

## ☐ **ORDIN nr. 1306 din 17 noiembrie 2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora**

Forma sintetică la data 27-Jun-2018. Acest act a fost creat utilizand tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.

▶ (la data 27-Nov-2017 actul a fost modificat de [Ordinul 1259/2017](#) )

▶ (la data 28-Feb-2017 actul a fost modificat de [Ordinul 193/2017](#) )

Având în vedere:

- Legea nr. [18/1990](#) pentru ratificarea [Convenției cu privire la drepturile copilului](#), republicată;

- Legea nr. [221/2010](#) pentru ratificarea [Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități](#), adoptată la New York de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 13 decembrie 2006, deschisă spre semnare la 30 martie 2007 și semnată de România la 26 septembrie 2007, cu modificările ulterioare;

- Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, versiunea pentru copii și tineri, adoptată de Organizația Mondială a Sănătății în anul 2007 și validată de România în anul 2012 de către Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului,

în temeiul:

- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. [144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 18 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. [344/2014](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, precum și pentru modificarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare,

**ministrul sănătății și ministrul muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice** emit următorul ordin:

### ☐ **CAPITOLUL 0:**

#### ☐ **Art. 1**

Se aprobă criteriile biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora.

#### ☐ **Art. 2**

☐ **(1)** Criteriile biopsihosociale se împart în două categorii:

**a)** criterii medicale și medico-psihologice, care sunt cuprinse în anexa nr. 1 la prezentul ordin;

**b)** criterii sociale și psihosociale, care sunt cuprinse în anexa nr. 2 la prezentul ordin.

**(2)** Elaborarea și revizuirea criteriilor din anexa nr. 1 reprezintă responsabilitatea Ministerului Sănătății, cu consultarea comisiilor de specialitate și a profesioniștilor care le utilizează, prin intermediul direcțiilor de sănătate publică și a Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție.

**(3)** Elaborarea și revizuirea criteriilor din anexa nr. 2 reprezintă responsabilitatea Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție, cu consultarea profesioniștilor care le utilizează și a experților în Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, versiunea pentru copii și tineri, denumită în continuare CIF-CT.

**(4)** Modalitățile de aplicare a criteriilor biopsihosociale sunt cuprinse în capitolul II din prezentul ordin.

#### ☐ **Art. 3**

**(1)** Serviciul de evaluare complexă pentru copii din cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, denumit în continuare SEC, este responsabil cu aplicarea criteriilor biopsihosociale în vederea formulării unei propuneri de încadrare în grad de handicap, consemnate în raportul de evaluare complexă.

**(2)** Propunerea gradului de handicap se formulează prin corelarea calificatorilor obținuți în urma aplicării celor două categorii de criterii.

**(3)** Comisia pentru Protecția Copilului, denumită în continuare CPC, stabilește încadrarea în grad de handicap în baza raportului de evaluare complexă, având posibilitatea de a aproba propunerea SEC sau de a o schimba, folosind aceleași modalități de aplicare a criteriilor biopsihosociale.

**(4)** Certificatul de încadrare în grad de handicap se eliberează de CPC pentru fiecare grad în parte: grav, accentuat, mediu și ușor.

#### ☐ **CAPITOLUL I: Definiții**

##### ☐ **Art. 4**

În înțelesul prezentului ordin, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații, în acord cu CIF-CT:

**a)** activitatea reprezintă executarea unei sarcini sau a unei acțiuni de către un individ/o persoană - copil sau adult;

**b)** barierele sunt factorii din mediul unei persoane care, prin absență sau prezență, limitează funcționarea și creează dizabilitatea;

**c)** calificatorii sunt coduri numerice care specifică amplitudinea sau dimensiunile funcționării sau dizabilității dintr-o anumită categorie, respectiv sănătate și activități-participare și sunt numerotați de la 0 la 4;

**d)** deficiențele/afectările sunt probleme ale funcțiilor sau structurilor corpului, ca deviație semnificativă sau pierdere. Acest concept nu se suprapune peste conceptul de boală sau afecțiune, ci reprezintă consecința funcțională a acestora. Se folosește sintagma deficiență/afectare pentru a evidenția echivalența acestora. Deficiențele/Afectările pot fi temporare sau permanente, evolutive, regresive sau staționare, intermitente sau continue;

**e)** dizabilitatea este un concept care cuprinde deficiențele/afectările, limitările de activitate și restricțiile de participare. Acest termen denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ, care are o problemă de sănătate, și factorii contextuali în care se regăsește, respectiv factorii de mediu și factorii personali;

