



ROMÂNIA

RAPORT DE DIAGNOZĂ A SISTEMULUI ACTUAL DE EVALUARE A DIZABILITĂȚII





MINISTERUL MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE



MINISTERUL MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
Autoritatea Națională pentru Drepturile
Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptii

Raport de diagnoză a sistemului actual de evaluare a dizabilității

Coordonatori:

Victor Sullă

Manuel Salazar

Manuela Sofia Stănculescu



THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

Octombrie 2021

Clauză de limitare a responsabilității:

Prezentul raport reprezintă un produs elaborat de Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare / Banca Mondială. Constatările, interpretările și concluziile exprimate în acest document aparțin în mod exclusiv autorilor și nu reflectă în mod obligatoriu părerea Băncii Mondiale, ale Directorilor Executivi ai acesteia sau ale guvernelor pe care aceștia le reprezintă. Banca Mondială nu garantează acuratețea datelor incluse în acest document.

Prezentul raport nu reprezintă neapărat poziția Uniunii Europene sau a Guvernului României.

Declarație privind drepturile de autor:

Materialele din această publicație sunt protejate prin drepturi de autor. Copierea și/sau transmiterea anumitor secțiuni din acest document în lipsa permisiunii acordate în acest sens poate reprezenta încălcarea legislației în vigoare.

Pentru permisiunea de a fotocopia sau retipări orice secțiune a prezentului document, vă rugăm să trimiteți o solicitare conținând informațiile complete fie: (i) Autorității Naționale Pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (Strada Gheorghe Magheru nr. 7, Sector 1, București), fie (ii) Grupului Băncii Mondiale România (Str. Vasile Lascăr nr. 31, et. 6, Sector 2, București, România).

Prezentul raport a fost predat Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții în octombrie 2021 în temeiul Acordului pentru Servicii de Asistență Tehnică Rambursabile privind „Modernizarea Sistemului de Evaluare a Dizabilității în România”, semnat între Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități¹ și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare la data de 26 august 2019. Acesta corespunde Livrabilului #1 din Acordul menționat și conține diagnoza sistemului actual de evaluare a dizabilității.

1 Proiectul, implementat inițial de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități, a fost preluat de Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții – instituție înființată prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 68 din 6 noiembrie 2019, prin preluarea activităților, atribuțiilor și structurilor Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități (și ale Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție) care a fost desființată.

Mulțumiri

Livrabilul 1, produs în temeiul Acordului pentru Servicii de Asistență Tehnică Rambursabile privind „Modernizarea Sistemului de Evaluare a Dizabilității în România”, a fost elaborat sub supravegherea domnului Cem Mete, coordonarea generală fiind asigurată de doamna Tatiana Proskuryakova, respectiv de doamna Anna Akhalkatsi.

Activitățile de colectare, pregătire și analiză a datelor, alături de elaborarea raportului, au fost coordonate de domnul Victor Sulla, de domnul Manuel Salazar (lideri de echipă) și de doamna Manuela Sofia Stănculescu. Din partea Băncii Mondiale, domnul Vlad Grigoraș a realizat conturarea proiectului. La acest document și-a adus contribuția o echipă de consultanți internaționali și naționali. Domnul Jerome Bickenbach a oferit consultanță și contribuții importante din perspectivă internațională comparată. Echipa de consultanți români a fost formată din asistenți sociali, sociologi, psihologi, medici, experți în dizabilitate și persoane cu dizabilități. Următorii experți (în ordine alfabetică) au contribuit la colectarea și la analiza datelor, precum și la pregătirea rapoartelor: Marta-Iozefina Bencze, Mihai Berteanu, Georgiana Blaj, Diana Chiriacescu, Gabriela Comănescu, Bogdan Corad, Luminița Daneș, Georgiana Ioniță, Monica Marin, Georgiana Pascu, Cerasela Nicoleta Predescu, Cristian Roșu, Atena Stoica, Daniela Tontsch și Andrei Zambor.

Volumul a făcut obiectul unei evaluări inter pares realizate de către doamnele Aleksandra Posarac și Veronica Silva Villalobos. Laurie Scherer a editat versiunea în limba engleză. Designul a fost creat de Brenda Ryan. Varianta documentului în format ușor-de-citit, ușor-de-înțeles a fost realizată de Roxana Damaschin-Țecu și Elisabeta Moldovan. Bogdan Anicescu a asigurat interpretarea în limbaj mimico-gestual a evenimentului de diseminare.

Banca Mondială dorește să mulțumească pentru excelența cooperare, coordonare și pentru feedback-ul atent și prompt oferite de instituția parteneră ANDPDCA, în special de doamnele Anna Maria Neagoe RIP, Florica Cherecheș (președinte), Monica Violeta Solomie, Anca Roxana Ilie, Liliana Toader,

Crina Gîrleanu, Daniela Oana Ambara, precum și de doamna Ștefania Andreescu, manager de proiect din partea Ministerului Muncii și Protecției Sociale. De asemenea, ne exprimăm recunoștința față de doamna Izabella Popa, care a oferit contribuții valoroase și îndrumare generală pe tema tranziției de la copilărie la vârsta adultă cu dizabilități. Banca Mondială este recunoscătoare tuturor angajaților din sistemul public care au participat la procesul de colectare a datelor și dorește să mulțumească în mod special actualilor și foștilor membri ai Comisiei Superioare, șefilor și membrilor serviciilor de evaluare complexă (din cadrul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului), președinților, membrilor și secretarilor comisiilor de evaluare (din cadrul consiliilor județene și locale), precum și primarilor și asistenților sociali ai serviciilor publice de asistență socială din localitățile selectate, pentru cooperarea lor.

De asemenea, echipa Băncii Mondiale mulțumește ONG-urilor dedicate persoanelor cu dizabilități și tuturor persoanelor cu dizabilități care ne-au sprijinit și ne-au împărtășit experiențele lor pe tot parcursul procesului de colectare a datelor.

Șanse egale și echitate

Toate activitățile proiectului au fost concepute și implementate în beneficiul egal al băieților și fetelor, bărbaților și femeilor. Echipa și experții din cadrul proiectului s-au bucurat de tratament egal, indiferent de sex, origine etnică sau alte caracteristici.

Dezvoltare durabilă

Pe parcursul implementării proiectului, echipa Băncii Mondiale a urmărit utilizarea rezonabilă și eficientă a resurselor pentru protejarea mediului și asigurarea coeziunii sociale. Fiecare cetățean și instituție ar trebui să țină cont de faptul că dezvoltarea durabilă este singura modalitate de a satisface nevoile umane fără a periclita integritatea sistemelor naturale și viitorul umanității în ansamblu.



Anna Maria Neagoe, Odihnească-se în pace!

Pios omagiu și aducere aminte pentru omul și profesionistul Anna Maria Neagoe, director al Direcției Protecția Drepturi Persoane cu Dizabilități din ANDPDCA!

Odată cu trecerea sa în neființă, sectorul dizabilității din România a pierdut un pilon de stabilitate, un om implicat până la sacrificiu de sine pentru schimbarea în bine a politicilor cu impact direct asupra vieții persoanelor cu dizabilități.

Proiectul de față a fost inițiat de Anna, iar eforturile echipei precum și rezultatele acestuia sunt dedicate întru prietenia și memoria ei.

Cuprins

<i>Sumar executiv</i>	9
<i>Introducere</i>	24
<i>Datele și metodologia</i>	26
1. ARIA DE APLICARE A STUDIULUI	35
1.1. Cadrul legislativ	38
1.2. Cadrul instituțional	40
1.2.1. Instituțiile guvernamentale responsabile de evaluarea dizabilității în România	40
1.2.2. ONG-uri care reprezintă persoanele cu dizabilități	42
1.3. Persoanele cu dizabilități în România: statistici naționale	43
1.4. Cadrul analitic: prezentarea generală a sistemului de evaluare a dizabilității din România	46
1.5. Perspectiva analitică: CIF/CDPD	48
1.6. România în context internațional: evaluarea dizabilității	54
2. INFORMAREA INIȚIALĂ PRIVIND DIZABILITATEA	59
2.1. Cum află populația despre sistemul de evaluare a dizabilității?	60
2.2. Practicile de informare și comunicare cu privire la sistemul de evaluare a dizabilității	63
2.3. Adaptarea demersurilor de informare și comunicare la populația vulnerabilă	66
Concluziile capitolului 2	72
3. ÎNTOCMIREA, DEPUNEREA ȘI ÎNREGISTRAREA DOSARULUI	73
3.1. Întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului: O privire de ansamblu	74
3.2. Obținerea documentelor medicale	76
3.3. Obținerea anchetei sociale de la SPAS și întocmirea dosarului pentru evaluarea complexă	82
3.3.1. Dosarul pentru evaluarea complexă și barierele de acces	82
3.3.2. Modele de operare și practici ale SPAS pentru efectuarea anchetei sociale obligatorii	85
3.3.3. Modelul cadru pentru ancheta socială obligatorie	89
3.4. Înregistrarea pentru evaluarea complexă realizată de SECPAH în vederea încadrării în grad de handicap	92
3.4.1. Transmiterea dosarelor de la SPAS la SECPAH	93
3.4.2. Înregistrarea dosarului la SECPAH și programarea pentru interviul de evaluare	94
3.4.3. Adaptări ale înregistrării pentru populația vulnerabilă	99
Concluziile capitolului 3	100

4. EVALUAREA ÎN VEDEREA ÎNCADRĂRII ÎN GRAD ȘI TIP DE HANDICAP ÎN ROMÂNIA	101
4.1. Pașii demersului de evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap	102
4.1.1. Înregistrarea dosarelor la SECPAH și verificarea	102
4.1.2. Procesul de evaluare complexă a persoanelor adulte	103
4.1.3. Adaptări ale procesului de evaluare pentru populația vulnerabilă	107
4.1.4. Transmiterea dosarelor de la SECPAH la CEPAH și gestionarea informațiilor	107
4.2. Procedura de evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap	108
4.2.1. Domeniile de evaluare complexă	108
4.2.2. Evaluarea medicală	109
4.2.3. Evaluarea psihologică	112
4.2.4. Evaluarea socială	113
4.2.5. Evaluarea vocațională și a abilităților profesionale	115
4.2.6. Evaluarea nivelului de educație	117
4.2.7. Evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială (gradul de dependență)	120
4.2.8. Stabilirea concluziilor și recomandărilor evaluării complexe	121
4.3. Criteriile medico-psihosociale din România	124
4.3.1. Prezentarea generală a criteriilor medico-psihosociale	124
4.3.2. Criteriile medico-psihosociale din perspectiva CIF	130
Concluziile capitolului 4	133
5. ÎNCADRAREA ÎN GRAD ȘI TIP DE HANDICAP ÎN ROMÂNIA	137
5.1. Pașii demersului de încadrare în grad de handicap	138
5.1.1. Transmiterea dosarelor de la SECPAH la CEPAH	138
5.1.2. Procesul de încadrare a persoanelor adulte în grad de handicap	139
5.1.3. Adaptări ale procesului de încadrare în grad și tip de handicap pentru populația vulnerabilă	143
5.1.4. Comunicarea rezultatului și transmiterea documentelor către beneficiari	144
5.2. Procedura de încadrare în grad de handicap	145
5.2.1. Intrările de la SECPAH	145
5.2.2. Cum lucrează comisiile de evaluare	146
5.2.3. Cum sunt stabilite soluțiile de încadrare/neîncadrare în grad de handicap	150
5.2.4. Erorile de excluziune și erorile de incluziune	153
5.2.5. Bucla de feedback a procesului decizional din cadrul CEPAH	155
5.3. Rezultatele demersului de încadrare în grad și tip de handicap	156
5.3.1. Încadrarea/neîncadrarea în grad și tip de handicap	156
5.3.2. Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS)	160
5.3.3. Certificatul de orientare profesională	161
5.3.4. Acordarea măsurilor de protecție	161
5.4. Nevoia de reformă a sistemului de evaluare și determinare a dizabilității în România	162
Concluziile capitolului 5	163

6. IDENTIFICAREA NEVOILOR DE SERVICII	167
6.1. Identificarea nevoilor de servicii: O privire de ansamblu	168
6.2. Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS)	169
6.3. Planul individual de servicii (PIS)	175
Concluziile capitolului 6	184
7. CONTESTAREA CERTIFICATULUI DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP	187
7.1. Informarea cu privire la contestații	190
7.2. Principalele motive ale contestațiilor	194
7.3. Înregistrarea contestațiilor	198
7.4. Demersul de contestare a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap	198
7.4.1. Durata litigiilor	199
7.4.2. Asistența juridică în fața instanței	199
7.4.3. Lipsa probațiunii uniformizate la nivelul instanțelor de judecată	201
7.4.4. Motivările judecătorești când persoanele cu dizabilități au câștig de cauză	205
7.4.5. Absența sprijinului informațional sau de specialitate la nivelul instanțelor	209
7.4.6. Statistici privind demersul de contestare a certificatului	213
7.5. Profilul persoanelor cu dizabilități care contestă certificatul de handicap și al celor care câștigă	216
Concluziile capitolului 7	217
8. TRANZIȚIA TINERILOR CU DIZABILITĂȚI LA VIAȚA DE ADULT	221
8.1. Informarea pentru pregătirea tranziției la viața de adult și întocmirea dosarului	222
8.2. Evaluarea complexă a tinerilor cu dizabilități comparativ cu cea pentru adulți	226
8.3. Determinarea dizabilității la tineri	230
8.4. Măsurile de sprijin pentru tranziția tinerilor cu dizabilități la viața de adult	232
8.5. Scenarii pentru reforma tranziției de la copilărie la maturitate	235
Concluziile capitolului 8	237
9. ASPECTE INSTITUȚIONALE	241
9.1. SPAS: Servicii publice de asistență socială din cadrul comunităților	242
9.1.1. Resursele umane ale SPAS	242
9.1.2. Formarea/Instruirea personalului SPAS	246
9.1.3. Managementul datelor și sistemul informatic al SPAS	247
9.1.4. Resurse materiale	249
9.2. SECPAH: Servicii de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap	249
9.2.1. Resursele umane ale SECPAH	249
9.2.2. Formarea/Instruirea personalului SECPAH	256
9.2.3. Proceduri de evaluare a gradului de handicap: O privire de ansamblu	258

9.2.4. Managementul datelor și sistemul informatic al SECPAH	260
9.2.5. Resurse materiale	263
9.3. CEPAH: Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap	263
9.3.1. Resursele umane ale CEPAH	264
9.3.2. Formarea/Instruirea personalului CEPAH	270
9.3.3. Secretariatul CEPAH	270
9.3.4. Proceduri de determinare a gradului de handicap: O privire de ansamblu	271
9.3.5. Managementul datelor și sistemul informatic al CEPAH	272
9.3.6. Resurse materiale	274
Concluziile capitolului 9	275
10. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	279
10.1. Provocări și constrângeri pentru adoptarea unei abordări holistice în evaluarea și încadrarea în grad de handicap	279
10.2. Recomandări cheie privind politicile	284
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE	293
ANEXE	295
Anexa 1. Lista ONG-urilor intervievate	295
Anexa 2. Principalele acte legislative din domeniul dizabilității	296
Anexa 3. ONG-uri pentru persoanele cu dizabilități din România	297
Anexa 4. Informarea	302
Anexa 5. Evaluarea complexă realizată de SECPAH	304
Anexa 6. Un model de Plan Individual de Servicii (PIS)	307
Anexa 7. Profilul persoanelor care au depus și câștigat contestații	308
Anexa 8. Măsuri de sprijin pentru trecerea tinerilor cu dizabilități la viața de adult	310
LISTA DE TABELE ȘI FIGURI	311

Acronime și Abrevieri

AJOFM	Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă
ALOFM	Agenția Locală pentru Ocuparea Forței de Muncă
ANDPDCA	Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptii
ANOFM	Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă
ANPD	Autoritatea Națională pentru Persoane cu Dizabilități ²
CDPD	Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități
CEPAH	Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap
CES	Cerințe educaționale speciale
CIF	Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății
CIF-CT	Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății – versiunea pentru copii și tineri
CIM	Clasificarea Internațională a Maladiilor
CJ	Consiliu Județean
CJRAE	Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională
CL	Consiliu Local
CMBRAE	Centrul Municipiului București de Resurse și Asistență Educațională
CPC	Comisia de Protecție a Copilului
CSEPAH	Comisia Superioară de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap
DAS	Direcția de Asistență Socială
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
HCJ	Hotărârea Consiliului Județean
HCL	Hotărârea Consiliului Local
HG	Hotărârea Guvernului
IML	Institutul de Medicină Legală
ISJ	Inspectoratul Școlar Județean
MFR	Medicină Fizică și de Reabilitare
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	Organizație Non Guvernamentală
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OUG	Ordonanță de Urgență a Guvernului
PAH	Persoană adultă cu încadrare în grad și tip de handicap
PAR	Plan de abilitare-reabilitare a copilului cu dizabilități
PIRIS	Programul individual de reabilitare și integrare socială
PIS	Plan Individual de Servicii
REC	Raport de evaluare complexă
SECC	Serviciul de Evaluare Complexă pentru Copii
SECPAH	Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap
SPAS	Serviciu Public de Asistență Socială ³
UAT	Unitate Administrativ-Teritorială
WHODAS 2.0	WHO Disability Assessment Schedule 2.0

2 ANPD fost preluată de ANDPDCA, prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 68 din 6 noiembrie 2019.

3 În acest raport, acronimul SPAS este utilizat în mod generic pentru toate formele de organizare a serviciilor publice de asistență socială înființate în municipiile, orașele și comunele din România (DAS - Direcția de Asistență Socială, SPAS - Serviciul Public de Asistență Socială sau Compartiment, conform Hotărârii de Guvern 797/2017).

În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

Sumar executiv

Context și obiective

Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF) oferă un cadru, recunoscut la nivel internațional, prin care se clasifică și măsoară dizabilitatea. Există un consens în rândul experților asupra faptului că România trebuie să reformeze procesul de evaluare și încadrare a persoanelor adulte în grad și tip de handicap în vederea alinierii acestuia la standardele CIF. România a încercat să facă acest lucru în ultimii zece ani, deși în mare parte fără succes. Prin urmare, Guvernul României, prin Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA), a contractat Banca Mondială, în baza unui Acord de servicii de asistență tehnică, pentru a sprijini modernizarea sistemului național de evaluare a gradului de handicap.

Obiectivul acestui Acord de asistență tehnică este creșterea capacității ANDPDCA de a dezvolta, a adopta și a implementa un nou sistem de evaluare a gradului de handicap. Proiectul vizează acordarea sprijinului necesar pentru (i) sistematizarea legislației naționale din domeniul evaluării gradului de handicap, prin revizuirea acesteia conform abordărilor moderne de evaluare a dizabilităților (abordări care respectă cadrul CIF), și (ii) încurajarea unei schimbări de paradigmă (trecerea de la o abordare prin prisma afectării la o abordare din perspectiva dizabilității),⁵ prin creșterea capacității specialiștilor implicați în demersurile de evaluare a gradului de handicap la toate nivelurile.⁶

Scopul prezentului raport de diagnoză este analiza mecanismului existent și a actualei proceduri de evaluare în vederea încadrării în grad de handicap din România. Raportul identifică provocările și realizările și determină modalitatea prin care se poate realiza o ajustare a sistemului la cadrul CIF, luând în considerare cele mai bune practici și lecțiile învățate la nivel internațional. Mai precis, analiza permite înțelegerea aprofundată a modului în care funcționează în prezent sistemul

de evaluare a dizabilității în România și a rolului acestuia în îndrumarea persoanelor încadrate în grad și tip de handicap către beneficiile și serviciile de care au nevoie.

Actualul cadru legislativ prevede că evaluarea și încadrarea în grad și tip de handicap ar trebui să se facă în baza unui model medico-psihsocial. Conform legislației în vigoare, persoanele cu dizabilități beneficiază de drepturi și facilități în funcție de gradul de handicap. Urmând modelul CIF, legislația prevede că încadrarea în grad de handicap se realizează în baza criteriilor medico-psihsociale, care cuprind trei dimensiuni: (1) parametri funcționali (criterii medicale), (2) activități – limitări și (3) participare – necesități. Ultimele actualizări legislative vizează cu precădere criteriile medicale.

Cu toate acestea, numeroși experți din domeniul dizabilității din România consideră că sistemul național de evaluare în vederea încadrării în grad de handicap este fondat, în continuare, preponderent pe criterii medicale. Analiza prezentată în raportul de față validează această ipoteză, examinând în mod sistematic toate aspectele actualului sistem de evaluare a gradului de handicap din perspectiva CIF. Analiza urmărește procesele și instrumentele utilizate în scopul evaluării, protocoalele și procedurile aferente și legătura dintre evaluarea gradului de handicap și sistemul de protecție socială. Analiza permite înțelegerea aprofundată a modului în care funcționează în prezent sistemul de evaluare a dizabilității în România și a rolului acestuia în îndrumarea persoanelor încadrate în grad și tip de handicap către beneficiile și serviciile de care au nevoie. Nu în ultimul rând, raportul propune schimbări ce permit modernizarea sistemului de evaluare a gradului de handicap și alinierea acestuia la standardele CIF.

4 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

5 Bickenbach et al. (2015).

6 Prezentul Acord de asistență tehnică cuprinde activități ce vor avea ca rezultat elaborarea unor livrabile analitice, acordarea de asistență tehnică permanentă și dezvoltarea capacității instituționale la nivel național și județean. Cele șapte livrabile sunt: (i) raport de diagnoză a mecanismului actual de evaluare a dizabilității; (ii) set de criterii medico-psihsociale propuse pentru modernizarea evaluării dizabilității; (iii) noi instrumente de lucru propuse pentru modernizarea evaluării dizabilității; (iv) raport cu recomandări privind o procedură de evaluare complexă a persoanelor cu dizabilități; (v) raport intermediar cu recomandări privind determinarea dizabilității și evaluarea nevoilor; (vi) recomandări tehnice pentru facilitarea expertizei specifice în evaluarea dizabilității pentru cazurile care ajung în instanță; (vii) raport final cu recomandări privind determinarea dizabilității și evaluarea nevoilor.

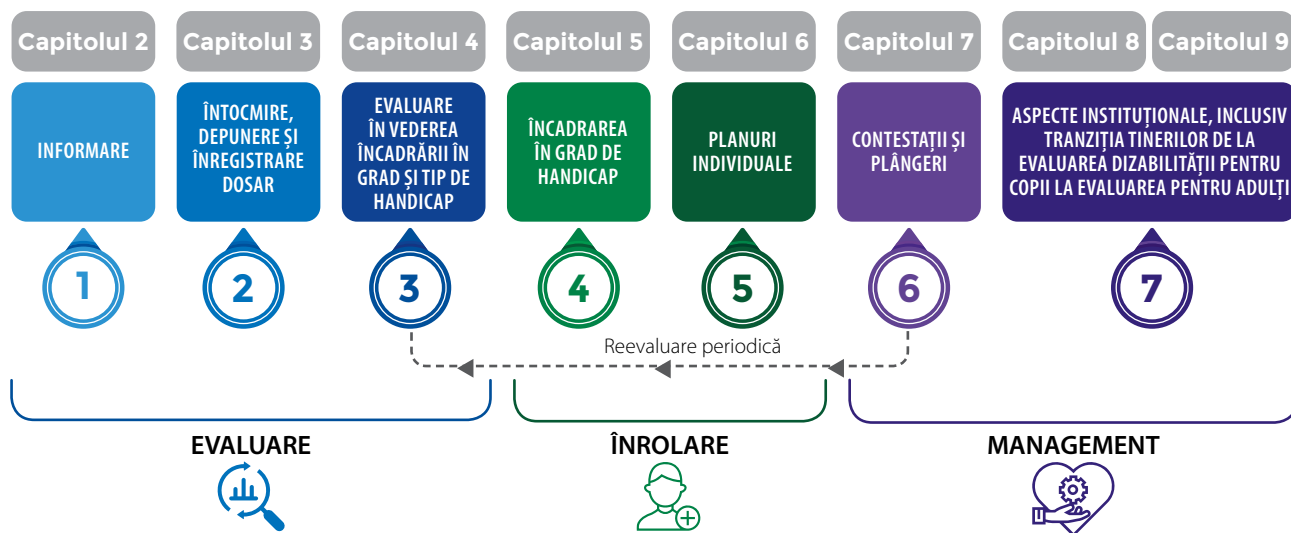
Cadrul metodologic și colectarea datelor

Multe țări cu venituri ridicate au dezvoltat sisteme avansate și moderne în domeniul dizabilității, în baza principiilor CIF. Țări precum Taiwan, Coreea de Sud, Franța, Anglia, Canada și statele nordice, au creat proceduri complexe și etapizate de evaluare a dizabilității, cu instrumente ce au la bază conceptul dizabilității definit în cadrul CIF, care înregistrează într-o manieră completă informațiile legate de afecțiunea și antecedentele medicale, afectările funcțiilor și structurilor organismului, performanța în executarea activităților de bază și instrumentale ale vieții zilnice,⁷ documentarea sferelor importante ale vieții, precum educația, activitatea profesională și viața în comunitate, ampla documentare a factorilor socio-demografici și a mediului, mai precis a locuinței, a cartierului, a comunității, precum și alte dimensiuni. Sunt utilizate fie instrumente internaționale standardizate, fie instrumente CIF care au fost testate temeinic și care au proprietăți psihometrice adecvate. România se află actualmente într-o etapă de tranziție ce urmărește introducerea

principiilor CIF, iar cadrul CIF ar trebui utilizat ca un principiu fundamental în toate etapele evaluării.

În acest raport, sistemul de evaluare a dizabilității este abordat din perspectiva cadrului analitic aferent sistemelor de acordare a protecției sociale, așa cum este definit acesta în *Ghidul de resurse privind bazele sistemelor de acordare a protecției sociale elaborat de Banca Mondială*,⁸ alături de principiile CIF. Prin urmare, cadrul analitic care a ghidat studiul de față este ancorat în principalele etape de implementare ale oricărui sistem de furnizare a protecției sociale, care au fost adaptate pentru sistemul de evaluare a dizabilității, și anume: informarea, întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului, evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap, încadrarea în grad și tip de handicap, evaluarea nevoilor în baza planurilor individuale de intervenție, precum și aspecte instituționale relevante pentru managementul sistemului. Respectarea cadrului CIF este analizată în legătură cu fiecare etapă.

Principalele etape de implementare ale sistemului de evaluare a dizabilității din România



Sursa: Adaptare după Lindert et al. (eds.), Banca Mondială (2020: 11).

⁷ Activitățile de bază ale vieții zilnice reprezintă principalele acțiuni realizate în scopul autoîngrijirii. Cele șase activități de bază ale vieții zilnice sunt hrănirea, spălătul, îmbrăcătul, igiena eliminărilor, deplasarea și igiena personală. Activitățile instrumentale ale vieții zilnice includ gestionarea propriilor venituri, utilizarea mijloacelor de transport, efectuarea de cumpărături, prepararea hranei, folosirea telefonului sau a altor mijloace de comunicare, conformarea la recomandările medicale, spălătul hainelor, activitățile gospodărești și întreținerea casei. Toate aceste abilități reflectă ceea ce are nevoie o persoană pentru a reuși să ducă un trai independent.

⁸ Lindert et al. (eds.) (2020) *Sourcebook on the Foundations of the Social Protection Delivery Systems*.

Pentru a identifica întregul parcurs al demersului de evaluare a gradului de handicap din România, capitolele acestui raport urmăresc individual fiecare dintre etapele principale de implementare, conform schemei de mai sus, dar în cadrul fiecărui capitol, sunt descrise și analizate mai în detaliu diferitele niveluri și aspecte ale implementării, inclusiv legăturile cu alte etape, factorii favorizanți (precum sistemul informatic, comunicarea și tehnologia), precum și opiniile și ideile diferiților actori, cu scopul de a înțelege modificările ce ar trebui realizate pentru a facilita trecerea de la abordarea medicală la paradigma holistică.

Raportul de față prezintă o analiză fondată pe dovezi, susținută de un amplu proces de colectare a datelor. Rezultatele reunite în cadrul raportului au la bază datele colectate în perioada octombrie 2020 - aprilie 2021.⁹ Procesul de colectare a datelor a fost structurat în funcție de principalele etape ale demersului de obținere a certificatului de încadrare prezentate anterior.

Cercetarea de teren a combinat tehnici cantitative și calitative și a inclus studii instituționale, sondaje de opinie, interviuri și discuții de grup. La activitățile de colectare a datelor au luat parte peste 740 de specialiști; 570 dintre ei au răspuns în cadrul studiilor instituționale și al sondajelor, iar aproximativ 170 au participat la interviuri și focus grupuri. S-au realizat următoarele studii, sondaje și interviuri pentru a aduna informațiile necesare cercetării:

- **Studiul SPAS.** Acest studiu a adunat date și opinii de la specialiștii din cadrul comunităților cu privire la trei etape principale ale demersului de obținere a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap, mai precis informarea, întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului (ca etape inițiale), precum și managementul de caz și accesul propriu-zis al persoanelor cu încadrare în grad și tip de handicap la beneficii și servicii (etapele finale ale demersului).
- **Studii și sondaje la nivelul SECPAH și CEPANH.** La nivel județean, s-au realizat un

studiu instituțional și un sondaj prin care s-au adunat date factuale și opinii de la specialiștii care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) și al serviciilor de evaluare complexă a copilului cu dizabilități (SECC). S-au realizat de asemenea un studiu instituțional și un sondaj care au permis colectarea datelor factuale și a opiniilor membrilor CEPANH, ale secretariatului acesteia și ale membrilor comisiei pentru protecția copilului (CPC), care evaluează copiii cu dizabilități. Opiniile specialiștilor din cadrul SECC și CPC au vizat tranziția de la copil la adult cu dizabilități, mai exact tinerii de 16-17 ani.¹⁰

- **Studiu și interviuri în domeniul juridic.** În legătură cu contestațiile și plângerile împotriva certificatului, au fost realizate șapte interviuri cu judecători și avocați din cadrul tribunalelor, secțiile de contencios administrativ și fiscal, care au fost implicați în procese pentru contestarea certificatului de încadrare în grad și tip de handicap între anii 2017 și 2020. În plus, s-au adunat date factuale prin intermediul unui studiu instituțional.
- **Discuții de grup.** S-au organizat focus grupuri regionale cu reprezentanți ai SECPAH, SECC și CEPANH pentru a înțelege gradul de integrare a abodării CIF în procedurile de lucru și instrumentele de evaluare ale SECPAH, precum și măsura în care specialiștii din acest domeniu înțeleg și promovează o schimbare de paradigmă în evaluarea și încadrarea în grad de handicap.
- **Interviuri cu organizațiile neguvernamentale.** S-au realizat, în total, 20 de interviuri în profunzime cu ONG-uri care reprezintă persoanele cu dizabilități din România și care sunt implicate în mod activ și direct în protecția, reprezentarea și integrarea în comunitate a persoanelor cu dizabilități.
- **Interviuri cu persoanele cu dizabilități.** S-au realizat interviuri semistructurate cu 61 de persoane cu dizabilități.

9 Pachetul metodologic, inclusiv instrumentele de cercetare și descrierea procesului de colectare a datelor, este prezentat integral într-un document separat, Livrabilul 1: volumul 2.

10 Vârsta tinerilor 16-17 ani se apreciază statistic până la împlinirea vârstei de 18.

Provocări privind evaluarea și încadrarea în grad de handicap

A. Provocări cheie privind evaluarea și încadrarea în grad de handicap

Procedura de evaluare și instrumentele utilizate în evaluarea complexă realizată de SECPAH nu sunt aliniate la principiile CIF. Potrivit abordării CIF, medicii ar trebui să evalueze afectările funcțiilor și structurilor organismului persoanei solicitante, în baza unor itemi aferenți. În mod ideal, un grup de specialiști calificați ar trebui să colaboreze pentru stabilirea și adoptarea principiilor CIF. Acesta nu este și cazul României. Aproape 75% dintre județe declară că recomandările din cadrul raportului de evaluare complexă sunt fondate predominant pe criteriile medicale. De asemenea, peste trei sferturi dintre respondenți declară că acordă prioritate criteriilor medicale în încadrarea sau neîncadrarea în grad de handicap.

În România, evaluarea persoanelor adulte în vederea încadrării în grad de handicap este, în mare parte, una medicală. În special:

- Criteriile medico-psihsociale își propun să evalueze domeniile CIF privind „activitățile” și „participarea”, însă aceste informații nu sunt cuantificabile și nici nu sunt suficient utilizate în determinarea gradului de handicap.
- Ancheta socială ar trebui să strângă informații despre modul de funcționare/gradul de autonomie și mediul de viață a persoanei solicitante. Totuși, aceste informații nu sunt colectate în mod sistematic și nu există orientări cu privire la domeniile obligatorii de evaluare¹¹ în care se folosesc acestea și în care nu se folosesc.
- Se folosesc uneori instrumente psihologice fiabile, dar pentru evaluarea vocațională, cea a nivelului de educație și cea referitoare la abilitățile și nivelul de integrare socială informațiile sunt colectate sporadic și neuniform.
- Niciuna dintre informațiile colectate cu privire la nivelul de funcționare al persoanei nu are un impact semnificativ asupra evaluării finale.

Decizia CEPAH nu diferă de evaluarea complexă efectuată de SECPAH. Încadrarea în grad de handicap se face doar pe baza analizei documentelor, comisiile întâlnind rareori persoanele solicitante. Timpul mediu de care dispun comisiile pentru a lua deciziile, de aproximativ 5 minute pe solicitant, este prea scurt pentru a permite o deliberare corespunzătoare și luarea unei decizii în baza unor informații complexe.¹² În aceste condiții, este de înțeles de ce soluțiile CEPAH sunt aceleași cu recomandările SECPAH pentru peste 90% dintre dosare. Așadar, procesul poate fi considerat redundant. În plus, în România, spre deosebire de alte țări, încadrarea în grad de handicap este obținută de peste 90% dintre persoanele solicitante. Cu alte cuvinte, în general, pentru a obține certificatul, este suficient să ai o afecțiune medicală relevantă și să îți depui dosarul.

Nu există o abordare unitară a încadrării în grad și tip de handicap la nivelul țării. Se remarcă diferențe semnificative între județe în ceea ce privește procedurile de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap. Doar în foarte puține județe, SECPAH și, mai ales, CEPAH beneficiază de proceduri de lucru specifice aprobate. Deosebit de deficitare sunt procedurile referitoare la gestionarea discrepanțelor dintre evaluările realizate de specialiștii din afara SECPAH și cele ale specialiștilor SECPAH, identificarea și soluționarea suspiciunilor de fraudă, stabilirea activităților de formare și a metodelor de lucru în cadrul echipelor multidisciplinare, gestionarea tranziției de la copil la adult și elaborarea planurilor individuale de intervenție - programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și planul individual de servicii (PIS).

Procesul decizional din cadrul SECPAH și CEPAH este lipsit de transparență. Absența procedurilor sau a normelor este însoțită de lipsa unor documente care să prezinte modul sau motivul pentru care se iau anumite decizii și nu li se oferă persoanelor solicitante explicații clare cu privire la încadrarea sau neîncadrarea în grad de handicap. Din perspectiva CIF, majoritatea instrumentelor

11 HG nr. 268/2007, art. 48.

12 Timpul mediu de circa 6 minute per dosar reprezintă valoarea medie a duratelor alocate pentru soluționarea unui caz raportate de președinții CEPAH în cadrul chestionarelor Q3A (vezi capitolul 5). O estimare a echipei de cercetare realizată prin împărțirea timpului disponibil pe lună al membrilor CEPAH la numărul de dosare soluționate pe lună indică un timp mediu per dosar și mai mic, sub 5 minute (vezi secțiunea 9.3.1).

folosite în România atât pentru evaluarea și determinarea dizabilității, cât și pentru identificarea nevoilor de servicii sunt încă prea concentrate pe aspectele medicale, insuficient de participative și bazate pe modele care trebuie revizuite pentru a include resursele persoanei, felul în care dorește să trăiască, și factorii de mediu, pe lângă nevoile identificate prin evaluare.

