de pensii	Dec. 2003	Dec. 2004	Dec. 2005	Dec. 2006	Dec. 2007	Dec. 2008	Dec. 2009	Dec. 2010
Total	95707	95158	94792	94287	94143	94236	95017	95856
Sub 50	216	187	239	356	917	92	87	84
51-75 lei	538	184	107	73	65	55	44	42
76-100	2127	528	325	119	79	61	44	39
101-150	16017	7346	3986	2038	741	413	273	244
151-200	11459	15301	9190	4064	1621	440	274	252
201-250	20735	7237	10370	4917	1963	847	657	627
251-300	22826	8843	8480	7939	2557	1270	1106	1089
301-350	11479	23258	18802	12035	4095	1595	1379	1337
351-400	4864	14427	12958	10440	5967	2242	1797	1788
401-500	3656	11874	15895	18559	14377	7529	5789	5720
501-750	1325	5066	11611	24113	30986	27356	24323	24244
751-1000	222	576	2231	6629	18382	22995	22872	23284
Peste 1000	243	331	598	3005	12393	29335	36372	36606

3. ȘOMERI

SURSA DATELOR: AGENȚIA DE OCUPARE A FORȚEI DE MUNCĂ

3.1. NUMĂRUL ȘOMERILOR ÎNREGISTRAȚI, LA 31 DECEMBRIE (2000-2008)

	2000	2005	2006	2007	2008
Numărul total al șomerilor	8042	3127	3478	3253	3263
- femei	4590	1878	1975	1924	2082
-Beneficiari de ajutor de șomaj	2265	1256	1307	952	697
- femei	1380	761	691	605	472
-Beneficiari de ajutor de integrare	774	118	73	43	42
- femei	425	78	56	27	30
-Beneficiari de alocație de sprijin	3248	-	-	-	-
- femei	1993	-	-	-	-
- șomeri	1755	1753	2098	2258	2524
- femei	792	1039	1228	1292	1580

3.2. NUMĂRUL ȘOMERILOR ÎNREGISTRAȚI, LA 31 DECEMBRIE (2009-2010)

	2009	2010
Numărul total al șomerilor înregistrați	5250	4897
- femei	2749	2481
- șomeri în plată	4028	4191
- femei	2035	2116
din care: absolvenți	166	205
- femei	99	116
- șomeri neindemnizați	1222	706
- femei	714	365

3.3 ȘOMERI ÎNREGISTRAȚI, DUPĂ NIVELUL DE INSTRUIRE, LA 31 DECEMBRIE (2000-2010)

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Numărul total al șomerilor	8042	3127	3478	3253	3263	5250	4897
din care: femei	4590	1878	1975	1924	2082	2749	2481
Primar, gimnazial, profesional	5739	1798	1965	1905	1797	2811	2290
din care: femei	2988	981	1007	1062	1077	1288	944
Liceal și postliceal	1674	977	1033	1049	1143	1473	1383
din care: femei	1241	681	750	695	799	895	8351
Superior	629	352	380	299	323	966	1224
din care: femei	361	216	218	167	206	566	702

Numărul total de șomeri la data de 29.02.2012

Judet	Număr total șomeri	din care femei	Nr. total șomeri indemnizați	Nr. total șomeri neindemnizați	Total șomeri din sector privat	Rata șomajului (%)	Rata șomajului Feminin (%)	Rata șomajului Masculin (%)
BUCUREȘTI	21967	11494	9328	12639	13802	2,03	2,12	1,94

Studiu: Sărăcie

Dupa 20 de ani, România a ajuns la un număr mare de săraci și la o inegalitate socială mai mare decât cea din 1989. Iată una din concluziile unui studiu realizat de **Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române**. Specialistii atrag atenția că în urma măsurilor de austeritate luate de Guvernul precedent, gradul de sărăcire a populației va fi din ce în ce mai mare.

Potrivit studiului, statul român cheltuiește pentru domeniul social proporția cea mai mică, nu numai în raport cu PIB, dar și ca pondere din buget: 36,5% față de 55,9% media Uniunii Europene.

Studiul arată că potrivit analizelor, programele guvernării duc cu siguranță la creșterea decalajului dintre noi și celelalte țări europene.

Raportul social “După 20 de ani: Opțiuni pentru România” mai arată că salariații și pensionarii au reprezentat împreună, pe toată această perioadă, aproximativ 50% din populația României.

Evoluția lor a fost însă de sensuri opuse: în timp ce numărul salariaților a scăzut, cel al pensionarilor a crescut, tendințe care se vor păstra și în 2010. În prezent, salariații sunt mai puțini cu 60% din câți erau în 1989 ajungând la 4,6 milioane. În cei 20 de ani numărul pensionarilor a crescut cu 55% ajungând la 5,5 milioane în 2010.

Creșterea șomajului în 2009 prin disponibilizările din sectorul privat, urmate de scăderile salariale și disponibilizările din cel public din 2010 aduc salariații în fața riscului de sărăcire. În afara căderii în sărăcie, un risc la fel de ridicat pentru clasa de mijloc este incapacitatea de a face față returnării împrumuturilor bancare, excesiv încurajate pâna la debutul crizei, arată specialiștii Academiei Române. Acestia atrag atenția că pensionarii sunt în fața unui risc ridicat de sărăcire. Reducerea pensiilor cu 15%, ca și perspectiva reducerii cheltuielilor publice din sistemul de sănătate vor crește procentul săracilor absoluți în rândul pensionarilor.

Situația sărăciei pe criteriu de gen: femei / bărbați

Potrivit acestui studiu publicat în contextul marcării Zilei Femeii, riscul de sărăcie și excluziune socială îi afectează în măsură aproape egală și pe bărbații din România și Bulgaria. Astfel, datele arată că 42,1% dintre femei și 40,8% dintre bărbații din România sunt expuși riscului de sărăcie și excluziune socială. În Bulgaria, 43,3% dintre femei și 39,8 % dintre bărbați sunt expuși acestui risc.

Procentele sunt aproape duble comparativ cu media la nivelul UE 27, care indică 24,5% în cazul femeilor și 22,3% în cazul bărbaților.

Datele Eurostat sunt aferente anului 2011, deși în cazul anumitor state, printre care și România, cifrele sunt cele raportate în anul 2010.

Potrivit Eurostat, în UE sunt, în total, 257 de milioane de femei și 245 de milioane de bărbați, respectiv 104,8 femei la 100 de bărbați. În cazul populației cu vârsta peste 65 de ani, numărul femeilor crește comparativ cu cel al bărbaților, fiind 138,2 femei la 100 de bărbați. În România erau, potrivit cifrelor Eurostat, 105,4 femei la sută de bărbați, respectiv 147 de femei la sută de bărbați în cazul categoriei de vârstă de peste 65 de ani. Cele mai mari diferențe între numărul de femei și bărbați se înregistrează în țările baltice. Acolo, numărul femeilor este aproximativ de două ori mai mare comparativ cu cel al bărbaților.

Studiul mai arată că România este printre statele în care procentul femeilor angajate este relativ scăzut. Astfel, 59,5 % dintre femeile din România sunt angajate. În Malta, doar 38,8% dintre femei muncesc. Procente de ocupare mai scăzute decât în România s-au mai înregistrat în cazul femeilor din Italia (51,4%), Grecia (53,9%), Spania (57,3%) și Ungaria (57,6%). Rata de ocupare în cazul femeilor cu vârste între 25 și 64 de ani a fost de 63,8% la nivelul UE27 în 2010, în timp ce în cazul bărbaților a fost de 77,5%.

Datele Eurostat arată că, în cazul categoriilor de populație cu un nivel scăzut de studii, numărul femeilor angajate este, în medie, cu 20% sub cel al bărbaților. În schimb, diferența scade la doar câteva procente în cazul persoanelor cu studii superioare. În România, 45,7 % dintre femeile cu studii minime și 67,6% dintre bărbații din aceeași categorie sunt angajați. În cazul persoanelor cu studii medii, gradul de ocupare este de 60,6% în cazul femeilor și de 75,5% în cazul bărbaților. În cazul persoanelor cu studii superioare, 84,5% dintre femei și 86% dintre bărbați sunt angajați.