**f)** factorii de mediu compun mediul fizic, social și atitudinal în care oamenii trăiesc și își duc existența. Printre factorii de mediu se numără lumea naturală și trăsăturile sale, lumea fizică construită de oameni, alte persoane aflate în diferite relații și roluri, atitudini și valori, sisteme și servicii sociale, precum și politici, reglementări și legi;

**g)** funcțiile organismului sunt funcțiile fiziologice ale sistemelor corpului, inclusiv funcțiile psihologice;

**h)** funcționarea este un termen generic pentru funcțiile organismului, structurile corpului, activități și participare. El denotă aspectele pozitive ale interacțiunii dintre individ, care are o problemă de sănătate, și factorii contextuali în care se găsește, respectiv factorii de mediu și factorii personali;

**i)** limitările în activitate reprezintă dificultățile pe care le poate avea un individ/o persoană în executarea activităților. Dificultățile țin atât de individ/o persoană, fiind determinate de deficiența/afectarea funcțională, cât și de mediul în care trăiește și își desfășoară activitatea, fiind determinate de bariere;

**j)** participarea reprezintă implicarea într-o situație de viață;

**k)** performanța reprezintă modul în care acționează persoanele cu dizabilități în mediul lor de viață, cu barierele și facilitatorii existenți la un moment dat;

**l)** restricțiile de participare reprezintă problemele cu care se poate confrunta un individ/o persoană atunci când se implică în situații de viață. La fel ca și în cazul limitărilor de activitate, problemele țin atât de individ/persoană, cât și de mediu;

**m)** structurile corpului sunt părțile anatomice ale organismului, ca organele, membrele și componentele acestora.

#### ☐ **Art. 5**

Domeniile privind activitatea și participarea se definesc, în acord cu CIF-CT, astfel:

**a)** Domeniul 1 - Învățarea și aplicarea cunoștințelor - are în vedere învățarea, aplicarea cunoștințelor învățate, gândirea, rezolvarea problemelor și luarea deciziilor;

**b)** Domeniul 2 - Sarcinile și solicitările generale - are în vedere aspectele generale de îndeplinire a uneia sau a mai multor sarcini, de organizare a rutinei și privitoare la modul de a face față stresului. Toate aceste elemente se pot utiliza pentru mai multe sarcini sau acțiuni specifice pentru a identifica caracteristicile esențiale care țin de îndeplinirea sarcinilor respective în diverse circumstanțe;

**c)** Domeniul 3 - Comunicarea - are în vedere caracteristicile generale și particulare ale acesteia prin limbaj, semne și simboluri, inclusiv de receptare și generare de mesaje, purtare a unei conversații și utilizarea tehnicilor și instrumentelor de comunicare;

**d)** Domeniul 4 - Mobilitatea - se ocupă de mișcare, ca schimbare a poziției sau a locului corpului ori ca mutare dintr-un loc în altul prin transportul, mutarea sau manipularea obiectelor, prin mers, alergare sau urcare și prin utilizarea diverselor forme de transport;

**e)** Domeniul 5 - Autoîngrijirea - are în vedere spălatul și ștersul, îngrijirea propriului corp și a părților acestuia, îmbrăcatul, mâncatul, băutul și îngrijirea propriei sănătăți;

**f)** Domeniul 6 - Autogospodărirea - are în vedere realizarea acțiunilor și sarcinilor casnice și din viața de zi cu zi. Ariile vieții domestice includ achiziționarea unei locuințe, a hranei, îmbrăcămintei și a altor lucruri necesare, curățenia și reparații ale locuinței, obiecte de îngrijire personală și a locuinței și ajutorul pentru ceilalți;

**g)** Domeniul 7 - Interacțiunile și relațiile interpersonale - are în vedere îndeplinirea unor acțiuni și sarcini necesare pentru stabilirea de interacțiuni, simple și complexe, cu oamenii - persoane necunoscute, prieteni, rude, membrii familiei și persoanele iubite - într-o manieră contextuală și socială adecvată;

**h)** Domeniul 8 - Ariile majore ale vieții - are în vedere îndeplinirea de sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în educație, muncă și munca remunerată, precum și pentru efectuarea de tranzacții economice;

**i)** Domeniul 9 - Comunitatea, viața civică și socială - are în vedere acțiunile și sarcinile necesare pentru a se implica în viața socială organizată în afara familiei, în comunitate, în ariile vieții sociale și civice.