B. Provocări cheie privind instituțiile și capitalul uman

În general, SPAS și SECPAH nu au suficient personal specializat, iar dimensiunea CEPAH nu este stabilită în funcție de mărimea populației de persoane cu dizabilități înregistrată oficial în județ. Principala problemă legată de resursele umane o constituie necesitatea suplimentării personalului. Doar aproximativ o treime dintre autoritățile locale dispun, la nivelul localității, de un SPAS acreditat în condițiile legii. Cel mai mare deficit se înregistrează la nivelul persoanelor responsabile de furnizarea serviciilor sociale și la nivelul managerilor de caz și responsabililor de caz pentru adulții și copiii cu dizabilități care trăiesc în familie. Numai câteva SECPAH îndeplinesc cerințele referitoare la specializarea personalului menționate în lege. Specialiștii precum psihopedagogii, kinetoterapeuții, instructorii de educație și pedagogii de recuperare se regăsesc într-un număr mic de județe și reprezintă o proporție foarte scăzută din totalul angajaților SECPAH.

Din perspectiva schimbării de paradigmă de la o abordare medicală la una holistică, actuala expertiză tehnică nu este aliniată la CIF nici la nivelul CEPAH, nici și în cadrul SECPAH. Predomină medicii de familie și medicii generalişti, în timp ce specialiștii în expertiza medicală a capacității de muncă și în medicină fizică și reabilitare (MFR) sunt foarte puțini la număr.¹³ O prezență mai consistentă a acestor specialiști ar contribui la îmbunătățirea modului de aplicare a instrumentelor de evaluare complexă și la recomandarea unor servicii/beneficii mai adecvate nevoilor persoanelor încadrate în grad și tip de handicap.

Angajații care deservește persoanele cu dizabilități au un volum de muncă foarte ridicat, care variază considerabil în funcție de

specializare, județ și localitate. Volumul de muncă per membru SECPAH diferă semnificativ în funcție de specializarea sa, nivelul cel mai mare înregistrându-se în rândul medicilor specialiști. Cu toate că volumul de muncă al personalului SECPAH s-a redus în timpul pandemiei de COVID-19, acesta este în continuare relativ mare. În general, volumul de muncă este extrem de mare la nivelul CEPAH, mai ales că membrii comisiilor au cel puțin un loc de muncă cu normă întreagă în afară de activitățile lor în CEPAH. Discrepanțele între județe sunt marcante și depind atât de numărul persoanelor cu dizabilități din județ, cât și de dimensiunea și componența SECPAH/CEPAH.

Lipsesc competențele și formarea privind cadrul CIF. Formarea personalului este minimă la nivelul SPAS, SECPAH și CEPAH. În special formarea privind CIF este extrem de limitată. Din totalul de 478 de angajați ai SPAS-urilor studiate, doar cinci persoane au participat vreodată la un curs de formare referitor la CIF. La nivelul CEPAH, din 120 de membri, doar 8 (din 8 județe) au participat vreodată la cursuri de formare privind cadrul CIF. De asemenea, în cadrul SECPAH-urilor studiate, doar 12 din totalul de 346 specialiști, din doar trei județe, au participat la un curs de formare privind CIF în ultimele 12 luni (în 2020).

C. Provocări privind interacțiunea cu persoanele solicitante și gestionarea informațiilor

Nu există un sistem de management al informațiilor în domeniul dizabilității și, în general, procesele de la nivelul întregului sistem nu sunt automatizate. Majoritatea activităților legate de evaluarea gradului de handicap se realizează pe suport de hârtie.¹⁴ Aplicațiile informatice ce permit automatizarea funcțiilor și a proceselor cheie au funcționalități limitate sau sunt inexistente, motiv pentru care majoritatea activităților precum controalele încrucișate, validarea și verificarea, administrarea beneficiilor, administrarea plăților și gestionarea datelor beneficiarilor sunt realizate manual. Există diferențe substanțiale între județe în ceea ce privește tipurile de date care sunt înregistrate în aplicațiile informatice folosite în scopul evaluării și încadrării în grad de handicap. În multe județe,

13 Legislația (art. 49 din HG nr. 268/2007) menționează „medic de specialitate” fără nici o altă cerință specifică sau restricție.

14 ANDPDCA implementează în prezent un proiect cu finanțare europeană pentru dezvoltarea Sistemului Național de Management privind Dizabilitatea.

datele referitoare la înregistrarea și verificarea inițială a dosarelor sunt trecute doar în registre pe suport de hârtie și nu în format electronic. Nu sunt disponibile nici date cu privire la fenomenul de abandon/renunțare la demersul de încadrare pe parcurs sau de refuz de înregistrare a cererii de evaluare și nici despre ieșirile din sistem. Calitatea datelor din bazele de date existente este destul de slabă. La nivel de SECPAH/CEPAH nu este prevăzut niciun specialist în IT, administrare de date sau analiză de date, și nici operatori de date. În lipsa acestor resurse umane și în condiții de volum de muncă foarte mare, gestionarea deficitară a datelor, calitatea scăzută a datelor, precum și slaba utilizarea a acestora sunt rezultate previzibile.

În România, etapa de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului este mult mai împovăraătoare decât în multe alte țări. Experiența internațională arată că majoritatea țărilor au pus în aplicare diferite măsuri pentru a reduce la minimum numărul de documente pe care ar trebui să le prezinte un solicitant. În sistemele administrative mai avansate, o persoană se poate înregistra electronic direct la serviciile care furnizează evaluare în vederea încadrării în grad de handicap, documentele medicale sunt vizualizate/descărcate automat dintr-un sistem de e-sănătate, în timp ce o anchetă socială (dacă este necesară) este obținută prin protocoale instituționale fără implicarea, costurile și efortul solicitantului. România ar trebui, de asemenea, să avanseze pe această cale, regândind procesele administrative pentru a simplifica accesul la servicii, evitând în același timp duplicarea și urmărirea de foloase necuvenite.

Datele colectate sunt utilizate pentru raportările interne și, rareori, pentru documentarea politicilor publice și identificarea nevoilor de servicii sociale relevante pentru persoanele cu dizabilități. La nivel local, unele SPAS-uri formulează politici, deși nu dețin date. În schimb, altele dispun de date solide pe care nu le folosesc la formularea unor politici adresate persoanelor cu dizabilități. Totuși, majoritatea SPAS-urilor raportează că adoptă o abordare participativă, implicând reprezentanții persoanelor cu dizabilități în analiza datelor colectate și în definirea politicilor.

La nivel județean, rapoartele de monitorizare și evaluare ale SECPAH și CEPAH sunt rareori diseminate în spațiul public. Mai puțin de jumătate dintre SECPAH și mai puțin de o cincime dintre

CEPAH folosesc datele în scopul documentării politicilor publice relevante pentru persoanele cu dizabilități și foarte puține dintre ele recurg la o abordare participativă.

D. Provocări privind informarea

Lipsa unor programe adecvate de informare în domeniul dizabilității limitează resursele disponibile pentru persoanele cu dizabilități. Multe persoane cu dizabilități din România nu au acces la aceleași oportunități educaționale și profesionale ca persoanele fără dizabilități. Programele de informare nu reușesc să faciliteze incluziunea persoanelor cu dizabilități la nivelul societății și nu le oferă mai multe opțiuni sau asistență adecvată. În cazul multor persoane cu dizabilități, stigmatizarea asociată cu dizabilitatea are un impact major asupra participării lor.

Programele existente oferă informații incomplete și insuficient adaptate la diferitele tipuri de dizabilitate și la grupurile vulnerabile expuse riscurilor sociale. Atât informațiile furnizate online de către DGASPC (SECPAH), cât și comunicarea offline sunt adaptate doar parțial pentru eliminarea barierelor de acces în funcție de tipul de dizabilitate. Informarea incluzivă este disponibilă doar în unele județe și, în principal, în orașele mai mari. O persoană cu deficiență de auz din România care solicită un certificat de încadrare în grad de handicap poate beneficia de asistență din partea unui interpret al limbajului mimico-gestual doar la sediul unui SPAS din zece și doar la sediul a aproximativ jumătate dintre DGASPC-urile din țară. În cazul utilizatorilor de scaun rulant, accesul fizic este de asemenea unul foarte limitat, deoarece majoritatea acestor sedii nu sunt dotate cu rampe, nu au locuri de parcare speciale sau nu sunt echipate cu toalete accesibilizate. Există obstacole legate de accesibilitatea financiară și geografică, care îngreunează obținerea documentelor medicale. Alte blocaje ce apar în etapa de depunere a dosarului sunt cauzate de lipsa sprijinului acordat de către autorități, vârsta la care a fost diagnosticată oficial boala, lipsa comunicării accesibilizate și lipsa cunoștințelor privind existența și posibilitatea de a solicita pachetul de beneficii și servicii acordat în baza certificatului de încadrare în grad și tip de handicap.

E. Provocări privind evaluarea nevoilor și managementul de caz

Nu există o metodologie transparentă pentru elaborarea, implementarea și monitorizarea planurilor individualizate de intervenție. În România, evaluarea nevoilor persoanelor cu dizabilități nu se realizează cu instrumente de evaluare adecvate și potrivit unei metodologii specifice. Conform legislației în vigoare, singurele instrumente care cuprind concluzii privind nevoile persoanelor cu dizabilități sunt Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și Planul individual de servicii (PIS). Cu toate că aceste planuri sunt esențiale pentru asigurarea unei corelări între ceea ce are nevoie o persoană, modul în care își dorește să trăiască și tipul de sprijin de care beneficiază, cadrul legislativ nu include nicio metodologie pentru completarea sau pentru implementarea și monitorizarea acțiunilor prevăzute. Aceste instrumente sunt folosite doar în unele județe, practicile existente legate de elaborarea PIS și PIRIS variază semnificativ între județe, uneori acestea sunt completate superficial, iar asistenții sociali și managerii de caz nu le folosesc la fel de mult cât ar trebui.

Planurile individualizate (PIS și PIRIS) existente sunt de slabă calitate, iar conținutul lor nu este introdus în baza(ele) de date a(le) SECPAH/CEPAH, în timp ce managementul de caz pentru persoanele adulte cu dizabilități este încă într-o fază incipientă de dezvoltare. Din perspectiva CIF, ambele tipuri de planuri individualizate utilizate în România (PIRIS și PIS) sunt încă prea concentrate pe nevoi, în special cele de natură medicală, insuficient de participative și bazate pe modele care trebuie revizuite pentru a include resursele persoanei, felul în care dorește să trăiască, și factorii de mediu, pe lângă nevoile identificate prin evaluarea complexă. Prin urmare, PIRIS-urile, așa cum sunt acum, au o legătură slabă cu concluziile evaluării complexe și nu reprezintă nici măcar o schiță a unui plan de intervenție, în timp ce PIS-urile existente sunt doar liste de recomandări generale, care nu respectă nici măcar standardele de bază ale informării adecvate, cu atât mai puțin orientarea sau îndrumarea persoanelor cu dizabilități către serviciile necesare. În plus, nu există un mecanism de monitorizare și evaluare conectat la PIS și PIRIS. În consecință, datele din PIRIS nu sunt înregistrate și analizate pentru a identifica nevoile de servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități la nivel județean.

F. Provocări privind tranziția de la copil la adult

Procesul de tranziție al tinerilor cu dizabilități la evaluarea pentru adulți este deficitar în informații, sprijin și consiliere. În momentul în care împlinesc 18 ani, tinerii cu dizabilități constată adesea că nu mai au acces la sprijinul și serviciile de care au nevoie și se pierd prin breșele unui sistem ineficient de protecție a persoanelor adulte. Lipsa informațiilor referitoare la procesul de tranziție, neînțelegerea schimbărilor de la nivelul sistemului de evaluare și absența consilierii generale îngreunează procesul de tranziție pentru numeroase familii.

Pentru mulți tineri cu dizabilități, tranziția este una abruptă și confuză. Legea definește sprijinul la care au dreptul tinerii cu dizabilități în perioada de tranziție la viața de adult, însă, în practică, acesta este aproape inexistent, lăsând tinerii cu dizabilități și familiile lor să se descurce singuri în fața noii lor realități. Sunt necesare reforme pentru a ușura procesul de tranziție și pentru a crea servicii adecvate, care să sprijine copilul și familia acestuia pe parcursul perioadei dificile de tranziție.

G. Provocări privind contestarea certificatului de handicap

Procesul de contestare a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap este deficitar. În ciuda legislației în vigoare menite să înlesnească acest proces, astfel încât o persoană cu dizabilități să poată contesta certificatul de handicap, autoritățile responsabile de aceste procese (instanțele) nu dețin cunoștințele necesare și nu au acces la opiniile experților pentru a putea lua o decizie fondată pe criterii obiective. Dimpotrivă, aceste contestații sunt soluționate, de obicei, într-un mod foarte subiectiv. În plus, instanțele de contencios administrativ nu soluționează cu celeritate contestațiile împotriva certificatului de handicap, contrar cerinței legale. Asistența juridică publică gratuită este disponibilă, dar este puțin cunoscută și foarte puțin utilizată. Demersul de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap este caracterizat de lipsa probațiunii uniformizate la nivelul instanțelor de judecată, cu privire la aspecte precum admisibilitatea excepției tardivității, a probei cu martori sau cu experți independenți, declararea nepublică a ședinței de judecată, serviciu de suport pe perioada procesului, termene scurte de judecată sau motivarea judecătorului. Per

ansamblu, procedurile judiciare sunt într-o mică măsură adaptate la nevoile specifice ale persoanelor cu dizabilități, în conformitate cu CDPD (art. 13). De asemenea, la nivel de DGASPC, nu există un

mecanism de redresare a plângerilor și contestațiilor ca și cale alternativă pentru persoanele cu dizabilități nemulțumite de încadrare.

Tabloul general al provocărilor

Provocări din perspectiva CIF	Provocări generale
Evaluarea și încadrarea în grad de handicap	
<ul style="list-style-type: none"> • Procesul și instrumentele de evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap folosite de către SECPAH nu sunt aliniate la principiile CIF. • Decizia este bazată predominant pe decizia medicului specialist, criteriile medico-psihsociale nefiind aliniate la conceptul dizabilității definit în cadrul CIF. • La nivelul criteriilor medico-psihsociale, evaluarea deficienței/handicapului nu este susținută de o metodologie științifică solidă, fie de dovezi, fie de un puternic consens metodologic. 	<ul style="list-style-type: none"> • Decizia CEPAH nu diferă de evaluarea complexă efectuată de SECPAH. • Nu există o abordare unitară a încadrării în grad și tip de handicap la nivelul țării. • Procesul decizional din cadrul SECPAH și CEPAH este lipsit de transparență, deoarece nu există proceduri standard.
Instituții și capital uman	
<ul style="list-style-type: none"> • Formarea privind cadrul CIF este minimă. • Din perspectiva schimbării de paradigmă (trecerea de la o abordare medicală la una holistică), actuala expertiză tehnică nu este aliniată la CIF nici la nivelul CEPAH, nici în cadrul SECPAH. 	<ul style="list-style-type: none"> • În general, SPAS și SECPAH nu au suficient personal specializat, în timp ce dimensiunea CEPAH nu corespunde numărului de persoane cu dizabilități înregistrate oficial la nivelul județului. • Volumul de muncă al angajaților care deservește persoanele cu dizabilități este foarte ridicat și variază considerabil în funcție de județ și specializare. • Formarea personalului este minimă la toate nivelurile: SPAS, SECPAH și CEPAH.
Gestionarea informațiilor și informarea	
<ul style="list-style-type: none"> • Procesul de gestionare a datelor este foarte fragmentat între județe și în interiorul județelor (la nivelul SECPAH, CEPAH și al secretariatului), îngreunând realizarea evaluării complexe într-o manieră corespunzătoare. • Informațiile furnizate sunt incomplete și adaptate insuficient la diferitele tipuri de dizabilitate și la grupurile vulnerabile expuse riscurilor sociale. • Lipsa unor programe adecvate de informare în domeniul dizabilității limitează resursele disponibile pentru persoanele cu dizabilități. 	<ul style="list-style-type: none"> • Automatizarea proceselor este minimă la nivelul întregului sistem. • Majoritatea activităților legate de evaluarea gradului de handicap se realizează pe suport de hârtie. • Calitatea datelor din bazele de date existente este destul de slabă. • Datele colectate sunt utilizate în scopul raportării și mai rar în scopul documentării politicilor publice relevante pentru persoanele cu dizabilități. • Se raportează obstacole legate de accesibilitatea financiară și geografică, care îngreunează obținerea documentelor medicale. • Sunt necesare îmbunătățiri pentru reducerea barierelor cu care se confruntă grupurile vulnerabile. Actuala interfață dintre persoane și instituții reprezintă o verigă slabă a sistemului din domeniul dizabilității.

Provocări din perspectiva CIF	Provocări generale
Evaluarea de nevoi și managementul de caz	
<ul style="list-style-type: none"> Managementul de caz pentru persoane adulte cu dizabilități este încă într-o fază incipientă de dezvoltare, mai ales pentru persoanele care trăiesc în familie. 	<ul style="list-style-type: none"> Nu există o metodologie specifică și instrumente adecvate de evaluare a nevoilor persoanelor cu dizabilități. Pentru actualele planuri individualizate de intervenție (PIRIS și PIS) nu există o metodologie transparentă sau proceduri unitare pentru completarea, implementarea și monitorizarea acțiunilor prevăzute în cadrul acestora.
Tranziția de la copil la adult cu dizabilități	
<ul style="list-style-type: none"> Copiii cu dizabilități nu sunt evaluați pe baza aceluiași criterii ca adulții, existând astfel diferențe la nivelul evaluărilor. 	<ul style="list-style-type: none"> Tranziția la vârsta adultă este însoțită, în unele cazuri, de modificarea încadrării sau chiar de neîncadrarea în grad de handicap, fapt care determină o vulnerabilizare a tânărului care se confruntă dintr-o dată cu o situație pentru care resursele sale adaptative și de autodeterminare sunt insuficient dezvoltate (spre exemplu, situația în care schimbarea gradului de handicap duce la pierderea dreptului la asistentul personal). Există o lipsă a informațiilor referitoare la procesul de tranziție. Absența consilierii îngreunează procesul de tranziție pentru numeroase familii. Pentru mulți tineri cu dizabilități, tranziția este una abruptă și confuză. Legea definește sprijinul ce trebuie acordat în perioada de tranziție, însă, în practică, acesta este aproape inexistent.
Contestarea certificatului	
<ul style="list-style-type: none"> Contestațiile privind încadrarea în grad de handicap sunt soluționate cu foarte multă subiectivitate. Judecătorii și avocații nu sunt instruiți în legătură cu criteriile medico-psihosociale și nici cu cadrul CIF. 	<ul style="list-style-type: none"> Procedura de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap este deficitară. O informare detaliată cu privire la modul în care se face o contestație, accesibilă tuturor persoanelor care contestă sau care vor să conteste certificatul, în conformitate cu CDPD (art. 9), nu este disponibilă în toate județele. Mecanismul de contestare a certificatului nu are încorporată o dimensiune de învățare continuă și nici nu respectă principiul de transparență. Instanțele nu dețin cunoștințele necesare și nu au acces la opiniile experților pentru a putea lua o decizie fondată pe expertiză de specialitate.



Recomandări cheie privind politicile

Evaluarea și încadrarea în grad de handicap, alături de evaluarea nevoilor de servicii pentru persoanele cu dizabilități din România trebuie modificate pentru a asigura o aliniere la principiile CIF. Procesul de reformă ar trebui să includă trei piloni principali, introduși succesiv, după cum urmează:

Pilonul A. Îmbunătățirea evaluării și încadrării în grad de handicap prin introducerea cadrului CIF

- **Introducerea unor instrumente bazate pe cadrul CIF.** Noul set de instrumente ar trebui să includă un instrument psihometric adecvat, care se poate aplica rapid, este eficient și aliniat în totalitate la cadrul CIF.
- **Elaborarea unor proceduri clare, în concordanță cu principiile CIF,** care să simplifice procesul, să crească eficiența administrativă și să asigure respectarea principiilor stipulate în Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD).
- **Investiții în dezvoltarea competențelor în CIF** la toate nivelurile, SPAS, SECPAH și CEPAN, precum și a altor specialiști cum sunt judecătorii și avocații.
- **Creșterea interacțiunii cu persoanele solicitante și o mai bună gestionare a datelor.** Digitalizarea

și dezvoltarea interoperabilității bazelor de date vor crește transparența la toate nivelurile demersului de încadrare în grad și tip de handicap, vor simplifica și îmbunătăți fluxurile de lucru și vor spori semnificativ performanța sistemului.

Pilonul B. Îmbunătățirea accesului la servicii adaptate nevoilor specifice ale persoanelor cu dizabilități

- **Prioritizarea informării persoanelor cu dizabilități.**
- **Îmbunătățirea evaluării nevoilor și dezvoltarea managementului de caz pentru persoanele adulte cu dizabilități.** Regândirea rolului atribuit managementului de caz în evaluarea nevoilor de servicii și în procesul de reabilitare constituie o prioritate importantă în România.
- **Asigurarea unei tranziții treptate de la copil la adult și optimizarea consilierii.** Procesul de tranziție de la copil la adult ar trebui simplificat și articular în mod clar în cadrul unor legi și proceduri noi.
- **Facilitarea accesului persoanelor cu dizabilități de a se adresa direct instanțelor și dezvoltarea unui mecanism de redresare a plângerilor.**

Pilonul C. Integrarea tuturor sistemelor din domeniul dizabilității

Integrarea tuturor sistemelor din domeniul dizabilității din România nu face obiectul prezentului raport sau al prezentului Acord de servicii de asistență tehnică. Cu toate acestea,

Pilonul A. Îmbunătățirea evaluării și încadrării în grad de handicap prin introducerea cadrului CIF

Introducerea unor instrumente bazate pe cadrul CIF: integrarea funcționării în evaluarea gradului de handicap

Modernizarea sistemului de evaluare a gradului de handicap din România presupune integrarea informațiilor în procesul de evaluare, într-o manieră pertinentă și fundamentată științific. Prima reformă care este esențială și necesară pentru modernizarea demersului de evaluare a gradului de handicap o constituie colectarea informațiilor referitoare la funcționare, într-o manieră consistentă, standardizată la nivelul tuturor județelor și fundamentată științific. În al doilea rând, aceste informații trebuie să aibă același impact real, transparent și cuantificabil asupra evaluării finale în vederea încadrării în grad de handicap în toate cazurile și în toate județele.

În loc de șase domenii de evaluare complexă, sistemul ar trebui să strângă informații referitoare la funcționare, într-o manieră uniformă, folosind un singur instrument psihometric standardizat. Actuala evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap, ce cuprinde șase domenii, ar trebui înlocuită cu o evaluare medicală, însoțită de un scor de evaluare a funcționării obținut prin aplicarea unui instrument psihometric, aliniat în întregime la modelul CIF privind funcționarea și dizabilitatea; acesta ar trebui folosit într-o manieră standardizată și unitară în fiecare județ. Instrumentul trebuie să fie unul adecvat din punct de vedere științific pentru a permite obținerea unui scor global sau total al dizabilității persoanei, preferabil în baza unei scale integrale. Această modificare a instrumentelor va necesita schimbări la nivelul responsabilităților și al procedurilor folosite atât de către SECPAH, cât și de către CEPAH.

Ar trebui revizuite actualele criterii medico-psihosociale prin o actualizare și o modificare a informațiilor medicale care să permită evaluarea comună a afecțiunilor și a comorbidităților, precum și alinierea la Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM-11).

fragmentarea pronunțată a sistemului din domeniul dizabilității din prezent reprezintă un factor ce trebuie avut în vedere în momentul elaborării noului set de instrumente și proceduri menit să producă o schimbare de paradigmă în domeniul dizabilității.

Definirea și elaborarea unor proceduri clare, în concordanță cu principiile CIF

Este absolut necesar să se redefinească și să se implementeze noile proceduri fondate pe principiile CIF. Noile proceduri ar trebui elaborate în cadrul unei colaborări care să implice specialiști, asistenți sociali, experți internaționali în domeniul CIF, responsabili de politici și activiști pentru drepturile persoanelor cu dizabilități. Aceasta va oferi o ocazie unică de a redefini și a introduce o abordare funcțională modernă pentru eficientizarea activității de încadrare în grad de handicap. Asigurarea unor instrumente și proceduri uniforme la nivelul județelor constituie practic o necesitate din perspectiva drepturilor omului și ar trebui să reprezinte o prioritate cheie în cadrul reformelor de politică.

Ar trebui create proceduri separate la nivelul SPAS, SECPAH și CEPAH. Procedurile ar trebui să vizeze aspecte cheie ale evaluării în vederea încadrării în grad de handicap, inclusiv coordonarea între instituții, proceduri în cazul discrepanțelor și fraudelor, proceduri privind modul în care ar trebui să funcționeze echipele multidisciplinare și modul în care ar trebui să ia decizii în baza cadrului CIF, proceduri care să asigure în mod eficient tranziția de la copil la adult și planurile individuale de intervenție, PIS și PIRIS. Interacțiunea cu persoana solicitantă în timpul anchetei sociale ar trebui să urmeze, de asemenea, instrucțiuni și proceduri bine stabilite.

Rolul și responsabilitățile CEPAH, în raport cu SECPAH, ar trebui clarificate și standardizate la nivelul județelor. Recomandăm revizuirea generală a rolurilor și responsabilităților CEPAH și ale SECPAH în contextul evaluării gradului de handicap, ținând cont de faptul că ideal ar fi ca evaluarea și încadrarea în grad de handicap să fie realizate de o singură structură instituțională și, pe cât posibil, cu ajutorul unor instrumente și proceduri standardizate la nivelul tuturor județelor

din România. În cadrul acestei revizuirii, ar trebui să se urmărească plusvaloarea pe care o poate crea CEPAH și evitarea suprapunerii sau a redundanței cu SECPAH. Îmbunătățirea procedurilor și instrumentelor de lucru va crește performanța sistemului.

Investiții în dezvoltarea competențelor

Investițiile în capitalul uman și organizarea unor cursuri de formare privind cadrul CIF sunt esențiale pentru explicarea și utilizarea corectă a acestei clasificări, precum și pentru evidențierea impactului și a utilității sale în practica de zi cu zi, în special în cadrul echipelor multidisciplinare. Când se trece de la abordarea medicală la o abordare holistică și multidimensională a funcționării în baza cadrului CIF, apar schimbări și la nivelul cerințelor privind calificarea și expertiza evaluatorilor. Ar trebui organizate cursuri de formare privind cadrul CIF pentru tot personalul și ar trebui multiplicată oportunitățile de schimb de experiență și dezvoltare a echipelor. Formarea personalului ar trebui extinsă la nivelul tuturor instituțiilor implicate în demers, SPAS-uri, SECPAH-uri și CEPAH-uri. Și judecătorii și alte categorii relevante de specialiști ar trebui să dispună de formare cu privire la noile proceduri și metodologii bazate pe CIF. În cazul anumitor categorii de specialiști (de exemplu, terapeuții ocupaționali), formarea privind cadrul CIF ar trebui aliniată la conținutul curricular al programului de certificare.

Alinierea la cadrul CIF presupune ca procesul de evaluare să nu fie determinat exclusiv de expertiza medicală, deși beneficiază de aceasta. Toți evaluatorii sau membrii echipelor ori comisiilor de evaluare ar trebui să fie informați și instruiți pentru a înțelege funcționarea din perspectiva CIF și necesitatea de a aborda dizabilitatea ca pe o experiență globală, trasată de factori determinanți ce țin atât de sfera sănătății, cât și de mediu. Specialiștii în medicină fizică și reabilitare dețin atât cunoștințele, cât și expertiza clinică necesare pentru a face o evaluare a funcționării în baza informațiilor și documentației suficiente și adecvate. Și alți specialiști din domeniul reabilitării – kinetoterapeuți, terapeuți ocupaționali, terapeuți educaționali și vocaționali – sunt la fel de familiarizați cu noțiunile referitoare la funcționare și dizabilitate

prezentate în cadrul CIF, indiferent dacă dețin sau nu experiența clinică și expertiza necesară pentru evaluarea dizabilității la modul general, mai puțin în anumite domenii specifice ale funcționării, cum ar fi mobilitatea, viața independentă sau ocuparea.

Reforma ar trebui însoțită de o serie de îmbunătățiri la nivelul personalului. Trebuie găsite soluții pentru suplimentarea personalului și asigurarea unui număr suficient de medici specialiști, cu precădere în medicină fizică și reabilitare, pe cât posibil. Sensibilizarea și formarea specialiștilor din cadrul SECPAH și CEPAH ar putea produce o schimbare majoră. Volumul de muncă al specialiștilor ar trebui diminuat și echilibrat.

Creșterea interacțiunii cu persoanele solicitante și o mai bună gestionare a datelor

Digitalizarea și dezvoltarea interoperabilității bazelor de date vor crește transparența la toate nivelurile demersului de încadrare în grad de handicap, vor simplifica fluxurile de lucru și vor crește semnificativ performanța sistemului. CIF oferă o platformă adecvată pentru colectarea și stocarea electronică a informațiilor privind sănătatea și funcționarea, într-o manieră ce garantează interoperabilitatea semantică cu alte platforme existente. Ar trebui realizate demersuri ample pentru a asigura că toate instrumentele de colectare a datelor privind sănătatea și reabilitarea, folosite în mod uzual, corespund clasificărilor CIF, astfel încât noile date bazate pe cadrul CIF să fie compatibile cu datele clinice colectate anterior și cu alte baze de date mai vechi.

Ar trebui creat un sistem de management al informațiilor care să permită gestionarea și administrarea sistemului privind dizabilitatea. Este vital să se conecteze mai multe baze de date și să fie disponibile date. Ar trebui dezvoltat un program informatic de validare a datelor. Ar trebui îmbunătățite sau create aplicații informatice pentru automatizarea funcțiilor și a proceselor cheie, precum controalele încrucișate, validarea și verificarea, administrarea beneficiilor, administrarea plăților și managementul datelor beneficiarilor. Ar trebui să se transmită orientări clare județelor cu privire la datele ce trebuie colectate și ar trebui dezvoltat un soft pentru înregistrarea datelor.

Pilonul B. Îmbunătățirea accesului la servicii adaptate nevoilor specifice

Persoanele cu dizabilități întâmpină numeroase bariere în accesarea serviciilor medicale și a celor conexe. Aceste bariere sunt cauzate de absența politicilor și a strategiilor, de lacune în acordarea și furnizarea serviciilor și de lipsa familiarizării cu programele și serviciile dedicate persoanelor cu dizabilități. Eficientizarea serviciilor cheie și asigurarea accesului la servicii eficiente de promovare, prevenire, planificare, tratament, reabilitare și îngrijire paliativă reprezintă îmbunătățiri importante.

Prioritizarea informării persoanelor cu dizabilități

România ar trebui să articuleze în mod clar principalele teme pentru crearea unor programe de informare și comunicare cu persoanele cu dizabilități. Se poate asigura un nivel egal de reprezentare și o mai bună acoperire a persoanelor cu dizabilități printr-o comunicare ce ține cont de aspectele culturale de adaptările necesare pentru grupurile vulnerabile. Cu toate că este necesară o analiză mai aprofundată în acest domeniu, se pot sintetiza câteva măsuri cheie, după cum urmează:

- **Sunt necesare studii mai aprofundate în vederea elaborării unor strategii specifice, inclusiv pentru o informare completă și îmbunătățirea serviciilor și a accesului.** O metodă folosită în unele țări pentru optimizarea informării este introducerea unui formular standardizat, de genul unui „formular verde”, ce trebuie completat de către toți medicii specialiști în situația în care diagnosticul stabilit se regăsește în criteriile medico-psihsociale de încadrare în grad de handicap. Acesta poate fi însoțit de o broșură cu informații esențiale pe care unitatea sanitară trebuie să o înmâneze persoanelor care primesc formularul verde.
- **Este esențială evaluarea sistematică a eficacității eforturilor întreprinse.** Ar trebui realizată o evaluare completă a programelor și practicilor de informare în vederea identificării nevoilor viitoare de formare și dezvoltare și în vederea diseminării celor mai bune practici în acest domeniu.
- **În vederea susținerii reformelor ar trebui modificat mesajul cheie, din „handicap” în „dizabilitate”** atât în legislație, cât și în documentele de politici publice. În egală măsură, este nevoie de informare, educare și

comunicare susținută pentru a schimba modul în care sunt percepuți actualii beneficiari, precum și percepția generală a dizabilității ca un „handicap” și a certificatului de încadrare în grad de handicap ca o compensație pentru anumite afecțiuni medicale.

- **Ar trebui încurajată implementarea unor programe comune de dezvoltare și informare de către SPAS, CEPAH și SECPAH.** Ar trebui înființată o comisie formată din experți tehnici din mai multe instituții cu scopul de a elabora și a testa un set de orientări în domeniul informării. Este esențial ca persoanele cu dizabilități să participe la elaborarea unor astfel de programe și strategii.

Îmbunătățirea evaluării nevoilor și dezvoltarea managementului de caz pentru persoanele adulte cu dizabilități

Îmbunătățirea managementului de caz reprezintă o reformă importantă ce ar trebui realizată pentru a asigura că acesta este parte integrantă a sistemului de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap. Managerul de caz, în colaborare cu persoana încadrată în grad de handicap, evaluează, planifică, implementează, coordonează, monitorizează și evaluează opțiunile și serviciile necesare pentru a satisface nevoile persoanei. Managerii de caz nu trebuie să se concentreze doar pe afectări sau pe limitările de activitate ale persoanei, ci și pe barierele și provocările ridicate de mediul exterior. Astfel, managerii de caz utilizează abordarea CIF, integrată și multidisciplinară, în elaborarea planurilor de intervenție centrate pe persoană.

Planurile individualizate PIS și PIRIS ar trebui să devină obligatorii pentru toate persoanele încadrate în grad de handicap și ar trebui să fie îmbunătățite. Aceste instrumente trebuie standardizate și armonizate pentru a asigura o evaluare riguroasă a nevoilor persoanelor cu dizabilități, în baza unei metodologii specifice, de preferat aliniată la CDPD și la CIF. Ar trebui să existe un mecanism de monitorizare a implementării PIRIS/PIS, care să fie evaluat frecvent.

Ar trebui extins pachetul de servicii asociat cu demersul de încadrare în grad de handicap. Serviciile ar trebui să fie disponibile în toată țara, inclusiv în zonele izolate și în mediul rural. ANDPDCA ar trebui de asemenea să aibă în vedere introducerea unor noi măsuri de sprijin, cum ar

fi programe de acordare a unui ajutor financiar pentru adaptarea locuinței sau a autovehiculului în raport cu nevoile unei persoane cu dizabilități. Dezvoltarea unei platforme integrate, coordonate de către ANDPDCA, cu informații despre beneficiile și serviciile disponibile pe tot parcursul vieții persoanelor încadrate în grad de handicap ar putea aduce un plus important.

Dezvoltarea serviciilor de reabilitare medicală și profesională în baza cadrului CIF reprezintă o prioritate cheie pentru reformarea sistemului din domeniul dizabilității și eficientizarea planurilor individuale (PIS, PIRIS). Îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile existente este un alt aspect important. Ar trebui efectuate mai multe demersuri la nivel județean pentru dezvoltarea parteneriatelor, a comunicării și a colaborării între Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC)/SECPAH și ceilalți furnizori de servicii (publici și privați) în vederea creării unei rețele funcționale, în locul actualelor grupuri de servicii izolate.

Asigurarea unei tranziții treptate de la copil la adult

Procesul de tranziție de la copil la adult ar trebui îmbunătățit. Ar trebui introduse proceduri de care să beneficieze tinerii și familiile lor implicate în procesul de tranziție. Ar trebui adoptate noi norme și proceduri care să asigure o mai bună colaborare între instituții. SECPAH și SECC, ca și CEPAH și CPC, ar trebui să aibă întâlniri consultative periodice și să își transmită toate documentele de evaluare pentru a facilita procesul de tranziție. Ar trebui să aibă loc întâlniri de acomodare și cunoaștere reciprocă între tinerii cu dizabilități și familiile lor cu reprezentanții SECPAH/CEPAH.

Ar trebui extinsă perioada oficială a tranziției de la copil la adult, spre exemplu de la 16 ani la 20 de ani. În cazul tinerilor înscriși într-o formă de învățământ, perioada ar trebui prelungită până la obținerea diplomei sau împlinirea vârstei de 26 de ani, cu menținerea aceleiași încadrări în grad de handicap, astfel încât tinerii care studiază să continue să primească aceleași beneficii.

Începând de la vârsta de 16 ani, alături de evaluările periodice, tânărul și familia ar trebui să beneficieze de consiliere pentru înțelegerea efectelor tranziției de la copil la adult în ceea ce privește o posibilă scădere a beneficiilor și a serviciilor acordate copilului. Alături de informare și consiliere, trebuie intensificate eforturile de a

furniza programe de pregătire pentru viața de adult desfășurate în colaborare sau în parteneriat cu persoanele juridice, publice ori private, care să vizeze cu prioritate creșterea participării tinerilor cu dizabilități atât la educație, cât și la piața muncii. Tranziția la viața adultă ar trebui asociată și cu un program de evaluare a nivelului de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă care să fie aplicat unitar la nivelul țării pentru toți tinerii cu dizabilități, cu precădere pentru tinerii care trăiesc în familie. Corelat, trebuie dezvoltate programe de facilitare a trecerii la viața independentă.