Situația Handicapului

La nivelul sectorului 6 există în acest moment un număr de 10290 de persoane adulte cu handicap, din care 8138 au handicap somatic, fizic, auditiv, vizual și mental. Centrul multifuncțional este extrem de necesar deoarece vine și în întâmpinarea nevoilor acestei categorii extrem de defavorizate. Unii dintre beneficiari vor avea încadrare în grad de handicap. Proiectul este în conformitate cu Strategia Națională privind protecția socială și integrarea socială a persoanelor adulte cu handicap. Obiectivele programului vizează dezvoltarea modelelor de recuperare, reabilitare prin tehnici specifice pe diferite arii de dezvoltare sau dizabilitate: recuperare medicală, consiliere psihologică, activități terapeutice.

Din totalul de 631.199 de persoane cu handicap din România, 97% se află în îngrijirea familiilor și doar 3% sunt încadrate în muncă. Potrivit datelor prezentate de Ministerului Muncii Familiei și Protecției Sociale, cele mai multe persoane cu handicap (52%) se află în mediul urban, iar cea mai mare pondere din totalul persoanelor cu handicap o reprezintă populația feminină (54,5%).

Un procent de 3% din totalul persoanelor cu handicap din România (17.275) se află în instituțiile rezidențiale publice coordonate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, restul fiind în îngrijirea familiilor sau trăiesc independent. Ponderea persoanelor cu handicap din populația României este de 2,93%, față de 2,63% la sfârșitul anului 2007. În comparație, ponderea medie la nivelul țărilor din Uniunea Europeană este de 10%. În funcție de gradul de handicap, cele mai multe persoane se încadrează la categoria de handicap accentuat (334.045). Numărul de instituții publice rezidențiale este de 297 la care se adaugă 52 de instituții nerezidențiale (de zi). Astfel, la data de 31 decembrie 2009, sunt înregistrate în evidențele serviciilor publice de asistență socială 620.042 persoane adulte cu handicap, din care 17.091 sunt persoane adulte cu handicap instituționalizate. Din cele 17.091 persoane adulte cu handicap instituționalizate, 16.227 persoane se află în 350 de servicii sociale de tip rezidențial în 41 de județe.

În municipiul București, la începutul anului 2010 au fost înregistrate 56.580 persoane adulte cu handicap, din care 864 sunt instituționalizate în 23 servicii sociale de tip rezidențial aferente unui număr de 4 sectoare. În sectoarele 5 și 6 situația persoanelor adulte cu handicap se prezintă astfel:

- în sectorul 5, un număr de 7.000 persoane adulte cu handicap sunt potențiali beneficiari ai serviciilor sociale acordate atât în centre de tip rezidențial cât și în cadrul altor servicii alternative;

- în sectorul 6, un număr de 8138 de persoane adulte cu handicap - somatic, fizic, auditiv, vizual și mental - ar putea beneficia de servicii sociale adecvate nevoilor determinate de tipul de handicap identificat și certificat de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap a sectorului.

Total persoane adulte cu handicap sector 6, București – 10290

Tip	Barbati				Femei				Total
	Grad IV	Grad III	Grad II	Grad I	Grad IV	Grad III	Grad II	Grad I	
fizic	0	42	241	131	2	64	329	88	897
somatic	11	456	841	320	26	748	1480	364	4226
auditiv	0	2	209	3	0	11	215	0	440
vizual	12	121	153	251	27	195	356	396	1506
mental	1	15	161	296	2	21	275	298	1069
psihic	4	41	438	333	4	62	524	450	1856
asociat	0	11	55	32	1	17	42	14	172
HIV-SIDA	0	2	4	38	0	2	10	37	93
boli rare	0	1	5	5	0	3	11	4	29
surdocecitate	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Total	28	691	2108	1410	62	1121	3222	1648	10290

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 multifuncțional de sănătate 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. Problemele grupului țintă au nevoie de o intervenție instituțională specializată care uneori solicită găzduire pe anumite perioade de timp mai scurt sau mai îndelungat.

Prin strategia DGASPC 6, aprobată prin HCL 159/29.11.2011 se precizează: «Necesitatea facilitării accesului la unități de tip spitalicesc » pentru cetățenii sectorului 6.

Proiectul se încadrează în următoarele obiective strategice :

Obiectiv strategic 3: Creșterea accesului la serviciile de promovare a sănătății și adaptarea acestora la nevoile beneficiarilor.

Obiectiv strategic 10: Dezvoltarea serviciilor sociale la nivelul Sectorului 6.

Obiectiv strategic 11: Protecția grupurilor vulnerabile care necesită o atenție specială (de exemplu, copiii străzii, copiii delincvenți, copii/tineri cu handicap)

Obiectiv strategic 12: Dezvoltarea serviciilor sociale destinate persoanelor adulte cu handicap/în dificultate.

Obiectiv strategic 14: Dezvoltarea competențelor instituționale de management modern a serviciilor sociale și optimizarea structurilor funcționale și a politicilor publice sociale și administrative

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 premiză 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 mediul
- 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 ca „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 valori 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
-Tratamentul bolii (etiologic, patogmetic, simptomatic , etc.)	-“Tratamentul” 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 proiectului în zona în care este propus, oportunități și constrângeri.

Oportunități :

?Contextul legislativ favorabil, respectiv noile modificări ale Contractului-Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014, modificare legislativă apărută în cursul lunii aprilie 2013 cu posibilitatea ca autoritățile locale să înființeze centre de sănătate multifuncționale.

Lărgirea bazei de finanțare prin sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru pacienții asigurați

Posibilitatea finanțării spitalizării de zi pentru maxim 20 de paturi pentru pacienții asigurați

Utilizarea unor modele standardizate, acreditate și certificate de servicii medicale susținute de fundație care vor fi completate cu servicii de asistență socială, care vor constitui un model de bune practici pentru o asistență socio-medicală integrată în comunități diferite ca valori, cultură și nivel economic;

Extinderea modelului și multiplicarea acestuia prin formarea personalului specializat în susținerea serviciilor socio-medicale integrate, formare realizată prin accesarea de fonduri europene.

Informarea populației referitoare la serviciile medicale din sectorul 6 prin crearea unei platforme integrate între furnizorii de servicii medicale. Centrul multifuncțional în parteneriat cu Fundația va utiliza sistemul informatic al Fundației conectat la Sistemul Unic Informatic Integrat al sistemului de asigurări sociale de sănătate (SIUI) și va dezvolta softuri de gestionare a populației asistate social din sector prin intermediul fondurilor UE.

Informarea populației referitoare la drepturile și obligațiile sale în calitate de asigurat în sistemul de asigurări de sănătate și de asistat social vor crește gradul de conștientizare referitor la implicarea primăriei în asistența medico-socială de la nivelul sectorului 6.

Educarea populației referitoare la prevenție, diagnostic precoce și tratament adecvat precum și susținerea socială complementară asigurată de Centrul multifuncțional de sănătate vor spori gradul de satisfacție al populației de la nivelul sectorului 6 cu îmbunătățirea stării de sănătate.

Obținerea unui volum mai mare de servicii medicale, a unei diversități mai mari de servicii medicale adresate unui segment augmentat de populație de la nivelul sectorului 6.

Constrângeri :

Legate de criza financiară și de creșterea populației neasigurate prin asigurări sociale de sănătate.

Întârzierea aprobării bugetului, scăderea alocării bugetare la nivelul DGASPC.

Modul în care obiectivele specifice și activitățile proiectului răspund nevoilor individuale ale beneficiarilor direcți

Așa cum se constată din analiza datelor statistice precum și din evoluția indicatorilor demografici, în condițiile crizei economice, numărul persoanelor cu nevoi socio-medice marginalizate și vulnerabile este în continuă creștere. Astfel, în afara persoanelor care îndeplinesc condițiile de asistență socială, se definesc și alte categorii sociale care necesită reorientarea tipurilor de servicii, respectiv integrarea acestora în pachete socio-medice care să-și sporească reciproc eficiența.

Conform Strategiei Naționale pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap sau a Strategiei Naționale Anti-sărăcie, a strategiei pentru sănătatea publică și igiena populației, factorii care duc la creșterea acestor categorii populaționale stigmatizate 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 scăderea gradului de vulnerabilitate, de stigmatizare și creșterea inserției sociale a acestor categorii defavorizate am inițiat dezvoltarea Centrului multifuncțional.