#### ☐ **Art. 6**

Factorii de mediu utilizați în aplicarea criteriilor sociale și psihosociale se definesc după cum urmează:

**a)** Prin produse sau tehnologii asistive/de sprijin disponibile se înțeleg orice produse, instrumente, echipamente sau tehnologii adaptate sau concepute special pentru a îmbunătăți/maximiza potențialul copilului cu dizabilități;

**b)** Prin mediu fizic accesibil se înțelege mediul din comunitate proiectat și adaptat pentru persoanele cu dizabilități;

**c)** Prin relații intrafamiliale funcționale se înțeleg interacțiunile simple și complexe, armonioase, între membrii familiei, de exemplu, între copii, părinți, alți membri ai familiei sau persoane care locuiesc cu copilul;

**d)** Prin abilități parentale în raport cu dizabilitatea copilului se înțeleg cunoștințele, atitudinile și comportamentele dobândite pentru: acoperirea nevoilor de bază ale copiilor, protecția copilului împotriva violenței, sprijinirea dezvoltării fizice și psihice a copilului, reprezentarea intereselor copiilor în comunitate, rezolvarea de probleme/crize și gestionarea frustrărilor și a furiei;

**e)** Prin rețeaua de sprijin a familiei se înțelege totalitatea persoanelor din familia lărgită, alte rude, vecini, prieteni și profesioniști din comunitate, care oferă un ajutor constant familiei. La acest capitol se apreciază și atașamentul copilului în acord cu definițiile conforme teoriei atașamentului a lui Bowlby;

**f)** Prin atitudini pozitive față de dizabilitate se înțeleg manifestările observabile ale obiceiurilor, practicilor, ideologiilor, valorilor, normelor, credințelor factuale și religioase, care influențează favorabil comportamentul individual și viața socială la toate nivelurile;

**g)** Prin servicii se înțeleg serviciile publice, private și pe bază de voluntariat, sociale, medicale, de psihoterapie și alte tipuri de terapie, de exemplu: logopedie, kinetoterapie, terapie ocupațională și educaționale necesare pentru reabilitarea copilului cu dizabilități.

## ☐ **CAPITOLUL II: Modalitățile de aplicare a criteriilor biopsihosociale**

### ☐ **SECȚIUNEA 0:**

#### ☐ **Art. 7**

Viziunea actuală asupra dizabilității arată că prezența unei condiții de sănătate - boală, afecțiune etc. - reprezintă o premisă, dar nu conduce obligatoriu la dizabilitate. Diagnosticul medical în sine nu este, ca atare, suficient pentru a fundamenta încadrarea într-un grad de handicap, el trebuie corelat cu evaluarea psihosocială, ținând cont de vârsta cronologică a copilului și de condițiile de mediu în care acesta trăiește.

#### ☐ **Art. 8**

Încadrarea în grad de handicap a copiilor cu dizabilități se face în raport cu intensitatea deficienței/afectării funcționale individuale - datorate unor probleme de structură și/sau funcție a organismului - corelată cu limitările de activitate și restricțiile de participare - datorate atât deficienței/afectării funcționale, cât și barierelor din mediu.

#### ☐ **Art. 9**

Prin corelarea calificatorilor, care reprezintă procente estimative ale deficienței/afectării funcționale, pe de o parte, și ale limitărilor de activitate și restricțiilor de participare, pe de altă parte, copii, având aceeași boală/același diagnostic, pot fi încadrați în grade diferite de handicap, de la gradul ușor până la

gradul grav. De asemenea, în dinamică, un copil, prezentând aceeași boală/același diagnostic, poate fi încadrat în alt grad de handicap decât cel anterior.

## ☒ **SECȚIUNEA 1: Modalitățile de aplicare a criteriilor medicale și medico-psihologice**

### ☒ **Art. 10**

☒ **(1)** Criteriile medicale și medico-psihologice generale sunt următoarele:

**a)** gradul, stadiul, complicațiile unei boli și asocierea de afecțiuni derivate din aceasta, stabilite pe baza analizelor și investigațiilor corespunzătoare;

**b)** răspunsul la tratament și efectul serviciilor de abilitare și reabilitare, precum și al altor intervenții, obiectivate prin documente medicale și conexe sănătății.

**(2)** Denumirea bolii nu constituie deficiență/afectare funcțională și nici dizabilitate.

### ☒ **Art. 11**

Prin aplicarea criteriilor medicale și medico-psihologice se obține un calificator, care reprezintă procentul estimativ al deficienței/afectării funcționale a organismului:

**a)** 4 = deficiență/afectare funcțională completă = 96-100%;

**b)** 3 = deficiență/afectare funcțională severă = 50-95%;

**c)** 2 = deficiență/afectare funcțională moderată = 25-49%;

**d)** 1 = deficiență/afectare funcțională ușoară = 5-24%;

**e)** 0 = nicio deficiență/afectare funcțională = 0-4%.

### ☒ **Art. 12**

**(1)** Criteriile medicale sunt consemnate în fișa medicală sintetică eliberată de medicul de familie, certificatul medical de tip A5 eliberat de medicul de specialitate și în documentele medicale adiționale.