Măsurile de sprijin pentru tinerii cu dizabilități nu asigură o trecere coerentă și lină la viața de adult. Cele mai multe dintre măsuri sunt disponibile doar în puține județe și pentru un număr mic de tineri. Dezvoltarea măsurilor de sprijin este considerată a fi cheie, dar în același timp nu este posibilă în condițiile și cu resursele pe care le au la dispoziție în prezent atât serviciile de evaluare, cât și comisiile de evaluare. Factorii de decizie politică, structurile responsabile de evaluare a dizabilității și ONG-urile trebuie să coopereze pentru a susține soluții și adoptarea ulterioară a unei noi legislații cu privire la tranziția la viața de adult pentru tinerii cu dizabilități în România.

Facilitarea accesului persoanelor cu dizabilități de a se adresa direct instanțelor și dezvoltarea unui mecanism de redresare a plângerilor

Ar fi utilă elaborarea la nivel național a unui Ghid („Cum să contești certificatul de încadrare în grad de handicap”) care să fie pus la dispoziția DGASPC-urilor din țară și să fie distribuit tuturor persoanelor cu dizabilități alături de certificat. Chiar și în condițiile actualului cadru legislativ, Secretariatele CEPAH județene ar trebui să continue să primească și înregistreze contestațiile formulate împotriva certificatelor, precum și să colecteze date în baza cărora să asigure publicarea de statistici, studii de caz sau informații mai detaliate despre tratarea anumitor cazuri, aspect important pentru a demonstra legitimitatea mecanismului și a contribui la creșterea încrederii în eficiența acestuia.

Este necesară introducerea unui model tip de motivare a soluției de încadrare/neîncadrare din certificatul de handicap, care să fie completată de SECPAH sau CEPAH și să poată fi folosită de instanțele de judecată. La nivelul instanțelor de judecată, pentru a minimiza subiectivitatea în soluționarea contestațiilor împotriva certificatului

de handicap, este necesară asigurarea de sprijin informațional sau de specialitate pe tema dizabilității și a criteriilor medico-psihosociale, alături de oferirea de cursuri de formare pe aceste subiecte atât în rândul judecătorilor, cât și al avocaților. În acest scop, ANDPDCA ar putea identifica și forma experți care să poată oferi asistență instanțelor.

La nivelul DGASPC, este recomandată dezvoltarea unui mecanism de redresare a plângerilor și contestațiilor propriu-zis, care să respecte principiile de accesibilitate, echitate, predictibilitate, transparență și învățare continuă, care ar putea reprezenta o modalitate de a veni în

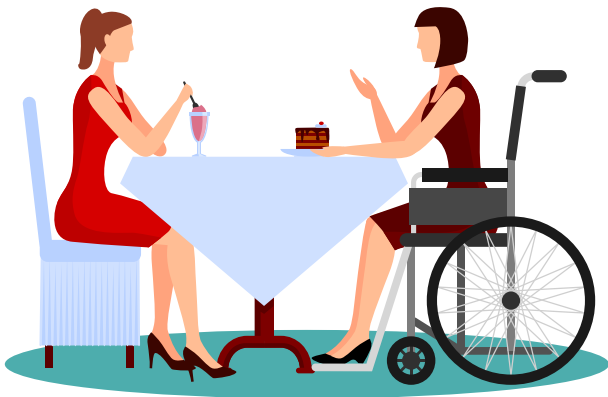
sprijinul persoanelor nemulțumite de încadrare și ar putea reduce numărul de contestații depuse în instanță. Acest nou mecanism de redresare nu trebuie să fie o întoarcere la situația anterioară anului 2017, cu o comisie unică la nivel național, fără resurse suficiente, ci ar putea să se bazeze pe o rețea de structuri județene sau regionale. De asemenea, noul mecanism nu trebuie să împiedice cetățenii să își urmărească drepturile și interesele pe orice altă cale (proceduri de drept administrativ sau alte mecanisme oficiale de soluționare a litigiilor), de la nivel național sau local, și nici nu este destinat să înlocuiască sistemul judiciar sau alte forme de recurs legal.

Pilonul C. Integrarea tuturor sistemelor din domeniul dizabilității

În România, sistemul din domeniul dizabilității prezintă o fragmentare pronunțată. Sistemul paralel de pensii de invaliditate și drepturi acordate persoanelor cu dizabilități și sistemul ce vizează copiii și persoanele adulte cu dizabilități există separat unul de celălalt, nivelul de integrare fiind unul minim. Existența altor sisteme cu programe specifice ce cuprind pachete de beneficii și servicii acordate în baza certificatului de încadrare în grad de handicap (de exemplu, majoritatea programelor din domeniul sănătății) accentuează și mai mult fragmentarea. Demersul este costisitor și ineficient pentru persoanele cu dizabilități care trebuie să parcurgă fiecare program separat, furnizând aceleași informații și documente la nesfârșit și așteptând la cozi lungi în sediile diferitelor instituții. Demersul este ineficient și pentru instituții, deoarece poate cauza suprapuneri sau lacune în acoperirea populației, suprapunerea proceselor, irosirea resurselor și dificultatea de a identifica de ce servicii au beneficiat clienții sau modul în care sunt cheltuite fondurile dedicate protecției sociale a persoanelor cu dizabilități. Integrarea tuturor sistemelor din domeniul dizabilității din România nu face obiectul prezentului raport sau al acestor servicii de asistență tehnică. Cu toate acestea, rămâne un element cheie al reformelor ce trebuie avut în vedere în momentul elaborării noului set

de instrumente și proceduri menit să producă o schimbare de paradigmă în domeniul dizabilității.

Pe viitor, România trebuie să continue reforma sistemului din domeniul dizabilității, prin introducerea principiilor CIF, îmbunătățirea evaluării nevoilor persoanelor cu dizabilități, dezvoltarea și creșterea calității serviciilor dedicate persoanelor cu dizabilități, precum și a accesului la acestea, alături de facilitarea integrării sistemului. Prima etapă a acestei ample reforme ar trebui să o reprezinte introducerea CIF și îmbunătățirea evaluării nevoilor persoanelor cu dizabilități. Modernizarea sistemului de evaluare a gradului de handicap din România presupune integrarea în procesul de evaluare a informațiilor referitoare la funcționare, într-o manieră pertinentă și fundamentată științific. Prima și cea mai importantă reformă o constituie așadar introducerea unor noi instrumente și proceduri. Alinierea la CIF și CDPD a procedurilor, instrumentelor și criteriilor de evaluare a gradului de handicap are implicații la nivelul cerințelor referitoare la capitalul uman. Ar trebui introdusă la toate nivelurile instruirea cu privire la cadrul CIF. După introducerea acestor elemente ale reformei, ar trebui îmbunătățite calitatea serviciilor și accesul la acestea și ar trebui să se aibă în vedere integrarea sistemelor din domeniul dizabilității.



Introducere

Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF) oferă un cadru pentru clasificarea și măsurarea dizabilității, care consideră dizabilitatea un fenomen universal și multidimensional. Aplicarea CIF asigură abordări mai integrate pentru colectarea și diseminarea informațiilor și pentru formularea politicilor în domeniu. O astfel de abordare poate fi stabilită prin folosirea cadrului CIF și prin alinierea la principiile Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD). Evaluarea trebuie să se bazeze pe o abordare a dizabilității prin prisma drepturilor omului, să pună accentul pe nevoile persoanei generate de barierele din cadrul societății mai degrabă decât pe deficiența propriu-zisă, să aibă în vedere și să țină cont de voința și de preferințele persoanei și să asigure implicarea deplină a persoanelor cu dizabilități în luarea deciziilor.¹⁵

Există o recunoaștere în rândul experților a faptului că România ar trebui să schimbe procedura de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap în conformitate cu standardele CIF. În ultimii zece ani, au existat mai multe încercări în acest scop, însă în mare parte fără succes.

În prezent, în România, Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adoptii (ANDPDCA) a inițiat un amplu proces de reformă a sistemului, centrat pe aplicarea cadrului CIF în evaluarea dizabilității pentru persoanele adulte, pe lângă cel existent pentru copii. Prin actualul Acord de asistență tehnică privind modernizarea sistemului de evaluare a dizabilității din România, Banca Mondială oferă asistență ANDPDCA în vederea îmbunătățirii legislației care reglementează evaluarea persoanelor adulte cu handicap din România.

Proiectul vizează acordarea sprijinului necesar pentru (i) sistematizarea legislației naționale din domeniul evaluării gradului de handicap, prin revizuirea acesteia conform abordărilor moderne de evaluare a dizabilităților (abordări care respectă cadrul CIF), și (ii) încurajarea unei schimbări de paradigmă (trecerea de la o abordare prin prisma afectării la o abordare din perspectiva dizabilității),¹⁶ prin creșterea capacității specialiștilor implicați în procesul de evaluare a gradului de handicap la toate nivelurile. Acest Acord de asistență tehnică cuprinde cinci seturi de activități ce se vor concretiza

15 Comitetul ONU pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Comentariul general privind art. 19.

16 Bickenbach et al. (2015).

în șapte livrabile, asistență tehnică permanentă și dezvoltarea capacității instituționale la nivel național și județean. Principalele livrabile sunt:

1. Raport de diagnoză a mecanismului actual de evaluare a dizabilității
2. Set de criterii medico-psihosociale propuse pentru modernizarea evaluării dizabilității
3. Noi instrumente de lucru propuse pentru modernizarea evaluării dizabilității
4. Raport cu recomandări privind o procedură de evaluare complexă a persoanelor cu dizabilități
5. Raport intermediar cu recomandări privind determinarea dizabilității și evaluarea nevoilor¹⁷
6. Recomandări tehnice pentru facilitarea expertizei specifice în evaluarea dizabilității pentru cazurile care ajung în instanță
7. Raport final cu recomandări privind determinarea dizabilității și evaluarea nevoilor.

Livrabilul 1 este primul rezultat al proiectului și corespunde componentei 1 a Acordului de asistență tehnică. Obiectivul acestei componente este analiza actualului sistem din România cu privire la (i) instrumentele de evaluare și determinare a dizabilității, (ii) procesele de evaluare a dizabilității și (iii) modul în care evaluarea dizabilității este conectată cu sistemul de protecție socială pentru persoanele cu dizabilități. Mai precis, analiza permite înțelegerea aprofundată a modului în care funcționează în prezent sistemul de evaluare a dizabilității în România și a rolului acestuia în îndrumarea persoanelor încadrate în grad și tip de handicap către beneficiile și serviciile de care au nevoie.

Pentru a atinge aceste obiective, prezentul raport include, printre altele: (i) o analiză a instituțiilor existente, a instrumentelor și procedurilor de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap implementate în prezent, a profilului și a capacității resurselor umane implicate în demers (competențe, discipline și numărul suficient în raport cu nevoile existente) și (ii) informații concludente despre cele mai bune practici internaționale în domeniul evaluării și determinării dizabilității și rolul acestora în identificarea nevoilor de beneficii și servicii de care persoanele cu dizabilități au nevoie. Rezultatele acestor analize permit identificarea și înțelegerea schimbărilor necesare pentru modernizarea

sistemului și a posibilelor bariere care pot întârzia sau bloca procesul de reformă.

Practic, prezentul raport de diagnoză adună evidențe care să stea la baza tuturor acțiunilor viitoare realizate în cadrul Acordului de asistență tehnică și constituie faza preliminară a procesului de elaborare a unui mecanism de evaluare a dizabilității bazat pe CIF, care să permită și identificarea nevoilor specifice ale persoanelor cu dizabilități.

Livrabilul 1 este organizat în două volume. Raportul de față reprezintă volumul 1, care include analiza datelor, principalele rezultate, concluzii și recomandări. Volumul 2 este un document tehnic ce descrie în detaliu pachetul metodologic conceput pentru studiul de fundamentare care stă la baza acestui raport.

Raportul debutează cu descrierea contextului general al evaluării dizabilității din România (capitolul 1). Continuă cu prezentarea generală a principalelor etape de implementare a demersului, alături de statistici referitoare la sistemul național de evaluare a dizabilității. Următoarele cinci capitole (2-6) prezintă în detaliu fiecare etapă principală de implementare, începând cu informarea, întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului, evaluarea și încadrarea în grad și tip de handicap, precum și planurile individuale de intervenție folosite pentru evaluarea nevoilor de beneficii și servicii. În continuare, capitolul 7 examinează mecanismul de depunere a plângerilor și a contestațiilor împotriva certificatului de handicap. Apoi, capitole 8 și 9 analizează aspectele instituționale cheie care afectează eficacitatea procesului de evaluare și determinare a dizabilității în România. Capitolul 8 urmărește trecerea de la copil la adult cu dizabilități, iar capitolul 9 examinează resursele umane, managementul datelor și sistemul informatic, procedurile, logistica și alte aspecte, pentru fiecare dintre principalii actori organizaționali implicați. Ultimul capitol extrage principalele concluzii ale analizei, cu accent pe principalele provocări și constrângeri pentru adoptarea unei abordări holistice în evaluarea dizabilității și enumeră recomandările pentru următorii pași ai proiectului.

Acest raport se adresează, în primul rând, specialiștilor din cadrul ANDPDCA care lucrează atât cu persoanele adulte cu handicap, cât și cu copiii cu dizabilități, precum și sutelor de specialiști implicați în evaluarea gradului de handicap la nivelul întregii țări.

¹⁷ Acordul prevede un raport intermediar, după 6 luni de pilotare a noilor metodologii, instrumente și proceduri, și un raport final, după 12 luni de pilotare.

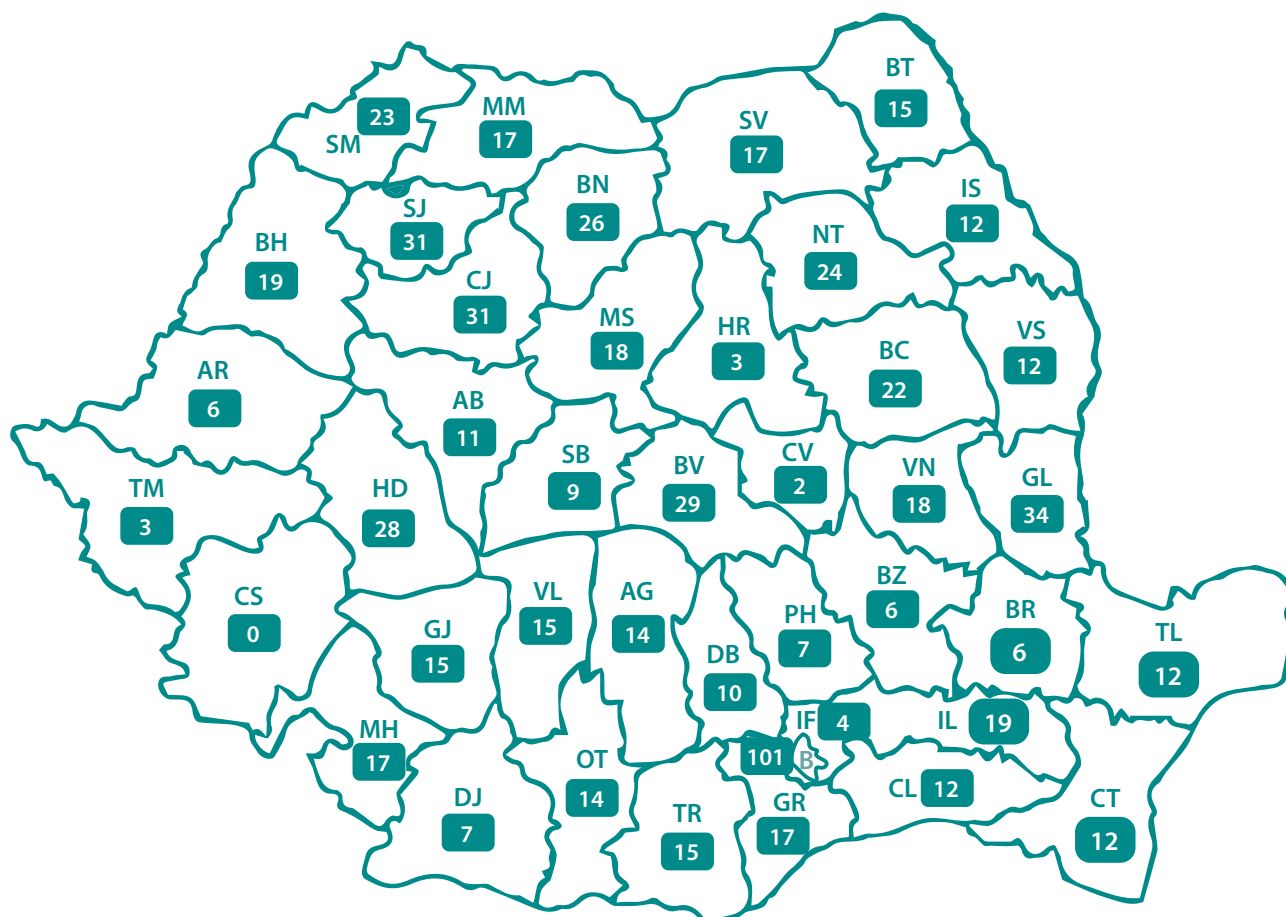
Datele și metodologia

Raportul de față prezintă o analiză fondată pe dovezi, susținută de un amplu proces de colectare a datelor. Pachetul metodologic, inclusiv instrumentele de cercetare și descrierea procesului de colectare a datelor, este prezentat integral în volumul 2 al Livrabilului 1. Secțiunea de față descrie succint principalele elemente ale metodologiei de cercetare concepute pentru acest raport. Datele au fost colectate de echipa Băncii Mondiale în strânsă cooperare cu ANDPDCA, în perioada ianuarie-martie 2021.

Cercetarea este structurată în funcție de cadrul analitic aferent sistemelor de acordare a protecției sociale, așa cum este definit acesta în *Ghidul de resurse privind bazele sistemelor de acordare a protecției*

sociale elaborat de Banca Mondială.¹⁹ Adică, în funcție de principalele etape ale demersului de obținere a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap din România, mai precis (1) informare, (2) întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului, (3) evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap, (4) încadrarea în grad de handicap, (5) planurile individuale de intervenție (sau identificarea nevoilor și stabilirea pachetului de beneficii și servicii) și (6) depunerea plângerilor și a contestațiilor împotriva certificatului. În consecință, cercetarea a cuprins toți actorii cheie – persoane și instituții guvernamentale și neguvernamentale – implicați în sistemul de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap la nivelul întregii țări.

Harta 1: Acoperirea geografică a studiului de fundamentare (număr de participanți, în funcție de județ)



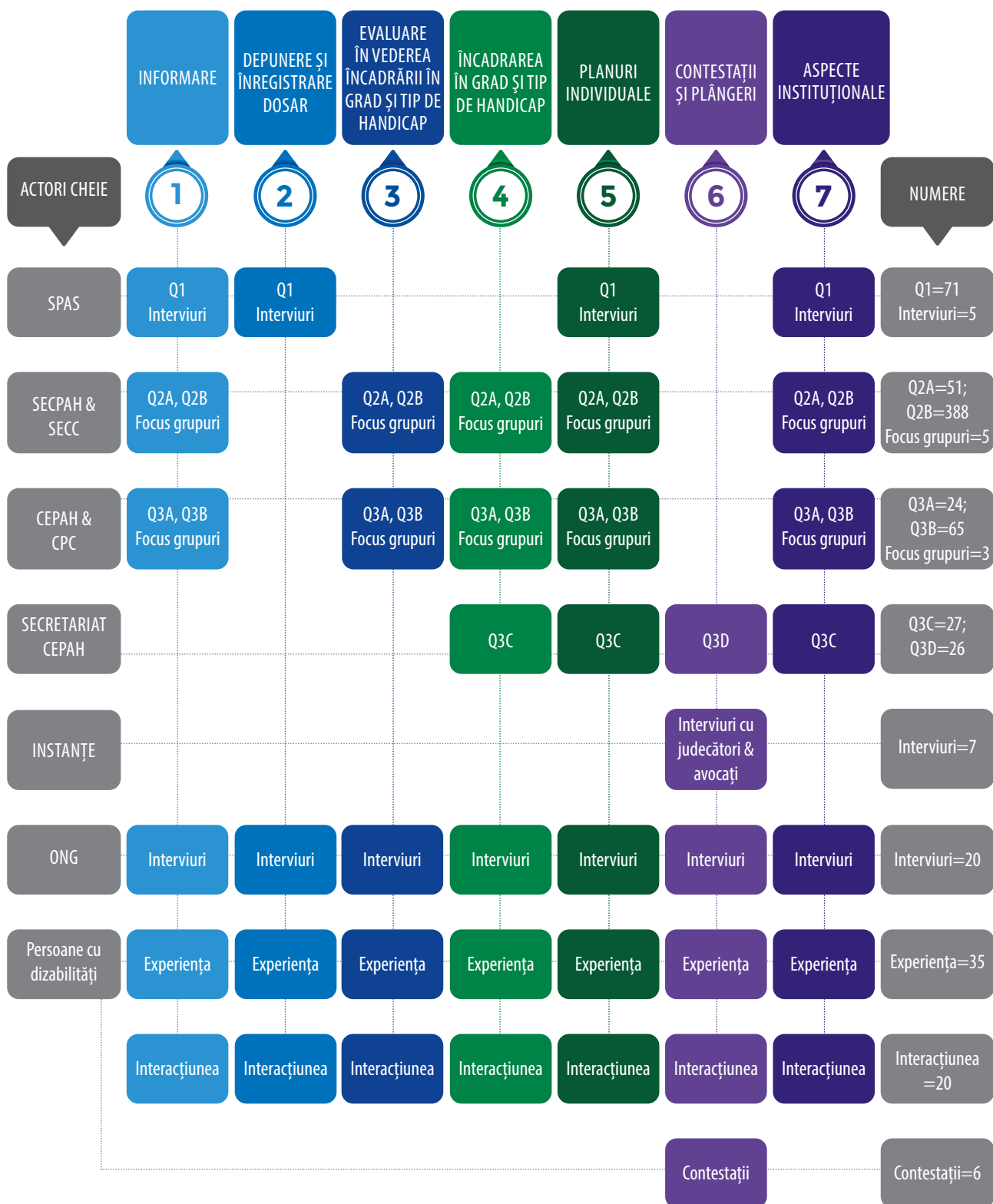
Sursa: Autorii.

Notă: La nivel național, 741 de persoane au participat la studiul de fundamentare.

18 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

19 Lindert et al. (eds.) (2020) *Sourcebook on the Foundations of the Social Protection Delivery Systems*.

Infografic 1: Componentele studiului de fundamentare, pe scurt



Sursa: Autorii.

Metodologia de cercetare combină tehnici cantitative și calitative și include studii instituționale, sondaje de opinie, interviuri și discuții de grup. La activitățile de colectare a datelor, au luat parte peste 740 de specialiști; 570 dintre ei au răspuns în cadrul studiilor instituționale și al sondajelor, iar aproximativ 170 au participat la interviuri și focus grupuri. O ilustrare sintetică a cercetării este prezentată în Infograficul 1.

În urma analizei documentare și a analizei legislației în vigoare, echipa Băncii Mondiale a elaborat un set de instrumente de cercetare. Instrumentele au fost larg dezbătute cu echipa ANDPDCA și cu alți specialiști din cadrul instituțiilor județene și locale, fiind totodată pretestate la nivelul serviciilor publice de asistență socială (SPAS) din comunități. Feedbackul tuturor actorilor a fost integrat în versiunea finală.

Instrumentele de cercetare permit analiza actualului sistem de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap, prin furnizarea următoarelor informații: (i) o descriere a actualei structuri instituționale (inclusiv relațiilor interinstituționale), a proceselor operaționale, a demersului de evaluare (inclusiv a actualelor instrumente și echipamente folosite pentru evaluarea și încadrarea în grad și tip de handicap) și a accentului pe beneficiar

(persoana cu dizabilități); (ii) un profil al resurselor umane implicate în evaluare, activitatea lor în cadrul echipelor multidisciplinare, volumul de muncă, fișele de post/rolurile, nevoile de formare a personalului la nivel local și județean etc.; (iii) o descriere a sistemului informatic, a proceselor de analiză a datelor și a informării proactive a persoanelor cu dizabilități; (iv) pachetul de beneficii și servicii recomandate (în cadrul planului individual de intervenție) și disponibile persoanelor cu dizabilități la finalizarea procesului de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap; (v) actualele proceduri instituționale privind contestarea în instanță a certificatului de încadrare în grad de handicap.

La nivel comunitar: Sondajul SPAS

Sondajul SPAS colectează date și opinii de la specialiștii de la nivelul comunităților cu privire la trei etape principale ale demersului de obținere a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap, mai precis (1) informarea, (2) întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului (ca etape inițiale), precum și (5) managementul de caz și accesul propriu-zis al persoanelor cu încadrare în grad și tip de handicap la beneficii și servicii (etapele finale ale demersului).

Tabel 1: Sondajul SPAS (număr)

Tipologia comunităților la nivel național:	Toate localitățile din țară	Selectate în eșantion	Q1_SPAS completat	Rata de răspuns totală (%)
URBAN				
Orașe cu >20 mii locuitori la 1 Ianuarie 2020	105	31	18	58
Orașe mici cu până în 20 mii de locuitori la 1 Ianuarie 2020	214	31	10	32
RURAL				
Comune dezvoltate și aflate la mică distanță de reședința de județ	352	28	12	43
Alte comune (localități rurale tipice)	2,226	35	15	43
Comune subdezvoltate și izolate	283	30	16	53
Total	3,180	155	71	46

Sursa: Autorii.

Notă: Localitățile rurale au fost clasificate în funcție de (i) indicele dezvoltării umane locale (LHDI2011) la nivel de comună și (ii) izolarea geografică (Teșliuc, Grigoraș și Stănculescu, coord., 2016).²⁰ Comunele dezvoltate sunt cele care se află în primele 33% în distribuția națională a comunelor în funcție de LHDI, în timp ce comunele subdezvoltate sunt cele care se află în ultimele 33% în distribuția națională a comunelor în funcție de LHDI. Comunele aflate la mare distanță de reședința de județ sunt cele care se află în primele 40% în distribuția națională a comunelor în funcție de distanța în kilometri până la reședința de județ, în timp ce comunele aflate la mică distanță de reședința de județ sunt cele care se află în ultimele 40% în distribuția națională a comunelor în funcție de distanța în kilometri până la reședința de județ.

20 Există o corelație puternică între indicele dezvoltării umane locale LHDI2011 și indicele modernizării locuinței; coeficient Pearson de 0,86, p=.000. Totodată, există o corelație negativă semnificativă între LHDI și rata sărăciei relative (AROP) estimată la nivel de localitate, de Banca Mondială, în baza aceluiași date furnizate de recensământul din 2011; coeficient Pearson -0,74, p=.000.

Q1_SPAS este un chestionar adresat SPAS-urilor. În primă fază, echipa de cercetare a stabilit o tipologie, luând în calcul toate localitățile (unitățile administrativ-teritoriale) din țară. Tipologia face distincția între orașe mari, orașe mici (maxim 20.000 de locuitori), comune dezvoltate și la mică distanță de reședințele de județ (unde sunt situate instituțiile responsabile de evaluarea gradului de handicap), comune subdezvoltate și izolate și toate celelalte localități rurale. În baza acestei tipologii, reprezentanții DGASPC au fost rugați să selecteze aleatoriu (în baza cunoștințelor deținute și a relațiilor lor de muncă) câte o localitate din fiecare tip pentru fiecare județ. Astfel, a fost selectat un eșantion total de 155 de unități administrativ-teritoriale din 31 de județe.²¹ Chestionarele au fost distribuite SPAS-urilor din localitățile cuprinse în eșantion, cu sprijinul punctelor de contact numite în scopul acestei cercetări în cadrul fiecărui DGASPC (la cererea ANDPDCA). SPAS-urile au transmis chestionarele completate echipei de cercetare fie în mod direct, fie prin intermediul punctelor de contact din județul lor. Rata totală de răspuns a fost de 46%, cu un total de 71 de chestionare Q1_SPAS completate, din 26 de județe.²²

Pe lângă sondaj, au fost realizate cinci interviuri în profunzime (câte unul pentru fiecare tip de localitate) cu reprezentanți ai SPAS care au atribuții în domeniul dizabilității. Interviurile au vizat implicarea acestora în cadrul sistemului de evaluare a gradului de handicap și principalele constrângeri și preocupări legate de accesul la beneficii și servicii al persoanelor încadrate în grad și tip de handicap la nivel local.

La nivel județean: Sondaje la nivelul SECPAH, al CEPAH și al Secretariatului CEPAH

La nivel județean, echipa de cercetare a realizat un studiu instituțional și un sondaj de opinie prin care a colectat date factuale și opinii de la specialiștii care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) și al serviciilor de evaluare complexă a copilului cu dizabilități (SECC). Similar, au fost colectate date factuale și opinii de la membrii comisiilor de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (CEPAH), ale secretariatului acestora, precum și ale comisiilor pentru protecția copilului

(CPC) care evaluează copiii cu dizabilități. Opiniile specialiștilor SECC și CPC au vizat tranziția de la copil la adult cu dizabilități, mai exact tinerii de 16-17 ani.²³

Q2_SECPAH: La nivelul SECPAH/SECC, studiul de fundamentare a folosit două chestionare, corespunzătoare studiului instituțional, respectiv sondajului de opinie, și anume: (A) un chestionar instituțional pentru colectarea de date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap și a copiilor cu dizabilități. (B) un chestionar de opinie cu privire la practicile și experiențele specialiștilor din cadrul acestor servicii. Aceste chestionare au fost transmise tuturor celor 47 de DGASPC-uri din țară. Primul, chestionarul (A), a fost completat de șefii SECPAH și SECC, împreună sau separat. Al doilea, chestionarul (B), a fost autocompletat în mod independent de către specialiștii din cadrul acestor servicii, fiind transmis direct echipei de cercetare pentru asigurarea confidențialității.

Q3_CEPAH: La nivelul CEPAH/CPC, studiul de fundamentare a folosit două chestionare, corespunzătoare studiului instituțional, respectiv sondajului de opinie, și anume: (A) un chestionar instituțional pentru colectarea de date factuale și indicatori privind activitatea comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap și a copiilor cu dizabilități și (B) un chestionar de opinie cu privire la practicile și experiențele membrilor acestor comisii. Aceste chestionare au fost transmise în toate cele 41 de județe și în cele 6 sectoare ale municipiului București. Primul, chestionarul (A), a fost completat de președinții CEPAH și CPC, împreună sau separat. Al doilea, chestionarul (B), a fost autocompletat în mod independent de către membrii acestor comisii, fiind transmis direct echipei de cercetare pentru asigurarea confidențialității.

Q3_Secretariatul CEPAH (din cadrul DGASPC): Sondajul a avut la bază două chestionare, și anume: (C) un chestionar privind indicatorii de rezultat ai demersului de încadrare în grad și tip de handicap și (D) un chestionar referitor la mecanismul de depunere a contestațiilor și plângerilor și la căile de atac împotriva certificatului de încadrare în grad și tip de handicap. Aceste chestionare au fost transmise în toate cele 41 de județe și în cele 6 sectoare ale municipiului București, ambele fiind completate de către secretarii și președinții comisiilor de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (CEPAH).

21 Au fost transmise solicitări tuturor celor 41 de județe pentru selectarea localităților care să ia parte la studiul SPAS. Dintre acestea, 31 DGASPC-uri au comunicat selecția localităților. În municipiul București, cele 6 DGASPC-uri de sector îndeplinesc și rol de SPAS, motiv pentru care nu au fost incluse în acest sondaj.

22 Numărul chestionarelor Q1_SPAS completate la nivel de județ variază între 1 și 5 (maxim).

23 Vârsta tinerilor 16-17 ani se apreciază statistic până la împlinirea vârstei de 18.

Tabel 2: O privire de ansamblu asupra tipurilor și ratelor de răspuns la studiile instituționale privind evaluarea și încadrarea în grad și tip de handicap

Evaluarea în vederea încadrării în tip și grad de handicap			Încadrarea în grad și tip de handicap		Contestațiile	
Instituție/ Completat de:	Q2A_SECPAH		Q3A_CEPAH	Q3C_ Secretariat CEPAH	Q3D_ Secretariat CEPAH	Număr total de județe
SECC individual	SECPAH individual	SECPAH și SECC împreună	CEPAH	Secretariat CEPAH	Secretariat CEPAH	
Da	Nu	Nu	Nu	Nu	Nu	15
Nu	Da	Nu	Nu	Nu	Nu	5
Nu	Da	Nu	Da	Nu	Nu	3
Nu	Da	Nu	Da	Da	Nu	1
Nu	Da	Nu	Da	Da	Da	6
Nu	Da	Nu	Nu	Da	Nu	1
Nu	Da	Nu	Nu	Da	Da	3
Nu	Nu	Da	Nu	Nu	Nu	6
Nu	Nu	Da	Da	Nu	Da	1
Nu	Nu	Da	Da	Da	Da	8
Nu	Nu	Da	Nu	Da	Da	2
Nu	Nu	Nu	Da	Da	Da	5
Nu	Nu	Nu	Nu	Da	Nu	1
Nu	Nu	Nu	Nu	Nu	Da	1
Nu	Nu	Nu	Nu	Nu	Nu	5
15	19	17	24	27	26	

Sursa: Autorii.

Toate chestionarele au fost transmise, în paralel, prin punctele de contact desemnate pentru cercetarea de față în cadrul fiecărui DGASPC. Totuși, așa cum reiese și din Tabelul 2, doar unele dintre diferitele structuri instituționale cooperează sau comunică în anumite județe, în timp ce în altele, nu funcționează ca părți integrante ale aceluiași sistem, ci ca actori independenți. Astfel, au fost adunate, în total, 63 de chestionare de toate tipurile. Cu toate acestea, sunt disponibile informații complete despre evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, încadrarea în grad și tip de handicap și contestații doar în cazul a 14 județe,²⁴ în timp ce pentru 22 de județe și 6 sectoare ale municipiului București, datele sunt

parțiale (referindu-se doar la evaluare, încadrarea în grad și tip de handicap, contestații sau la două dintre acestea). În cazul a 5 județe, nu a fost completat niciun chestionar instituțional.²⁵

În România, evaluarea complexă în vederea încadrării în grad și tip de handicap include șase domenii obligatorii care trebuie evaluate de către specialiști cu diferite specializări, în conformitate cu HG nr. 268/2007, art. 48.²⁶ Cu toate acestea, nu există un instrument sau o metodologie care să vizeze aceste șase domenii obligatorii și care să fie aplicate în mod uniform la nivel național. În schimb, reglementările în vigoare lasă la latitudinea fiecărui serviciu de evaluare (SECPAH) și a fiecărei

24 Aceste județe sunt Arad, Argeș, Bihor, Bistrița-Năsăud, Brăila, Dolj, Galați, Hunedoara, Mehedinți, Neamț, Olt, Sălaj, Sibiu și Suceava.

25 Județele pentru care nu există date sunt Caraș-Severin, Covasna, Ilfov, Prahova și Vrancea.

26 „Domeniile obligatorii în care se desfășoară evaluarea sunt: (i) evaluarea socială, asigurată de asistenți sociali; (ii) evaluarea medicală, asigurată de medici de specialitate; (iii) evaluarea psihologică, asigurată de psihologi; (iv) evaluarea vocațională sau a abilităților profesionale, asigurată de psihopedagogi, instructori de educație ori pedagogi de recuperare; (v) evaluarea nivelului de educație, asigurată de psihopedagogi, instructori de educație sau pedagogi de recuperare; (vi) evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială, asigurată de psihologi, psihopedagogi, pedagogi de recuperare sau asistenți sociali.” (HG nr. 268/2007, art. 48)

comisii de evaluare (CEPAH) elaborarea propriilor instrumente de lucru și proceduri detaliate (Anexa la Ordinul nr. 2298/2012). În cadrul chestionarelor instituționale Q2A/Q3A s-a solicitat SECPAH/CEPAH să atașeze la pachetul de răspuns și instrumentele și procedurile pe care le-au dezvoltat/le folosesc pentru evaluarea celor șase domenii obligatorii. Analiza eșantionului de documente astfel colectate a permis compararea diferitelor modele județene și identificarea punctelor forte și slabe ale acestora, precum și elementele ce pot fi ajustate în scopul unei utilizări la nivel național.