Prin parteneriatul cu Asociația se vor asigura servicii medicale de calitate și se vor forma adulți pentru asistarea calificată a pacienților tratați în Centru. Prin aceste măsuri care implică participarea familiilor pacienților va crește atât eficiența tratamentelor aplicate cât mai ales monitorizarea corectă a pacienților cu boli cronice, cu morbiditate crescută, la nivelul populației sectorului 6. Prin intermediul centrului de educare al populației se vor iniția campanii de informare și educare a populației pentru implementarea măsurilor active de profilaxie, pentru schimbarea atitudinii populației față de diferitele dependențe cu adoptarea obiceiurilor sănătoase. Totodată pentru pacienții încadrați într-un grad de handicap și tratați prin intermediul Centrului Multifuncțional în cadrul Compartimentului de asistență și suport integrare medico-socială se vor consilia adecvat acești pacienți pentru creșterea reinsertiei sociale și creșterea eficienței recuperării și tratamentelor aplicate.

Toate aceste măsuri integrate de informare în domeniul sănătății, de educare și formare a populației sunt conforme cu Planul Național de Acțiune pentru implementarea Strategiei Naționale pentru Persoanele cu Handicap 2006-2013, a Strategiei Naționale Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, Strategiei de Incluziune a Tinerilor cu Oportunități Reduse și a Strategiei Naționale în Domeniul Sănătății care au ca obiectiv abordarea persoanelor având în vedere nevoile lor psiho-socio-medice.

Abordarea pacienților va fi una individualizată, conform unor protocoale medicale de practică recunoscute internațional precum și prin mijloacele specifice asistenței sociale și psihologice astfel încât șansele de recuperare și integrare/reinsertie socială să crească semnificativ.

În cadrul **Centrului Multifuncțional Sf.Nectarie** vor fi furnizate următoarele servicii:

1.Servicii medicale, care vor urmări realizarea obiectivelor specifice ale proiectului, vizând obținerea unui impact favorabil asupra recuperării și reinsertiei sociale a persoanelor marginalizate, a persoanelor vulnerabile dar și a altor categorii de persoane care solicită serviciile medicale. Serviciile medicale oferite vor fi:

a) activități de asistență medicală **ambulatorie**: depistarea precoce a bolilor cu caracter endemo-epidemic, a celor cu morbiditate crescută – cancer,diabet - diagnostic medical, analize medicale, explorări imagistice și radiologice, consult medical de specialitate, administrare medicație în ambulator, recuperare medicală ;

b) servicii de tip **spitalizare de zi**: asigurarea cazării în regim spitalizare de zi, cazarmamentului, monitorizarea și tratarea pacienților cu boli cronice incluse în programele naționale de sănătate – diabet, oncologie

c) activități de planificare familială pentru prevenția sarcinilor nedorite în rândul populației marginalizate

d) activități de orientare medicală către instituții de specialitate dacă Centrul Multifuncțional nu are specialitățile necesare recuperării pacientului. Biletele de trimitere utilizate de către medicii angajați prin intermediul Fundației acreditați în sistemul de asigurări sociale de sănătate vor fi recunoscute în sistemul de asigurări sociale de sănătate și vor permite accesul la orice tip de furnizor de servicii medicale din asistența primară (medici de familie), secundară (specialiști) și

terțiară (spitale). Până în prezent trimiterea nu era recunoscută de furnizorii de servicii medicale din sistemul de asigurări de sănătate limitând accesul și dublând serviciile furnizate.

2. Servicii de consiliere psihologică, îndrumare pentru accesarea drepturilor prevăzute de legislația în vigoare dar și pentru creșterea aderenței la tratamentul și medicația adecvate;

3. Servicii de asistență socială, îndrumare pentru accesarea drepturilor prevăzute de legislația în vigoare dar și pentru orientarea asistenței în funcție de nevoile identificate ale cetățenilor. Astfel se vor identifica nevoile reale de asistenți personali ai persoanelor cu handicap, ai persoanelor vârstnice sau cu nevoi speciale cu găsirea tipului de servicii medicale adecvate. Cunoașterea condiției sociale va putea orienta serviciile medicale în sensul obținerii aderenței maxime la tratamentul și medicația adecvate. Exemplu: în urma anchetei sociale se poate determina nevoia de servicii socio-mediceale la domiciliu în locul asistenței personale sau invers. Serviciile de asistență socială vor fi utilizate și pentru orientarea profesională și creșterea gradului de reinserție socială a pacienților, a persoanelor cu handicap care au beneficiat de serviciile medicale ale Centrului multifuncțional.

4. Servicii de informare referitoare la:

- Drepturile și obligațiile în calitate de asigurat în sistemul medical, de asistat social
- Serviciile medicale oferite în cadrul Centrului multifuncțional
- Serviciile medicale oferite de furnizorii de servicii medicale de pe raza sectorului 6

5. Servicii de educare referitoare la:

- Profilaxia/prevenția bolilor
- Diagnosticarea precoce
- Monitorizarea tratamentelor aplicate la nivelul Centrului
- Monitorizarea afecțiunilor cronice din cadrul programelor naționale de sănătate – diabet, cancer, osteoporoză

6. Servicii de formare profesională de suport pentru activitățile medicale:

Dezvoltarea unor calificări și specializări specifice activităților socio-mediceale..

ÎNCADRARE LEGALĂ ACTUALĂ

Centrul multifuncțional va respecta legislația în vigoare în special:

- Legea 95 / 2006 actualizată 2012 privind reforma în domeniul sănătății, cu ultimele modificări și completări

- Ordinul CNAS nr. 617/13.08.2007 pentru aprobarea Normelor privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plata contribuției, precum și pentru aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate la FNUASS, cu modificările și completările ulterioare

- HG 117 / 28.03.2013 pentru aprobarea Contractului – cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014

- Ordin / MS / CNAS nr. 423/191 /2013 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2012 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014.

- Ordinului MSP / CNAS nr.1782 / 576 / 2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi cu modificările și completările ulterioare

- OMSP 1080 / 2007 privind introducerea și utilizarea Clasificării internaționale și a bolilor de sănătate înrudite, Revizia 10, Modificarea Australiană

- OCNAS 106 / 2007 pentru aprobarea utilizării aplicației de colectare a setului minim de date la nivel de pacient în regim de spitalizare de zi – Spitalizare Zi

- OCNAS 24 / 2012 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale – formulare unice pe țară.
- Ordin MS nr. 1199 / 26.07.2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO.DRG V.1
- Ordin MS/CNAS nr. 671/253/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice privind încheierea și derularea contractelor de achiziții publice pentru medicamente și / sau materiale sanitare specifice, necesare realizării programelor naționale de sănătate cu modificările și completările ulterioare.
- Ordin MS/CNAS nr. 1591 / 1110 / 30.12.2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011- 2012 cu modificările și completările ulterioare
- Ordin MS/CNAS nr. 1211/325/2006 pentru aprobarea regulamentelor de organizare și funcționare a Comisiei Naționale, a Subcomisiilor Naționale și Comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, a standardelor de evaluare precum și a normelor metodologice pentru evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare
- OUG nr. 158/2005 referitoare la concediile medicale cu modificările și completările ulterioare
- Ordin MS/CNAS nr. 60/32/2006 cu modificările și completările ulterioare
- HG nr. 720/09.07.2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate
- Ordin MSP/CNAS nr.1301/500/11.07.2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările conform Ordinului MS/CNAS 461/477/2010;
- Ordin MSP/CNAS nr. 832/302/23.04.2008 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare al formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, cu modificările și completările conform Ordinului MS/CNAS 129/338/2011
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, Nr. 274, din 19 aprilie 2011.
- Ordinul ministrului Sănătății nr. 1408/2011 privind metodologia pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență;
- ORDIN Nr. 383 din 6 iunie 2005 pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori;
- Legea 292/2011 legea asistenței sociale;

7. Grupul țintă și beneficiarii direcți ai proiectului

Comparații referitoare la accesibilitatea grupului țintă prin modificarea structurii funcționale