**(2)** Criteriile psihologice, ca parte a criteriilor medico-psihologice, sunt consemnate în fișa de evaluare psihologică eliberată de psihologul cu atestat în psihologie clinică.

**(3)** Aplicarea criteriilor medicale se face de către medicul din SEC, ținând cont de rezultatele evaluării medicale consemnate în documentele menționate la alin. (1).

**(4)** Aplicarea criteriilor medico-psihologice se face de către medicul și psihologul din SEC, ținând cont de rezultatele evaluărilor medicală și psihologică consemnate în documentele menționate la alin. (1) și (2).

**(5)** În cazul unui diagnostic multiplu, deficiența/afectarea funcțională se apreciază luând în considerare diagnosticul/complicația cu calificatorul cel mai înalt sau ținând cont de prevederile specifice din anexa nr. 1.

**(6)** Calificatorul deficienței/afectării funcționale se consemnează în raportul de evaluare complexă și managerul de caz îl utilizează, cu sprijinul SEC, pentru corelarea cu calificatorul limitărilor de activitate și al restricțiilor de participare, în formularea propunerii gradului de handicap, în conformitate cu tabelul prevăzut de art. 22 alin. (1).

### ☒ **Art. 13**

Alte reguli pentru aplicarea criteriilor medicale și medico-psihologice:

**a)** Bolile, tulburările și afecțiunile enumerate la începutul fiecărui capitol în parte, înainte de criteriile medicale și medico-psihologice, sunt redactate cu titlu de exemplu și nu reprezintă o listă restrictivă. Orice altă boală, tulburare sau afecțiune, de exemplu, cronică/genetică/care necesită tratament îndelungat pentru cel puțin 6 luni sau servicii de abilitare și reabilitare pentru cel puțin 6 luni sau îngrijiri paliative și care se înscrie în vreuna dintre categoriile enumerate în lista respectivă, este luată în considerare la aplicarea criteriilor.

**b)** Bolile, tulburările și afecțiunile cu determinări multiple sau consecințe pe mai multe structuri și funcții ale organismului sunt apreciate prin intermediul criteriilor corespunzătoare tuturor acestor determinări sau consecințe descrise în capitole diferite din anexa nr. 1, chiar dacă boala este menționată doar în cadrul unui singur capitol din anexa nr. 1.

**c)** În cazul asocierii bolilor neurologice cu tulburări psihice, medicul de specialitate trimite obligatoriu copilul la consult psihiatric și evaluare psihologică și, în acest caz, deficiența/afectarea funcțională va fi apreciată pe baza unor criterii medico-psihologice prevăzute la cap. I lit. B) din anexa nr. 1.

**d)** Tulburările psihice, afectarea capacității intelectuale și afectarea comunicării, care sunt menționate drept criterii la alte capitole decât cap. I lit. B) din anexa nr. 1, sunt evaluate obligatoriu de un medic psihiatru pentru copii în colaborare cu un psiholog cu atestat în psihologie clinică.

**e)** Șirul de intervenții necesar pentru rezolvarea unor boli este stabilit de medicul de o anumită specialitate chirurgicală și se consemnează în documentele medicale adiționale.

**f)** În aplicarea criteriilor medicale pentru astm se ia în considerare evoluția din ultimul an, documentele de evaluare medicală având astfel valabilitatea de un an. Legat de eliberarea certificatului medical tip A5, dacă medicul de specialitate pediatrie sau pneumologie constată că nu s-a respectat tratamentul pentru astm, înainte de a elibera certificatul medical tip A5, internează copilul și începe tratamentul corect sub supraveghere. Medicul împreună cu asistentul social din spital se asigură că pacientul respectă tratamentul corect o lună, după care se eliberează certificatul medical tip A5.

**g)** Clasificarea CDC Atlanta 1994 pentru copiii cu HIV/SIDA se aplică de către medicul de specialitate astfel: clasificarea pediatrică pentru copiii sub 13 ani se aplică pentru copiii cu vârsta până la 15 ani, iar clasificarea pentru adolescenți și adulți se aplică pentru copiii cu vârsta peste 15 ani conform ghidului aprobat de Ministerul Sănătății.

**h)** Medicul oncolog orientează obligatoriu copilul către programe de reabilitare fizică și sprijin psihologic - consiliere psihologică sau psihoterapie, după caz - pe perioada tratamentului și cel puțin primii doi ani postterapeutic. Evaluarea psihologică necesară pentru acordarea sprijinului psihologic contribuie la aplicarea criteriilor medico-psihologice.