De asemenea, există două instrumente principale pentru identificarea serviciilor de care au nevoie persoanele cu dizabilități, și anume programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și planul individual de servicii (PIS).²⁷ La nivel național, nu există o metodologie clară pentru implementarea și monitorizarea intervențiilor propuse prin aceste instrumente esențiale pentru asigurarea unei corelări între ceea ce are nevoie o persoană, modul în care își dorește să trăiască și tipul de sprijin de care beneficiază. În vederea abordării acestei lacune, chestionarele instituționale au inclus secțiuni dedicate instrumentelor PIRIS și PIS. În plus, au fost solicitate, ca anexă la Q3A, pachetele²⁸ de documente aprobate, după anonimizare, pentru ultimele trei persoane evaluate de CEPAH în cadrul ultimei ședințe desfășurate înainte de completarea chestionarului. Doar opt județe au răspuns acestei solicitări, iar acest eșantion de documente a reprezentat baza pentru analiza modului în care sunt completate instrumentele PIRIS și PIS și a modului în care sunt implementate și monitorizate intervențiile propuse.

În ceea ce privește sondajele de opinie, din totalul de 370 de specialiști SECPAH,²⁹ 201 au completat chestionarul de opinie Q2B, ceea ce înseamnă o rată de răspuns de 54%. De asemenea, 187 de specialiști din cadrul SECC au completat un chestionar Q2B, cu accent pe tranziția de la copil la adult.³⁰ În ceea ce privește încadrarea în grad și tip de handicap, 46 de membri ai CEPAH și 19 membri

ai CPC au completat chestionarul de opinie Q3B.³¹ Respondenții au oferit informații referitoare la practicile și experiențele comisiilor de evaluare din 23 de județe și 2 sectoare ale municipiului București.

Astfel, la sondajele de opinie, au participat peste 450 de specialiști din toate regiunile țării, din majoritatea județelor, în mare parte femei (peste 75%), dar și bărbați, cu vârste cuprinse între 23 și 72 de ani, cu diverse specializări (medici, asistenți sociali, sociologi, psihologi, psihopedagogi, experți judiciari, economiști etc.), cu sau fără funcții de conducere, nou angajați în cadrul SECPAH/recent numiți în cadrul CEPAH sau cu o experiență de peste 25 de ani.

Instanțe: În legătură cu contestațiile și plângerile, cercetarea a inclus un studiu instituțional (Q3D) adresat Secretariatului CEPAH, prin care au fost colectate date factuale. În completare, au fost realizate șapte interviuri cu judecători și avocați. Trei interviuri structurate, realizate online, cu judecători din cadrul tribunalelor, secțiile de contencios administrativ și fiscal, care au fost implicați în procese pentru contestarea certificatului de încadrare în grad și tip de handicap între anii 2017 și 2020. Celelalte patru interviuri structurate au avut loc cu avocați implicați în procese pentru contestarea certificatului de încadrare în grad și tip de handicap în cadrul secțiilor de contencios administrativ și fiscal ale tribunalelor și/sau curților de apel (în procedurile de recurs), între anii 2017 și 2020.

La nivel regional: Focus grupuri cu SECPAH și CEPAH

SECPAH: Echipa Băncii Mondiale a organizat patru focus grupuri regionale cu reprezentanți ai SECPAH pentru a înțelege gradul de integrare a abodării CIF în procedurile de lucru și instrumentele de evaluare ale SECPAH, precum și măsura în care specialiștii din cadrul acestor servicii înțeleg și promovează o schimbare de paradigmă în evaluarea gradului de handicap.

27 Conform Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicate, cu modificările și completările ulterioare.

28 Inclusiv raportul de evaluare complexă, certificatul de încadrare în grad și tip de handicap, anexa acestuia, certificatul de orientare profesională, PIRIS și PIS (și altele, după caz).

29 Acest număr reprezintă personalul total al SECPAH din 36 de județe (din totalul de 41) și 5 sectoare ale municipiului București (din totalul de 6), conform datelor raportate în chestionarul instituțional Q2A_SECPAH, în secțiunea referitoare la capitalul uman. Nu s-a primit niciun răspuns din partea județelor Alba, Caraș-Severin, Covasna, Ilfov, Prahova și sectorul 4 al municipiului București.

30 Nu s-au strâns date referitoare la resursele umane ale SECC, deci nu se poate determina rata de răspuns.

31 Cele 25 de CEPAH care au răspuns în cadrul studiului instituțional Q3A numără aproximativ 125 de membri. În consecință, pentru sondajul de opinie Q3B, se estimează o rată de răspuns de aproximativ 37%. Cu toate acestea, la sondajul de opinie au participat și câțiva membri CEPAH din județele care nu au completat chestionarul Q3A. Prin urmare, în funcție de numărul total al membrilor CEPAH de la nivel național (47 de comisii cu 5 membri fiecare), rata de răspuns estimată scade la aproximativ 20%.

Pentru completarea informațiilor referitoare la evaluarea psihologică, s-a realizat și un interviu cu șeful Departamentului de Psihopedagogie al Universității Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca și cu un lector din cadrul Departamentului de Psihopedagogie Specială al Universității din București.

CEPAH: Alte trei focus grupuri regionale au fost realizate cu membrii CEPAN pentru a înțelege gradul de integrare a abodării CIF în procedurile lor de lucru și modul în care se reflectă aceasta în demersul de încadrare în grad și tip de handicap, precum și măsura în care specialiștii acestei comisii înțeleg și promovează o schimbare de paradigmă în domeniul evaluării gradului de handicap. Focus grupurile au vizat și înțelegerea modului în care activitatea comisiei, prin accesul la date și informații despre calitatea vieții persoanelor încadrate în grad și tip de handicap, poate contribui la documentarea politicilor publice privind dizabilitatea.

Discuțiile de grup au fost structurate în baza unui ghid dedicat, fiind realizate online și moderate de către un expert al Băncii Mondiale. Acestea au fost organizate la nivel regional, la fiecare discuție de grup fiind invitați să participe între 6 și 12 specialiști (din cadrul SECPAN, SECC și CEPAN) din județele de la nivelul regiunii. Invitațiile au fost transmise șefilor SECPAN/SECC sau președinților CEPAN, dar și altor specialiști, cu scopul de a avea un grup de respondenți cât mai variat din punctul de vedere al specializării și al experienței. În total, 61 de specialiști din 9 județe au luat parte la cele 7 focus grupuri.³² Discuțiile de grup au fost înregistrate, cu respectarea tuturor standardelor etice și de asigurare a confidențialității datelor și în conformitate cu Legea nr. 363/2018.³³

La nivel național: Interviuri

ONG-uri: În total, au fost realizate 20 de interviuri în profunzime cu ONG-uri care reprezintă persoanele cu dizabilități din România și care sunt implicate în mod activ și direct în protecția, reprezentarea și integrarea în comunitate a persoanelor cu dizabilități.³⁴ Dintre ONG-urile intervievate, 12 sunt locale, 2 sunt regionale și 6 sunt federații naționale de mari dimensiuni. Împreună, acestea reprezintă sau furnizează servicii unui număr de

peste 10.000 de persoane cu dizabilități. Obiectivul acestor interviuri a fost identificarea experiențelor ONG-urilor în legătură cu sistemul de evaluare a dizabilității (în special cu SECPAN și CEPAN) și eforturile lor de eliminare a obstacolelor întâmpinate de persoanele cu dizabilități în ceea ce privește accesul la educație, sănătate, piața muncii și participare civică.

Persoane adulte cu dizabilități: Expertii Băncii Mondiale, unii ei înșiși adulți cu dizabilități, au realizat online 61 de interviuri semistructurate cu persoane cu dizabilități.³⁵ În funcție de gradul și tipul de handicap, s-a apelat la ajutorul unui specialist în interpretare mimico-gestuală, interpretare augmentativă, limbaj ușor de înțeles etc. A putut participa la interviu și persoana care îngrijește persoana cu dizabilități (asistent personal, asistent personal profesionist sau orice alt membru al familiei și/sau din rețeaua de sprijin), în special dacă aceasta a acompaniat persoana intervievată în demersul întreprins pentru obținerea certificatului de handicap, dar doar cu acordul persoanei intervievate. Interviurile au fost înregistrate cu consimțământul scris (sau înregistrat pe suport audio) al persoanei intervievate și cu respectarea tuturor standardelor etice și de asigurare a confidențialității datelor, în conformitate cu Legea nr. 363/2018 privind protecția persoanelor fizice referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal.

Pentru interviuri, au fost recrutate persoane adulte cu dizabilități care au solicitat (cel puțin o dată) încadrarea în grad și tip de handicap în perioada 2012-2020, inclusiv: persoane care au început demersul și au abandonat pe parcurs; persoane care au finalizat demersul, dar care nu au obținut încadrarea în grad de handicap; tineri de 18-26 de ani posesori ai unui certificat de încadrare în grad și tip de handicap care au făcut tranziția de la copil la adult în perioada 2017-2020; persoane care au solicitat pentru prima dată eliberarea unui certificat de încadrare în grad și tip de handicap în perioada imediat următoare declanșării pandemiei de COVID-19 (după martie 2020); persoane care au depus o contestație cu privire la certificatul de încadrare în grad și tip de handicap (cel puțin o dată) între anii 2017 și 2020; adulți (peste 18 ani) care dețin un certificat de încadrare în grad și tip

32 Fiecare sesiune de focus grup a durat, în medie, 120 de minute.

33 Legea nr. 363 din 28 decembrie 2018 privind protecția persoanelor fizice referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal de către autoritățile competente în scopul prevenirii, descoperirii, cercetării, urmării penale și combaterii infracțiunilor sau al executării pedepselor, măsurilor educative și de siguranță, precum și privind libera circulație a acestor date.

34 Lista ONG-urilor ai căror reprezentanți au fost intervieuți este inclusă în Anexa 1. Interviurile au durat, în medie, aproximativ 90 de minute.

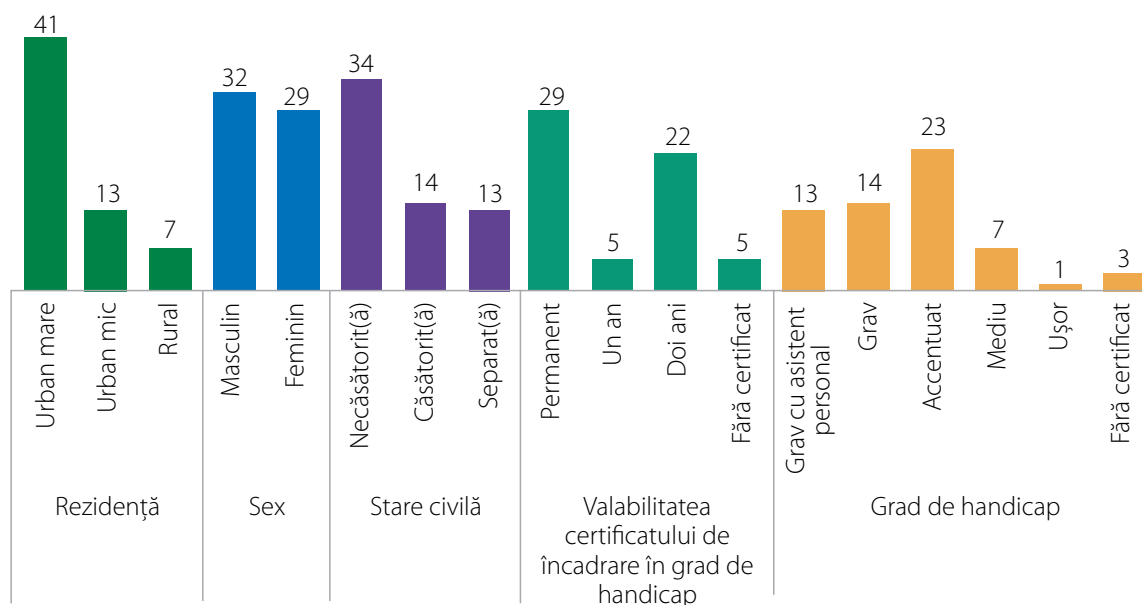
35 Fiecare interviu cu persoanele adulte cu dizabilități a durat, în medie, 50 de minute.

de handicap, cu caracteristici diferite, astfel încât grupul de persoane intervievate să fie cât mai divers din punctul de vedere al gradului și tipului de handicap, al genului, al vârstei, al etniei, al stării civile, al nivelului de educație, al istoricului de

angajare și al mediului de rezidență.

Interviurile cu persoanele adulte cu dizabilități au urmărit trei direcții, în baza a trei ghiduri separate, care sunt prezentate în cele ce urmează.

Figura 1: Profilul celor 61 de persoane adulte cu dizabilități intervievate (număr)



Sursa: Calcule realizate de autori în baza interviurilor cu persoanele cu dizabilități.

Ghidul de interviu 1 – Experiența: Au fost realizate 35 de interviuri care au vizat percepțiile persoanelor adulte cu dizabilități în legătură cu experiența lor directă din fiecare etapă a demersului de evaluare, inclusiv sugestiile pentru îmbunătățire, folosindu-se o abordare centrată pe persoană. Acest ghid s-a adresat întregii populații de persoane adulte care au solicitat încadrarea în grad și tip de handicap, chiar dacă au abandonat demersul pe parcurs sau nu au obținut, într-un final, încadrarea în grad de handicap. Interviurile realizate permit reconstituirea sistematică a călătoriei persoanei în cadrul sistemului de evaluare în vederea încadrării în grad de handicap, urmărindu-se patru dimensiuni: (i) acțiunile întreprinse de către persoană; (ii) timpul necesar parcurgerii etapei respective; (iii) costurile plătite de către persoană în etapa respectivă; (iv) cum s-a simțit persoana la finalul etapei. În timpul interviului, persoana intervievată a putut descrie liber demersul de

obținere a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap și rezultatele acestuia.³⁶ Dacă, în timpul prezentării libere, persoana intervievată nu menționa etapa respectivă în mod spontan sau nu oferea suficiente informații referitoare la cele patru dimensiuni ale cercetării, cercetătorul ghida persoana intervievată cu ajutorul unor întrebări pe înțelesul acesteia.

Ghidul de interviu 2 – Interacțiunea: Au fost realizate 20 de interviuri structurate care au vizat interacțiunea dintre persoană și actorii instituționali cheie din cadrul sistemului de evaluare în vederea încadrării în grad handicap. În timpul acestor interviuri, cercetătorii au ghidat persoanele adulte cu dizabilități pentru a obține informații despre modul în care consideră acestea că au fost tratate de cadrele medicale din spitale, de asistenții sociali din cadrul SPAS, de angajații DGASPC în perioada premergătoare depunerii dosarului la SECPAH. S-a discutat și despre resursele financiare și de timp

36 Spre exemplu, o persoană cu dizabilități a spus: „Nu mă mai puteam mișca. Am început să merg pe la medici. Am fost la 7 medici, mi-a luat 3 luni ca să obțin referatul medical și am cheltuit mai mult de 500 de lei. Eram obosită și mă simțeam ca ultimul om după ce-am stat atât pe holuri de spital. După aia, au venit toate celelalte acte.” În acest caz, cercetătorul a notat: (i) 7 medici, (ii) 3 luni, (iii) mai mult de 500 de lei și (iv) „mă simțeam ca ultimul om”.

de care au avut nevoie pentru a depune dosarul complet la SECPAH, cum au colaborat cu echipa SECPAH și cu membrii CEPAN și cum a decurs demersul în comparație cu așteptările pe care le aveau, cu nevoile lor specifice și cu modul în care le-ar fi plăcut să fie tratate.

Ghidul de interviu 3 – Contestațiile: Au fost realizate șase interviuri care au vizat experiențele pe care le-au trăit persoanele cu dizabilități ca

reclamanți în procesul de contestare a certificatului de handicap: dacă/cum au fost informate, dacă/cum au beneficiat de sprijin/asistență înainte, în timpul și după procedurile judiciare; cum au perceput că au fost tratate în instanță; cum le-ar fi plăcut să fie tratate și/sau ceea ce cred că ar fi putut îmbunătăți lucrurile prin prisma propriilor experiențe.





1. Aria de aplicare a studiului

Prezentul raport descrie și analizează sistemul de evaluare a persoanelor adulte (cu vârsta de 18 ani și peste) în vederea încadrării în grad și tip de handicap din România. Începem cu două precizări esențiale pentru o înțelegere corectă a rezultatelor studiului prezentat în acest raport.

În primul rând, România are două sisteme ce vizează dizabilitatea - „invaliditate” și „handicap”, cu cadre legislative și instituționale separate, așa cum este prezentat în Caseta 1. Potrivit termenilor de referință ai prezentului Acord de asistență tehnică încheiat între ANDPDCA și Banca Mondială, raportul de față vizează doar sistemul de evaluare a handicapului. Evaluarea invalidității nu intră în sfera de aplicare a prezentului studiu / raport. Pensiile de invaliditate sunt acordate în baza unui sistem diferit de evaluare a situației persoanei, asociat reducerii capacității de muncă.³⁷ Pensiile de invaliditate sunt plătite persoanelor care nu au împlinit încă vârsta standard de pensionare, și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă și au contribuit la sistemul de pensii o perioadă de timp prestabilită. Evaluarea capacității de muncă în vederea stabilirii gradului de invaliditate se face,

la cerere, de către un medic specializat în expertiza medicală a capacității de muncă din cadrul Casei Naționale de Pensii Publice. Aceste evaluări sunt, în mare parte, medicale și nefondate pe o abordare biopsihosocială a dizabilității.

O serie de proiecte³⁹ au încercat să unifice sistemul de evaluare a situației persoanelor cu dizabilități cu sistemul de evaluare a capacității de muncă (invalidității). Cu toate acestea, niciunul dintre rezultatele proiectelor anterioare nu a fost preluat la nivelul legislației, iar evaluarea capacității de muncă a rămas un sistem separat de evaluarea handicapului. În prezent, nu există o analiză a profilului beneficiarilor pensiilor de invaliditate sau o coordonare între ANDPDCA și Casa Națională de Pensii Publice pentru simplificarea politicilor adresate persoanelor cu dizabilități. Unii beneficiari ai pensiilor de invaliditate primesc și indemnizații acordate persoanelor cu handicap, însă nu este disponibilă nicio analiză a modului în care se suprapun aceste beneficii sau a modului în care cumularea acestor beneficii poate descuraja și mai mult intrarea pe piața muncii.

37 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

38 Grigoraș et al. (coord.), Banca Mondială (2020: 128).

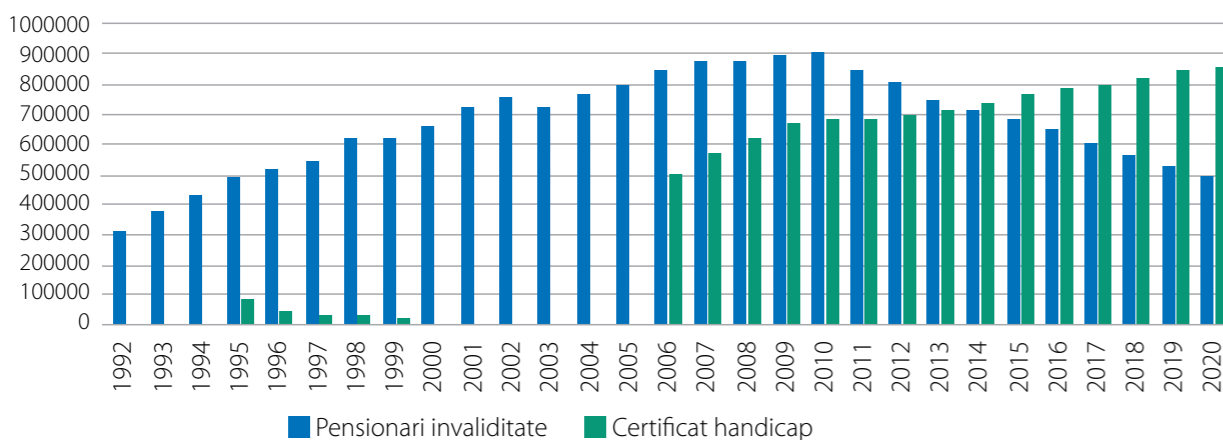
39 De exemplu, proiectul implementat de Ministerul Muncii și Protecției Sociale între 2016 și 2018, prin Grantul japonez PHRD de asistență tehnică și dezvoltare în vederea sprijinirii persoanelor cu handicap: Proiectul privind îmbunătățirea elaborării politicilor și a cadrului instituțional în domeniul asistenței persoanelor cu handicap (TF010417).

Scurt istoric al celor două sisteme privind dizabilitatea din România

În România, pensia de invaliditate reprezintă sistemul tradițional din domeniul dizabilității care a fost înființat și funcționează încă din timpul regimului comunist. Bazele celui de-al doilea sistem ce vizează dizabilitatea (care se referă la „handicap” și nu este conectat la asigurările sociale) au fost puse în 1995. În perioada 1995-1999, încadrarea în grad și tip de handicap a fost reglementată prin Legea nr. 53/1992 privind protecția specială a persoanelor handicapate. Un certificat era emis de comisiile de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, de pe lângă cabinetele de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă. Aceste cabinete funcționau la nivelul policlinicilor teritoriale. Criteriile folosite în această perioadă erau strict medicale, metoda baremelor fiind dominantă.⁴⁰

În 2000, a fost creat cel de-al doilea sistem ce vizează dizabilitatea, complet independent de cel referitor la invaliditate. Competența⁴¹ pentru eliberarea certificatelor de încadrare în grad și tip de handicap a fost atribuită comisiilor medicale nou înființate la nivel județean.⁴² Odată cu înființarea noului sistem, numărul persoanelor adulte încadrate în grad și tip de handicap a crescut simțitor la începutul anilor 2000, ajungând la aproape jumătate de milion în 2006, comparativ cu sub 25.000 în 1999. De asemenea, în anul 2000, a avut loc o reformă majoră în sectorul protecției copilului și au fost înființate Direcțiile Județene de Asistență Socială și Protecția Copilului (actualele DGASPC).

Evoluția numărului de persoane cu pensie de invaliditate și cu certificat de handicap în România, 1992-2020



Sursa: MMPS/ANDPDCA, Buletine statistice diverse.

Notă: Până în 2005, date la 30 septembrie. Începând cu 2006, date la 31 decembrie.

În perioada 1999-2002, evaluarea a fost reglementată prin OUG nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap și a fost caracterizată printr-o combinație a metodei baremelor cu metoda capacității funcționale.⁴³ Criteriile utilizate în procesul de evaluare, atât la copii, cât și la adulți, erau numite „criterii de diagnostic anatomico-clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă și de autoservire.”⁴⁴ Criteriile

40 Metoda baremelor constă în folosirea unor scale de referință, cărora le sunt atașate valori sau procente, pentru a defini handicapul, conform Consiliului Europei (2002: 13).

41 În conformitate cu Ordinul nr. 66/2000 al Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap.

42 Conform Ordinului nr. 102/1999, cu modificările și completările aduse prin OUG nr. 40/2000.

43 Metoda capacității funcționale se bazează pe descriptorii ai abilităților sau dificultăților pe care le întâmpină persoana, raportat la diferitele funcții ale organismului, conform Consiliului Europei (2002: 13).

44 OUG nr. 102/1999, art. 2.

de evaluare se bazau pe „afectarea funcțională, posibilitățile terapeutice și evaluarea psihosocială”, dar în realitate elementele de context social al persoanei, limitările de activitate, erau practic inexistente în procesul de analiză și evaluare din comisii.

În 2002, evoluția criteriilor a cunoscut un moment de cotitură. Evaluarea persoanelor adulte a intrat în responsabilitatea comisiilor de expertiză medicală din cadrul Inspectoratelor Teritoriale pentru Persoanele cu Handicap (unități specializate de la nivel județean). Criteriile de evaluare au fost revizuite prin Ordinul Ministerului Sănătății și Familiei nr. 726 din 1 octombrie 2002, privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru adulți și se aplică măsurile de protecție specială a acestora. Deși în textul ordinului ele erau numite „medico-sociale”, conținutul lor făcea referire strict la diagnosticul medical și la stadiul sau gravitatea acestuia. În același timp, evaluarea copiilor a fost preluată de comisiile județene de protecția copilului. Spre deosebire de adulți, criteriile de evaluare a copiilor au cunoscut o primă încercare de aliniere la CIF prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Familiei și al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție nr. 725/12709 din 1 octombrie 2002 privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplică măsurile de protecție specială a acestora. Criteriile au inclus atât elemente care țineau de evaluarea afectării funcțiilor și structurilor organismului, cât și limitări de activitate și restricții de participare. În același timp, începând cu 2002, o dată cu eliberarea certificatelor de încadrare în grad de handicap, cele două comisii (adulți și copii) erau obligate să elaboreze un „program individual de recuperare, readaptare și integrare socială” (PIRS), care să prevadă acțiunile medicale, educative, profesionale și sociale necesare pentru recuperarea, readaptarea, instruirea și integrarea sau reintegrarea socială a persoanei cu dizabilități.

Începând cu anul 2006, sistemul a fost modernizat prin introducerea serviciilor specializate de evaluare complexă din cadrul DGASPC. Evaluarea persoanelor adulte cu handicap a fost transferată în cadrul DGASPC și a fost plasată în responsabilitatea comisiilor de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, în baza Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările și actualizările ulterioare. Începând cu anul 2006, aceasta a devenit legea-cadru din domeniul dizabilității. După 2006, în sectorul dizabilității la copii, impulsul dat de traducerea în limba română a CIF-CT, presiunea specialiștilor din domeniul protecției copilului și deciziile politice luate la nivelul Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție au condus la introducerea mai rapidă a criteriilor bio-psihosociale în evaluare. În prezent, evaluarea este reglementată de Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice nr. 1306/1883/2016 din 17 noiembrie 2016 pentru aprobarea criteriilor bio-psihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora.

În 2007, criteriile de evaluare utilizate pentru adulți au fost revizuite și au fost denumite criterii „medico-psihosociale”.⁴⁵ Deși intenția legiuitorului român a fost de a alinia aceste criterii de evaluare a dizabilității pentru adulți la CIF, rezultatul rămâne, din păcate, o reflectare a celor trei metode utilizate la nivel european înainte de 2001: metoda baremică, metoda capacității funcționale și metoda evaluării nevoilor de îngrijire.⁴⁶ Acest din urmă element este singurul care aduce un plus de valoare față de criteriile anterioare, din 2002. Încercările de introducere a criteriilor bio-psihosociale bazate pe CIF în evaluarea persoanelor adulte cu dizabilități, în perioada 2014-2018, au fost întrerupte de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice înainte de finalizare, din cauza dificultăților tehnice și administrative ale organismelor naționale de coordonare, dar și ale echipelor județene de evaluare, de a integra noua paradigmă de evaluare.

Totuși, cele două sisteme din domeniul dizabilității („invaliditate” și „handicap”) au rămas în permanență complet separate și se bazează pe tipuri diferite de evaluări. O persoană poate obține atât un certificat de invaliditate, cât și un certificat de încadrare în grad și tip de handicap, în baza unor evaluări separate, precum și beneficii diferite. Statisticile și raportarea sunt, la rândul lor, separate. La finele anului 2020, Buletinul statistic a raportat 493.671 de beneficiari ai pensiei de invaliditate și 857.638 de persoane cu încadrare în grad și tip de handicap.

45 Acestea au fost incluse în Ordinul comun al Ministrului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse și al Ministrului Sănătății Publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, cu modificările și completările ulterioare: Ordinul nr. 982/692/2013, Ordinul nr. 707/538/2014, Ordinul nr. 131/90/2015, Ordinul nr. 874/554/2016, Ordinul nr. 1070/403/2018, Ordinul nr. 741/577/2019.

46 Metoda evaluării nevoilor de îngrijire se referă la perioadele de timp sau volumul de îngrijire necesar persoanei cu handicap, conform Consiliului Europei (2002: 13).

În al doilea rând, în ceea ce privește evaluarea copiilor cu dizabilități, raportul de față se limitează la tranziția de la copil la adult. În România, cadrul legislativ și instituțional pentru evaluarea gradului de handicap în cazul copiilor (cu vârste sub 18 ani) diferă de cel dedicat persoanelor adulte. Următoarele capitole vor prezenta succint modul în care se realizează evaluarea și încadrarea în grad de handicap în cazul copiilor, cu scopul de a evidenția modalitățile prin care se poate obține o mai bună coordonare între cele două sisteme. Cu toate acestea, analiza se concentrează preponderent asupra tinerilor de 16-26 de ani și asupra tranziției acestora de la evaluarea lor ca minori la evaluarea lor ca persoane adulte în momentul în care împlinesc 18 ani.

Grupa de vârstă 16-26 de ani a fost aleasă în baza următoarelor argumente: (i) vârsta de 16 ani este vârsta minimă de încadrare în muncă (potrivit Codului Muncii),⁴⁷ care, la nivelul legislației, reprezintă unul dintre parametrii vieții independente luați în calcul în momentul stabilirii vârstei minime pentru tranziția la viața adultă (Ordinul comun nr. 1985/1305/5805/2016); (ii) vârsta de 16 ani este și vârsta la care se presupune că o persoană are discernământ,⁴⁸ un alt aspect luat în considerare în

1.1. Cadrul legislativ

România beneficiază de un cadru legislativ care reglementează sistemul de evaluare a dizabilității, denumită în legislația națională „încadrare în grad și tip de handicap” (Cap. VI din Legea nr. 448/2006). În România, drepturile persoanelor cu dizabilități sunt stabilite prin Constituție (art. 50), prin Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și prin Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD, ratificată prin Legea nr. 221/2010). Principalele acte legislative din domeniul dizabilității sunt enumerate în Anexa 2.

Legislația națională folosește o altă terminologie decât cea utilizată în CDPD. Termenul „dizabilitate” este cel consacrat în cadrul CDPD (art. 1, Scop), în timp ce Constituția României (art. 50) și Legea nr. 448/2006 (art. 2, alin. 1) folosesc termenul de „handicap” astfel că, în România cei doi termeni, dizabilitate și handicap sunt utilizați cu același sens. În ceea ce privește definiția persoanelor

momentul stabilirii la nivelul legislației a vârstei minime pentru tranziția la viața adultă; (iii) vârsta de 16 ani este și vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat în anumite situații medicale legate de sănătatea reproducerii (Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății); (iv) vârsta de 26 de ani, deși depășește vârsta inclusă de ONU și Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în definiția „tânărului” (15-24 ani),⁴⁹ este în concordanță cu Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului și asigură o abordare unitară/integrată între sistemul de protecție a copilului și cel de protecție a persoanelor cu dizabilități, deoarece un tânăr poate beneficia de protecție specială, la cerere, pe durata continuării studiilor, până la vârsta de 26 de ani; (v) vârsta de 26 de ani ia în considerare, din punct de vedere medical, și adolescența prelungită (până la 25 de ani) și retardul în dezvoltare și educație pe care îl au copiii cu dizabilități, mai ales cei cu dizabilități mintale și psihice.

Următoarele secțiuni ale acestui capitol prezintă principalele acte legislative și instituții implicate în evaluarea și încadrarea în grad și tip de handicap a persoanelor adulte din România.

cu dizabilități/handicap, CDPD face referire la „deficiențe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată”, în timp ce Legea nr. 448/2006 se referă la „deficiențe fizice, senzoriale, psihice, mentale și/sau asociate”. Cadrul legislativ românesc mai menționează „măsuri de protecție în sprijinul integrării și incluziunii sociale” (Legea nr. 448/2006) și „protecția specială a persoanelor cu handicap” (Constituție, art. 50), în timp ce CDPD vorbește despre „participarea deplină și efectivă a persoanelor în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți.”

Potrivit legislației naționale, în România, persoanele cu dizabilități beneficiază de dreptul la (i) ocrotirea sănătății - prevenire, tratament și recuperare; (ii) educație și formare profesională; (iii) ocuparea și adaptarea locului de muncă, orientare și reconversie profesională; (iv) asistență socială, respectiv servicii sociale și prestații sociale; (v) locuință, amenajarea mediului de viață personal ambiant, transport, acces la mediul fizic,

47 Sau 15 ani, cu consimțământul scris al părinților.

48 Potrivit Codului penal, minorul care a împlinit vârsta de 16 ani răspunde penal, în condițiile legii.

49 Vârsta de 26 de ani este în concordanță și cu Legea tinerilor nr. 350/2006, în cadrul căreia tinerii sunt definiți ca persoanele cu vârste cuprinse între 14 și 35 de ani.

informațional și comunicațional; (vi) petrecerea timpului liber, acces la cultură, sport, turism; (vii) asistență juridică; (viii) facilități fiscale; (ix) evaluarea și reevaluarea gradului de handicap prin examinarea la domiciliu a persoanelor nedepasabile, la un interval de doi ani.⁵⁰ Responsabilitatea pentru promovarea și respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilități revine, în principal, autorităților administrației publice locale unde își are domiciliul sau reședința persoana cu handicap și, în subsidiar, respectiv complementar, autorităților administrației publice centrale, societății civile și familiei sau reprezentantului legal al persoanei cu handicap. În baza principiului egalității de șanse, autoritățile publice competente au obligația să asigure resursele financiare necesare și să ia măsuri specifice pentru ca persoanele cu dizabilități să aibă acces nemijlocit și neîngrădit la servicii.⁵¹

Accesul la drepturile menționate anterior, conferite prin lege, este condiționat de existența unui certificat de încadrare în grad și tip de handicap. Potrivit legii, procedura de evaluare în vederea încadrării în grad și tip de handicap trebuie să urmeze cele opt principii directoare ale CDPD.⁵² În prezent, conform reglementărilor, demersul de încadrare în grad de handicap cuprinde trei etape, și anume:

1. În prima etapă sunt implicate SPAS-urile de la nivelul comunității, la care ar trebui să se înregistreze persoana și unde ar trebui să beneficieze de ancheta socială obligatorie.
2. A doua etapă cuprinde evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap⁵³ realizată de către serviciile de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) de la nivelul județului/sectoarelor municipiului București, în baza criteriilor medico-psihsociale.⁵⁴
3. A treia etapă cuprinde decizia finală privind încadrarea în grad și tip de handicap, responsabilitate ce revine CEPAH de la nivelul

județului/sectoarelor municipiului București. Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap eliberează certificatul de încadrare în grad și tip de handicap, împreună cu alte documente, precum certificatul de orientare profesională și PIRIS, care include activitățile recomandate, serviciile de care are nevoie persoana adultă și măsurile de protecție, precum admiterea în centre rezidențiale sau de zi, publice ori public-private, plasarea la un asistent personal profesionist și servicii de îngrijire la domiciliu, unde este cazul. Activitatea comisiei de evaluare este coordonată metodologic de către ANDPDCA,⁵⁵ prin intermediul Comisiei superioare de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, care desfășoară activități de coordonare metodologică și monitorizare a activității de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap.⁵⁶

Actorii instituționali cheie menționați anterior sunt prezentați în detaliu în secțiunea 1.2, iar demersul este analizat în următoarele capitole ale raportului.

CertIFICATELE DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP pot fi contestate,⁵⁷ în termen de 30 de zile calendaristice de la data comunicării, la instanța de contencios administrativ competentă, potrivit Legii contenciosului administrativ nr. 554/2004 (a se vedea capitolul 7). Certificatul de încadrare în grad de handicap poate fi anulat doar în urma unei acțiuni intentate în instanță. Potrivit legii, judecarea contestațiilor împotriva certificatelor de încadrare în grad de handicap se face cu celeritate.⁵⁸ Reclamantul poate beneficia de asistență extrajudiciară și judiciară pentru contestarea certificatului de încadrare în grad de handicap (inclusiv pentru formularea cererii de chemare în judecată și reprezentare în cadrul procesului). În acest caz, se acordă ajutor public judiciar, indiferent de situația materială a persoanei solicitante.⁵⁹ Persoana cu dizabilități are dreptul la un reprezentant în condițiile art. 58 alin. 3, care stabilește limitele și durata reprezentării.⁶⁰

50 Legea nr. 448 din 2006, art. 6.

51 Legea nr. 448 din 2006, art. 7.

52 Cele opt principii directoare sunt: (i) respectarea demnității inalienabile, a autonomiei individuale, inclusiv a libertății de a face propriile alegeri și a independenței persoanelor; (ii) nediscriminarea; (iii) participarea și integrarea deplină și efectivă în societate; (iv) respectul pentru diversitate și acceptarea persoanelor cu dizabilități ca parte a diversității umane și a umanității; (v) egalitatea de șanse; (vi) accesibilitatea; (vii) egalitatea între bărbați și femei; (viii) respectul pentru capacitățile de evoluție ale copiilor cu dizabilități și respectul pentru dreptul copiilor cu dizabilități de a-și păstra propria identitate.