SERVICII AMBULATORII

PARTENER PRECEDENT	Asociație cu contract CJAS	OBSERVAȚII	EFECTE
1000 de persoane /lună - cu vârste >18 ani, bărbați și femei – cu/fără handicap, fără venituri/cu venituri mici	6.000 persoane/lună indiferent de vârstă ASIGURAȚI prin FNUASS + 500 -1.000 persoane/lună ASISTATE SOCIAL Total >6500-7.000	La aceleași costuri crește numărul persoanelor din sector care beneficiază de serv. socio-medicale	Creșterea nr. beneficiari Creșterea adresabilității Creșterea impactului social Beneficiu de imagine

persoanele cu un venit de până la 705 lei /membru de familie vor beneficia de servicii medicale gratuite, în limita a 700 lei, cu posibilitatea de extindere până la 800 lei	persoanele ASIGURATE cu un venit de până la 705 lei /membru de familie vor beneficia de servicii medicale fără plafon	Aceeași categorie de persoane va beneficia ÎN ACELAȘI PLAFON de asistență socială DOAR IN CAZUL IN CARE NU SUNT ASIGURAȚI	Creșterea nr.beneficiari DE ACEEEAȘI CATEGORIE care primesc servicii medicale într-un Centru al Primăriei
persoanele cu un venit situat între 706 lei/membru – 1000 lei/membru vor achita 30% din costuri	persoanele ASIGURATE cu un venit situat între 706 lei/membru – 1000 lei/membru NU vor mai achita 30% din costuri	DACA aceeași categorie de persoane NU SUNT ASIGURATE aceste persoane vor putea beneficia de asistență socială în limita aceluiași plafon sau vor putea suporta 30 % din costuri	În precedentul proiect se percepeau 30 % din costurile stabilite de partenerul precedent pentru serviciile medicale deși pacienții puteau beneficia de aceleași servicii LA COSTURI MINIME în alt centru dacă sunt asigurați
persoanele cu un venit situat între 1501 lei/membru - 2000 lei/membru vor achita 70% din costuri	persoanele ASIGURATE cu un venit situat între 1501 lei/membru–2000lei/membru NU vor mai achita 70% din costuri	DACA aceeași categorie de persoane NU SUNT ASIGURATE aceste persoane vor putea beneficia de asistență socială în limita aceluiași plafon sau vor putea suporta 20 % din costuri	În precedentul proiect se percepeau 70 % din costurile stabilite de partenerul precedent pentru serviciile medicale deși pacienții puteau beneficia de aceleași servicii LA COSTURI MINIME în alt centru dacă sunt asigurați . Cu cât crește venitul/persoană scade implicația financiară a centrului, dar există pentru că persoana neasigurată intră în grupa de persoane vulnerabile

persoanele cu un venit de peste 2000 lei/membru vor achita costurile integral	persoanele ASIGURATE cu venit > 2000 lei/membru/indiferent de venit NU vor mai achita 70% din costuri	DACA aceeași categorie de persoane NU SUNT ASIGURATE aceste persoane vor putea beneficia de asistență socială în limita aceluiași plafon sau vor putea suporta 15 % din costuri	În precedentul proiect se percepeau 100% costuri stabilite de partenerul precedent pentru serviciile medicale deși pacienții puteau beneficia de aceleași servicii LA COSTURI MINIME în alt centru dacă sunt asigurați. Cu cât crește venitul/persoană scade implicația financiară a centrului dar există pentru că persoana neasigurată intră în grupa de persoane vulnerabile
--	---	--	--

SERVICII SPITALIZARE DE ZI

PARTENERUL PRECEDENT	Asociație cu contract CJAS	OBSERVATII	EFECTE
<i>48 de persoane marginalizate pentru care se face decizie de internare și recuperare în mediu spitalicesc perioada maximă de spitalizare 3 zile cu transfer spre alt spital dacă e cazul</i>	20 paturi spitalizare de zi cu specialități medicină internă, geriatrie, recuperare și din cadrul programelor de sănătate cu diabet, oncologie, endocrinologie 500-1.000 pacienți ambulator și spitalizare /lună neasigurați dar susținuți de Centru 500-1.000 pacienți ambulator și spitalizare/lună ASIGURAȚI susținuți de Fundație	Precedentul proiect nefuncțional. Transferul în alt spital nefuncțional pentru persoanele neasigurate în condițiile în care nu se utilizează bilete de trimitere recunoscute de sistem. La aceleași costuri crește numărul persoanelor din sector care beneficiază de serv. socio-medicale	Creșterea nr. beneficiari Creșterea adresabilității Creșterea impactului social Beneficiu de imagine

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

Evaluare pre-internare sau înaintea implementării măsurilor de recuperare medicală și socială

După evaluarea situației sociale conform criteriilor legale de către personalul calificat – asistenți sociali- din cadrul personalului Centrului multifuncțional sau transferați din cadrul D.G.A.S.P.C. Sector 6, în baza solicitării persoanei, se va efectua **selectarea beneficiarilor** în

funcție de criteriile socio-medice stabilite de DGASPC. Persoanelor care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru asistență socială în baza documentelor prezentate și în cazuri selectate în baza anchetei sociale li se vor întocmi dosare conform legii. Prin realizarea unui soft dedicat acestor categorii de persoane, acestea vor fi transmise în baza centralizată la DGASPC sector 6.

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 medicului de familie/medicului generalist și după caz de la nivelul cabinetelor de specialitate din ambulatoriu.

Informația medicală va fi înregistrată într-un soft pus la dispoziție de Fundație pentru raportarea serviciilor medicale în Sistemul Informatic Unic Integrat și pentru gestionarea transparentă a datelor pacienților înregistrați în Centrul Multifuncțional.

La nivelul fiecărui cabinet medical, pacienții vor fi înregistrați - registru de consultații/alte registre de monitorizare specifice, fișe de consultație, concedii medicale, rețete electronice – documente de înregistrare primară conform legislației în vigoare.

În baza evaluării se va decide dacă persoanele adulte 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 din cadrul DGASPC sector 6. Totodată lista acestor persoane va fi transmisă de personalul din cadrul Compartimentului de asistență socială din cadrul Centrului Multifuncțional către DGASPC sector 6 pentru luarea măsurilor legale.

Asistența medicală din ambulatoriul de specialitate atât pentru copiii până în 18 ani cât și pentru 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.

Atât tratamentul cât și monitorizarea pacienților cronici va fi asigurată atât în ambulator cât și în regim de internare spitalizare de zi în funcție de gravitatea cazului și de specificul acestuia, cu respectare criteriilor de internare pentru asigurații din sistemul de asigurări sociale de sănătate.

8. Rezultate urmărite

Rezultatele sunt cuantificate prin indicatori de performanță, măsurabile în timp scurt, mediu și lung și verificabile.

Există o corelație între activitățile propuse și rezultatele obținute.

În vederea obținerii unor rezultate cu impact pozitiv major se vor întocmi rapoarte trimestriale și anuale atât din partea Centrului multifuncțional cât și din partea Asociației, astfel încât să se ia măsurile necesare pentru soluționarea problemelor apărute și înlăturarea contrângerilor survenite.

În urma derulării proiectului, estimăm următoarele rezultate:

1. **1 Centru multifuncțional de sănătate** - avizat din punct de vedere al funcționării, acreditat de casa de asigurări sociale de sănătate cu servicii ambulatorii atât pentru persoane adulte cât și pentru copii, cu servicii de spitalizare de zi pentru 20 de paturi- **termen scurt: 6 luni;**
2. În funcție de rezultatele obținute și de modificările legislative ulterioare, ale Contractului Cadru și ale Normelor de aplicare ale acestuia în relația furnizorilor de servicii medicale cu casele de asigurări sociale de sănătate, precum și în funcție de cerința de servicii medicale se preconizează extinderea acestora și cu servicii caracteristice Centrelor de Permanență - **termen mediu: 12 luni**/odată cu viitoarea contractare cu Casa de Asigurări de Sănătate .
3. Un număr de **6000 de persoane asigurate** / lună ai serviciilor de diagnostic și tratament, incluși în programul de reabilitare medicală în funcție de patologia asociată - **termen scurt: 3 luni;**
4. Un număr de **500-1000 de persoane neasigurate** / lună ai serviciilor de diagnostic și tratament, incluși în programul de reabilitare medicală în funcție de patologia asociată - **termen scurt: 3 luni;**
5. Un număr de **5000** de aparținători care primesc servicii directe de consultanță, consiliere, educare, informare medicală și socială – **termen scurt: 9 luni;**

6. Un număr de 10.000 persoane informate după punerea la punct a platformei informatice de informare – **termen mediu: 12 luni**
7. Un număr de campanii de informare augmentat odată cu creșterea capacității de funcționare după cum urmează : 1/semestru după primul semestru, ulterior 1 campanie la 3 luni;
8. 100% dintre beneficiari au planuri de intervenție medicală viabile în concordanță cu nevoile identificate;
9. Crearea unui **model de îngrijire și recuperare medicală integrată medico-socială** a adulților adaptabil oricărei comunități din România în conformitate cu protocoalele românești și cu bunele practici europene – **termen mediu: 12-15 luni**;
10. Realizarea unor chestionare de satisfacție a pacienților asistați referitoare la creșterea calității vieții și la implicarea Primăriei sector 6 – **termen mediu: 12-15 luni**;
11. Creșterea gradului de recuperare al persoanelor cu handicap din sectorul 6 – creșterea calității vieții – sondaj **termen mediu: 12-15 luni** ;
12. Creșterea calității asistenței asigurate persoanelor vulnerabile, dependente și vârstnice prin calificarea de personal specializat în asistarea medico-socială – **termen mediu și lung: 24 - 36 luni**;
13. Creșterea gradului de reinsertie socială prin aplicarea unor modele specifice de intervenție specializată prin terapie ocupațională pentru fiecare tip de handicap somatic, fizic, auditiv, vizual și mental prin intermediul Compartimentului de Integrare medico-socială din cadrul Centrului Multifuncțional– **termen mediu și lung: 24-36 luni**.