**i)** Durata reabilitării în urma intervențiilor chirurgicale în sfera locomotorie este stabilită de medicul de specialitate și consemnată în documentele medicale adiționale.

#### ☐ **Art. 14**

☐ **(1)** În etapa de aplicare a criteriilor medicale și medico-psihologice se poate efectua consult suplimentar, medical și/sau psihologic. Consultul medical suplimentar este decis de către medicul din SEC, iar consultul psihologic suplimentar este decis de psihologul din SEC în următoarele situații:

**a)** neconcordanță între documentele medicale și cele psihologice;

**b)** la solicitarea motivată a părinților/reprezentantului legal;

**c)** la aprecierea medicului/psihologului din SEC reieșită din interacțiunea cu copilul sau evaluarea acestuia;

**d)** alte situații argumentate temeinic.

**(2)** Consultul suplimentar se poate face și la solicitarea CPC.

**(3)** Motivarea consultului suplimentar decis de medicul și/sau psihologul din SEC se consemnează în raportul de evaluare complexă, iar cel decis de CPC în procesul-verbal al ședinței CPC.

**(4)** Consultul medical și/sau psihologic suplimentar se face de către medici de specialitate, respectiv psihologi clinicieni cu experiență mai mare decât cei care au efectuat prima evaluare, respectând aceleași condiții prevăzute de legislația în vigoare.

**(5)** Medicii și psihologii menționați la alin. (4) sunt desemnați de Direcția de Sănătate Publică.

**(6)** În situația în care SEC constată că sunt necesare mai mult de 3 consulturi suplimentare care modifică rezultatele evaluării medicale, respectiv psihologice pentru copii diferiți evaluați de același medic sau psiholog, atunci se anunță Direcția de Sănătate Publică și Colegiul Medicilor, respectiv Colegiul Psihologilor, precum și alte organe de specialitate pentru suspiciunea de malpraxis sau fraudă.

## ☒ **SECȚIUNEA 2: Modalitățile de aplicare a criteriilor sociale și psihosociale**

### ☒ **Art. 15**

Limitările de activitate și restricțiile de participare se apreciază pe baza unor criterii sociale și psihosociale care privesc activitățile și participarea simultan din perspectiva individuală și perspectiva factorilor de mediu ca bariere.

### ☒ **Art. 16**

Prin aplicarea criteriilor sociale și psihosociale se obține un calificator, care reprezintă procentul estimativ al limitărilor de activitate și restricțiilor de participare:

**a)** 4 = limitări de activitate și restricții de participare complete, corespunzătoare unei lipse a incluziunii sociale a copilului = 96-100%;

**b)** 3 = limitări de activitate și restricții de participare severe, corespunzătoare unei incluziuni sociale cu mari dificultăți = 50-95%;

**c)** 2 = limitări de activitate și restricții de participare moderate, corespunzătoare unei incluziuni sociale cu dificultăți potențial surmontabile = 25-49%;

**d)** 1 = limitări de activitate și restricții de participare ușoare, corespunzătoare unei incluziuni sociale acceptabile = 5-24%;

**e)** 0 = nicio limitare de activitate și restricție de participare, corespunzătoare unei incluziuni sociale suficiente sau efective = 0-4%.

### ☒ **Art. 17**

**(1)** Aplicarea criteriilor sociale și psihosociale se face de către personalul SEC, ținând cont de rezultatele evaluării sociale și, acolo unde este cazul, de rezultatele evaluării psihologice, documentate în ancheta socială, cuprinzând anexa cu factorii de mediu, respectiv fișa de evaluare psihologică, precum și ținând cont de informațiile suplimentare din partea părinților/reprezentantului legal și a copilului, în funcție de gradul său de maturitate și tipul dizabilității. La reevaluarea complexă se ține cont și de rezultatele evaluării educaționale consemnate în fișa psihopedagogică.

**(2)** Calificatorul limitărilor de activitate și restricțiilor de participare se consemnează în raportul de evaluare complexă și managerul de caz îl utilizează, cu sprijinul SEC, pentru corelarea cu calificatorul deficienței/afectării funcționale, în formularea propunerii gradului de handicap.

### ☒ **Art. 18**

Responsabilitățile principale ale personalului SEC în aplicarea criteriilor sociale și psihosociale:

**a)** asistenții sociali aplică criteriile sociale și psihosociale din domeniul 6 privind autogospodărirea și domeniul 9 privind comunitatea, viața civică și socială din fișa de activități și participare;

**b)** medicii aplică criteriile sociale și psihosociale din domeniul 4 privind mobilitatea și domeniul 5 privind autoîngrijirea din fișa de activități și participare;

**c)** psihologii aplică criteriile sociale și psihosociale din domeniul 2 privind sarcinile și solicitările generale, domeniul 3 privind comunicarea și domeniul 7 privind interacțiunile și relațiile interpersonale din fișa de activități și participare;

**d)** psihopedagogii aplică criteriile sociale și psihosociale din domeniul 1 privind învățarea și aplicarea cunoștințelor și domeniul 8 privind ariile majore ale vieții din fișa de activități și participare.