53 HG nr. 430/2008 privind organizarea și funcționarea comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, Anexa 4 - Metodologie.

54 Legea nr. 448/2006 (art. 85, alin. 10) și Ordinul nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihsociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap.

55 Legea nr. 448/2006, art. 87.

56 Legea nr. 448/2006, art. 90, alin. 1.

57 Legea nr. 448/2006, art. 87, alin. 5.

58 Legea nr. 448/2006, art. 25, alin. 2.

59 OUG nr. 51/2008 privind ajutorul public judiciar în materie civilă, art. 8.

60 Codul de procedură civilă, art. 80.

1.2. Cadrul instituțional

Acest subcapitol prezintă instituțiile guvernamentale responsabile de evaluarea persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap, oferind, în a doua parte, și informații despre ONG-urile care reprezintă persoanele cu dizabilități în România.

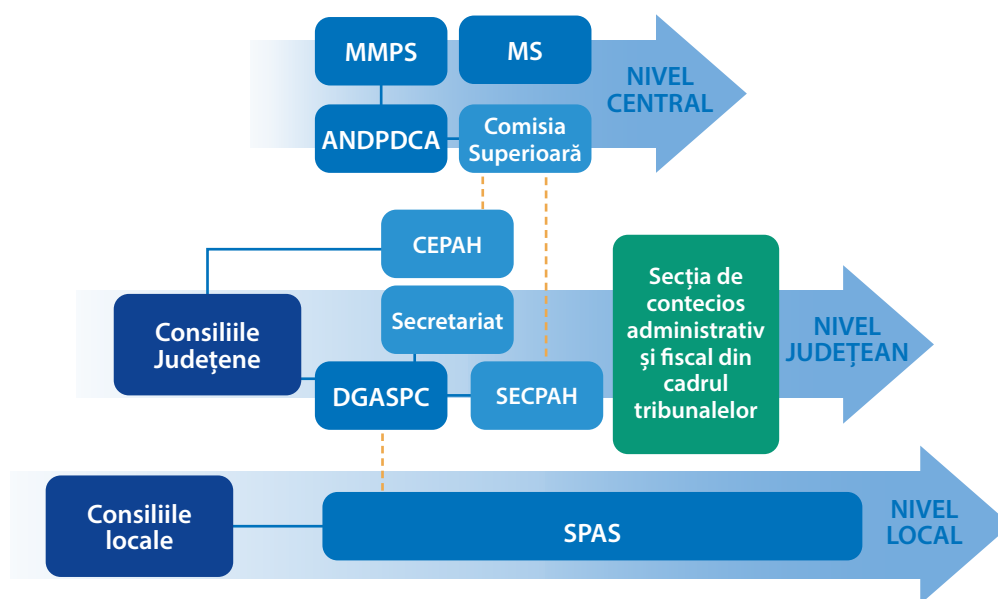
1.2.1. Instituțiile guvernamentale responsabile de evaluarea dizabilității în România

Actualul sistem de evaluare a gradului de handicap din România implică mai multe instituții la diferite niveluri, așa cum arată următoarea schemă.

În primul rând, la nivel local, asistenții sociali sau serviciile publice de asistență socială răspund de realizarea anchetei sociale, o etapă obligatorie în demersul de evaluare în vederea încadrării în grad și tip de handicap. La nivel județean, SECPAH, ca parte

a DGASPC, sunt servicii specializate responsabile de verificarea și analizarea dosarului persoanei care solicită evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap, de realizarea evaluării și de formularea recomandărilor privind gradul și tipul de handicap al persoanei, precum și planul individual de intervenție (PIRIS și PIS) al acesteia. CEPAH este un organ de specialitate al consiliilor județene⁶¹ care ia decizia finală cu privire la încadrarea în grad și tip de handicap. Comisia Superioară de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CSEPAH) asigură coordonarea metodologică și monitorizarea activității de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap. ANDPDCA dezvoltă, implementează și monitorizează sistemul de evaluare a dizabilității. Următoarele paragrafe prezintă atribuțiile acestor actori instituționali cheie, conform legislației în vigoare.

Schema 1: Principalii actori instituționali implicați în sistemul de evaluare a dizabilității din România



La nivel local

SPAS: Conform legislației în vigoare, SPAS de la nivelul comunității reprezintă principala structură cu atribuții atât în etapele inițiale, cât și în etapa finală a demersului. Astfel, în conformitate cu HG nr. 430/2008 (art. 6, alin. 6, lit. a), dosarul pentru încadrarea în grad de handicap se depune de către persoana solicitantă sau de către reprezentantul legal

al acesteia la registratura primăriei din localitatea de domiciliu/reședință sau la registratura DGASPC. Asistenții sociali din cadrul SPAS efectuează ancheta socială necesară solicitării certificatului de încadrare în grad și tip de handicap. De asemenea, după ce persoana obține certificatul de încadrare în grad și tip de handicap, SPAS monitorizează acordarea multora dintre beneficiile și serviciile

61 Și al consiliilor locale din cadrul sectoarelor municipiului București.

disponibile și asigură managementul de caz pentru persoanele care au în desfășurare un plan de servicii sau alte măsuri de protecție.

În prezentul raport, acronimul SPAS este folosit generic pentru toate formele de organizare a structurilor publice de asistență socială înființate la nivelul municipiilor, orașelor și comunelor (DAS, SPAS sau compartiment de asistență socială, în concordanță cu HG nr. 797/2017).

La nivel județean

SECPAH: Potrivit actualului cadru legislativ, SECPAH este o structură la nivelul DGASPC județean/de sector a municipiului București, responsabilă de evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap a tuturor persoanelor care solicită o astfel de evaluare. În temeiul Legii nr. 448/2006 (art. 88) și al Legii nr. 292/2011 (art. 85, alin. 1), serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap se înființează în cadrul DGASPC-ului din fiecare județ (41) și din fiecare sector (6) al municipiului București. Rolul SECPAH, în principal, este acela de a realiza evaluarea socio-psiho-medicală a persoanelor adulte în vederea încadrării într-un grad de handicap și a nevoilor individuale ale persoanei cu handicap (care vor fi precizate în PIS). Potrivit HG nr. 268/2007 (art. 50), SECPAH are următoarele atribuții principale: (i) efectuează evaluarea/reevaluarea complexă a adultului cu handicap, la sediul propriu sau la domiciliul persoanei; (ii) întocmește raportul de evaluare complexă pentru fiecare persoană cu handicap evaluată; (iii) recomandă sau nu încadrarea, respectiv menținerea în grad de handicap a unei persoane, precum și programul individual de reabilitare și integrare socială a acesteia (PIRIS); (iv) avizează planul individual de servicii (PIS) al persoanei cu handicap întocmit la nevoie de managerul de caz; (v) evaluează îndeplinirea condițiilor necesare pentru atestare ca asistent personal profesionist, întocmește raportul de evaluare complexă și face recomandări comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (CEPAH); (vi) recomandă măsurile de protecție a adultului cu handicap, în condițiile legii.

CEPAH: Potrivit prevederilor art. 85, alin. 4 din Legea nr. 448/2006, Comisia de evaluare este organ de specialitate al consiliului județean, după caz, al consiliului local al sectorului municipiului București, cu activitate decizională în materia încadrării persoanelor adulte în grad și tip de handicap.

CEPAH realizează încadrarea persoanelor adulte în grad de handicap și promovează drepturile persoanelor cu dizabilități. Atribuțiile cheie ale CEPAH sunt următoarele:⁶² (i) stabilește încadrarea în grad și tip de handicap și perioada de valabilitate a certificatului, după caz, data ivirii handicapului, orientarea profesională a adultului cu handicap, pe baza raportului de evaluare complexă elaborat de serviciul de evaluare complexă; (ii) stabilește măsurile de protecție a adultului cu handicap, în condițiile legii; (iii) revocă sau înlocuiește măsura de protecție stabilită, în condițiile legii, dacă împrejurările care au determinat stabilirea acesteia s-au modificat; (iv) soluționează cererile privind eliberarea atestatului de asistent personal profesionist; (v) informează adultul cu handicap sau reprezentantul legal al acestuia cu privire la măsurile de protecție stabilite și obligațiile ce le revin; (vi) promovează drepturile persoanelor cu handicap în toate activitățile pe care le întreprinde.

DGASPC: Conform art. 1, alin. 2 din Ordinul nr. 2298/2012 privind aprobarea Procedurii-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap, DGASPC „va elabora proceduri proprii, detaliate, pentru activitatea de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap”. Cercetarea realizată în scopul fundamentării prezentului raport a vizat diferitele practici și modele operaționale stabilite și adoptate la nivel județean pentru evaluarea persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap și pentru asigurarea tranziției de la copil la adult în cazul tinerilor de 16-26 de ani.

DGASPC asigură de asemenea secretariatul CEPAH, cu următoarele atribuții principale: (i) preia și înregistrează în registrul propriu de evidență dosarele persoanelor adulte evaluate de SECPAH; (ii) pregătește ședințele CEPAH și participă la acestea, fără a avea un rol decizional; (iii) întocmește procesele-verbale și ține evidența desfășurării ședințelor; (iv) redactează certificatele de încadrare în grad și tip de handicap și certificatele de orientare profesională, în termen de cel mult trei zile lucrătoare de la data la care a avut loc ședința CEPAH; (v) gestionează registrul de contestații; (vi) comunică rezultatul persoanelor solicitante și le transmite certificatul de încadrare în grad și tip de handicap, împreună cu toate celelalte documente aprobate de CEPAH (certificatul de orientare profesională, programul individual de reabilitare și integrare socială - PIRIS, PIS etc.); (vii) îndeplinește orice alte atribuții stabilite, în condițiile prevăzute de lege, de conducătorul DGASPC.⁶³

⁶² Legea nr. 448/2006, art. 87, alin.1.

⁶³ HG nr. 430/2008, art. 15.

La nivel național

MMPS: Ministerul Muncii și Protecției Sociale îndeplinește următoarele atribuții în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități: (i) inițiază și avizează proiecte de acte normative; (ii) monitorizează și evaluează implementarea politicilor și a strategiilor; (iii) acreditează serviciile sociale.⁶⁴

MS: Ministerul Sănătății, prin comisiile sale de specialitate, joacă un rol important în stabilirea și modificarea criteriilor de evaluare în vederea încadrării în grad și tip de handicap. În plus, MS este responsabil și de implementarea a numeroase programe naționale de sănătate care contribuie semnificativ la bunăstarea persoanelor cu dizabilități.

ANDPDCA: Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții a fost înființată în 2019 (OUG nr. 68/2019), prin fuziunea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități și a Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție, care au fost desființate. Astfel, ANDPDCA a preluat atribuțiile fostei Autorități Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, printre care: (i) dezvoltarea, implementarea și monitorizarea sistemului de evaluare în vederea încadrării în grad și tip de handicap și (ii) elaborarea metodologiilor, a normelor și procedurilor de lucru, precum și a instrumentelor de evaluare și monitorizare necesare pentru organizarea și funcționarea sistemului din domeniul dizabilității.

CSEPAH: Făcând parte din ANDPDCA, Comisia Superioară de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap a fost înființată inițial (prin Ordinul nr. 1261/2016) ca un organ responsabil, la nivel național, de soluționarea plângerilor și a contestațiilor. Cu toate că Ordinul nr. 1261/2016 nu a fost revizuit, prevederile referitoare la mecanismul de soluționare a plângerilor și contestațiilor au fost modificate prin OUG nr. 51/2017, în temeiul căruia certificatul de încadrare în grad de handicap poate fi contestat la instanțele de contencios administrativ (vezi și capitolul 7). În consecință, au fost anulate atribuțiile CSEPAH de la nivelul mecanismului de soluționare a plângerilor și contestațiilor. În prezent, Ordinul președintelui ANDPDCA nr. 136/2020 stipulează că CSEPAH desfășoară o activitate de coordonare metodologică și de monitorizare a

activității de evaluare și încadrare în grad și tip de handicap, la nivel național, și îndeplinește atribuțiile prevăzute în Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

1.2.2. ONG-uri care reprezintă persoanele cu dizabilități

În România, înființarea și funcționarea ONG-urilor sunt reglementate prin Ordonanța nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații. ONG-urile reprezintă structuri asociative constituite în mod voluntar de către persoane fizice sau juridice, cu rolul de a promova valorile civice, democrația și statul de drept. Sunt recunoscute trei tipuri de ONG-uri, și anume asociațiile, fundațiile și federațiile.

Mișcarea pentru persoanele cu dizabilități din România include organizații care reprezintă persoane cu diferite tipuri de dizabilitate (dizabilități fizice, deficiențe de vedere, deficiențe de auz, dizabilități intelectuale, boli rare, afecțiuni cronice, HIV/SIDA etc.), organizații coordonate de către părinții persoanelor cu dizabilități și organizații care furnizează servicii sociale sau de reabilitare persoanelor cu dizabilități. Rolul principal al acestor organizații este promovarea și protecția drepturilor persoanelor cu dizabilități, precum și eliminarea obstacolelor din calea accesului la educație, sănătate, piața muncii și participare socială.

Printre ONG-urile reprezentative la nivel național care desfășoară activități în beneficiul persoanelor cu dizabilități, se numără Federația Consiliul Național al Dizabilității din România (CNDR), Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România (COPAC), Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA), Federația ONPHR - Organizația Națională a Persoanelor cu Handicap din România, Fundația Motivation România, Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Servicii Sociale (FONSS), Federația Dizabnet și Fundația „Alături de Voi” România (ADV). Mai multe detalii despre ONG-urile care se adresează persoanelor cu dizabilități sunt incluse în Anexa 3. Unele dintre cele mai mari ONG-uri dedicate persoanelor cu dizabilități beneficiază de sprijin financiar de la bugetul de stat prin ANDPDCA.⁶⁵

⁶⁴ HG nr. 81/2020 privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii și Protecției Sociale.

⁶⁵ Acestea includ Asociația Nevăzătorilor din România, Asociația Națională a Surzilor din România, Asociația Invalizilor de Război Nevăzători din România, Liga Națională a Organizațiilor cu Personal Handicapat din Cooperarea Meșteșugărească și Consiliul Național al Dizabilității din România (Ordinul ANDPDCA nr. 136/2020, secțiunea 13, alin. 6).

ONG-urile joacă un rol activ în demersurile de evaluare în vederea încadrării în grad de handicap. Conform art. 85 al Legii nr. 448/2006, orice comisii de evaluare a persoanelor adulte cu handicap trebuie

să includă în componența sa un reprezentant al ONG-urilor numit de consiliul județean, respectiv de consiliul local al fiecărui sector al municipiului București.

1.3. Persoanele cu dizabilități în România: statistici naționale

Conform Ministerului Muncii și Protecției Sociale (MMPS), în România erau 857.638 de persoane cu un certificat valabil de încadrare în grad și tip de handicap la 31 decembrie 2020, reprezentând 3,87% din populație stabilă a țării. Totuși, nu toate persoanele adulte care ar putea solicita încadrarea în grad de handicap datorită afectării stării de sănătate inițiază demersul și nu solicită încadrarea sau abandonează demersul pe parcurs și nu obțin certificatul. Cu privire la persoanele care nu inițiază sau abandonează demersul pe parcurs, reprezentanții SPAS, SECPAH și CEPDAH au oferit estimări în cadrul studiilor instituționale realizate pentru acest raport. Conform acestor estimări, ponderea „reală” a persoanelor care ar putea solicita certificat de handicap ar fi fost mai mare decât rata persoanelor cu handicap raportată oficial, și anume de 4,7% din populația totală, la nivelul anului 2020. În fine, o a treia estimare a ratei persoanelor cu dizabilități este oferită de Eurostat, pe baza unor statistici comparabile la nivel internațional. Eurostat utilizează o definiție diferită a dizabilității, și anume rata persoanelor (de 16 ani și peste) cu limitări severe autodeclarate în activitățile obișnuite din cauza problemelor de sănătate. Conform acestei definiții, România înregistrează o rată a dizabilității și mai mare decât rata oficială de 3,87% persoane cu certificat sau 4,7% persoane cu afectare a stării de sănătate (cu sau fără certificat), și anume 6,1% persoane care declară că întâmpină limitări severe de activitate din cauza problemelor de sănătate (Figura 2b). Deci, datele la nivel național cu privire la populația de persoane cu dizabilități sunt marcate de discrepanțe cauzate, în principal, de fragmentarea sistemului în „invaliditate” și „handicap”, așa cum am arătat la începutul capitolului, precum și de disfuncționalitățile sistemului actual. Discrepanțele și incompletitudinea datelor sunt însoțite de absența unui sistem care să permită fie un recensământ al persoanelor cu dizabilități din țară (invaliditate și handicap), fie date în timp real despre beneficiile și

asistența pe care le-au primit acestea într-o perioadă de referință. Cum datele exacte sunt cruciale pentru elaborarea politicilor, planificarea, bugetarea și monitorizarea punerii în aplicare a politicilor, în prezent eficiența sistemului nu poate fi evaluată riguros.

În context european, România are o pondere de persoane cu dizabilități (care autodeclară limitări severe în activitățile obișnuite) mai mică decât media UE-28 (6,1% față de 7,3% din populația totală) și mult mai mică decât țări precum Estonia, Croația, Grecia, Austria, Belgia, Franța, Muntenegru sau Slovacia (cu rate de 9% sau mai mari), așa cum arată Figura 2a.⁶⁶

Potrivit buletinelor statistice ale MMPS/ANDPDCA, numărul persoanelor cu încadrare în grad de handicap a crescut constant de-a lungul timpului, de la circa o jumătate de milion în 2006 la peste 857.638 de persoane în 2020, copii și adulți (Figura 2b și Caseta 1). Majoritatea acestor persoane sunt femei (peste 53%) cu vârste de peste 50 de ani (aproximativ 66% din total),⁶⁷ așa cum se poate observa în Figura 2c. De altfel, ponderea femeilor crește monoton cu vârsta, de la sub 40% în grupa de vârstă 5-14 ani, la aproape 58% dintre persoanele de 70-79 de ani, respectiv 68% dintre cele de 80 de ani și peste. Din punctul de vedere al tipului de handicap, așa cum este ilustrat în Figura 2d, marea majoritate a persoanelor adulte cu certificat au un handicap fizic (27%), somatic (19%) sau mintal (16%). Celelalte tipuri de handicap sunt handicapul asociat (13%), vizual (11%), psihic (10%), auditiv (3%) și HIV/SIDA (1%). În fine, în ceea ce privește gradul de handicap, persoanele adulte cu certificat au predominant gradul accentuat (51,4%) sau grav (38,3%), în timp ce grad mediu au 9,3%, iar grad ușor au doar 1% din total.⁶⁸

Marea majoritate a persoanelor cu încadrare în grad și tip de handicap trăiesc independent, cu familiile lor sau singure, și doar 2% dintre ele se află în instituțiile publice rezidențiale de asistență

66 Date Eurostat pentru 2019. Datele pentru 2020 nu sunt disponibile decât pentru câteva țări, inclusiv România.

67 Aproape jumătate dintre persoanele încadrate în grad și tip de handicap (47%) sunt persoane vârstnice (de peste 65 de ani), iar 8,5% sunt copii.

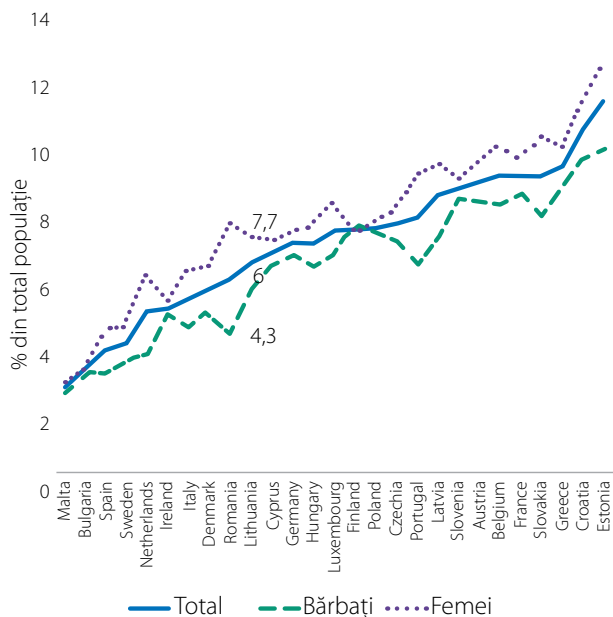
68 Spre deosebire, distribuția copiilor în funcție de gradul de handicap este următoarea: grav – 59%, accentuat – 14%, mediu – 25% și ușor – 2%.

socială pentru persoanele adulte cu dizabilități (coordonate de MMPS prin ANDPDCA). Rata de dizabilitate diferă semnificativ în funcție de regiune și județ, fiind cuprinsă între 8,2% în Mehedinți, 6,9% în Vâlcea sau 6,2% în Olt și 2,8% în Covasna sau

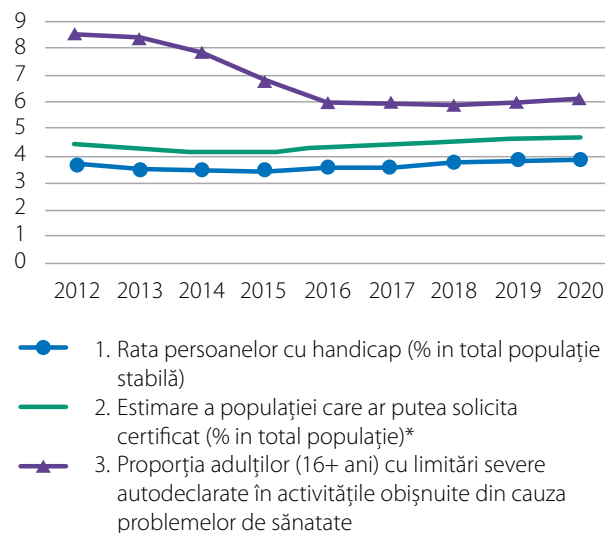
2,5% în Dolj. Hărțile 2 și 3 ilustrează discrepanțele care există între județe cu privire la numărul și rata persoanelor cu încadrare în grad de handicap. Diferențele semnificative între regiuni indică variații importante la nivelul activităților de evaluare.

Figura 2: Statistici privind dizabilitatea, publicate de Eurostat și Ministerul Muncii și Protecției Sociale

a. Rata persoanelor (16+ ani) cu limitări severe autodeclarate în activitățile obișnuite, din cauza problemelor de sănătate, pe sexe

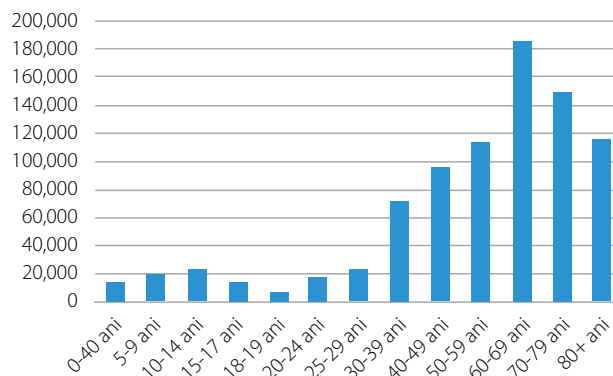


b. Evoluția ratelor persoanelor cu încadrare în grad de handicap/dizabilități (%)



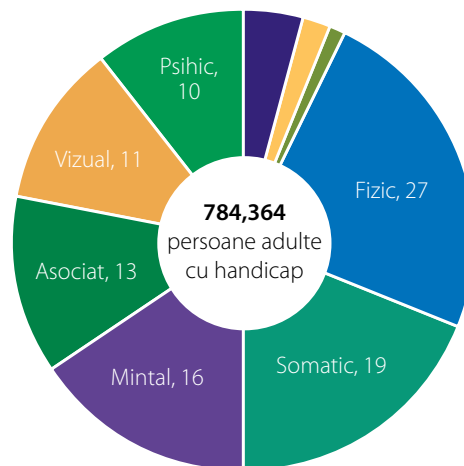
Surse: a. Eurostat [HLTH_SILC_07]; b1. MMPS/ANDPDCA, Buletin statistic (2021); b2. Date consolidate din sondajul SPAS și sondajele de opinie Q2B_SECPAH și Q3B_CEPAH; b3. Eurostat [HLTH_SILC_07].

c. Distribuția persoanelor cu încadrare în grad de handicap din România pe grupe de vârstă (număr), la 31 decembrie 2020

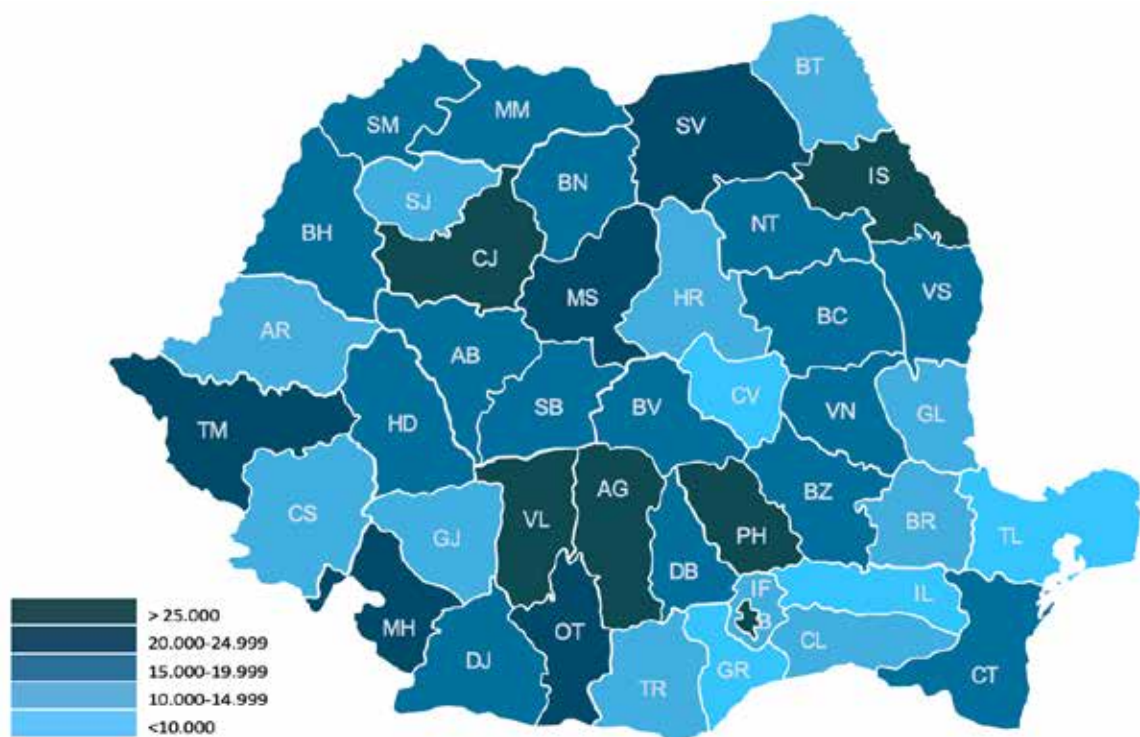


Sursa: MMPS/ANDPDCA, Buletin statistic (2021).

d. Distribuția persoanelor adulte cu încadrare în grad de handicap din România în funcție de tipul de handicap (%), la 31 decembrie 2020

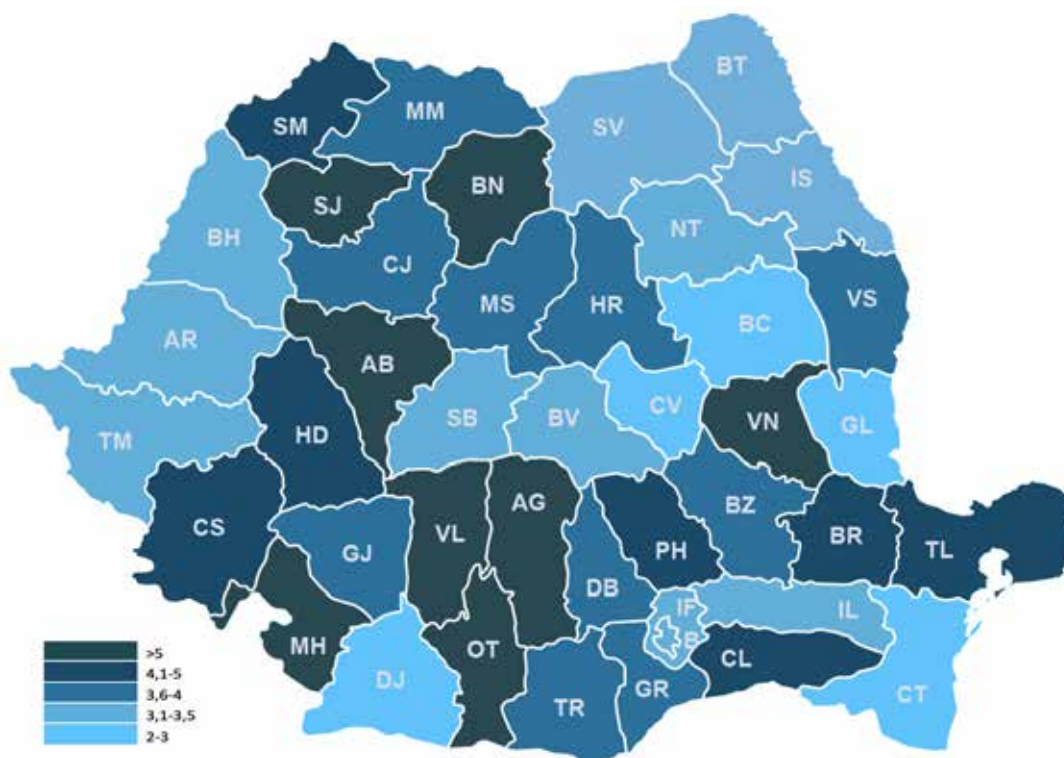


Harta 2: Discrepanțele existente între județe din perspectiva numărului de persoane adulte cu încadrare în grad și tip de handicap înregistrate la nivelul județului (număr, la 31 decembrie 2019



Sursa: MMPS/ANDPDCA, Buletin statistic (2020).

Harta 3: Discrepanțele existente între județe din perspectiva ponderii persoanelor încadrate în grad și tip de handicap în populația totală a județului (%), la 31 decembrie 2019



Sursa: MMPS/ANDPDCA, Buletin statistic (2020).

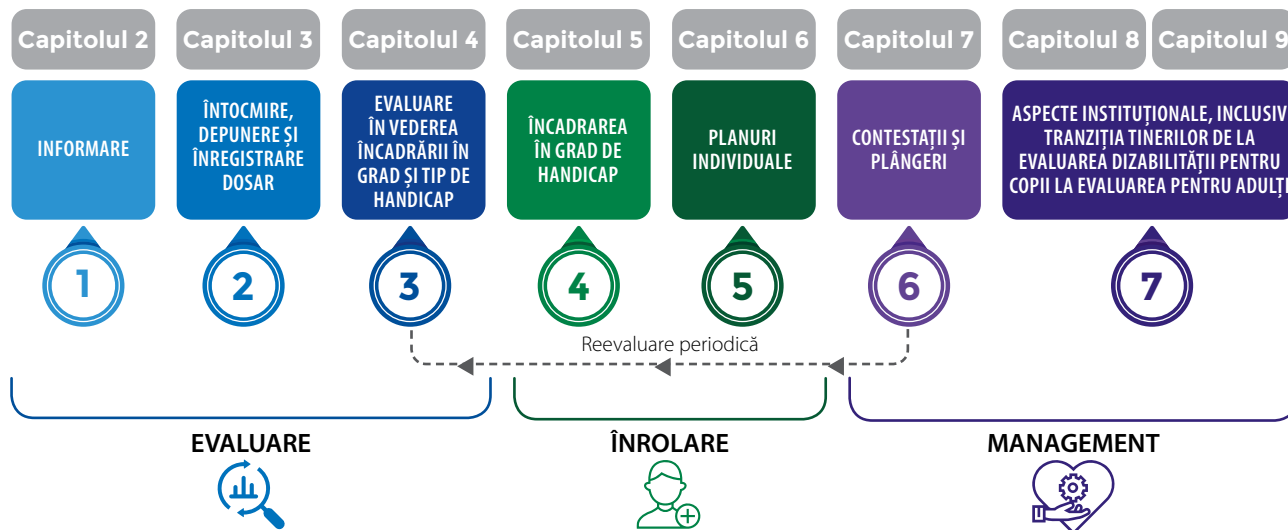
1.4. Cadrul analitic: prezentarea generală a sistemului de evaluare a dizabilității din România

Sistemul de evaluare a dizabilității este abordat în raportul de față din perspectiva cadrului analitic aferent sistemelor de acordare a protecției sociale, așa cum este definit acesta în *Ghidul de resurse privind bazele sistemelor de acordare a protecției sociale* elaborat de Banca Mondială.⁶⁹ Prin urmare, cadrul analitic care a ghidat studiul de față este ancorat în principalele etape de implementare ale oricărui sistem de furnizare a protecției sociale, care cuprind: (1) informarea, (2) întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului, (3) evaluarea, (4) determinarea eligibilității, (5) elaborarea planurilor individuale de intervenție și accesul la pachetul de beneficii și servicii, precum și (6) managementul operațiunilor ce vizează beneficiarii, inclusiv îndeplinirea criteriilor, actualizarea datelor, depunerea contestațiilor și ieșirea din sistem. În cazul specific al studiului prezentat în acest raport, cadrul analitic general este adaptat, evaluarea și determinarea eligibilității având în vedere

încadrarea în grad și tip de handicap, iar beneficiile și serviciile fiind cele corespunzătoare persoanelor cu dizabilități, așa cum arată Schema 2. În plus, acordarea efectivă a beneficiilor și a serviciilor este tratată doar în termeni marginali.⁷⁰

La nivel conceptual, facem distincția între evaluarea dizabilității, determinarea dizabilității și eligibilitatea persoanelor cu dizabilități, așa cum sunt definite acestea în Bickenbach et al.: „evaluarea dizabilității este demersul prin care se determină în mod oficial gradul și tipul dizabilității unei persoane, în cadrul unui proces administrativ mai amplu, denumit, de obicei, examinarea dizabilității sau determinarea dizabilității”, în timp ce „determinarea dizabilității, care include și componenta de evaluare a dizabilității, determină eligibilitatea unei persoane solicitante pentru acordarea anumitor beneficii și servicii sociale sau a protecției sociale.”⁷¹

Schema 2: Principalele etape de implementare ale sistemului de evaluare a dizabilității din România



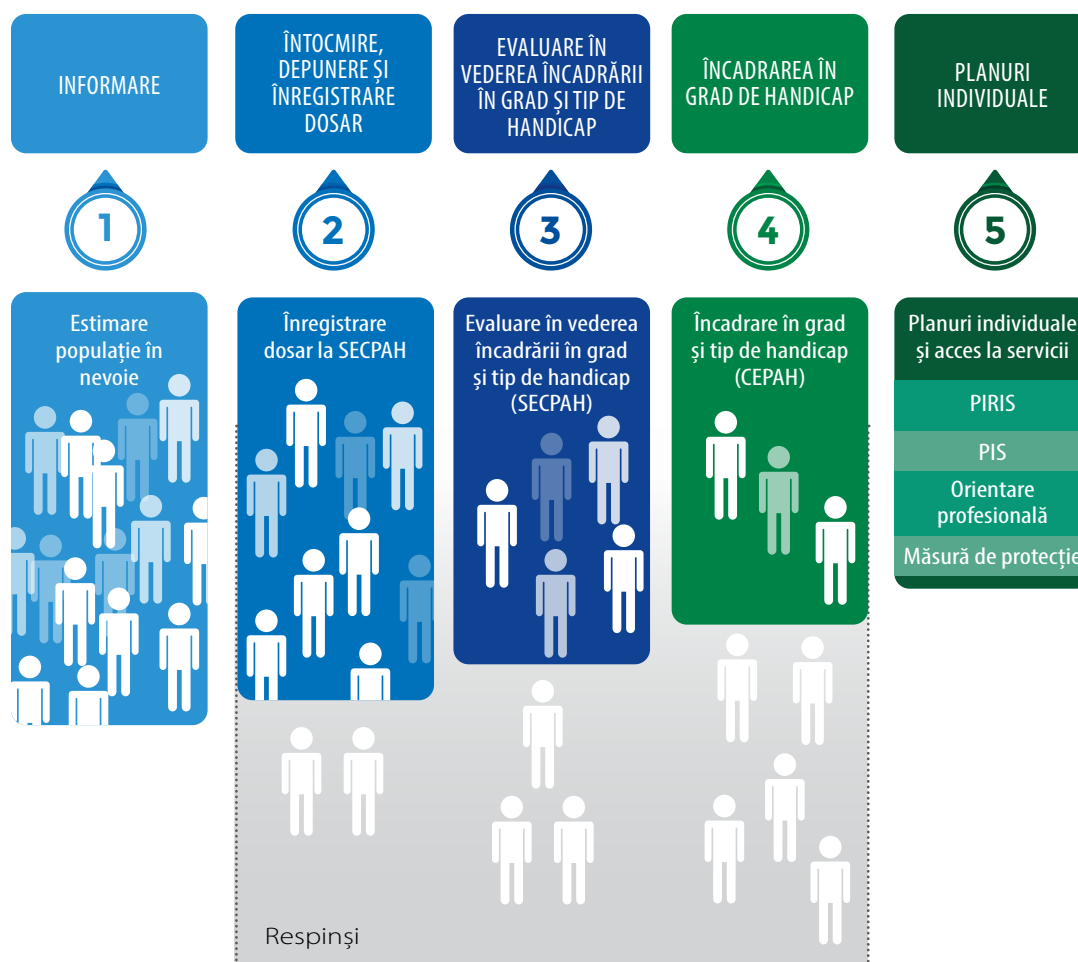
Sursa: Adaptare după Lindert et al. (eds.), Banca Mondială (2020: 11).