Indicatori care vor fi urmăriți în cadrul proiectului în raport cu rezultatele:

- 1 Centru Multifuncțional pentru persoane vulnerabile/marginalizate, aflate în dificultate și susținute complementar de sistemul de asigurări sociale de sănătate și selectiv de către Centrul multifuncțional de sănătate care oferă servicii INTEGRATE medicale ambulatorii și spitalizare de zi precum și asistență psihologică și socială;
- numărul total de servicii (pe tipuri de activități) efectuate lunar la nivelul centrului;
- numărul de persoane asigurate care primesc servicii medicale ambulatorii
- numărul de persoane NEASIGURATE care primesc servicii medicale ambulatorii
- numărul de persoane asigurate care primesc servicii de spitalizare de zi
- numărul de persoane NEASIGURATE care primesc servicii de spitalizare de zi
- numărul de persoane asistate de asistenții sociali
- numărul de anchete sociale realizate pentru acești pacienți
- numărul de ședințe de susținere psihologică necesare pentru pacienți pentru creșterea aderenței la tratamente (după angajarea personalului de specialitate/ accesarea fondurilor europene specifice unor astfel de programe)
- numărul de ședințe de orientare și consiliere profesională în scopul reintegrării sociale (după angajarea personalului de specialitate/ accesarea fondurilor europene specifice unor astfel de programe)
- numărul de cursuri de calificare și specializare susținute de centru (după angajarea personalului de specialitate/ accesarea fondurilor europene specifice unor astfel de programe)
- numărul de persoane care au urmat cursurile de calificare și specializare specifice susținerii activităților de asistență a persoanelor vulnerabile (după angajarea personalului de specialitate/ accesarea fondurilor europene specifice unor astfel de programe)
- numărul de persoane care au fost susținute profesional prin intermediul programelor de consiliere și reorientare profesinoală (după angajarea personalului de specialitate/ accesarea fondurilor europene specifice unor astfel de programe)
- numărul de persoane care au beneficiat de terapie ocupațională (după angajarea personalului de specialitate/ accesarea fondurilor europene specifice unor astfel de programe)
- numărul de ședințe de terapie ocupațională (după angajarea personalului de specialitate/ accesarea fondurilor europene specifice unor astfel de programe)
- alți indicatori din cadrul proiectelor cu fonduri europene care vor fi accesate.

9. Impact

Cum va îmbunătăți proiectul situația beneficiarilor

Proiectul 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.

Proiectul vizează creșterea accesibilității la servicii pentru toți pacienții asigurați inclusiv pentru copiii sub 18 ani prin oferirea de servicii medicale la standarde de înaltă calitate.

Asocierea cu Asociația prin intermediul căreia se vor desfășura și alte servicii medicale decât cele actuale vor completa serviciile medicale obținute de aceeași beneficiari prin:

- Completarea serviciilor de laborator cu o gamă mult mai largă de analize efectuate în condiții de acreditare cu casa de asigurări de sănătate și de certificare RENAR, ISO
- Adăugarea de servicii de medicină de familie aflate în contract cu casa de asigurări de sănătate
- Adăugarea de servicii de profilaxie, screening pt patologie oncologică
- Accesarea de servicii imagistice și de radiologie
- Adăugarea de servicii de monitorizare și tratament în cadrul spitalizării de zi pentru cardiologie, geriatrie, diabet, oncologie
- Accesarea de servicii de îngrijiri la domiciliu

Pentru persoanele NEASIGURATE proiectul 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. Astfel din punctul de vedere al persoanelor neasigurate dar și al celor asigurate dar marginalizate proiectul are următoarele beneficii:

- facilitează accesul persoanelor adulte 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 sanselor 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 proiectului 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 proiect vizăm să dezvoltăm servicii de îngrijiri complexe în favoarea recuperării și includerii sociale a adulților vulnerabili și în favoarea reducerii spitalizării pe termen lung prin facilitarea accesului la servicii de spitalizare de zi precum și de recuperare și integrare socio-medicală. Prin intermediul proiectului centrul multifuncțional va dezvolta parteneriatul și cooperarea cu instituțiile neguvernamentale și cu ceilalți actori sociali pentru dezvoltarea unei structuri comunitare de servicii de îngrijire pentru adulți (în spitalizare) dar și pentru copii (în ambulatoriu), bazat pe un model de bună practică acceptat la nivel european și în respectul standardelor de calitate cerute de funcționarea, autorizarea, avizarea, certificarea, acreditarea, evaluarea instituțiilor competente românești cu aplicarea protocoalelor de practică adoptate de legislația în vigoare.

Optimizarea serviciilor sociale acordate beneficiarilor se va realiza prin:

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

Perioada maximă de spitalizare prin spitalizare de zi va fi conform protocoalelor de monitorizare și tratament specifice afecțiunilor, programelor naționale de sănătate (cu posibilitate de prelungire în situații speciale, documentate și argumentate pentru susținerea în afara sistemului de asigurări sociale de sănătate), iar traseul pacientului va fi următorul :

PENTRU SERVICIILE AMBULATORII:

- prezentare la recepția Centrului multifuncțional ;
- întocmirea dosarului de asistență socială conform normelor în vigoare
- programarea vizitelor/anchetelor sociale pentru pacienții eligibili conform normelor în vigoare
- demersuri specifice de asistență socială (identificare și informare familie și aparținători legali)
- înregistrarea în platforma informatică de asistență socială
- înregistrarea în softul de asistență medicală (întocmire fisă de consultație ambulatorie / foaie de observație de spitalizare de zi după caz)
- programarea la consultație
- deparazitare (după caz) ;
- realizarea consulturilor inițiale– medicină generală pentru pacienții neasigurați/ medicină de familie pentru pacienții asigurați și/sau consulturi la alte specialități conform recomandărilor medicilor de medicină generală /de familie
- realizarea recoltării de analize de laborator conform recomandărilor medicilor de medicină generală/ medici de familie/ medici specialiști
- programarea pentru realizarea vizitelor de control, ulterior obținerii rezultatelor la analizele medicale sau la explorările funcționale/ radiologice/ imagistice
- realizarea consulturilor de control conform programărilor
- realizarea programărilor pentru:
 - Internare în spitalizarea de zi pentru monitorizare, tratamente, control;
 - Îngrijiri la domiciliu unde este cazul conform recomandărilor și după obținerea acordului Casei de asigurări de sănătate;
 - Asistență psihologică;
 - Asistență socială;
 - Reorientare profesională;
 - Consiliere familie/aparținători;
 - Participarea la grupe de cursuri de calificare;
 - Participarea la grupe de terapie ocupațională;

PENTRU SERVICIILE SPITALIZARE DE ZI :

- prezentare la recepția Centrului multifuncțional conform programării;
- înregistrarea în softul de asistență medicală (întocmire foaie de observație de spitalizare zi)
- programarea la consultație, tratamente, examene de monitorizare conform planului
- deparazitare (după caz);
- formalități garderobă;
- repartizare pe secție;
- intervenții medicale specifice;

- externare sau transferare către o altă unitate medicală specializată atunci când se descoperă o patologie asociată care nu poate fi gestionată la nivelul unei secții de spitalizare de zi/în caz de urgențe medico-chirurgicale.

Care va fi impactul proiectului asupra comunității locale și autorităților locale.