#### ☐ **Art. 19**

**(1)** Criteriile sociale și psihosociale sunt reprezentate de activitățile realizate de copil în mediul lui de viață, cu barierele și facilitatorii existenți, ceea ce înseamnă că, prin aplicarea acestor criterii, se apreciază performanța copilului. Criteriile sunt redată în tabelele A1-A6 din anexa nr. 2, acestea fiind extrase și adaptate din CIF-CT pe domenii pentru următoarele grupe de vârstă: naștere-11 luni, 1-3 ani, A-6 ani, 7-11 ani, 12-14 ani și 15-17 ani.

☐ **(2)** Fiecare tabel este structurat pe domenii care privesc activitatea și participarea așa cum sunt ele definite la art. 4, iar la final se consemnează:

**a)** alte activități relevante pentru domeniul respectiv;

**b)** barierele identificate din rândul factorilor de mediu în efectuarea activităților din domeniul respectiv;

**c)** totalul însumat al calificatorilor consemnați per activitate din domeniul respectiv;

**d)** media aritmetică a calificatorilor consemnați, respectiv totalul însumat raportat la numărul de itemi consemnați;

**e)** calificatorul limitărilor de activitate și al restricțiilor de participare pentru domeniul respectiv, identificat prin corelare cu media aritmetică menționată anterior, utilizând tabelul A8 din anexa nr. 2.

**(3)** Pentru definiții și informații suplimentare privind criteriile sociale și psihosociale, respectiv activitățile din tabelele din anexa nr. 2 se consultă obligatoriu CIF-CT, ținând cont de codul înscris în prima coloană.

**(4)** Vârsta utilizată pentru grupele de vârstă menționate la alin. (1) se referă la vârsta cronologică a copilului.

**(5)** Grupele de vârstă sunt constituite statistic, respectiv ultima cifră se consideră până la împlinirea următorului an de viață, de exemplu, grupa de vârstă naștere - 11 luni se apreciază până la împlinirea vârstei de un an.

#### ☐ **Art. 20**

**(1)** Barierele pot afecta sau împiedica efectuarea unor activități circumscrise unui sau mai multor domenii și se consemnează în tabelul corespunzător pentru fiecare domeniu în parte, contribuind astfel la justificarea selectării calificatorilor per activitate din tabel, inclusiv a celor specificați la "altele".

**(2)** Barierele orientează totodată planificarea serviciilor de abilitare și reabilitare.

**(3)** Facilitatorii se identifică odată cu barierele și se consemnează în tabelul B din anexa nr. 2.



**(4)** Aprecierea performanței copilului menționată Sa art. 18 alin. (1) ține cont de facilitatorii care nu depind de beneficiile de asistență socială conferite de gradul de handicap. Facilitatorii care depind de aceste beneficii și care, prin lipsa lor, devin bariere se consemnează ca bariere.

**(5)** Facilitatorii sunt utilizați în planificarea serviciilor de abilitare și reabilitare.

**(6)** Factorii de mediu, care se analizează din perspectiva barierelor și a facilitatorilor, sunt prezentați în tabelul B din anexa nr. 2, care conține și o corespondență cu domeniile care privesc activitatea și participarea pentru a facilita consemnarea barierelor în tabelele cu domenii.

**(7)** Pentru definiții și informații suplimentare privind factorii de mediu din tabelul B din anexa nr. 2 se consultă obligatoriu CIF-CT, ținând cont de codul înscris în prima coloană. Ceilalți factori de mediu, fără cod CIF-CT, sunt definiți la art. 6.

**(8)** Barierele și facilitatorii se consemnează specific situației copilului în cauză, nu generic, de exemplu, în cazul lipsei unui anumit tip de serviciu necesar copilului, așa cum a reieșit din evaluare și a fost recomandat de specialist, în tabelul B din anexa nr. 2 se trece denumirea serviciului lipsă.