69 Lindert et al. (eds.) (2020) Sourcebook on the Foundations of the Social Protection Delivery Systems.

70 Pentru o analiză mai amănunțită, vezi Grigoraș et al. (coord.), Banca Mondială (2020: 128).

71 Bickenbach et al. (2015).

Infografic 2: Statistici generale privind populația de referință pentru demersul de încadrare în grad de handicap, în funcție de principalele etape de implementare, noiembrie 2020 (număr de persoane)



	Estimare populație în nevoie	Înregistrare dosar la SECPAH	Evaluare în vederea încadrării în grad și tip de handicap (SECPAH)	Încadrare în grad și tip de handicap (CEPAH)	Planuri individuale și acces la servicii
Admiși	5418	4265	4497	4082	PIRIS = 3581
Respinși		-97	-377	-374	PIS = 1183
					Orientare profesională = 44
					Măsură de protecție = 33

Sursa: Statistici aferente lunii noiembrie 2020 referitoare la 10 județe care au raportat datele necesare. Estimarea populației în nevoie reprezintă suma dintre populația actuală cu încadrare în grad și tip de handicap și numărul adulților care ar putea solicita încadrarea în grad și tip de handicap din cauza stării de sănătate, dar care fie nu au solicitat, fie nu au obținut certificatul, estimarea fiind făcută de asistenții sociali din cadrul SPAS (în Q1), specialiștii SECPAH/SECC (în Q2B), membrii CEPAH/CPC (în Q3B) și reprezentanții ONG-urilor (în interviuri).

La nivelul sistemului, rezultatele unei etape de implementare constituie resurse pentru următoarea etapă, iar schimbările din orice etapă pot declanșa schimbări în celelalte etape. Așadar, pentru a identifica întregul parcurs al demersului de evaluare a gradului de handicap din România, capitolele acestui raport urmăresc individual fiecare dintre etapele principale de implementare, conform

Schemei 2, dar în cadrul fiecărui capitol, sunt descrise și analizate mai în detaliu diferitele niveluri și aspecte ale implementării, inclusiv legăturile cu alte etape. De asemenea, sunt prezentate opiniile și ideile diferiților actori.

Deși cadrul legislativ și instituțional al sistemului de evaluare a gradului de handicap este definit la nivel național, DGASPC-urile au elaborat și folosesc

diverse modele operaționale la nivel județean, în funcție de condițiile locale, resursele disponibile și deciziile consiliilor județene. Astfel, pentru fiecare etapă de implementare, raportul prezintă, de asemenea, diferitele modele operaționale de la nivel județean.

Pe parcursul demersului, populația de referință se modifică în acord cu schimbarea statutului persoanei de la o etapă de implementare la alta. În (1) etapa de informare, vorbim despre populația vizată, care, în România, cuprinde copiii și adulții „cărora mediul social, neadaptat deficiențelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale și/sau asociate, le împiedică total sau le limitează accesul cu șanse egale la viața societății, necesitând măsuri de protecție în sprijinul integrării și incluziunii sociale.”⁷² În etapele de (2) întocmire, depunere și înregistrare a dosarului, (3) evaluare a dizabilității și (4) determinare a dizabilității (sau încadrare în grad și tip de handicap), populația de referință include persoanele care solicită eliberarea certificatului de handicap. După obținerea certificatului, populația de referință cuprinde persoanele cu dizabilități (în România, acestea fiind persoanele cu încadrare în grad și tip de handicap), în timp ce termenul de beneficiari este folosit în momentul în care se acordă beneficii și servicii. Așadar, de la o etapă de implementare la alta, populația de referință se schimbă de la populația vizată la solicitanți la persoane cu încadrare în grad de handicap (sau cu certificat), respectiv la beneficiari. Infograficul 2 prezintă statisticile care arată dinamica numărului de persoane cuprinse în populația de referință de-a lungul demersului de încadrare în grad de handicap, din 10 județe care au oferit toate datele referitoare la luna noiembrie 2020.

Actorii cheie, inclusiv persoanele și instituțiile (de la nivel central și local) prezentate în secțiunea

anterioară, interacționează pe parcursul întregului demers. Aceste interacțiuni sunt facilitate de comunicare, sisteme informatice și tehnologie, printre altele. Astfel, fiecare capitol abordează acești factori favorizanți cu scopul de a înțelege schimbările ce ar trebui realizate pentru a facilita schimbarea de paradigmă de la o abordare medicală la una holistică.

În România, încadrarea în grad de handicap este furnizată la cerere (ceea ce înseamnă că persoanele sunt cele care demarează demersul) și permite o integrare dinamică a solicitanților (persoanele pot depune dosarul, pot solicita asistență sau pot actualiza informațiile personale în orice moment). Existența sistemului paralel ce vizează invaliditatea și a sistemului separat adresat copiilor reflectă fragmentarea pronunțată a sistemului din domeniul dizabilității. Existența a numeroase alte programe specifice în cazul majorității beneficiilor și serviciilor relevante pentru persoanele cu dizabilități (de exemplu, majoritatea celor din domeniul sănătății) accentuează și mai mult fragmentarea. Demersul este costisitor și ineficient pentru persoanele care trebuie să parcurgă fiecare program separat, furnizând aceleași informații și documente în mod repetat și așteptând la cozi la ghișee în sediile diferitelor instituții. Demersul este ineficient și pentru instituții, deoarece poate cauza suprapuneri sau lacune în acoperirea populației, suprapunerea proceselor, irosirea resurselor și dificultatea de a identifica de ce servicii au beneficiat clienții sau modul în care sunt cheltuite fondurile dedicate protecției sociale a persoanelor cu dizabilități. Integrarea tuturor sistemelor din domeniul dizabilității din România nu face obiectul prezentului raport sau al acestui Acord de asistență tehnică. Cu toate acestea, rămâne un factor ce trebuie avut în vedere în momentul elaborării noului set de instrumente, metodologii și proceduri.

1.5. Perspectiva analitică: CIF/CDPD

CIF: funcționare și dizabilitate

Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF) poate fi aplicată în diverse domenii, precum practica clinică, sistemele de informații din domeniul sănătății, managementul serviciilor de sănătate, finanțe și cercetare. În toate aceste contexte, utilizarea CIF necesită instrumente intermediare: liste de verificare, teste pentru evaluarea clinică, chestionare, seturi de date

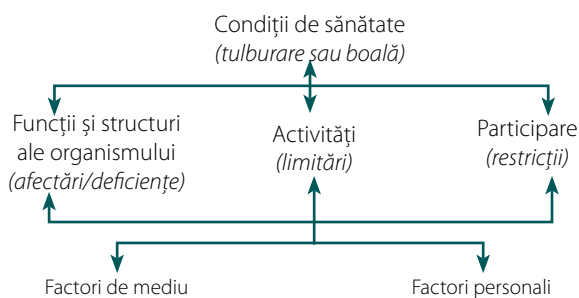
standard, formulare e-sănătate și așa mai departe. CIF face o clasificare a dimensiunilor funcționării și asigură un cadru conceptual pentru descrierea, evaluarea și măsurarea nivelului de funcționare și a problemelor care afectează funcționarea, adică a dizabilității.

CIF cuprinde clasificări separate ale funcțiilor și structurilor organismului, ale activităților și

72 Legea nr. 448/2006, art. 2. De dispozițiile acestei legi beneficiază cetățenii români, cetățeni ai altor state sau apatrizi, pe perioada în care au, conform legii, domiciliul ori reședința în România.

participării și ale factorilor de mediu (Caseta 2). Fiecare clasificare include categorii structurate în baza unui format standard de tip gen-specie. În plus, CIF conceptualizează funcționarea ca fiind experiența ce reflectă modul în care trăiește o persoană cu o anumită afecțiune în mediul său de zi cu zi. În cazul fiecărei categorii a funcționării, nivelul de funcționare al unei persoane este rezultatul interacțiunii dintre problemele de sănătate ale persoanei respective și mediul său fizic, construit, interpersonal, atitudinal, social, cultural și politic.

În modelul integrativ biopsihosocial:



Cu alte cuvinte, CIF consideră că funcționarea și dizabilitatea sunt fenomene determinate atât de nivelul *capacității* intrinseci a persoanei de a realiza o acțiune, în funcție de starea sa de sănătate, cât și de nivelul de *performanță* privind executarea unei acțiuni în mediul său real. Prin urmare,

CIF are la bază modelul teoretic integrativ biopsihosocial. CIF nu se referă doar la persoanele cu dizabilități; de fapt, **CIF se referă la toți oamenii**. Acest model ne spune că funcționarea și dizabilitatea nu sunt niște categorii clar delimitate în care oamenii să fie integrați, ci sunt limitele extreme ale unui continuum, pe care ne regăsim cu toții. Pe acest continuum, funcționarea noastră poate varia de la *integritate* în funcțiile organismului, structurile corpului, activități și participare până la *afectări/deficiențe* ale funcțiilor sau structurilor, limitări de activitate sau restricții de participare.

- **Funcționarea** este un termen general pentru funcții și structuri ale organismului, activități și participare.
- **Dizabilitatea** este un termen general pentru afectări/ deficiențe ale funcțiilor și structurilor, limitări de activitate sau restricții de participare.

Ilustrarea grafică a modelului arată că funcționarea și dizabilitatea sunt rezultatul interacțiunii dintre condiția (starea) de sănătate și factorii personali și de mediu.

evaluarea dizabilității presupune o evaluare atât a capacității persoanei prin prisma sănătății sale, cât și a mediului său care, corelate, determină nivelul de performanță, adică gradul de dizabilitate al persoanei.

CASETA 2

CIF, CIM-10 și WHODAS 2.0 instrumente cheie ale OMS pentru un mecanism modern de evaluare a dizabilității

CIF este cadrul stabilit de OMS pentru măsurarea sănătății și a dizabilității atât la nivel individual, cât și la nivelul populației. Acesta a fost aprobat oficial ca standard internațional pentru descrierea și măsurarea sănătății și a dizabilității de către toate cele 191 de state membre ale OMS, în cadrul celei de-a 54-a Adunări Mondiale a Sănătății din 22 mai 2001 (rezoluția AMS 54.21).

CIF clasifică domeniile de funcționare și factorii contextuali. CIF și CIM-10 sunt clasificări internaționale ale OMS, fiind complementare. CIM-10 oferă un „diagnostic” al bolii, al tulburării, al traumatismului sau al altor probleme de sănătate, iar CIF asigură un limbaj internațional de referință pentru descrierea experienței trăite în raport cu aceste afecțiuni, ținând cont de factorii de mediu și de cei personali. WHODAS 2.0 este un instrument generic de evaluare a sănătății și a dizabilității, care se raportează în mod direct la conceptele CIF. Instrumentul este folosit pentru toate afecțiunile, inclusiv pentru tulburări mintale, neurologice și adictive. Este scurt, simplu și ușor de administrat, putând fi aplicat atât în contexte clinice, cât și în cazul populației generale.

Din perspectiva CIF, două persoane care suferă de aceeași boală pot prezenta niveluri de funcționare diferite, așa cum două persoane cu același nivel de funcționare pot suferi de boli diferite. Din acest motiv, utilizarea ambelor clasificări împreună cu instrumentul de evaluare WHODAS 2.0 crește calitatea datelor utilizate în scop medical, în

scopul reabilitării sau în scop social. Cu ajutorul CIF, se poate descrie într-un limbaj comparabil la nivel internațional întreaga experiență ce reflectă viața cu o anumită afecțiune, din perspectiva capacității intrinseci și a performanței propriu-zise.

CIF cuprinde următoarele dimensiuni și principii cheie:

Funcționarea este un termen generic pentru funcțiile și structurile organismului, activități și participare.

Funcțiile organismului sunt funcțiile fiziologice ale sistemelor organismului, inclusiv funcțiile psihologice. De exemplu: funcțiile conștiinței, ale temperamentului și personalității, funcțiile atenției, memoriei, gândirii, funcțiile senzoriale, funcțiile vorbirii, funcțiile sistemului cardiovascular, funcțiile sistemului respirator, funcțiile mobilității.

Structurile corpului sunt părțile anatomice ale organismului, precum organele, membrele și componentele acestora. De exemplu: structura creierului, măduva spinării, ochiul, urechea, structurile sistemului cardiovascular, structurile sistemului respirator, capul, regiunea gâtului, regiunea umărului, zonele pielii, unghiile, părul.

Afectările sunt probleme ale funcțiilor sau structurilor corpului, precum devieri sau pierderi semnificative. De exemplu: bătăile accelerate ale inimii (tahicardia) reprezintă o afectare a funcției cardiace; miopia este o afectare a funcțiilor vederii; o gambă amputată este o afectare a structurii membrului inferior; o fractură este o afectare a oaselor (ca structură) și așa mai departe.

Activitățile reprezintă executarea unei sarcini sau a unei acțiuni de către un individ.

Participarea este implicarea într-o situație de viață. Exemple: învățarea cititului, luarea unei decizii, îndeplinirea unei sarcini, gestionarea stresului, comunicarea, manipularea obiectelor, mersul, îmbrăcatul, mâncatul, realizarea sarcinilor gospodărești, dezvoltarea relațiilor interpersonale, precum și participarea la activități educaționale, profesionale, recreative și de timp liber.

Limitările de activitate sunt dificultăți pe care le întâmpină o persoană în executarea activităților.

Restricțiile în participare reprezintă problemele cu care se confruntă o persoană atunci când se implică în situații de viață. Exemple de limitări de activitate și restricții în participare: imposibilitatea de a se deplasa (necesitatea unui scaun rulant), imposibilitatea de a gestiona stresul într-un mod eficient, imposibilitatea de a purta o conversație normală, imposibilitatea de a merge la școală la vârsta școlarizării și lipsa unui loc de muncă.

Factorii de mediu compun mediul fizic, construit, social și atitudinal în care trăiesc și acționează oamenii. De exemplu: produse și tehnologii pentru mobilitate (cum este scaunul rulant), tehnologii de comunicare, proiectarea și construcția clădirilor, bunuri financiare, calitatea aerului, familia, cunoștințele, atitudinile celorlalți oameni, arhitectura clădirilor, sistemul de asistență socială.

Factorii personali (ce nu sunt incluși în CIF) sunt caracteristicile individuale care nu țin de sănătatea persoanei. De exemplu: vârsta, sexul, educația, statutul social, experiența de viață și obiceiurile.

Factorii din mediul unei persoane care, prin absență sau prezență, îmbunătățesc funcționarea și reduc dizabilitatea sunt considerați facilitatori. Factorii care limitează funcționarea și amplifică dizabilitatea sunt considerați bariere. De exemplu: pentru un utilizator de scaun rulant, treptele de la intrarea într-o clădire constituie o barieră, în timp ce o rampă cu înclinația corectă reprezintă un facilitator.

CIF oferă o bază științifică pentru înțelegerea sănătății și a funcționării. Persoanele care suferă de aceeași afecțiune pot prezenta un nivel diferit de funcționare; prin urmare, pentru a afla cum trăiesc acestea cu afecțiunea respectivă, este necesar să se aibă în vedere toate componentele menționate anterior.

Sursa: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Ce este evaluarea dizabilității?

O evaluare a dizabilității măsoară într-o manieră integrată nivelul de performanță al unei persoane privind realizarea unui set reprezentativ de comportamente și acțiuni, de la simple până la complexe, în mediul său real, ținând cont de starea sa de sănătate.

Ca demers administrativ realizat în scopul stabilirii eligibilității pentru acordarea de servicii și sprijin, evaluarea dizabilității vizează *experiența globală a unei persoane care trăiește cu una sau mai multe probleme de sănătate sau, conform CIF, nivelul de performanță al unei persoane, determinat de capacitatea sa intrinsecă și de facilitatorii*

sau barierele de la nivelul mediului. Evaluarea dizabilității reprezintă o evaluare completă sau globală a nivelului ori a gradului de dizabilitate al persoanei. Acesta este un aspect important pentru că o evaluare a dizabilității ar trebui să măsoare într-o manieră integrată nivelul de funcționare în toate domeniile de acțiune, simple și complexe, de la mers și îngrijirea copiilor până la activitatea desfășurată la locul de muncă. Evaluarea dizabilității analizează nivelul general al dizabilității cu care se confruntă o persoană în viața sa. O evaluare integrată sau globală a dizabilității trebuie să urmărească atât starea de sănătate a persoanei, cât și activitățile, prin evaluări specifice. Totuși, evaluarea globală a dizabilității este viabilă doar dacă evaluările specifice pot fi sintetizate statistic într-un singur scor de evaluare.

Evaluarea dizabilității și determinarea dizabilității

La nivel mondial, există numeroase abordări ce vizează stabilirea eligibilității pentru acordarea de sprijin și servicii medicale și sociale în cazul persoanelor care prezintă un anumit nivel de dizabilitate din cauza problemelor de sănătate și a afectărilor de care suferă. Acest demers administrativ poartă denumiri diverse în diferite țări. La modul general însă, ceea ce este denumit cel mai adesea „evaluarea dizabilității” sau „determinarea dizabilității” constituie un demers administrativ oficial, fondat pe prevederi legislative, ce poate implica mai multe etape și mai mulți actori oficiali, prin care se acordă o anumită formă de sprijin, servicii sau asistență persoanelor, pe baza unor criterii de eligibilitate și a unei proceduri de evaluare a dizabilității care identifică tipul, gradul sau nivelul de dizabilitate cu care se confruntă o persoană. Întregul proces de determinare a dizabilității poate cuprinde și alte criterii de eligibilitate – nivelul venitului, localizarea geografică, statutul juridic, statutul ocupațional, vârsta și altele – pe lângă evaluarea dizabilității. În unele state, determinarea dizabilității și evaluarea dizabilității sunt demersuri administrative ce au loc simultan, iar în altele, acestea sunt separate de o serie de pași administrativi suplimentari și de încadrări oficiale.

De ce reprezintă CIF cea mai bună platformă pentru evaluarea dizabilității

CIF este singurul limbaj internațional standard disponibil cu privire la funcționare și dizabilitate.

Alinierea instrumentelor de evaluare la terminologia și clasificarea CIF reprezintă o condiție pentru asigurarea legitimității lor științifice și administrative ca modalități de colectare a informațiilor referitoare la sănătate și funcționare.

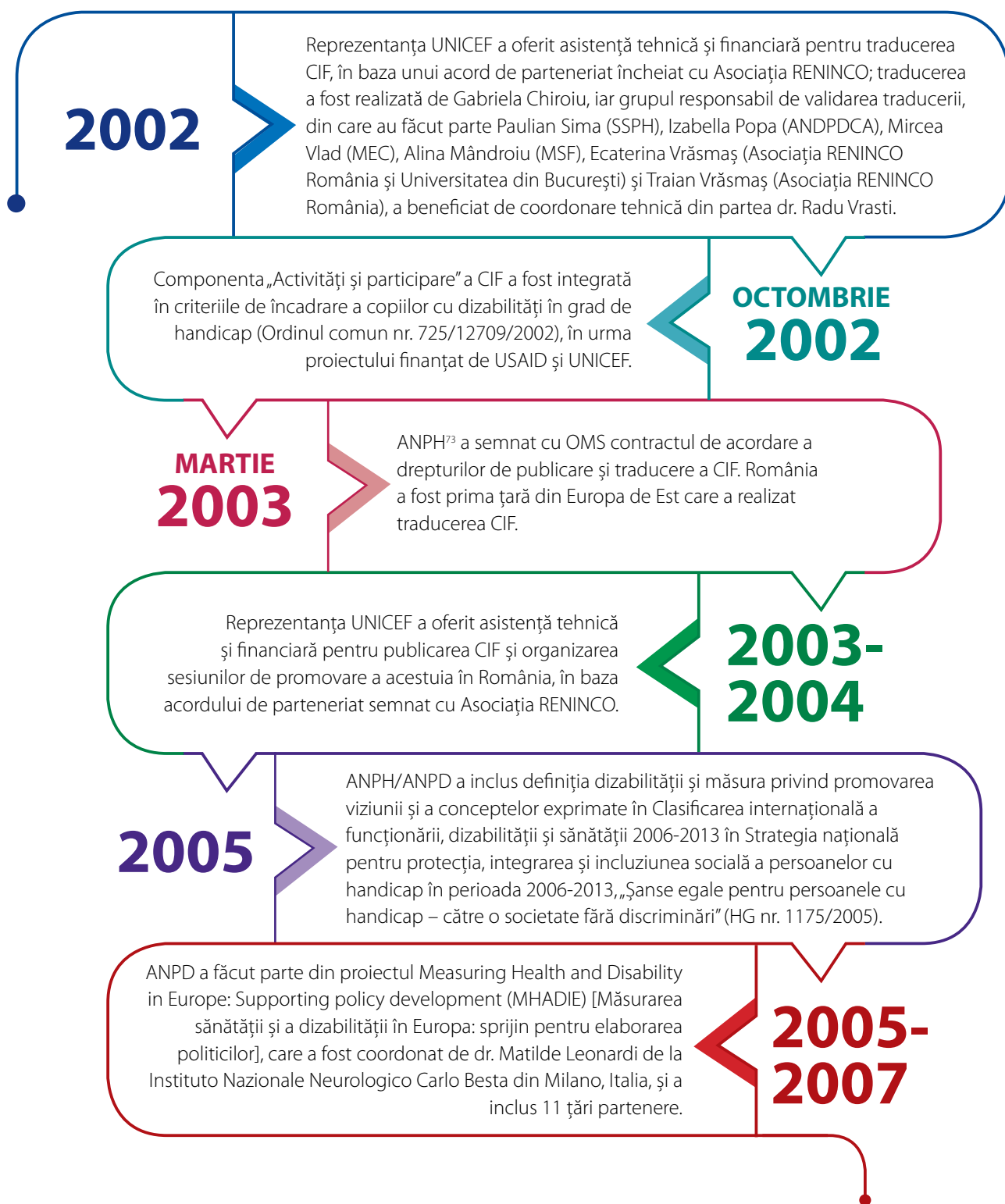
Mai mult, o condiție evidentă pentru orice schemă de evaluare a dizabilității este aceea de a evalua dizabilitatea, nu altceva. CIF reprezintă modelul științific internațional al funcționării și dizabilității – reflectă un consens științific la nivel internațional cu privire la conceptul dizabilității, oferind totodată mijloacele necesare pentru operaționalizarea dizabilității în scopul măsurării ei. Modelul CIF este singurul care permite, din punct de vedere științific, realizarea unei evaluări integrate, globale și fondate pe dovezi a experienței dizabilității în cazul unei persoane. În plus, modelul CIF reflectă un consens internațional privind dizabilitatea, în termeni juridici, etici și ai drepturilor omului, așa cum reiese și din CDPD care caracterizează dizabilitatea ca reflectând experiențele persoanelor „care au deficiențe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere, pot îngreuna participarea deplină și efectivă a persoanelor în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți.”

Evaluarea dizabilității trebuie să examineze într-o manieră viabilă și fiabilă fenomenul dizabilității, iar singurul mod de a realiza acest lucru este printr-o schemă de evaluare a dizabilității în care instrumentele de evaluare, criteriile-prag și procedurile sunt aliniate la conceptele funcționării și dizabilității din cadrul CIF.

Dimensiunea drepturilor omului

Așa cum s-a menționat, conceptul dizabilității definit în CIF se reflectă la nivelul CDPD ca un principiu juridic și moral al drepturilor omului. Multe dintre drepturile enumerate în CDPD sunt relevante pentru demersul administrativ de evaluare a dizabilității, printre care și următoarele: procedura, criteriile și mijloacele de evaluare trebuie să fie disponibile publicului și transparente; demersul nu trebuie să fie greoi într-un mod nejustificat sau să dăuneze demnității persoanei; demersul trebuie să fie accesibil tuturor din punct de vedere fizic și informațional; în general, trebuie să se asigure că demersul nu discriminează persoanele cu dizabilități și nu încalcă drepturile omului.

Infografic 3: Scurtă prezentare a activităților privind implementarea CIF în România



73 La momentul respectiv, ANPH funcționa ca instituție separată și purta denumirea de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap. Ulterior, ANPH a devenit ANPD, fiind apoi preluată de Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copil și Adoptie (ANDPDCA), prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 68 din 6 noiembrie 2019.

2010

România a ratificat CDPD prin Legea nr. 221/2010, care prevede analiza și revizuirea politicilor sociale și a practicilor, astfel încât persoanele cu dizabilități să își poată exercita pe deplin și în condiții de egalitate toate drepturile și libertățile fundamentale și să își poată trăi viața cu demnitate.

ANPD a tradus și a publicat Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății – versiunea pentru copii și tineri (CIF-CT), cu sprijinul Reprezentanței UNICEF în România, ca urmare a inițiativei și a colaborării între Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și Asociația RENINCO România; traducerea a fost realizată de Gabriela Chiroiu, iar grupul de lucru pentru validarea traducerii a inclus următoarele persoane, menționate în ordine alfabetică: Mirela Chiru (Ministerul Sănătății), Adina Codres (MMFPSPV-DPC),⁷⁴ Adrian Cozma (ISMB și MECTS),⁷⁵ Gabriela Dobre (MMFPSPV-DPPH),⁷⁶ Livius Manea (Universitatea din București), Dana Petcovici (UNICEF), Izabella Popa (MMFPSPV-DPC), Voichița Pop (UNICEF), Paulian Sima (MMFPSPV-DPPH), Aurora Sima (Ministerul Sănătății), Andreea Sorescu (Asociația Învingem Autismul), Monica Stanciu (expert independent), Ecaterina Vrăsmaș, (Asociația RENINCO România și Universitatea din București), Traian Vrăsmaș (Asociația RENINCO România și Universitatea „Ovidius” din Constanța).

**2011-
2012**

2012

Componenta „Activități și participare” a CIF-CT a fost integrată în criteriile de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap (modificarea Ordinului comun nr. 725/12709/2002), în baza experienței acumulate de SECC.

ANPD a inclus conceptele din cadrul CIF în Strategia națională „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități” 2016-2020, aprobată prin HG nr. 655/2016.

2016

**DECEMBRIE
2016**

Componenta „Factori de mediu” a CIF-CT a fost integrată în criteriile biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap (Ordinul comun nr. 1306/1883/2016) și în metodologia de evaluarea și intervenție (Ordinul comun nr. 1985/1305/5805/2016), în urma unui proiect finanțat de UNICEF.

Sesiuni de formare pentru SECC, CPC și reprezentanți ai sistemului de învățământ, care au inclus și un modul referitor la CIF-CT, cu finanțare din partea UNICEF.

**APRIIE
2017**

- 74 Fosta denumire a Direcției pentru Protecția Copilului (actualmente direcție în cadrul ANDPDCA) din cadrul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (actualmente MMPS).
- 75 Inspectoratul Școlar al Municipiului București (ISMB), subordonat Ministerului Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului (actualmente Ministerul Educației).
- 76 Fosta denumire a Direcției pentru Protecția Persoanelor cu Dizabilități (actualmente direcție în cadrul ANDPDCA) din cadrul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (actualmente MMPS).

1.6. România în context internațional: evaluarea dizabilității

Cu toate că există un număr limitat de studii academice sau guvernamentale care să compare politicile din domeniul dizabilității sau sistemele de evaluare a dizabilității din diferite țări, se poate spune că există o varietate de abordări în ceea ce privește demersul, criteriile și instrumentele de evaluare a dizabilității. Politicile din domeniul dizabilității sunt, în general, influențate de factori istorici, culturali și chiar lingvistici și tind să reacționeze *ad-hoc* la anumite crize sau șocuri. Sunt extrem de fluide și dependente de forțele economice,

în special pe piața muncii. Țările din aceeași regiune a globului adeseori își modelează politicile după cele ale statelor vecine. Statele care fac parte oficial din Commonwealth, grupurile coloniale sau alte afilieri de state împărtășesc aceleași abordări, chiar dacă nu sunt situate în aceeași regiune. Activitățile de teren desfășurate de OMS⁷⁷ și Banca Mondială sugerează faptul că, la nivel mondial, există trei abordări generale ale evaluării dizabilității care sunt sintetic descrise în continuare:

Abordarea	Caracteristicile cheie ale evaluării dizabilității	Exemple de țări
1. Sistem avansat și modern de evaluare a dizabilității	Proceduri de evaluare a dizabilității în mai multe etape, cu instrumente ce integrează conceptul dizabilității definit în cadrul CIF, care iau în considerare toate informațiile privind afecțiunea medicală și includ o amplă documentare a factorilor socio-demografici și de mediu, mai precis a locuinței, a cartierului, a comunității și a altor dimensiuni.	Taiwan, Coreea de Sud, Japonia, Franța, Anglia, Canada, statele nordice
2. Țări în tranziție	Țările din această categorie sunt în curs de finalizare sau de reformare a sistemului de evaluare a dizabilității (și adesea a politicilor generale din domeniul dizabilității), trecând de la o abordare pur medicală și discreționară la una care completează metoda medicală bazate pe bareme cu informații despre activitățile de bază și instrumentale ale vieții zilnice (*) și, tot mai mult, cu informații despre nivelul de funcționare în general.	România, Letonia, Lituania, Republica Cehă, Slovenia, Bulgaria, Africa de Sud, majoritatea țărilor din America de Sud
3. Evaluări în baza criteriilor medicale	La baza evaluării dizabilității stă decizia unui cadru medical, fondată exclusiv pe opinia clinică, care poate fi sau nu ghidată de un formular ori un tabel de evaluare medicală prin metoda baremelor.	Grecia, Arabia Saudită, Rusia, Turcia, Azerbaidjan și aproape toate țările africane

Sursa: Autorii.

Notă: (*) Activitățile de bază ale vieții zilnice reprezintă principalele acțiuni realizate în scopul autoîngrijirii. Cele șase activități de bază ale vieții zilnice sunt hrănirea, spălătul, îmbrăcatul, igiena eliminărilor, deplasarea și igiena personală. Activitățile instrumentale ale vieții zilnice includ gestionarea propriilor venituri, utilizarea mijloacelor de transport, efectuarea de cumpărături, prepararea hranei, folosirea telefonului sau a altor mijloace de comunicare, conformarea la recomandările medicale, spălătul hainelor, activitățile gospodărești și întreținerea casei. Toate aceste abilități reflectă ceea ce are nevoie o persoană pentru a duce un trai independent.

(1) Sisteme avansate și moderne de evaluare a dizabilității

Multe țări cu venituri ridicate au dezvoltat sisteme avansate și moderne în domeniul dizabilității, în baza principiilor CIF. Țări cu resurse importante, precum Taiwan, Coreea de Sud, Japonia, Franța, Anglia, Canada și statele nordice, au creat proceduri complexe și etapizate de evaluare a dizabilității, cu instrumente ce au la bază conceptul dizabilității definit în cadrul CIF, prin care se înregistrează toate informațiile legate de afecțiunea și antecedentele medicale, afectările

funcțiilor și structurilor organismului, performanța în executarea activităților de bază și instrumentale ale vieții zilnice, documentarea sferelor importante ale vieții, precum educația, activitatea profesională și viața în comunitate, ampla documentare a factorilor socio-demografici și de mediu, mai precis a locuinței, a cartierului, a comunității și a altor dimensiuni. Instrumentele folosite sunt fie instrumente internaționale standardizate, fie instrumente CIF care au fost testate cu rigurozitate și care au proprietăți psihometrice corespunzătoare.

77 Spre exemplu, <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.

Sistemul taiwanez este unul dintre cele mai sofisticate din lume, având o bază științifică solidă. Principalele etape ale sale sunt prezentate în Caseta 3. Celelalte țări din prima categorie prezintă procese la fel de complexe, care recurg la instrumente multiple și integrează informații medicale, informații privind reabilitarea, date socio-demografice, informații privind mediul din perspectiva locuinței/ cartierului/ comunității pentru a asigura o amplă

evaluare a funcționării. De asemenea, evaluarea dizabilității este acompaniată de o evaluare a nevoilor în vederea selectării serviciilor celor mai potrivite pentru nevoile persoanelor cu dizabilități. Toate țările din această categorie dispun nu doar de resurse importante, ci și de o paletă largă de sprijin și servicii medicale, sociale și profesionale, care sunt disponibile persoanelor cu dizabilități.

CASETA 3

Evaluarea dizabilității în Taiwan

Taiwan are unul dintre cele mai sofisticate sisteme de evaluare a dizabilității din lume, cu o bază științifică solidă. Sistemul taiwanez cuprinde cinci etape:

1. Printr-un protocol de screening medical, persoanele solicitante sunt fie îndrumate spre alte servicii medicale sau sociale (sau li se refuză continuarea demersului), fie supuse unei evaluări medicale complete, în baza dosarului medical și a unui formular de expertiză medicală (sau prin examinare directă).
2. Apoi, o echipă formată din cadre medicale folosește o listă separată de verificare a afectării pentru a identifica problemele specifice ale funcțiilor și structurilor organismului. Împreună, aceste două instrumente stau la baza deciziei administrative preliminare și revizibile privind demararea demersului de evaluare a dizabilității de către persoana solicitantă sau îndrumarea acesteia spre serviciile medicale, psihiatrice sau de reabilitare în scopul îngrijirii și al tratamentului.
3. Apoi, asistenții sociali și terapeuții ocupaționali aplică un chestionar detaliat privind activitățile de bază și instrumentale ale vieții zilnice, în baza unei versiuni modificate, elaborate și amplu testate a instrumentului WHODAS 2.0 al OMS. Se utilizează un formular separat pentru factorii socio-demografici și de mediu în vederea descrierii complete a situației persoanei solicitante (putând implica inclusiv vizite la domiciliu). În cazul în care sunt necesare informații suplimentare, mai ales dacă sunt oportune revenirea în câmpul muncii ori alte servicii de orientare profesională sau de ocupare a forței de muncă, se realizează un set de evaluări ale capacității de muncă.
4. În următoarea etapă, un asistent social urmează procedura privind managementul de caz, în baza căreia administrează o listă de verificare în scopul evaluării nevoilor pentru a stabili ce sprijin sau ce servicii sunt potrivite (sprijin financiar temporar ori permanent sau ajutor financiar suplimentar pentru nevoi speciale, tehnologie asistivă, asistent personal, formarea abilităților sociale, servicii de reabilitare profesională, modificarea locuinței, consiliere profesională etc.). Managerul de caz ajută persoana să întocmească cererile pentru obținerea sprijinului cuvenit.
5. În final, managerul de caz sau asistentul social de la nivel local monitorizează periodic persoana pentru a afla dacă au apărut schimbări în situația acesteia, dacă ar trebui efectuată o nouă evaluare și dacă sunt necesare servicii suplimentare sau nu mai sunt necesare astfel de servicii.

Sursa: Teng et al. (2013).

(2) Țări în tranziție

Numeroase state sunt într-o fază de tranziție către sisteme moderne în domeniul dizabilității, bazate pe cadrul CIF. Țările cu venituri medii și mici superioare, precum Letonia, Republica Cehă, Slovenia, Africa de Sud și majoritatea țărilor din America de Sud, sunt în curs de finalizare sau de reformare a sistemului de evaluare a dizabilității (și adesea a politicilor generale din domeniul dizabilității), trecând de la o abordare pur medicală la una care completează instrumentele medicale bazate pe bareme cu informații despre activitățile de bază și instrumentale ale vieții zilnice desfășurate de persoanele solicitante sau, tot mai mult, cu informații despre nivelul de funcționare în general. România face parte din această categorie.