Asupra DGASPC sector 6

- Creșterea performanței indicatorilor de rezultat prin monitorizarea integrată medico-psihologico-socială adaptată persoanelor asistate precum și familiilor acestora;
- Creșterea calității serviciilor decontate pentru persoanele asistate precum și familiilor acestora;
- Recuperarea medicală și reinsertia socială a persoanelor cu dizabilități precum și a familiilor acestora;
- Creșterea calității serviciilor oferite și controlul modului de formare la un înalt nivel de performanță a persoanelor care asistă persoanele aflate în dificultate;
- Dezvoltarea de abilități suplimentare – învățarea continuă – în concordanță cu modelele europene și capacitatea de a le adapta la nevoile cetățenilor din România;
- Creșterea încrederii în a colabora și a crea servicii complementare socio-medicale cât și implicarea directă în rezolvarea unei probleme complexe a membrilor comunității;
- Încurajarea pentru promovarea în România a instituțiilor socio-medice și implicarea activă în aplicarea standardelor profesionale în meseriile medicale în domeniul recuperării și reabilitării;
- Contribuirea la dezvoltarea serviciilor medicale pentru includerea persoanelor defavorizate și reducerea sărăciei;
- Creșterea abilității de comunicare și de exercitare de relații publice ale acestora ;
- Punerea în practică a noilor prevederi legale de către autoritățile locale prin oferirea **unui model** viabil și replicabil de Centru multifuncțional;
- Creșterea înțelegerii asupra nevoilor comunității și disponibilității folosirii experienței altor instituții pentru a asigura diversitatea necesară;
- Creșterea credibilității serviciilor medico-sociale;
- Dezvoltarea mecanismelor consultative cu alți actori din sectorul public/ privat;

Măsurile care se vor lua pentru a asigura un impact îndelungat al proiectului.

Pentru un impact pe termen lung al proiectului se va urmări :

- 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 centrului multifuncțional astfel încât să fie asigurate premisele unei recuperări eficiente ;
- d) comunicarea cu toți actorii sociali care pot sprijini prin expertiză intervenția în cadrul centrului multifuncțional;
- e) comunicarea transparentă periodică a rezultatelor proiectului;
- f) asigurarea unei metodologii de evaluare internă astfel încât să fie asigurat un management performant al Centrului Multifuncțional;
- g) asigurarea unor programe de formare continuă a personalului medical și social de specialitate.

10. Activitățile proiectului

Descriere detaliată a activităților astfel încât, pentru fiecare activitate reies: contribuția respectivei activități la atingerea obiectivelor proiectului, metodele de implementare propuse, rezultate așteptate, participanți, rolul fiecărui partener, acolo unde este cazul.

Activitățile proiectului sunt după cum urmează:

Nr.	Activitate	Denumire activitate	Responsabilități
------------	-------------------	----------------------------	-------------------------

crt.			
1	Activitatea 1	Managementul proiectului	<ul style="list-style-type: none"> • Director centru • Coordonator Asociație
2	Activitatea 2	Selectarea și formarea personalului Centrului Multifuncțional	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabil pentru personalul administrativ, asistență socială Director Centru • Responsabil pentru personalul medical Director centru plus Coordonator Asociație
3	Activitatea 3	Realizarea procedurilor de achiziție pentru reabilitarea, reamenajarea, dotarea Centrului multifuncțional	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabil pentru pentru reabilitarea, reamenajarea, dotarea parțială Director Centru • Responsabil pentru dotare parțială Coordonator Asociație
4	Activitatea 4	Dotarea efectivă, recepția lucrărilor de reamenajare	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabil pentru pentru reabilitarea, reamenajarea, dotarea parțială Director Centru • Responsabil pentru dotare parțială Coordonator Asociație
5	Activitatea 5	Autorizarea, avizarea, certificarea, evaluarea, acreditarea specifice funcționării tipului de Centru multifuncțional	Director Centru Multifuncțional și coordonator din Asociație
6	Activitatea 6	Evaluarea / Identificarea viitorilor beneficiari asistați social	Director Centru Multifuncțional și coordonator din Asociație
7	Activitatea 7	Contractarea serviciilor medicale cu Casa de Asigurări Sociale de Sănătate	Director Centru Multifuncțional și reprezentant legal Asociație
8	Activitatea 8	Realizarea și depunerea de proiecte cu accesare fonduri UE pentru asistența socio-medicală	Director Centru Multifuncțional și reprezentant legal Asociație
9	Activitatea 9	Realizarea și autorizarea COR de noi calificări și specializări specifice pentru asistență socio-medicală (customer care).	Director Centru Multifuncțional și reprezentant legal Asociație
10	Activitatea 10	Realizarea și depunerea de proiecte cu accesare fonduri UE pentru formare personal specific asistenței socio-medicale	Director Centru Multifuncțional și reprezentant legal Asociație
11	Activitatea 11	Realizarea și depunerea de proiecte cu accesare fonduri UE pentru realizarea unor platforme informatice integrate specific asistenței socio-medicale și pentru informarea populației	Director Centru Multifuncțional și reprezentant legal Asociație
12	Activitatea 12	Evaluarea proiectelor - rapoarte de activitate distincte pe tipuri de servicii furnizate	Director Centru Multifuncțional și coordonator Asociație

13	Activitatea 13	Campanii de informare pe diversele stadii de dezvoltare ale proiectelor	Director Centru Multifuncțional și reprezentant legal Asociație
14	Activitatea 14	Evaluarea impactului și a creșterii gradului de satisfacție al populației sectorului 6	Director Centru Multifuncțional și coordonator Asociație

Activitatea 1

Activitatea de management al proiectului

Managementul proiectului va consta în urmărirea tuturor etapelor de realizare a obiectivelor acestui proiect începând cu etapele de achiziție, selectare de personal, formare de personal, amenajare/reabilitare, monitorizarea activităților. Managementul proiectului va fi realizat de o echipă formată din :

1. manager proiect – Directorul Centru Multifuncțional
2. director medical – conform organigramei Centru Multifuncțional
3. asistenta șefă – conform organigramei Centru Multifuncțional
4. responsabil achiziții – Director general adjunct Centru Multifuncțional
5. administrator – conform organigramei Centru Multifuncțional
6. contabil – conform organigramei Centru Multifuncțional
7. consilier juridic – conform organigramei Centru Multifuncțional
8. asistent manager integrare medicală – din partea Asociației pentru coordonarea activităților medicale

Instrumentele de monitorizare vor fi formate din grile de indicatori care vor fi evaluați periodic. Indicatorii vor fi cei din proiect precum și indicatori specifici ai procesului de reabilitare/reamenajare construcție.

Managementul proiectului se va realiza la sediul Centrului Multifuncțional.

În cadrul procesului de management vor fi contactați furnizorii, se vor realiza procedurile de achiziție și aprovizionare, monitorizarea reamenajării construcției, selectarea și formarea personalului conform organigramei Centrului multifuncțional, selectarea beneficiarilor, amenajarea spațiilor pentru autorizare, avizare, certificare conform normelor în vigoare.

În cadrul managementului se vor realiza și raportările specifice precum și solicitările financiare și urmărirea derulării convenției de finanțare cu instituțiile finanțatoare. Orice modificare a convenției de finanțare, conform procedurilor, va fi realizată prin act adițional. În cadrul managementului de proiect se vor asigura toate diligențele pentru desfășurarea în bune condițiuni a parteneriatului strategic cu Asociația pentru implementarea proiectului și darea în folosință a Centrului Multifuncțional Sf.Nectarie.

Activitatea 2

Selectarea, formarea și angajarea/ redistribuirea personalului Centrului Multifuncțional de Sănătate Sf.Nectarie

Selectarea personalului Centrului Multifuncțional de sănătate Sf.Nectarie se va realiza începând cu prima luna din proiect și va avea în vedere întreaga echipă a Centrului conform organigramei aprobate.

Selectarea echipei se va realiza în baza unor examinări inițiale și a aplicării unei grile de condiții minime care trebuie îndeplinite pentru desfășurarea activității conform fișelor de post.

Formarea personalului se va realiza cu resursele proprii ale Centrului și va consta în desfășurarea unei formări inițiale pentru diferite atribuții pe specialitate, specificul instituțional de Centru Multifuncțional, categorii de beneficiari și abordări specifice, patologii asociate sărăciei și marginalizării, curriculum de formare urmând legislația în vigoare, indicatorii și itemii de formare impuși de instituturile de specialitate precum și de standardele minime obligatorii în domeniu.