#### **Art. 21**

Alte reguli pentru aplicarea criteriilor sociale și psihosociale:

**a)** Pentru fiecare criteriu, respectiv activitate din tabelele din anexa nr. 2 se apreciază un calificator, după cum urmează:

**a<sup>1</sup>)** 4 = Dificultate completă = 96-100%;

**a<sup>2</sup>)** 3 = Dificultate severă = 50-95%;

**a<sup>3</sup>)** 2 = Dificultate moderată = 25-49%;

**a<sup>4</sup>)** 1 = Dificultate ușoară = 5-24%;

**a<sup>5</sup>)** 0 = Nicio dificultate = 0-4%.

**b)** Calificatorii se apreciază pe bază de evidențe, respectiv documente înregistrate - rezultate ale evaluărilor, documente de completare, interviuri înregistrate sau consemnate ș.a., și ținând cont de impactul barierelor și al facilitatorilor existenți în viața copilului. Componenta subiectivă furnizată de interviu trebuie obiectivată și verificată prin documente și opinii ale specialiștilor din cadrul SEC sau care au contribuit la evaluarea multidisciplinară.

**c)** Criteriile care nu se aplică situației copilului se taie și nu se iau în considerare la estimarea calificatorului limitărilor de activitate și al restricțiilor de participare. Un exemplu în acest sens este cazul unui copil antepreșcolar care nu frecventează creșa sau altă unitate de educație timpurie antepreșcolară și, drept consecință, itemii referitori la educația antepreșcolară nu se apreciază și nu se dau calificatori, astfel încât nu contribuie la totalul însumat al calificatorilor și nici la media aritmetică.

**d)** Atunci când e cazul, se consemnează alte activități relevante, respectiv care contribuie în mod semnificativ la determinarea justă a calificatorului per domeniu și care sunt extrase tot din CIF-CT, fiind identificate cu ocazia analizei documentelor de evaluare și/sau a interviurilor. De exemplu, pot fi introduse în tabel criteriile de la grupe de vârstă inferioare, dacă sunt considerate relevante pentru aprecierea limitării de activitate și a restricțiilor de participare, respectiv ce nu face copilul, sau dacă sunt identificate bariere care justifică introducerea altor criterii de la grupe de vârstă inferioare sau din CIF-CT.

**e)** Calificatorul limitărilor de activitate și restricțiilor de participare menționat la art. 17 alin. (2) se obține prin completarea tabelului A7 din anexa nr. 2. Acest tabel are

prevăzută însumarea mediilor aritmetice obținute per domeniu, ținând cont de faptul că numărul de domenii nu este același pentru fiecare grupă de vârstă. Iar calificatorul se obține prin corelare cu media aritmetică, utilizând tabelul A8 din anexa nr. 2.

### ☒ **SECȚIUNEA 3: Formularea propunerii gradului de handicap**

#### ☒ **Art. 22**

☒ **(1)** Corelarea calificatorilor obținuți în urma aplicării criteriilor medicale și medico-psihologice, pe de o parte, și a criteriilor sociale și psihosociale, pe de altă parte, se face de către managerul de caz și este redată în tabelul de mai jos:

Calificatorul deficienței/afectării funcționale	Calificatorul limitărilor de activitate și al restricțiilor de participare	Gradul de handicap
4/Completă	4/Complete	GRAV
4/Completă	3/Severe	GRAV
4/Completă	2/Moderate	GRAV
4/Completă	1/Ușoare	GRAV
4/Completă	0/Nicio limitare de activitate și restricție de participare	GRAV
3/Severă	4/Complete	GRAV
2/Moderată	4/Complete	ACCENTUAT
1/Ușoară	4/Complete	ACCENTUAT
0/Nicio deficiență/ afectare funcțională	4/Complete	Nu se acordă grad
3/ Severă	3/Severe	GRAV
3/ Severă	2/Moderate	ACCENTUAT
3/ Severă	1/Ușoare	ACCENTUAT
3/ Severă	0/Nicio limitare de activitate și restricție de participare	ACCENTUAT
2/Moderată	3/Severe	ACCENTUAT
1/Ușoară	3/Severe	ACCENTUAT
0/Nicio deficiență/afectare funcțională	3/Severe	Nu se acordă grad.
2/Moderată	2/Moderate	MEDIU
2/Moderată	1/Ușoare	MEDIU
2/Moderată	0/Nicio limitare de activitate și restricție de participare	MEDIU
1/Ușoară	2/Moderate	MEDIU
0/Nicio deficiență/afectare funcțională	2/Moderate	Nu se acordă grad.
1/Ușoară	1/Ușoare	UȘOR
1/Ușoară	0/Nicio limitare de activitate și restricție de participare	UȘOR
0/Nicio deficiență/afectare funcțională	1/Ușoare	Nu se acordă grad.
0/Nicio deficiență/afectare funcțională	0/Nicio limitare de activitate și restricție de participare	Nu se acordă grad.

**(2)** Propunerea gradului de handicap și a termenului de valabilitate a certificatului de încadrare în grad de handicap se consemnează în raportul de evaluare complexă.