Se remarcă marea diversitate a principiilor și a nivelurilor de dezvoltare în cadrul acestui grup de țări. Multe au elaborat instrumente proprii de evaluare a funcționării, care folosesc terminologia și clasificarea CIF, conceptul CIF al dizabilității fiind adesea integrat, într-o oarecare măsură, în cadrul demersului și al criteriilor. Aceste instrumente de evaluare sunt rareori testate sau validate empiric. Deși unele țări (de exemplu, Letonia și Lituania) dețin algoritmi care permit combinarea procentelor sau a scorurilor baremelor cu scorurile privind funcționarea, acești algoritmi au rareori o bază științifică. Ca regulă generală, scorul medical prevalează la nivelul deciziei. Aceste state recurg pentru evaluarea dizabilității, în principal, doar la cadrele medicale sau la alți profesioniști din domeniul sănătății, specialiști în reabilitare sau asistenți sociali.

În funcție de stadiul reformei, unele dintre aceste țări (cum ar fi Lituania) încearcă să raționalizeze sau să îmbine evaluarea dizabilității pentru acordarea beneficiilor de protecție socială cu politici active de ocupare a forței de muncă și cu programe de încurajare a reintegrării în câmpul muncii, pe baza evaluării capacității de muncă. Altele analizează posibilitatea atribuirii responsabilității pentru evaluarea dizabilității și evaluarea nevoilor unei singure instituții, cu rol în elaborarea și promovarea politicilor (spre exemplu, Bulgaria). Cu toate că se observă diferite tipare la nivelul acestei categorii, majoritatea acestor țări se aseamănă prin faptul că alocă un buget modest în domeniul protecției sociale, lacune în acoperirea serviciilor medicale și programe limitate de activare a forței de muncă. Din acest motiv, este posibil ca demersul de evaluare a dizabilității fondat, în principal, pe decizia cadrului medical și pe instrumente fără o bază științifică

solidă să nu fie considerate ca fiind deosebit de problematice sau ca necesitând o reformă. Rata de succes a solicitanților în obținerea unui certificat tinde să fie, în general, foarte ridicată (80-90%) în aceste țări, un alt motiv pentru care este posibil ca sistemul să nu stârnească preocupări în rândul populației.

(3) Sisteme de evaluare doar în baza criteriilor medicale

Cea de-a treia categorie include țările care se bazează exclusiv pe evaluarea medicală a dizabilității. Această categorie cuprinde state cu venituri mici și medii, precum Grecia, Arabia Saudită, Rusia, Turcia, Azerbaidjan și aproape toate țările africane. Unele țări nu dețin niciun sistem de evaluare a dizabilității. De asemenea, majoritatea țărilor din această categorie se bazează pe decizia unui cadru medical, fondată exclusiv pe opinia clinică, care poate fi sau nu ghidată de un formular ori un tabel de evaluare medicală prin metoda baremelor. Sistemul are, uneori, rădăcini istorice sau ideologice (de exemplu, în Rusia și fostele state sovietice, predomină o abordare discreționară extrem de centralizată, și adesea nerevizuibilă, la nivelul evaluării dizabilității). În țările cu venituri mici, problema este mai degrabă de ordin financiar. Sunt disponibile prea puține resurse pentru susținerea unui proces administrativ complex, iar eligibilitatea este decisă de către o singură persoană, într-o manieră discreționară, fără sau cu puține documente justificative.

(4) România

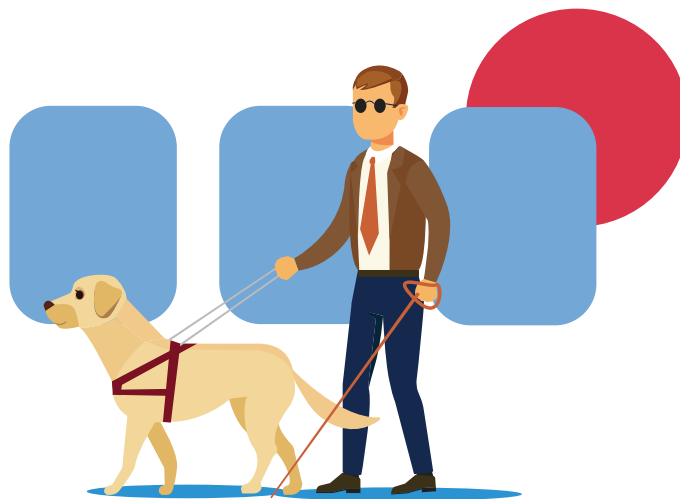
Potrivit clasificării prezentate anterior, România se află în categoria de mijloc a țărilor aflate într-o fază de tranziție către sisteme moderne în domeniul dizabilității, bazate pe CIF. Așa cum se va prezenta și în capitolele următoare, în România, evaluarea gradului de handicap este realizată de CEPAN și SECAN, în baza unor criterii medico-psihosociale. Aceste criterii constituie un instrument bazat pe bareme, care a fost modificat în încercarea de a corela categoriile de diagnostic medical cu abordarea holistică a dizabilității și cu activitățile de bază și instrumentale ale vieții zilnice, punându-se accent, în principal, pe abilitățile profesionale. În timp ce sistemul de evaluare a copiilor în vederea încadrării în grad și tip de handicap a integrat numeroase standarde prevăzute în CIF, toate încercările de a alinia la cadrul CIF procedurile și instrumentele de evaluare a persoanelor adulte au înregistrat un

succes extrem de limitat. Instrumentele nu sunt fondate pe dovezi și nu sunt solide din punct de vedere psihometric, iar multe dintre diferitele informații obținute din diverse surse nu au niciun impact asupra deciziei. În final, decizia este luată având la bază preponderent evaluarea medicală. În lipsa unor criterii cuantificabile, sistemul permite atât o evaluare preponderent medicală cât și, uneori, o decizie discreționară din partea medicului specialist.

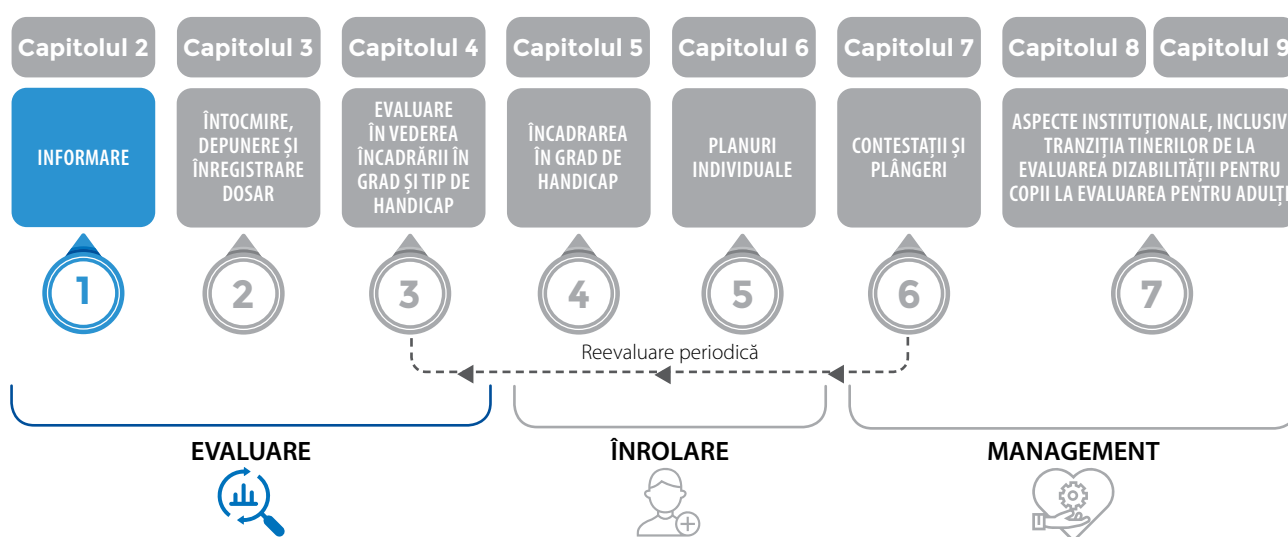
Totuși, în România, ca și în cazul multor altor țări din această a doua categorie, anumite reforme pot remedia multe dintre limitările inerente ale demersului, criteriilor și instrumentelor. Nu este nici realist, nici necesar să se încerce atingerea nivelului de complexitate al țărilor din prima categorie –

insuficienta dezvoltare a serviciilor și sprijinului disponibil pentru persoanele cu dizabilități nu oferă o garanție în acest sens. Demersurile de evaluare a gradului de handicap și de evaluare a nevoilor din România pot fi modificate pentru a deveni mai eficiente și mai riguroase din punct de vedere administrativ. Iar setul de instrumente poate fi completat de un instrument psihometric adecvat, care se poate aplica rapid, este eficient și aliniat în totalitate la cadrul CIF. În acest mod, se poate menține o oarecare continuitate cu actualul instrument medical bazat pe bareme. În schimb, scorurile evaluării medicale ar putea fi modificate pentru a integra într-o manieră adecvată informații fiabile despre funcționare și impactul acesteia asupra vieții persoanelor cu dizabilități.





2. Informarea inițială privind dizabilitatea



La nivelul sistemului, prima etapă principală de implementare este informarea, definită ca fiind „eforturile deliberate de a contacta și de a informa categoriile vizate și grupurile vulnerabile despre programele de protecție socială și sistemele de acordare a protecției sociale, într-o manieră pe înțelesul acestora, astfel încât să fie familiarizate și informate, dar și capabile și încurajate să se implice”.⁷⁹ Etapa de informare este deseori neglijată în cadrul multor programe de protecție socială, din numeroase țări, cu toate că este crucială pentru eficacitatea oricărui sistem de furnizare a protecției sociale.⁸⁰

Capitolul de față vizează doar etapa de informare inițială cu privire la evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap din România,

chiar dacă informarea și comunicarea sunt activități care se realizează pe tot parcursul demersului de obținere a certificatului. Scopul informării inițiale este creșterea gradului de conștientizare despre existența certificatului de încadrare în grad de handicap și a pachetului de beneficii și servicii disponibil în baza acestuia. Informarea inițială nu se limitează la transmiterea de informații, ci are în vedere și facilitarea înțelegerii de către persoanele interesate a aspectelor legate de pașii și procedurile pentru obținerea unui astfel de certificat, inclusiv instituțiile implicate, punctele de contact și cum pot fi accesate acestea, perioada și locul în care se pot înregistra, drepturile și responsabilitățile persoanelor solicitante și ale beneficiarilor finali, modalitatea de depunere a plângerilor, a reclamațiilor și contestațiilor etc.

78 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

79 Lindert et al. (eds.), Banca Mondială (2020: 61).

80 Idem, p. 6.

În acest scop, activitățile de informare trebuie realizate în baza unei strategii, cu roluri și responsabilități clare, cu protocoale și instrumente orientative, pentru a putea ajunge la grupurile țintă. Informarea inițială se poate desfășura prin interacțiuni directe și comunicare față-în-față sau cu ajutorul instrumentelor de „căutare activă”, cu scopul de a oferi informații, a facilita înțelegerea, dar și de a încuraja și a asigura accesul tuturor categoriilor de populație interesate, copiii, tinerii, persoanele vârstnice, persoanele cu diferite tipuri

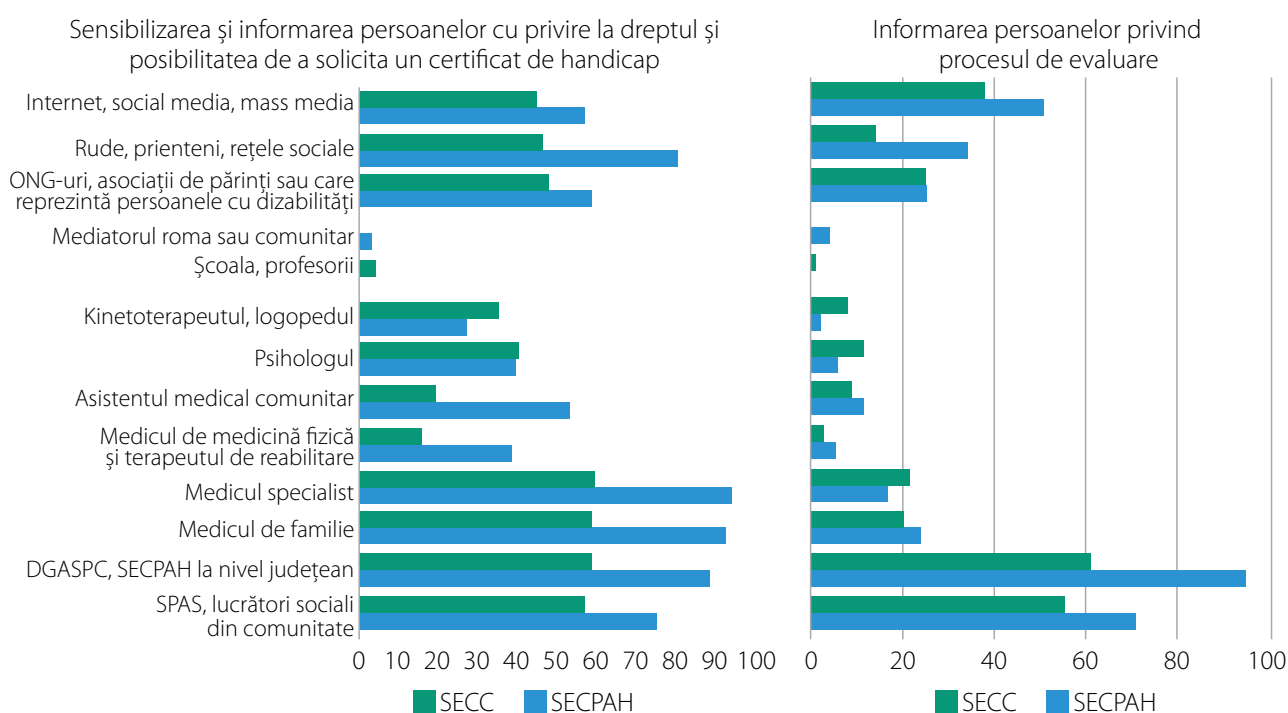
de dizabilități, persoanele din diferite medii culturale sau lingvistice, persoanele fără vreo școală absolvită, persoanele sărace, persoanele fără adăpost, persoanele aflate în detenție, cele care locuiesc în zone izolate și persoanele și familiile vulnerabile expuse riscurilor sociale. În această etapă, o comunicare deficitară are efecte negative multiple, dar principalul risc îl reprezintă neaccesarea populației vizate, care nu află de existența programului ori nu reușește să înțeleagă programul sau modalitatea de înregistrare.

2.1. Cum află populația despre sistemul de evaluare a dizabilității?

În România, nu există un mecanism oficial de informare în domeniul dizabilității, care să beneficieze de o planificare strategică, de un buget dedicat sau de o rețea de profesioniști. Actorii cheie responsabili de informarea inițială sunt DGASPC prin SECPAH, la nivel de județ/sector al municipiului București, și SPAS, la nivelul comunităților. Acestea informează populația, la cerere, în sediile lor locale sau județene sau pe pagina lor de Internet, fără a apela la echipe mobile sau la activități de informare din „ușă în ușă”. Aceste instituții joacă un rol esențial în informarea

populației în legătură cu programul și aspectele operaționale ale acestuia (pași, proceduri, puncte de contact, perioada și locul în care se face înregistrarea ș.a.m.d.) încă din primele faze ale demersului de obținere a certificatului de încadrare în grad de handicap, încurajând populația vizată să se implice, să depună dosarul și să furnizeze informațiile necesare în etapa de depunere și înregistrare a dosarului. În percepția specialiștilor SECPAH/SECC, atât SPAS, cât și SECPAH își îndeplinesc atribuțiile într-o mare măsură, așa cum reiese din figura de mai jos.

Figura 3: Sursele de informare inițială pentru persoanele care solicită evaluarea complexă în vederea încadrării în grad și tip de handicap (%)



Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practicile și experiențele specialiștilor din cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201) și al serviciilor de evaluare complexă a copilului (SECC, N=187), ianuarie-februarie 2021.

Cadrele medicale, mai ales medicii de specialitate și medicii de familie, sunt principalii actori implicați în sensibilizarea și informarea inițială a populației cu privire la dreptul și posibilitatea de a solicita certificatul de încadrare în grad de handicap, potrivit specialiștilor SECPAH și SECC (vezi Figura 3). Cu toate acestea, nu există un sistem național de referire, protocoale, proceduri sau responsabilități cu privire la obligația personalului medical de a realiza informarea inițială în domeniul dizabilității. Spre exemplu, în alte țări, medicii de specialitate completează un formular special (colorat) dacă persoana este diagnosticată cu o afecțiune medicală care este menționată în criteriile medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap. Odată ce persoana obține un astfel de formular,

unitatea medicală îi pune la dispoziție și un pachet cu informații inițiale. Apoi, persoana este cea care decide dacă solicită sau nu certificatul. Și persoanele cu dizabilități intervievate au menționat acest tip de procedură ca fiind „cea mai bună opțiune de informare”.

Focus grupurile cu specialiști SECPAH/SECC, au arătat că „în ultimii cinci ani, a fost o avalanșă de oameni trimiși de medici.”⁸¹ Cu toate acestea, toți actorii cheie au oferit, în timpul interviurilor și a focus grupurilor, exemple de comunități fără medic de familie sau cu un medic indiferent și exemple de cadre medicale care nu au informat persoana chiar dacă diagnosticul i-ar fi permis încadrarea într-un grad de handicap.



„Aș pune accent pe informarea clară, nu doar o listă de acte și atât. O informare om la om. ... Medicul specialist să îți spună dacă ai avea dreptul la un certificat de handicap. Și la fiecare cabinet, medicii de familie să afișeze pe un panou drepturile pacienților sau să existe o broșură pe care pacienții ar putea s-o cumpere dacă nu ar putea fi oferită pe gratis.” (Interviu cu PAH, femeie, 20 de ani)



„În ultimul timp medicii trimit foarte multe persoane, indiferent de situație, chiar și cu fractură banală. Vin și ne spun că dacă medicul a zis că e cazul, tu de ce-i spui că nu e cazul să se încadreze în categorie de handicap. Doctorul consideră că dacă are o problemă funcțională, trebuie să-l îngrijească cineva, trebuie asistența socială să se ocupe. Ajung [la serviciul de evaluare complexă] mai repede de la medic decât de la asistentul social. [...] - Da, și apoi în spital orice caz social este referit direct asistentului social, medicii fac cu ușurință referatele medicale pentru persoanele cazuri sociale cu sau fără drept de încadrare.” (Focus grup SECPAH)

În ceea ce privește SPAS, potrivit Inspecției Sociale,⁸² peste 75% dintre comunitățile inspectate (310) nu au o diagnoză socială, nu au disponibile servicii de identificare timpurie, de intervenție precoce și de prevenire și nu identifică grupurile vulnerabile (inclusiv persoanele cu dizabilități) sau nevoile specifice ale acestora.⁸³ Există totuși diferențe semnificative între comunități. În timp ce unele SPAS-uri îndrumă, încurajează și ajută populația (mai ales persoanele vârstnice) să solicite

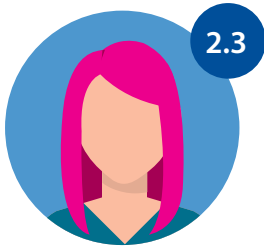
certificatul de încadrare în grad de handicap ca o strategie pentru reducerea numărului de beneficiari pentru alte prestații de asistență socială (precum venitul minim garantat), alte SPAS-uri nu doar că nu reușesc să informeze populația, dar și refuză să efectueze ancheta socială obligatorie și descurajează în mod deliberat persoanele să solicite încadrarea în grad de handicap, deoarece „primarul nu vrea handicap în comuna sa.”⁸⁴

81 Focus grup SECPAH.

82 Inspecția Socială este structurată în cadrul Agenției Naționale pentru Plăți și Inspecție Socială, respectiv în cadrul Agențiilor Județene pentru Plăți și Inspecție Socială.

83 ANPIS (2019: 7).

84 Focus grup SECPAH.



2.3

„De la Primărie am aflat de povestea aceasta cu handicapul pentru că nu mai aveam serviciu... și... ei au zis că eu totuși sunt bolnavă... era un lucrător care nu era medic și mi-a spus asta: că îmi oferă șansa de a-mi lua handicap. Și într-adevăr în 2008-2009 eu mi-am luat certificat de handicap și am stat cu certificat de handicap un an de zile. Handicap accentuat, cum am și acum. Am stat un an de zile după care mi-am spus că sună rău să fiu handicapată și am renunțat și am încercat tot prin ei, prin Primărie, să obțin VMG și ei nu știu, nu prea au mai fost de acord. Deci au zis, că dvs. aveți handicap, trebuia să rămâneți cu handicap și asta este. Și atunci am stat vreo 4-5 ani fără venit și în fine m-a ajutat puțin fratele meu.” (Interviu cu PAH, femeie)



2.4

„Dar există și cazuri de discriminare. Doar ca un exemplu, un caz recent, o persoană cu picior amputat. Fiica persoanei se chinuie să facă dosarul, iar cei [SPAS] de la domiciliul persoanei refuză să îi facă anchetă, primarul din comunitatea fiicei spune: Nu vreau handicap în comună. Fiica a făcut sesizare la prefectură și la noi și la poliție. Și așteptăm să vedem cum vor decurge lucrurile.” (Focus grup SECPAH)

Pe lângă SPAS, la nivelul comunităților, un rol activ în procesul de informare îl au și alte categorii de lucrători comunitari. În primul rând, există rețeaua de asistenți medicali comunitari coordonată de către Direcțiile de Sănătate Publică județene (instituții deconcentrate ale Ministerului Sănătății). Această rețea este neuniform distribuită pe teritoriul țării, iar majoritatea comunităților rurale nu au un asistent medical comunitar. În al doilea rând, deși toate localitățile au cadre didactice și școli, acestea sunt rareori implicate în acțiuni de informare inițială în domeniul dizabilității și doar în cazul copiilor. În al treilea rând, mai ales în comunitățile rome, există experți romi sau mediatori comunitari care facilitează accesul populației la informații și mediază relația cu instituțiile. Cu toate acestea, experții romi sunt rari și distribuiți inegal la nivelul țării. În al patrulea rând, există și alte tipuri de specialiști, precum asistenții sociali din spitale sau penitenciare (majoritatea lor în mediul urban), facilitatorii de dezvoltare comunitară și liderii informali, a căror participare la demersurile de informare a diferitelor categorii ale populației a fost menționată în cadrul interviurilor și a focus grupurilor. Totuși, niciunul dintre acești practicieni

nu beneficiază de protocoale și nu au stabilite atribuții specifice în ceea ce privește sensibilizarea sau informarea inițială a populației cu privire la evaluarea dizabilității.

ONG-urile pentru persoanele cu dizabilități, alături de platformele virtuale și sociale, au de asemenea un rol important, deși pentru un număr mai mic de persoane, conform specialiștilor SECPAH și SECC (vezi Figura 3). De asemenea, aproape toți reprezentanții ONG-urilor care au fost intervievați (17 din 20) au subliniat implicarea lor în procesul de informare inițială, prin furnizarea unor servicii de informare a adulților cu probleme de sănătate care ar putea solicita sau solicită evaluarea în vederea obținerii certificatului de încadrare în grad de handicap, în cadrul tuturor filialelor/sucursalelor lor, atât în mediul urban, cât și în mediul rural. În contextul pandemiei de COVID-19, majoritatea lor au dezvoltat servicii online, precum „Voci pentru mâini” (prin videoconferință). Deși cererea pentru acest tip de sprijin este foarte mare, reprezentanții ONG-urilor menționează că, de cele mai multe ori, nu au fondurile necesare pentru derularea activității de informare sau resursa umană specializată.



2.5

„Despre modalitatea de obținere, etapele și formalitățile aferente obținerii unui certificat de handicap m-a informat o prietenă, de asemenea persoană cu handicap, dar cu experiență juridică în acest domeniu. Am avut o imagine generală asupra pașilor, dar concret despre fiecare demers am învățat pe măsură ce treceam de la o etapă la alta. Am acumulat mai multe informații: de la DGASPC, internet și de la persoane cu dizabilități.” (Interviu cu PAH, femeie, 36 ani)

Cu toate acestea, majoritatea persoanelor cu dizabilități intervievate, precum și reprezentanții ONG-urilor și o mare parte dintre specialiști consideră că, cel mai adesea, primul contact cu sistemul din domeniul dizabilității se realizează prin informare de la om la om. Majoritatea persoanelor află „din întâmplare” de la o rudă, un prieten, un coleg, un vecin, că o anumită afecțiune medicală ar putea permite încadrarea într-un grad de handicap. Apoi contactează un medic sau o instituție din

domeniul asistenței sociale (fie SPAS, fie DGASPC) și află mai multe. Pentru completarea sau înțelegerea informațiilor ori pentru rezolvarea problemelor, se adresează unor persoane informate și de încredere din cadrul comunității lor (precum cadrele didactice sau mediatorii), folosesc Internetul sau platformele de socializare, dacă au această posibilitate, ori cer ajutorul unui ONG pentru persoane cu dizabilități, în cazul în care este disponibilă.

2.2. Practicile de informare și comunicare cu privire la sistemul de evaluare a dizabilității

După ce sunt informate despre dreptul de a solicita un certificat de încadrare în grad de handicap, persoanele cu dizabilități trebuie să aibă posibilitatea: (i) să afle care este modalitatea de obținere a certificatului și pe cine trebuie să contacteze; (ii) să înțeleagă cum și unde se pot înregistra și cum pot parcurge întregul demers; (iii) să înțeleagă și să fie informate cu privire la pachetul de beneficii și servicii la care au dreptul în baza certificatului și ce trebuie să facă pentru a le obține; (iv) după obținerea certificatului, să aplice în vederea obținerii beneficiilor și serviciilor recomandate; (v) să interacționeze cu instituțiile care asigură plata beneficiilor și cu furnizorii de servicii sociale și să se bucure de beneficii acordate la timp și de servicii de calitate; (vi) să își actualizeze informațiile personale, să fie informate despre orice modificare⁸⁵ a statutului lor (inclusiv despre neîndeplinirea condițiilor) și să depună plângeri sau contestații.⁸⁶

Din acest de vedere, informațiile disponibile pe site-urile DGASPC-urilor pentru persoanele care solicită certificatul de încadrare în grad de handicap sunt incomplete, așa cum arată Tabelul 3. Opt dintre cele 36 de județe care au participat la studiu oferă informații complete pe site-urile DGASPC-urilor lor, într-un format ușor de utilizat. În schimb, 5 județe nu oferă niciuna dintre informațiile necesare. De obicei, persoanele solicitante pot afla cum să acceseze SECPAH, ce conține dosarul și cum trebuie întocmit acesta, cum și unde se depun cererea și dosarul. În mai puțin de jumătate dintre județele țării, persoanele solicitante pot afla, de la bun început, care este pachetul de beneficii și servicii disponibil în baza certificatului. Iar în mai puțin de o treime dintre județe, pot înțelege cum se realizează și cum se iau deciziile referitoare la încadrarea în grad și tip de handicap, precum și cum pot depune o plângere sau contestație.

Tabel 3: Informații privind dizabilitatea disponibile pe site-urile DGASPC-urilor

Informații despre ...	Nu	Da, unele informații	Da, informații complete
a. Ce conține dosarul și cum trebuie întocmit acesta	1	10	25
b. Cum și unde se depun cererea și dosarul	1	10	25
c. Informații despre modul de accesare a SECPAH	0	7	29
d. În ce constă și cum se face evaluarea complexă	9	17	10
e. Cum se realizează încadrarea în grad și tip de handicap	13	13	10
f. Care sunt beneficiile și serviciile asociate	7	14	15
g. Modalitatea de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap, cu detalii referitoare la cum și unde poate fi contestat și modalitatea de solicitare și obținere a asistenței judiciare	14	11	11
Niciuna de mai sus			5
Toate de mai sus			8

Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

85 În contextul actualului raport privind evaluarea dizabilității, ne referim la orice modificare de natură să afecteze acordarea beneficiilor și a serviciilor.

86 Lindert et al. (eds.), Banca Mondială (2020: 22).

SPAS-urile și ONG-urile pentru persoanele cu dizabilități acoperă doar parțial lacunele de la nivelul informării. În conformitate cu sondajul de opinie în rândul specialiștilor SECPAH și SECC,⁸⁷ Anexa 4. Tabelul 1 indică faptul că doar o parte dintre localități (SPAS-uri) furnizează informații despre evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap, majoritatea acestora urmând același tipar incomplet ca site-urile DGASPC-urilor. De asemenea, doar o mică parte dintre localități acordă informații complete, în timp ce unele nu oferă deloc informații.

Referitor la informațiile furnizate de către ONG-urile care reprezintă persoanele cu dizabilități, majoritatea specialiștilor SECPAH și SECC fie nu cunosc/nu sunt la curent cu acest aspect, fie consideră că cele mai multe ONG-uri nu oferă deloc informațiile necesare (Figura 3 din subcapitolul 2.1). În contrast, reprezentanții ONG-urilor au declarat în interviuri că acordă o mare importanță informării și au implementat o serie de proiecte în acest domeniu. Pe lângă declarații, au oferit materiale și exemple care demonstrează o abordare strategică în domeniul informării, educării și comunicării cu persoanele care solicită sau beneficiază de certificat de încadrare în grad de handicap. De asemenea, persoanele cu dizabilități intervievate au menționat faptul că ONG-urile le-au acordat sprijin, informare și consiliere, în momentul în care s-au decis să solicite certificatul.

Reglementările în vigoare prevăd doar obligativitatea ca instituțiile relevante să includă formularele standard pe site-urile lor.⁸⁸ Formularele standard sunt cererea-tip de evaluare complexă

în vederea încadrării în grad de handicap (care se depune la SECPAH/SECC) sau cererea pentru anchetă socială (care se depune la SPAS). Din acest punct de vedere, toate DGASPC-urile raportează că respectă această reglementare, lucru valabil doar în cazul a mai puțin de jumătate dintre SPAS-urile selectate.⁸⁹ Procentul SPAS-urilor care au postat pe site-ul primăriei cererea-tip pentru anchetă socială este de sub 60%, fiind mai ridicat (72%) doar în cazul orașelor mari (vezi Anexa 4. Tabelul 2).

Comunicarea este un element intrinsec al informării, deoarece facilitează interacțiunea și permite tuturor actorilor să înțeleagă toate procesele de la nivelul sistemului. Prin urmare, existența unei proceduri specifice privind comunicarea cu persoanele solicitante și cu beneficiarii denotă o bună organizare a etapei de informare inițială. Dintre cele 36 de SECPAH analizate, 26 au raportat că au o procedură aprobată privind informarea. Totodată, în conformitate cu legislația în vigoare, o persoană care solicită pentru prima dată certificatul de încadrare în grad de handicap „primește gratuit informațiile referitoare la riscurile sociale și drepturile de protecție socială de care poate beneficia, precum și, după caz, consilierea necesară în vederea depășirii situațiilor de dificultate”.⁹⁰ SPAS-urile sunt responsabile de acordarea acestor informații. Din cele 71 de SPAS-uri incluse în eșantion, mai puțin de un sfert au raportat că au o procedură specifică (sau un paragraf/o secțiune în cadrul procedurii generale) privind furnizarea informațiilor referitoare la riscurile sociale și la drepturile persoanelor cu dizabilități; s-a înregistrat o proporție mai mare (50%) doar în orașele mari (Anexa 4. Tabelul 3).



„Noi avem, în cadrul unui departament mai mare Help Family de asistență socială, componenta asta de informare și susținere în întocmirea și depunerea dosarului pentru cei care ne solicită asta. Noi nu ne-am oprit în a sprijini orice persoană care ne-a solicitat asta, nu doar cei care sunt în serviciile noastre. Dacă mă sună mama unui copil de 18 ani diagnosticat cu autism infantil și îmi cere să o sprijin, eu nu o trimit la DGASPC, sun și mă informez și țin legătura cu ea. Acordăm și sprijin informațional și emoțional.” (Interviu reprezentant ONG, asociație națională)

87 Sondajul de opinie Q2B: Practicile și experiențele specialiștilor SECPAH/SECC din 39 de județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

88 HG nr. 430/2008, art. 6, pentru persoanele adulte cu handicap; Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016, pentru copiii cu dizabilități.

89 Întrebarea s-a referit la două formulare standardizate pentru solicitarea evaluării complexe în cazul persoanelor adulte (HG nr. 430/2008, art. 6), respectiv al copiilor (Ordinul comun nr. 1985/1305/5805/2016). Rezultatele au fost similare în cazul ambelor formulare: 42% dintre SPAS-urile incluse în eșantion au declarat că cererea-tip pentru persoanele adulte este postată pe site, iar 45% dintre ele au declarat că site-ul include cererea-tip dedicată copiilor.

90 Articolul 47, alin. (4), Legea asistenței sociale nr. 292/2011.

Exemplul unei proceduri de comunicare din cadrul unui SECPAH

Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap asigură informarea tuturor persoanelor adulte cu dizabilități, familiilor persoanelor adulte cu dizabilități, reprezentanților legali, asistenților personali, asistenților personali profesioniști, organizațiilor neguvernamentale ai căror membrii sunt persoanele adulte cu dizabilități, oricăror persoane care reprezintă persoanele adulte cu dizabilități, cu privire la activitatea serviciului, la modalitatea de obținere a unui certificat de încadrare în grad de handicap, la tipul documentelor necesare în vederea depunerii unui dosar ce va sta la baza evaluării în vederea încadrării într-un grad de handicap, așa cum prevede art. 6, alin. (4) din HG nr. 430 – 16/04/2008, privind aprobarea Metodologiei privind organizarea și funcționarea comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, cu modificările și completările ulterioare și art. 7 din Ordinul nr. 2298/2012 privind aprobarea Procedurii cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap. De asemenea, desfășoară activități de primire, evidențiere și soluționare a cererilor-tip de evaluare complexă.

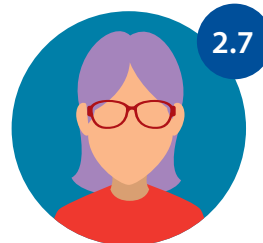
La baza unei informări obiective, clare, complete, oportune, ușor de înțeles și receptat privind prezentarea etapelor procedurii de evaluare complexă, precum și a întocmirii unui dosar, stau, întotdeauna, documente medicale, prezentate de către solicitant, din care să reiasă, debutul bolii, starea prezentă precum și alte aspecte importante privind starea de sănătate. Sistemul de comunicare trebuie să fie flexibil și rapid. Informațiile acordate în cadrul serviciului sunt postate și pe pagina de internet a entității, sau mai pot fi transmise, în cazul solicitărilor electronice, și prin poșta electronică.

Notă: Răspuns obținut în cadrul unui chestionar Q2A cu privire la procedura de comunicare inclusă în procedura generală a celui SECPAH.

Însă, doar câteva dintre SECPAH și SPAS-urile care au declarat că dețin o procedură de comunicare au și anexat-o în pachetul de răspuns furnizat în cadrul studiului.⁹¹ Mai mult, majoritatea procedurilor de comunicare transmise echipei de cercetare cuprind mai degrabă afirmații generice, așa cum reiese și din Caseta 4. În alte cazuri, procedura de comunicare menționată face doar referire la respectarea Ordinului nr. 2298/2012,⁹² care însă include o singură prevedere referitoare la comunicare (cu privire la obligația SECPAH de a comunica persoanelor solicitante data și locul în care trebuie să se prezinte în vederea evaluării).

Ultimul punct al acestei secțiuni se referă la mesajul cheie al comunicării privind dizabilitatea. Raportul de față folosește termenul „dizabilitate”, însă în România, toate instituțiile și toate documentele implicate în evaluarea dizabilității folosesc termenul de „handicap” care este consacrat în Constituția României (art. 50) și preluat în Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap. Astfel, certificatul este „certificat de încadrare în grad de handicap”, serviciile de evaluare se numesc

„servicii de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap”, iar comisia este „comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap”.