În cadrul furnizorului de servicii medicale acreditat, certificat și aflat în relații contractuale cu o casă de Asigurări de Sănătate vor fi selectați pentru a presta servicii medicale conform

specializărilor și competențelor doar acele persoane care corespund din punct de vedere al activităților Centrului Multifuncțional în vederea asigurării tuturor serviciilor medicale din structura acestuia, precum și în concordanță cu solicitările pacienților.

Activitate 3. Realizarea procedurilor de achiziție pentru reabilitarea, reamenajarea, dotarea Centrului multifuncțional

Realizarea procedurilor de achiziție pentru completarea dotării Centrului Multifuncțional conform standardelor pt obținerea autorizațiilor/ avizelor de funcționare/ evaluării/ acreditării/ certificării.

Etapa I :

Realizarea inventarului dotărilor existente

Etap II :

Compararea inventarului dotărilor existente cu inventarul minim necesar pentru autorizarea/ avizarea/ evaluarea structurilor componente ale Centrului Multifuncțional conform legislației în vigoare

Etapa III :

Stabilirea dotărilor puse la dispoziție de Asociație

Etapa IV :

Stabilirea dotărilor necesar a fi achiziționate de către Centrul Multifuncțional

Etapa V:

Realizarea achizițiilor în conformitate cu legislația în vigoare

Activitate 4. Dotarea efectivă, recepția lucrărilor de reamenajare

Dotarea cabinetelor din ambulatoriul de specialitate va fi realizată în conformitate cu legislația în vigoare prin aportul Fundației în colaborare cu Directorul Centrului.

Activitate 5. Autorizarea, avizarea, certificarea, evaluarea, acreditarea specifice funcționării Centrului multifuncțional

Pentru demararea activităților va fi necesară obținerea autorizațiilor, avizelor, aprobărilor, evaluării, acreditării, certificării specifice funcționării tipului de instituție de la instituțiile reglementate prin lege.

Activitate 6. Evaluarea / Identificarea viitorilor beneficiari asistați social

Directorul Centrului împreună cu personalul centrului va realiza situații statistice referitoare la :

- Identificarea pacienților eligibili pentru asistare socială
- Stabilirea numărului de persoane eligibile
- Stabilirea tipurilor de servicii medicale necesare
- Realizarea unui plan de măsuri și a unui plan de evaluare medico-socială
- Programarea acestor pacienți
- Estimarea bugetelor necesare pentru acoperirea acestor nevoi

Activitatea 7. Contractarea serviciilor medicale cu Casa de Asigurări Sociale de Sănătate

Directorul General al Centrului și coordonatorul din partea fundației vor face demersurile legale necesare pentru contractarea serviciilor medicale cu Casa de Asigurări Sociale de Sănătate.

Activitatea 8. Realizarea și depunerea de proiecte cu accesare fonduri UE pentru asistența medico-socială

După stabilirea nevoilor socio-medice identificate, Centrul multifuncțional împreună cu Fundația vor accesa fonduri UE/ prin proiecte europene pentru completarea fondurilor cu sumele necesare acoperirii nevoilor identificate. Se cunoaște faptul că strategia de dezvoltare de proiecte UE, în perioada 2014-2020 prevede în domeniul medical, prestarea serviciilor în mod integrat medical alături de psihologic și social, motiv pt care structurile amintite vor depune toate eforturile pentru completarea serviciilor oferite pacienților prin suplimentarea cu fonduri special destinate.

Activitatea 9. Realizarea și autorizarea COR de noi calificări și specializări specifice customer care de asistență medico-socială

După realizarea și punerea în practică a unui Model de practică integrată a serviciilor socio-medice, managerii Centrului Multifuncțional precum și reprezentanții Asociației vor stabili care sunt standardele ocupaționale specifice și care nu sunt prevăzute în actualul COR. Ulterior identificării acestor standarde – calificări și specializări – pentru susținerea activităților socio-medice integrate, se vor depune toate diligențele pentru dezvoltarea standardelor ocupaționale care vin să completeze nevoile de servicii identificate.

Exemplu: pentru recepționerile din cadrul furnizorilor de servicii medicale, a furnizorilor de servicii socio-medice nu există standard în COR decât pentru recepționere servicii hoteliere.

Activitatea 10. Realizarea și depunerea de proiecte cu accesare fonduri UE pentru formare personal specific asistenței socio-medice

Odată realizat Modelul de practică a îngrijirilor integrate medico-psihologico-sociale, pentru promovarea și dezvoltarea acestuia la nivelul întregii comunități se vor realiza proiecte pentru formarea profesională a personalului de susținere medico-socială. La nivelul Centrului Multifuncțional personalul va putea forma și susține practic abilitățile personalului ce urmează a fi calificat/specializat.

Activitatea 11. Realizarea și depunerea de proiecte cu accesare fonduri UE pentru realizarea unor platforme informatice integrate specific asistenței socio-medice și pentru informarea populației

Realizarea unei platforme de informare pacienți asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, a pacienților neasigurați și asistați referitor la drepturi și obligații, la modalitatea de accesare a serviciilor, la programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale de pe raza sectorului 6, ulterior cu crearea posibilității de programare online la servicii precum și de avertizare prin telefon pentru administrarea tratamentelor sau prezentarea conform programării la serviciile medico-sociale.

Activitatea 12. Evaluarea proiectelor - rapoarte de activitate distincte pe tipuri de servicii furnizate

Evaluarea fiecărei activități se va realiza periodic conform termenelor specifice de către fiecare coordonator/ șef de structură/ Directori în scopul sesizării problemelor apărute, a remedierii acestora și a atingerii obiectivelor propuse.

Rapoartele realizate vor fi procedurate, o parte tipizate, cu posibilitatea corelării cu rapoartele extrase din bazele de date. Evaluarea proiectului este o activitate de management care va avea rolul de a stabili gradul de îndeplinire a obiectivelor proiectului și va consta în monitorizarea permanentă a activităților precum și un raport de evaluare care va menționa evoluția proiectului, dinamica, gradul de îndeplinire a obiectivelor. În evaluare vor fi aplicate instrumente calitative și

cantitative de evaluare, vor fi luați în considerare indicatori de performanță, se va urmări partea de calitate a serviciilor și vor fi stabilite concluzii privind integrarea serviciilor.

Activitatea 13. Campanii de informare pe diversele stadii de dezvoltare ale proiectului

Promovarea Centrului Multifuncțional se va realiza pe toate canalele mediatice după cum urmează :

- Comunicate de presă ale Centrului multifuncțional
- Pe site-urile Primăriei, Centrului, Asociației – furnizor de servicii medicale
- La callcenter-ul Primăriei, Centrului, Asociației – furnizor de servicii medicale
- Prin publicațiile Primăriei, Centrului, Asociației – furnizor de servicii medicale
- Prin pliante, postere, fluturași, bannere etc. conform bugetelor aprobate
- Informarea se va realiza prin tehnici de marketing și de relații publice, prin informarea periodică a presei și a comunității locale asupra evoluției proiectului, prin realizarea de articole de presă,
- anunțuri pe site-ul propriu al Centrului multifuncțional. Se vor transmite permanent articole în revista de asistență socială pe care DGASPC 6 o publică lunar sau trimestrial. Informarea se va realiza cu transparență, respectând legislația în vigoare privind drepturile omului, confidențialitatea beneficiarilor, codul de conduită.

Activitatea 14 Evaluarea impactului și a creșterii gradului de satisfacție al populației sectorului 6

- Realizarea de studii de impact la nivelul populației sector 6
- Aplicarea de chestionare de satisfacție persoanelor care se adresează Centrului Multifuncțional pentru determinarea gradului de satisfacție referitor la utilizarea serviciilor gestionate precum și la serviciile oferite
- Realizarea de studii cu relevanță statistică din punct de vedere medical al influenței asupra calității vieții după accesarea serviciilor Centrului multifuncțional

11. Metodologia de implementare

Centrul multifuncțional de sănătate “Sfântul Nectarie” va respecta întocmai legislația în domeniu privind instituțiile medicale cu componentă socială conform încadrării legale enumerate anterior.

Implementarea se va realiza conform activităților detaliate anterior.

ROF va fi revizuit periodic de întreaga echipă a proiectului în perioada de implementare și înainte de începerea activității.

Atribuțiile personalului vor fi detaliate specific activităților proiectului în fișele de post conform legislației în vigoare.