#### ☒ **Art. 23**

☒ **(1)** Formularea propunerii gradului grav se face conform legii:

**a)** gradul grav cu asistent personal;

**b)** gradul grav pentru situațiile în care, conform prevederilor legale în vigoare, părinții sau reprezentanții legali ai copilului nu pot deține calitatea de asistent personal sau nu pot beneficia de indemnizația lunară.

(2) Dacă se cunosc, datele de contact ale asistentului personal se trec în raportul de evaluare complexă și în proiectul planului de abilitare-reabilitare, respectiv în proiectul de revizuire a planului individualizat de protecție. Dacă nu se cunosc, atunci se trec cu ocazia primei reevaluări periodice pe parcursul monitorizării planului de abilitare-reabilitare sau a planului individualizat de protecție.

(3) În planul de abilitare-reabilitare sau planul individualizat de protecție revizuit se trec responsabilitățile principale ale asistentului personal, indiferent dacă acesta este sau nu cunoscut la momentul elaborării proiectului planului de abilitare - reabilitare, respectiv al proiectului de revizuire a planului individualizat de protecție sau la momentul aprobării acestor planuri de către CPC. Printre responsabilitățile asistentului personal se apreciază și calitatea de facilitator (shadow) în cadrul unității de învățământ frecventată de copil.

☐(4) Procedurile specifice privind asistentul personal pentru copilul cu dizabilități se aplică de autoritatea locală care încheie contractul cu acesta și acestea sunt, după cum urmează:

a) Asistentul personal este o persoană de atașament pentru copil sau o persoană apropiată. Astfel, dacă asistentul personal nu este unul dintre părinții copilului, copilul este consultat în ceea ce privește selectarea asistentului personal. În situația în care consultarea nu poate avea loc, se va ține cont de evaluarea socială care evidențiază persoanele apropiate copilului.

b) Se acordă asistent personal pentru fiecare copil în parte dacă sunt mai mulți frați/copii în această situație în familie, în acord cu art. 24 din Norme metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. [448/2006](#) privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. [268/2007](#), cu modificările și completările ulterioare.

c) Contractul cu asistentul personal al copilului este separat față de contractul cu familia și are atașată fișa de post, ținând cont de responsabilitățile principale notate în planul de abilitare - reabilitare, respectiv planul individualizat de protecție revizuit.

d) Formarea obligatorie și gratuită a asistenților personali prevăzută de lege conține limbajul mimico-gestual și limbajul Braille pentru asistenții personali ai copiilor cu dizabilități senzoriale, respectiv conține comunicarea prin pictograme/simboluri pentru asistenții personali ai copiilor cu dizabilități mintale, psihice și asociate.

### ☐ **CAPITOLUL III: Dispoziții finale**

#### ☐ **Art. 24**

(1) Direcțiile de sănătate publică, medicii de familie și medicii de specialitate pediatică, comisiile pentru protecția copilului din cadrul consiliilor județene și locale ale sectoarelor municipiului București, precum și serviciile de evaluare complexă din cadrul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului din subordinea consiliilor județene și locale ale sectoarelor municipiului București vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

(2) Metodologia pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale se aprobă prin ordin comun al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, ministrului sănătății și ministrului educației naționale și cercetării științifice.

#### ☐ **Art. 25**

La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă:

**a)** Ordinul ministrului sănătății și al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție nr. [725/12.709/2002](#) privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 781 din 28 octombrie 2002, cu modificările și completările ulterioare.

**b)** Ordinul ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. [762/2.260/2012](#) pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății și familiei și al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție nr. [725/12.709/2002](#) privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 688 din 5 octombrie 2012.

**c)** Ordinul ministrului sănătății și al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. [89/113/2015](#) pentru completarea anexei 2 la Ordinul ministrului sănătății și familiei și al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție nr. [725/12.709/2002](#) privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 91 din 3 februarie 2015.

☐ **Art. 26**

Anexele nr. 1 și 2<sup>\*)</sup> fac parte integrantă din prezentul ordin.

<sup>\*)</sup> Anexele nr. 1 și 2 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 994 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome "Monitorul Oficial", București, șos. Panduri nr. 1.

☐ **Art. 27**

Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

\_\*\*\*\*\_

Ministrul sănătății,  
**Vlad Vasile Voiculescu**  
Ministrul muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice,  
**Dragoș-Nicolae Pîslaru**

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 994 din data de 9 decembrie 2016

Forma sintetică la data 27-Jun-2018. Acest act a fost creat utilizand tehnologia SintAct®-Acte Sintetice. SintAct® și tehnologia Acte Sintetice sunt mărci înregistrate ale Wolters Kluwer.