Centrul multifuncțional de sănătate “Sf.Nectarie” este o instituție publică specializată, cu personalitate juridică în subordinea DGASPC Sector 6, care acordă servicii de îngrijire, servicii medicale, precum și servicii sociale persoanelor cu nevoi socio-medicală.

Persoanele care beneficiază de servicii furnizate în Centrul multifuncțional sunt persoane cu nevoi socio-medicale stabilite conform prevederilor legale în vigoare, care, după caz, necesită supraveghere, asistare, tratament precum și servicii de inserție și reinsertie socială.

Internarea se efectuează în conformitate cu reglementările legale în vigoare privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu avizul conducerii acestor unități, în limita locurilor disponibile și a resurselor financiare.

Serviciile medicale și de îngrijire asigurate sunt prevăzute în documentația de fundamentare și în conformitate cu documentația legală instituțiilor medicale.

Serviciile sociale de care pot beneficia persoanele internate sunt:

- asigurarea unui nivel maxim posibil de autonomie și siguranță;
- asigurarea unor condiții de îngrijire, care să respecte identitatea, integritatea și demnitatea;
- asigurarea menținerii capacităților fizice și intelectuale;

- asigurarea consilierii și informării atât a asistaților, cât și a familiilor acestora privind problematica socială (probleme familiale, psihologice și altele asemenea);
- intervenții pentru prevenirea și combaterea instituționalizării prelungite;
- stimularea participării la viața socială;
- facilitarea și încurajarea legăturilor interumane, inclusiv cu familiile proprii;
- organizarea de activități psiho-sociale și culturale;
- identificarea mediilor în care poate fi integrată persoana internată în timp îndelungat.

Serviciile sociale prevăzute sunt asigurate de personal specializat, angajat al unității sau al serviciului public local de asistență socială.

În sensul prezentului proiect se înțeleg următoarele:

- a) prin pacient se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate;
- b) prin discriminare se înțelege distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale;
- c) prin îngrijiri de sănătate se înțeleg serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical;
- d) prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;

DREPTURILE BENEFICIARILOR :

- Pacienții și persoanele asistate social au drepturile stabilite de legislația aplicabilă în vigoare precum și de cele stabilite la nivelul Centrului multifuncțional de sănătate.

OBLIGAȚIILE BENEFICIARILOR :

- De a furniza informații corecte cu privire la identitatea, situația familială, socială, medicală și economică;
- De participare la procesul de furnizare a serviciilor sociale;
- Să contribuie, în conformitate cu legislația în vigoare, la plata serviciilor sociale furnizate, în funcție de tipul serviciului și de situația materială;
- Să comunice orice modificare intervenită în legătură cu situația lor personală;

12. Resurse alocate pentru implementarea proiectului:

Clădirea: Str.Uverturii nr 81, clădire multifuncțională construită, care va solicita recompartimentare, amenajare, etc.

Dotări puse la dispoziție de Centrul Multifuncțional de Sanatate Sf. Nectarie Existent:

CARDIOLOGIE

- Aparat de măsurat tensiunea arterială (tensiometru cu stetoscop);
- Oscilometru;
- Electrocardiograf;
- Ecocardiograf;
- Sistem testare efort;
- Aparat de monitorizare EKG (Holter);
- Canapea consultații;
- Mobilier.

BOLI DE NUTRIȚIE ȘI DIABET / ENDOCRINOLOGIE

- Tensiometru cu stetoscop;
- Aparat pentru determinarea în urgență a glicemiei;
- Canapea consultații;
- Oftalmoscop;
- Oscilometru;
- Diapazon;
- Mobilier.

MEDICINĂ DE FAMILIE

- Aparat de măsurat tensiunea arterială cu stetoscop;
- Cântar pentru adulți;
- Apăsător limbă;
- Trusă completă de mică chirurgie;
- Masă inox cu roți;
- Termometru;
- Canapea consultații;
- Paravan trei elemente;
- Mobilier.

NEUROLOGIE / REUMATOLOGIE

- Otoscop;
- Dinamometre;
- Aparat de măsurat tensiunea arterială cu stetoscop;
- Ciocan reflexe;
- Diapazoane pentru explorarea sensibilității profunde;
- Dinamometru pentru examinarea forței segmentare;
- Electroencefalograf digital;
- Canapea consultații.

GINECOLOGIE / DERMATOLOGIE

- Lampă ultraviolete;
- Electrocauter - dimensiuni medii sau mici;
- Apasator limba;
- Hemisuccinat de hidroclorid de cortizon;
- Dermoscop;
- Adrenalină;
- Mobilier;
- Valve vaginale;
- Speculi vaginali;
- Tensiometru;
- Stetoscop.

MICĂ CHIRURGIE

- Tensiometru, stetoscop;
- Seringi de unică folosință;
- Mobilier.

ORL

- Specule nazale;
- Specule auriculare;
- Apăsător limbă;
- Oglinzi laringiene;
- Scaun ORL;
- Lampă de spirt;
- Termometru;
- Deschizător gură;
- Diapazon;
- Aspirator secreții;
- Oglindă frontală;
- Canapea consultații;
- Mobilier.

TRATAMENTE / ECHOGRAFIE

- Ecograf;
- Canapea consultații;
- Mobilier.

GASTROENTEROLOGIE

- Tensiometru;
- Stetoscop;
- Canapea consultații;
- Mobilier.

MEDICINĂ INTERNĂ / EXPLORĂRI FUNCȚIONALE

- Termometru;
- Tensiometru;
- Stetoscop;
- Pulsoximetru;
- Electrocardiograf;
- Dispozitiv Doppler pentru flux arterial periferic;
- Spirograf;
- Canapea consultații;
- Mobilier.

ORTOPEDIE / RECUPERARE MEDICALĂ

- Termometru;
- Aparat de masurat tensiunea arteriala cu stetoscop;
- Goniometru;
- Oscilometru;
- Canapea consultații;
- Mobilier.

MEDICINA MUNCII

- Tensiometru;
- Stetoscop;
- Audiometru standard;
- EKG;
- Glucometru;
- Canapea consultații;
- Paravan trei elemente;
- Cântar persoane adulte;
- Mobilier.

PSIHOLOGIE

- Scaun consultații;
- Mobilier.

PSIHIATRIE

- Mobilier.

CAMERĂ RECOLTARE

- Scaun recoltare;
- Canapea consultații;

- Mobilier.

DEPOZIT MATERIALE SANITARE

- Dulapuri pentru depozitarea medicamentelor și materialelor sanitare;
- Frigider (vitrină).

STERILIZARE

- Pupinel;
- Autoclav;
- Tavă inox cu grătar pentru instrumentar;
- Masă inox cu roți;
- Aer condiționat.

LABORATOR

Hematologie, biochimie, microbiologie:

- Analizator ioni;
- Analizatori hematologie;
- Analizatori urină;
- Analizatori automat;
- Analizatori biochimie;
- Termostat;
- Microscop;
- Hotă cu flux luminar;
- Centrifugă;
- Vitrine frigorifice;
- Mobilier.

Transport: autoturisme de transport urgențe și transport pacienți – situații medicale speciale pus la dispoziție prin intermediul asocierii cu Asociația.

Sediul echipei de implementare va fi la sediul Centrului multifuncțional.

Resurse umane și încadrarea salarială – Anexa 1

Dotări – Anexa 2

13. Sustenabilitatea proiectului

Surse de finanțare

- Consiliul Local sector 6 ;
- FNUASS prin intermediul Asociației;
- Donatori ;
- Parteneri sociali (companii, ONG-uri). Partenerii sociali vor fi implicați după începerea activității, sprijinul va fi atât de ordin financiar cât și know-how. Prin intermediul potențialilor parteneri, mai ales organizații cu expertiză, va fi realizat un program de formare continuă și supervizare;
- Venituri realizate din serviciile cu plată ale Centrului multifuncțional, pentru pacienții neasigurați și neasistați social sau asistați social parțial.

Prin introducerea noului serviciu socio-medical creat în organigrama, Consiliul Local prin intermediul DGASPC sector 6 își asumă susținerea integrală financiară pe perioada de minim 10 ani.

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. pe următorii ani realizându-se estimări bugetare și alocări pentru fiecare an bugetar astfel încât să se asigure cash-flow pozitiv și să se asigure serviciile medicale necesare beneficiarilor.

Bugetul proiectului – Anexa 3