„Am pierdut un sân. Handicapul îmi dă dreptul la acei bani [indemnizația de handicap]. Statul trebuie să îmi ofere compensație, deoarece sânul nu va mai crește niciodată la loc. Nu îl voi recupera”. (Interviu cu PAH, femeie, 61 de ani)

La modul mai general, în limbajul juridic și cel comun, persoanele cu dizabilități sunt denumite „persoane cu handicap”, deoarece „doar handicapul conferă drepturi, în timp ce dizabilitatea este doar un termen folosit în documentele strategice

91 Nouă din 16 SPAS-uri și 9 din 26 SECPAH (vezi Anexa 4. Tabelul 3).

92 Ordinul nr. 2298/2012 – Procedura-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap. ANDPDCA a informat echipa de cercetare că acest act este actualmente în curs de revizuire.

sau lucrările academice, fără nicio putere în instanță sau la nivel instituțional”.⁹³ Acesta este un element important care reflectă contextul social și instituțional general. Cu toate că procesul de modernizare a cadrului legislativ a fost inițiat în urmă cu ceva ani și criteriile medico-psihosociale de evaluare au fost introduse în 2007, limbajul reflectă în continuare faptul că dizabilitatea este percepută, în general, ca o problemă medicală, o deficiență, o afectare. Chiar și interviurile realizate cu persoanele cu dizabilități au arătat că la baza utilizării termenului „handicap” stă convingerea că certificatul atestă existența unei afecțiuni medicale

2.3. Adaptarea demersurilor de informare și comunicare la populația vulnerabilă

Populația cu dizabilități este una extrem de diversă, incluzând femei, bărbați, copii, tineri, persoane în vârstă, persoane din diferite grupuri etnice, persoane care trăiesc în orașele mari și cele din zone rurale izolate, persoane care trăiesc cu familia și persoane din instituțiile rezidențiale, pacienții din secțiile de psihiatrie sau persoanele aflate în detenție, persoane fără adăpost și fără domiciliu fix și persoane din familii cu un statut socio-economic și o situație socio-economică diferite. Aceste categorii necesită, de obicei, anumite adaptări care să le asigure accesul la informații și servicii, mai ales că adeseori populația vulnerabilă nu cunoaște beneficiile programelor sociale la care are dreptul. Informarea activă joacă un rol critic în promovarea incluziunii tuturor acestor categorii.⁹⁴ Este posibil ca populația vulnerabilă să nu cunoască beneficiile programelor sociale la care are dreptul. S-a dovedit faptul că, în lipsa unei strategii de informare inițială bine gândite, programele de protecție socială riscă să exacerbeze erorile de excluziune din cauza lipsei de informare și a scepticismului, în special în cazul persoanelor care trăiesc în zone îndepărtate și izolate. Eforturile de informare proactive pot contribui la gestionarea așteptărilor, la reducerea numărului de contestații și la creșterea gradului de înțelegere reciprocă, astfel încât să se evite riscul unei spirale negative, al eșecului programului, al manipulării externe, al lipsei de credibilitate și al politizării.

Informațiile furnizate online de către DGASPC (SECPAH) sunt adaptate doar parțial pentru eliminarea barierelor de acces în funcție de tipul de dizabilitate. În contextul restricțiilor de deplasare

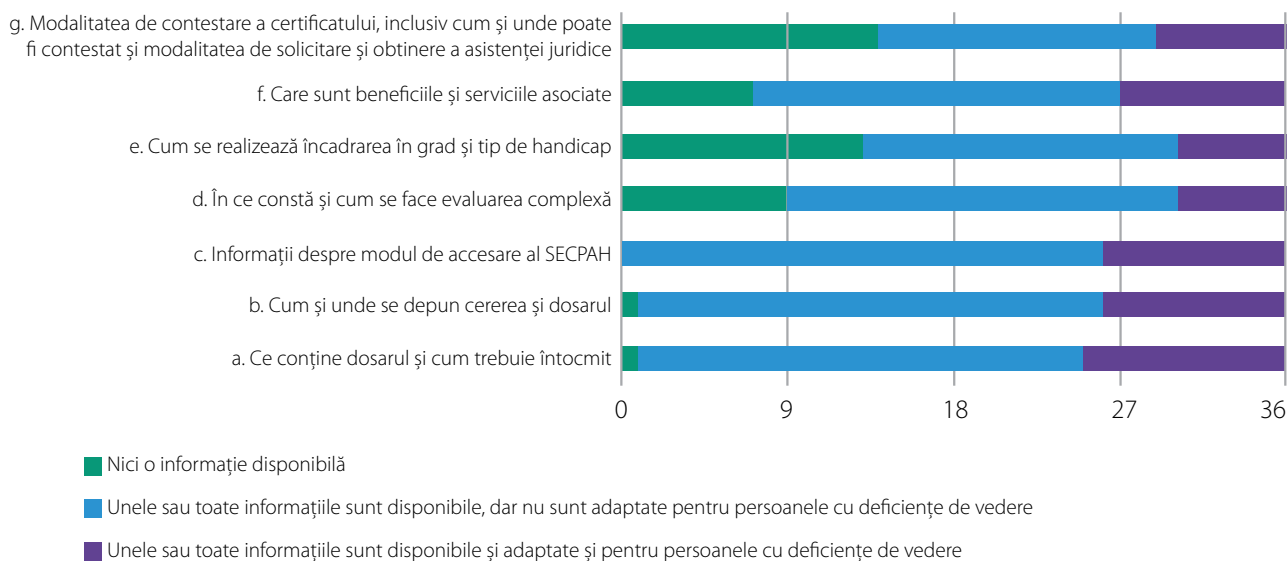
care conferă persoanei dreptul „să fie compensată de stat,” așa cum arată citatul 2.7. Prin urmare, pentru a realiza o schimbare de paradigmă prin trecerea de la o abordare medicală la una holistică (CIF), activitățile de formare a specialiștilor trebuie acompaniate de campanii de informare, educare și comunicare cu actualii beneficiari și cu populația generală. Altfel, interpretările și concepțiile greșite pot duce la o lipsă de încredere în rândul actorilor, probleme în implementare, irosirea resurselor, ineficiență, o scădere a eficacității și posibil eșecul reformei.

impuse de pandemia de COVID-19, lipsa accesului virtual la informații sau accesul insuficient a devenit o problemă mai stringentă ca niciodată. Tabelul 3 ilustrează informațiile disponibile pe site-urile DGASPC-urilor. Figura 4 oferă informații suplimentare, arătând că, în România, mai puțin de un județ din trei furnizează informații accesibile persoanelor cu deficiențe de vedere cu privire la evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap. Mai mult, o analiză a site-urilor DGASPC-urilor efectuată de către membrii echipei de cercetare care sunt persoane cu dizabilități a arătat că: (i) din cele 22 de site-uri selectate, doar 11 sunt dotate cu un instrument de accesibilitate; (ii) meniul instrumentului de accesibilitate variază la nivelul județelor; (iii) persoanele nevăzătoare au nevoie de asistență pentru a putea naviga pe aceste site-uri, deoarece nu este integrat un soft de citire a ecranului; (iv) pe multe site-uri, formularele standard și alte documente pot fi accesate doar prin mai multe clicuri, presupunând că utilizatorul este deja bine documentat și cunoaște instituțiile (și acronimele acestora), legislația, denumirea oficială a documentului ș.a.m.d.; (v) unele dintre listele prestabilite, din ferestrele care se deschid automat, sunt lungi și cuprind documente din diverse domenii ale protecției sociale, ceea ce presupune realizarea unei căutări prealabile pentru identificarea informațiilor de care are nevoie utilizatorul; (vi) pe multe site-uri, meniul referitor la informațiile de interes public include diverse tipuri de documente încărcate, care sunt imposibil sau greu de deschis.

93 Interviu cu reprezentanți ai ANDPDCA. Prin comparație, în cazul copiilor, cadrul CIF a fost integrat parțial în evaluarea gradului de handicap, iar limbajul instituțional, cel juridic și cel comun folosesc preponderent termenul de „copii cu dizabilități” (deși mai sunt cazuri în care acesta este însoțit în mod obligatoriu de sintagma „cu încadrare într-un grad de handicap”).

94 Lindert et al. (eds.) Banca Mondială (2020: 63).

Figura 4: Adaptarea informațiilor de pe site-urile DGASPC-urilor pentru persoanele cu deficiențe de vedere



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Totuși, majoritatea persoanelor cu dizabilități nu folosesc Internetul pentru a accesa instituțiile și serviciile adresate populației. De pildă, un studiu recent arată că majoritatea persoanelor cu dizabilități nu au utilizat Internetul în ultima lună: 50% dintre persoanele cu unele limitări și 64% dintre cele cu limitări severe.⁹⁵

Accesibilizarea comunicării și informațiilor offline este de asemenea limitată atât la nivel județean, cât și la nivel local, deși este responsabilitatea autorităților publice.⁹⁶ Conform Tabelului 4, mai puțin de jumătate dintre SPAS-urile analizate oferă o comunicare și informații accesibile persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități. Mai mult, 54% dintre ele nu au realizat deloc adaptări. Majoritatea celorlalte beneficiază de un singur tip de instrument de accesibilitate. Cele mai frecvent întâlnite instrumente de accesibilizare în rândul SPAS-urilor sunt: informații în limbaj simplificat (ușor-de-citit-și-de-înțeles) și persoană desemnată pentru asistarea persoanelor cu dizabilități (care să știe să vorbească în limbaj simplu, ușor de înțeles de către persoanele cu dizabilități intelectuale), alături de alte adaptări care variază de o localitate la alta. SPAS-urile din orașele mai mari sunt mai bine dotate, pe când cele din localitățile rurale, subdezvoltate și izolate, nu oferă o comunicare și informații accesibile persoanelor cu dizabilități.

Situația arată mai bine în cazul SECPAH și SECC (din cadrul DGASPC), așa cum prezintă și Tabelul 4. Toate au realizat cel puțin o adaptare, iar majoritatea lor beneficiază de 4-5 tipuri de instrumente de accesibilitate. Cele mai frecvente sunt informațiile ușor de citit, o persoană desemnată pentru asistarea persoanelor cu dizabilități intelectuale, interpreți autorizați ai limbajului mimico-gestual, protocoale cu ONG-urile și alte adaptări. Cel mai adesea, „alte adaptări” se referă la un monitor care oferă informații (audio, video, în limbaj mimico-gestual, transcrieri) tuturor categoriilor de persoane cu dizabilități, un site care are integrate instrumente de accesibilitate, o adresă de e-mail disponibilă publicului, pliante diferențiate în funcție de tipul de dizabilitate. Iar, uneori, „toți specialiștii noștri știu să gestioneze singuri astfel de situații”⁹⁷ este raportat la categoria „alte adaptări disponibile pentru a facilita accesul la informație al persoanelor cu diferite tipuri de deficiențe”.

Prin urmare, informarea incluzivă este disponibilă doar în unele județe și, în principal, în orașele mai mari. O persoană cu deficiență de auz din România care solicită un certificat de încadrare în grad de handicap poate beneficia de asistență din partea unui interpret al limbajului mimico-gestual doar la sediul unui SPAS din zece și doar la sediul a aproximativ jumătate dintre DGASPC-

95 Grigoraș et al. (coord.), Banca Mondială (2020: 12).

96 Legea nr. 448/2006, art. 61-64.

97 Extrase dintr-un chestionar Q2A.

urile din țară. În cazul utilizatorilor de scaun rulant, accesul fizic este de asemenea unul foarte limitat, deoarece majoritatea acestor sedii nu sunt dotate cu rampe, nu au locuri de parcare speciale sau nu sunt echipate cu toalete accesibilizate.⁹⁸ De asemenea, așa cum am arătat mai sus, comunicarea offline este rareori adaptată la nevoile persoanelor cu deficiențe de vedere.

Pe lângă accesibilizarea în funcție de tipul de dizabilitate, și adaptările adresate grupurilor vulnerabile analizate în cadrul acestui raport sunt, la rândul lor, extrem de limitate. Așa cum reiese



2.8

„Recent am avut nevoie să fac un certificat de handicap pentru un membru al familiei. Eu sunt nevăzător complet. Mă bazez masiv pe comunicarea la distanță, deoarece deplasarea la sediul instituției este mult prea complicată. În plus, era vorba de a obține niște informații de bază, în speță aveam nevoie să știu care sunt documentele necesare pentru depunerea dosarului în vederea obținerii încadrării în grad de handicap. Înainte de a trece la barierele de acces, aș vrea să subliniez câteva aspecte extrem de importante. Eu folosesc tehnologiile de acces de peste 20 de ani. Am calculator de mic și sunt un utilizator avansat. Nu doar că m-a pasionat de mic tehnologia, dar și lucrez în domeniu. Sunt expert în accesibilitate, iar de-a lungul timpului am oferit consultanță atât instituțiilor

din Figura 5, în mai multe județe (19), SECPAH-urile au adaptat informarea și comunicarea doar în cazul persoanelor nedeplasabile, deoarece în această situație au obligația să asigure evaluarea la domiciliul persoanei solicitante. Adaptările destinate tuturor celorlalte categorii – tinerii și persoanele vârstnice, persoanele aflate în detenție, persoanele fără școală sau cu un nivel scăzut de educație, persoanele din mediul rural (inclusiv din zonele izolate), persoanele fără adăpost și cele din instituții sociale (administrare de către DGASPC) – sunt disponibile numai în câteva județe.

publice, cât și operatorilor privați. Spun toate acestea ca să contextualizez, să subliniez faptul că nu sunt un începător care se încurcă în butoane. Și cu toate acestea, nu am reușit să îmi extrag informațiile de care aveam nevoie de pe site-ul instituției, <https://www.das-voluntari.ro/>. Deși pe site există o secțiune „Documente necesare” eu nu am reușit sub nici o formă să o accesez, cu tot arsenalul de mijloace tehnice pe care îl cunosc. A trebuit să sun, să fiu preluat de către cineva, cineva care m-a trimis la site-ul inaccesibil. De abia după ce i-am explicat speța mi-a dat informațiile necesare. Și situațiile de genul acesta nu sunt izolate. Măsurile de accesibilizare luate de unele instituții sunt, de cele mai multe ori, luate în necunoștință de cauză. Companiile subcontractate, de cele mai multe ori, nu au habar despre implementarea corectă a standardelor de accesibilitate. Până când nu vom avea un cadru legislativ și educațional pentru pregătirea specialiștilor și recunoașterea acestora ca atare, într-un mod oficial, singura soluție rămâne angrenarea persoanelor cu dizabilități și a organizațiilor reprezentative în construirea unui plan de accesibilizare și în procesul de audit.” (Interviu cu PAH, bărbat)

Figura 5: Numărul de SECPAH-uri care au adaptat procedurile de comunicare a informațiilor referitoare la evaluare pentru grupurile vulnerabile



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

98 Grigoraș at al. (coord.), Banca Mondială (2020: 52).

Tabel 4: Accesibilitatea comunicării offline

Accesibilitatea comunicării offline	URBAN		RURAL			Eșantion total SPAS	JUDEȚ SECPAH (DGASPC)
	Orașe mari	Orașe mici	Comune tip 1	Comune tip 2	Comune tip 3		
Număr de cazuri, dintre care, echipate cu...	18	10	12	15	16	71	36
a. Semne în limbaj Braille plasate într-un loc ușor de identificat și accesibilizat	0	0	1	0	1	2	8
b. Pictograme ușor de înțeles și plasate la o înălțime corespunzătoare	3	0	2	1	0	6	16
c. Aviziere electronice corespunzătoare	1	1	1	1	0	4	5
d. Fișiere audio, texte tipărite în Braille, texte redactate în limbaj simplificat	2	0	1	0	0	3	11
e. Interpreți autorizați pentru limbaj mimico-gestual	5	0	1	1	0	7	19
f. Persoană desemnată pentru asistarea persoanelor cu dizabilități, care să știe să vorbească în limbaj simplu, ușor de înțeles de către persoanele cu dizabilități intelectuale	7	0	3	4	0	14	19
g. Informații în limbaj simplificat (ușor-de-citit-și-de-înțeles)	9	1	4	5	0	19	31
h. Orice alte adaptări disponibile pentru a facilita accesul la informație al persoanelor cu diferite tipuri de deficiențe	7	3	4	5	1	20	25
i. Alte proceduri aprobate de DGASPC cu privire la comunicarea cu persoanele cu dizabilități (de ex. protocoale cu ONG)	2	0	2	2	1	7	19
Nici una dintre variantele de mai sus	4	7	5	7	15	38	0
Cel puțin una dintre variantele de mai sus	14	3	7	8	1	33	36

Surse: Studiul SPAS, cu răspunsuri din 26 de județe, ianuarie-februarie 2021. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021

Notă: Orașe mici = Orașe cu până în 20 de mii de locuitori, la 1 ianuarie 2020; Orașe mari = orașe cu >20 de mii de locuitori, la 1 ianuarie 2020; rural = comune de orice tip; comune de tip 1 = comune dezvoltate și situate la mică distanță de reședința de județ; comune de tip 2 = alte comune (localități rurale obișnuite); comune de tip 3 = comune subdezvoltate și izolate.

CASETA 5

Speranțele exprimate de persoanele cu dizabilități și organizațiile care le reprezintă cu privire la accesibilitatea site-urilor

Un site accesibil înseamnă că poate fi folosit de către (aproape) toată lumea indiferent de limitările personale, fie ele de natură senzorială, cum ar fi lipsa văzului sau a auzului, motorii sau cognitive.

ACCESIBILIZAREA WEB PENTRU NEVĂZĂTORI

Pentru a folosi un dispozitiv electronic (tabletă, smartphone, laptop etc.), un nevăzător poate utiliza fie un cititor de ecran („screenreader”), fie un ecran Braille. Cititoarele de ecran sunt capabile să citească orice fel de text, indiferent de limbă sau de semnele de punctuație, însă nu pot interpreta imagini. Un text scris pe o imagine, un document scanat într-un format tip poză sau PDF care nu a trecut prin procesul de recunoaștere optică a caracterelor nu poate fi însă citit de un nevăzător care folosește un astfel de program. O pagină web accesibilizată pentru nevăzători ar trebui să ofere cel puțin următoarele opțiuni utilizatorului:

- Imaginile includ un text alternativ, o descriere care nu este vizibilă, dar care va putea fi citită de către cititorul de ecran pentru a anunța conținutul imaginii.
- Fiecare bloc de text conține un antet sau un ARIA code.⁹⁹ Acest antet sau „heading” este un titlu codificat diferit decât restul textului. Cu ajutorul acestor anteturi un nevăzător poate naviga cu ușurință de la o secțiune la alta folosind o simplă scurtătură din tastatură – litera „H” de obicei. Anteturile pot fi folosite pentru stabilirea, spre exemplu, a meniului, începutul și diferitele secțiuni ale articolului/paginii, secțiunea de ajutor etc.
- Codurile CAPTCHA includ o variantă audio. Un cod CAPTCHA (Completely Automated Public Turing test to tell Computers and Humans Apart) este utilizat pentru a evita completarea automată a formularelor de către roboți și/sau servicii automatizate. Prin prisma funcției lor, codurile CAPTCHA sunt neaccesibile cititoarelor de ecran. Pentru astfel de coduri este obligatorie folosirea unei soluții alternative audio, precum cea utilizată de Google, numită reCAPTCHA.
- Meniurile sunt de tip acordeon și paginile interactive sunt limitate. Meniurile care se deschid în momentul în care pui pointerul de la mouse pe un anumit link și care, la rândul lor, deschid alte submeniuri sunt aproape imposibil de folosit de către persoanele care folosesc tehnologiile de acces.

ACCESIBILIZAREA WEB PENTRU SLAB VĂZĂTORI

Problemele de vedere sunt variate, motiv pentru care soluțiile de accesibilizare trebuie să fie adaptate fiecărei afecțiuni în parte. În cazul persoanelor slab văzătoare nu există o soluție general valabilă ca în cazul nevăzătorilor. Însă există un model de bune practici folosit la nivel internațional. O pagină web accesibilizată pentru persoanele slab văzătoare ar trebui să ofere cel puțin următoarele opțiuni utilizatorului:

- Să ofere posibilitatea de mărire/micșorare a textului și/sau a contrastului.
- Să ofere mai multe scheme de culori și/sau să permită inversarea culorilor (spre exemplu, negru pe alb/alb pe negru, negru pe galben etc.).
- Să folosească fonturi ușor de citit.
- Să fie responsive, adică să își păstreze aspectul indiferent de mărimea ecranului folosit sau de programul de mărire pe care îl folosește un slab văzător.

⁹⁹ ARIA - Accessible Rich Internet Applications este un set de atribute care definesc modalități de a face conținutul web și aplicațiile web (în special cele dezvoltate cu JavaScript) mai accesibile pentru persoanele cu dizabilități.

ACCESIBILIZAREA WEB PENTRU PERSOANELE CU DEFICIENȚE AUDITIVE

În ceea ce privește necesitatea de accesibilizare a informației pentru persoanele surde și hipoacuzice, accentul principal se pune pe mesajele scrise și pe cele transmise în limba semnelor („limbaj mimico-gestual”). O pagină web accesibilizată pentru persoanele cu deficiențe auditive ar trebui să ofere cel puțin următoarele opțiuni utilizatorului:

- Informația comunicată include suport scris (nu trebuie să existe mesaje care să fie exclusiv audio pe site-uri).
 - Materialele publicate (diferite comunicări, mesaje, regulamente etc.) sunt interpretate în limba semnelor, în special pentru membrii Comunității Surzilor care folosesc limba semnelor ca limbă maternă.
 - Materialele interpretate în limba semnelor sunt și subtitrate deoarece nu toate persoanele deficiente de auz cunosc limba semnelor, ci folosesc scris-cititul pentru comunicarea cu persoanele auzitoare.
- În cazul în care se asigură servicii de interpretare la sediul instituției/ organizației sau în alte condiții, acest lucru este anunțat pe site.

ACCESIBILIZAREA PENTRU PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI INTELLECTUALE

În ceea ce privește persoanele cu dizabilități intelectuale, și aici este nevoie de o adaptare a informației, în sensul simplificării și atenției acordate modului de prezentare, indiferent dacă informația este tipărită pe suport de hârtie sau este prezentată electronic. Utilizarea limbajului *easy-to-read* tradus ca *ușor de citit* este extrem de importantă pentru că ajută persoanele cu dizabilități intelectuale să învețe lucruri noi, să fie mai bine informate, să-și cunoască drepturile și să poată face alegeri, și nu în ultimul rând să simtă ca sunt parte din comunitatea și societatea românească. Atunci când dezvoltăm un material *ușor de citit*, nu ne gândim doar la limbaj și conținut, dar și la ilustrații, design și aspect. Există câteva reguli de bază de care trebuie să ținem cont atunci când dezvoltăm un text *ușor de citit*, și anume:

- Titlul trebuie să fie simplu și ușor de citit, preferabil bold-uit.
- În privința materialului, cu excepția primei pagini, acesta trebuie să fie numerotat pe fiecare pagină în partea din dreapta jos iar fontul utilizat este cel recomandat de federațiile europene ale persoanelor cu dizabilități intelectuale, respectiv Arial, size 14 (minim).
- Cuvintele folosite sunt simple și comune, conținute în propoziții scurte. Se evită despărțirea cuvintelor astfel încât o parte din cuvânt este pe o linie și restul pe următoarea linie.
- Propozițiile încep cu aliniat, sunt scurte și conțin pe cât posibil un mesaj pozitiv. Ele sunt completate obligatoriu de imagini corespunzătoare (desene, simboluri, pictograme, poze etc.) care să faciliteze o mai bună înțelegere a textului/mesajului.
- Se încurajează folosirea exemplelor concrete pentru a explica și mai bine mesajul.



Concluziile capitolului 2

1

Sistemele de protecție socială furnizate „la cerere”, așa cum este evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap, depind foarte mult de accesul persoanelor la informații suficiente pentru a-și putea depune dosarul. În lipsa unor eforturi de informare adecvate, este posibil ca populația vizată sau grupurile vulnerabile să nu dețină cunoștințele sau capacitatea de care au nevoie pentru a solicita ajutorul, riscând să rămână în afara sistemului. Analiza prezentată în acest capitol indică faptul că, la nivelul evaluării în vederea încadrării în grad și tip de handicap, sunt necesare eforturi mai consistente pentru respectarea prevederii CDPD (art. 9) privind asigurarea accesibilității la informare și comunicare, pentru a da posibilitatea tuturor persoanelor cu dizabilități să se bucure pe deplin de toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului.¹⁰⁰

2

Actuala interfață dintre persoane și instituții reprezintă o „verigă slabă” a sistemului din domeniul dizabilității. Informațiile furnizate sunt incomplete și insuficient adaptate la diferitele tipuri de dizabilități și la grupurile vulnerabile expuse riscurilor sociale. În această etapă, principalul risc prezentat de o comunicare deficitară îl reprezintă neaccesarea populației țintă, care nu află de existența programului ori nu reușește să înțeleagă programul sau modalitatea de înregistrare.

3

Trebuie modificat mesajul cheie, din „handicap” în „dizabilitate”, în vederea susținerii reformelor care asigură trecerea sistemului de la o abordare medicală la una holistică. Acest fapt nu este posibil fără o modificare legislativă. Însă, în egală măsură, este nevoie de informare, educare și comunicare susținută pentru a schimba modul în care sunt percepuți actualii beneficiari, precum și percepția generală a dizabilității ca un „handicap” și a certificatului de încadrare în grad de handicap ca o compensație pentru anumite afecțiuni medicale.

4

O metodă folosită în unele țări pentru optimizarea informării inițiale este introducerea unui formular standardizat (de exemplu, un „formular verde”) ce trebuie completat de către toți medicii specialiști după ce stabilesc un diagnostic care este menționat în criteriile de încadrare în grad de handicap. Spre exemplu, în acest sens ar putea fi stabilită o listă de coduri de boală care să fie aprobată în comun de MS și MMPS. În plus, „formularul verde” ar putea fi însoțit de o broșură cu informații esențiale (privind posibilitatea încadrării în grad de handicap și principalii pași ai demersului) pe care unitatea sanitară ar trebui să o înmâneze persoanelor care primesc formularul completat de medic. Introducerea unei astfel de măsuri nu doar că ar avea potențialul de a îmbunătăți sensibil informare inițială a tuturor categoriilor de populație, dar ar crește și accesul la evaluarea dizabilității simultan cu o restrângere a oportunităților de a obține/elibera documente medicale asupra cărora există suspiciunea cu privire la realitatea sau corectitudinea informațiilor menționate în acestea.

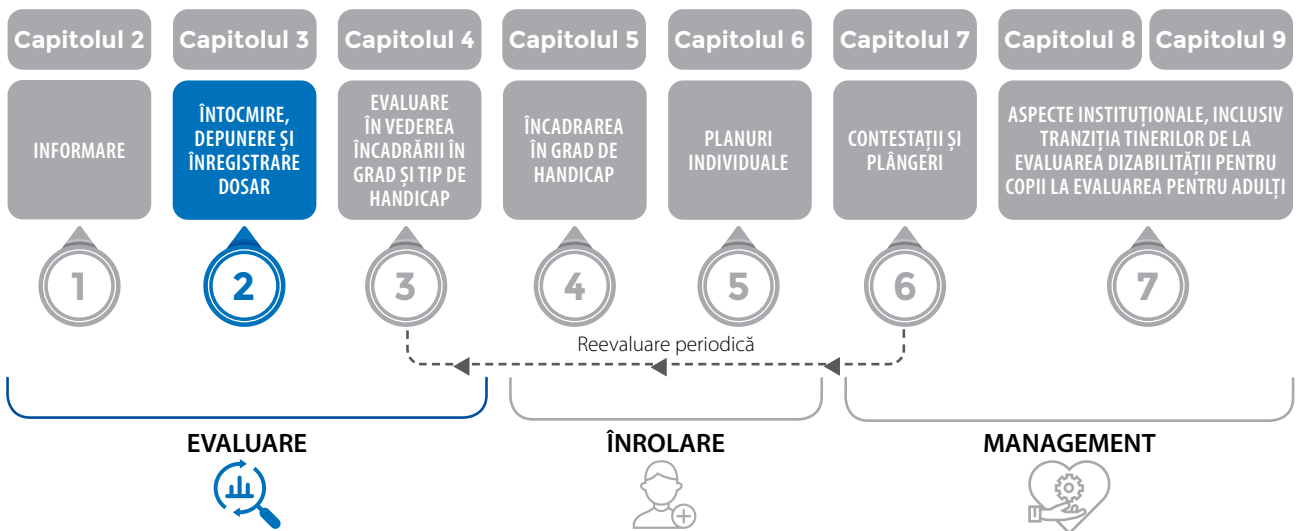
5

Site-ul ANDPDCA ar trebui să conțină o pagină dedicată, care să fie permanent actualizată, cu privire la evaluarea copiilor și a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap, pentru a compensa conținutul lacunar al site-urilor DGASPC-urilor și SPAS-urilor și pentru a asigura un acces echitabil la informații tuturor cetățenilor.

100 Preambulul Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD, punctul 22).



3. Întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului



Întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului reprezintă a doua etapă a demersului de încadrare în grad de handicap. La nivelul oricărui sistem de acordare a protecției sociale, obiectivul acestei etape este de a înregistra în mod eficient populația țintă și grupurile vulnerabile și de a le fi consemnate datele cu acuratețe. În continuarea etapei de informare (discutată în capitolul anterior), etapa de întocmire și depunere a dosarului implică activități desfășurate de solicitanții¹⁰² de servicii care, în acest scop, cer asistență, interacționează cu instituțiile și oferă informații și documente despre situația lor. Înregistrarea include activități ale instituțiilor de înscriere și verificare a informațiilor incluse în dosarele solicitanților de servicii. În mod specific, în sistemul de evaluare pentru încadrare în grad de

handicap din România, adulții care solicită certificat interacționează cu SPAS, SECPAH și CEPAN. Depunerea dosarului presupune parcurgerea de către solicitanți a pașilor necesari pentru obținerea documentelor medicale, a unei anchete sociale efectuate de SPAS și procurarea altor documente necesare pentru întocmirea dosarului (vezi Schema 3). Pașii ce trebuie făcuți în vederea întocmirii și depunerii dosarului, precum și înregistrării sunt analizați în secțiunile următoare, având în vedere nivelurile și aspectele mai detaliate ale modului în care se desfășoară, conexiunile cu celelalte etape ale demersului de încadrare în grad de handicap, diferitele moduri de operare la nivel local și județean, precum și opiniile și convingerile diferitelor părți interesate.

101 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

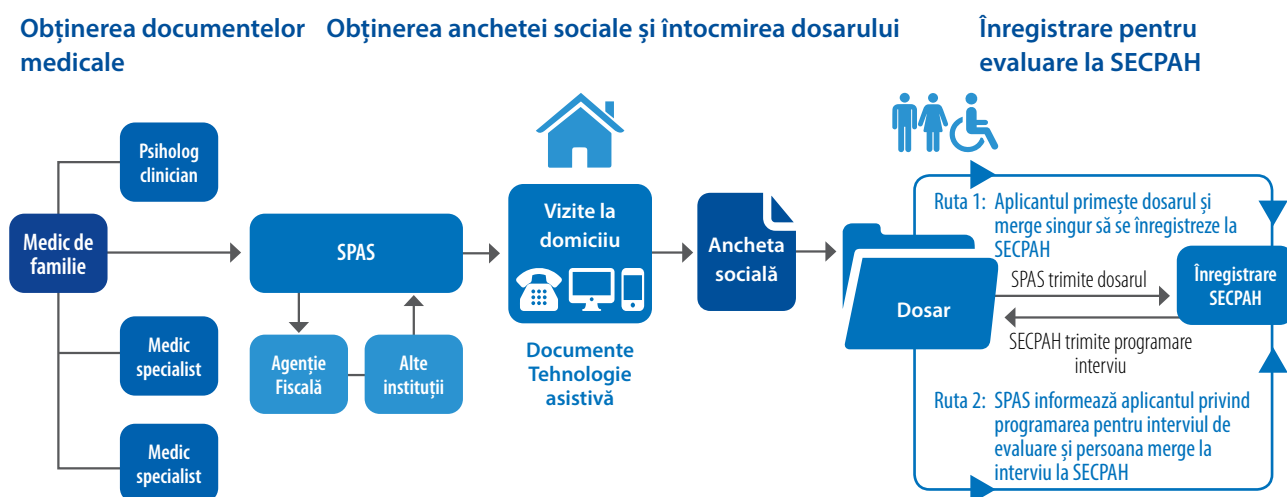
102 În această etapă a procesului, ne referim la persoane ca solicitanți, deoarece acestora nu li s-a acordat încă statutul de beneficiar.

3.1. Întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului: O privire de ansamblu

În cadrul etapei de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului, informațiile reprezintă elementul de bază, atât ca date de intrare, cât și ca date de ieșire. Astfel, pentru întocmirea dosarului, solicitanții colectează informații privind situația lor, de la diverse instituții. Apoi, informațiile din dosar sunt înregistrate și verificate de SPAS și ulterior de SECPAH. În pasul următor, sunt utilizate în procesul de evaluare complexă efectuată de SECPAH (vezi Capitolul 4). Odată încheiată evaluarea, întregul pachet de informații este transmis către CEPAH care decide încadrarea în grad de handicap. Prin urmare, sistemele de management a informațiilor joacă

un rol important de suport pentru toate procesele conținute în această etapă: înscrierea informațiilor în registre, verificarea, prelucrarea și utilizarea acestora, precum și pentru automatizarea tuturor acestor procese. În multe țări, informațiile furnizate de solicitanții de certificat de încadrare în grad de handicap sunt coroborate cu date suplimentare din surse administrative, cum ar fi registrele sociale. În România, evaluarea dizabilității se bazează exclusiv pe informațiile colectate și furnizate de solicitanți încă de la depunerea dosarului și, uneori, și în timpul fazei de evaluare, la solicitarea SECPAH.

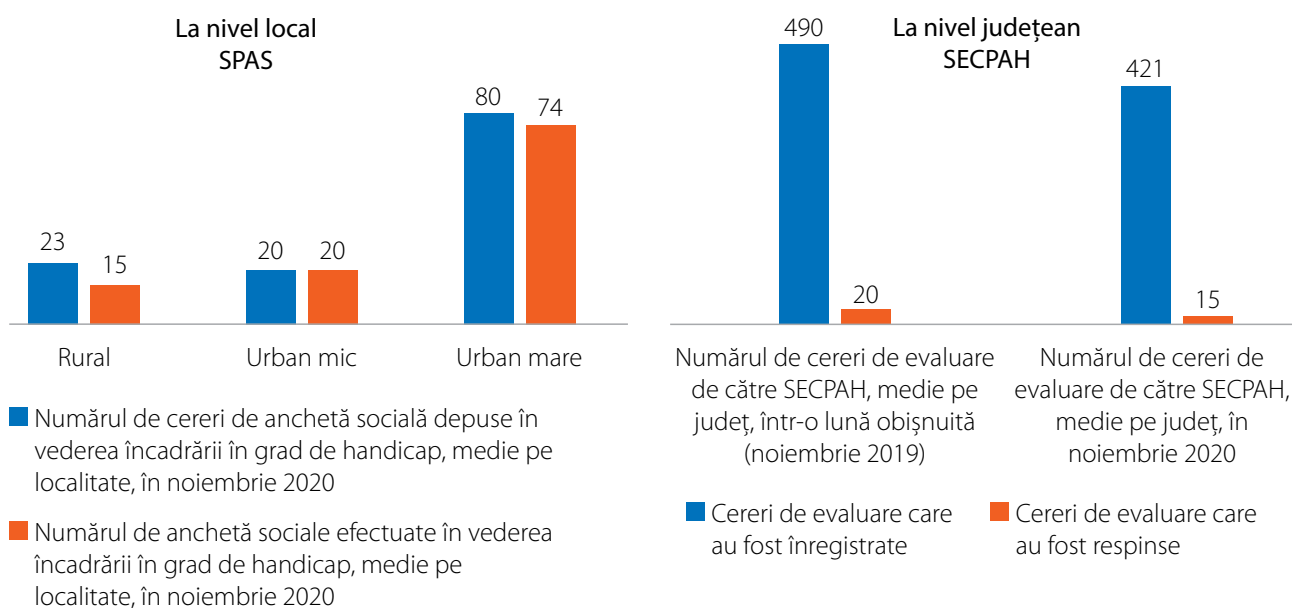
Schema 3: Principalii pași ai etapei de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului în vederea încadrării în grad de handicap.



Pentru corectarea posibilelor disfuncționalități și creșterea eficacității, orice sistem de acordare a protecției sociale trebuie să colecteze și să mențină informații cu privire la toți solicitanții, nu doar despre cei care devin în cele din urmă beneficiari. Referitor la demersul de încadrare în grad de handicap din România, nici SPAS și nici SECPAH nu păstrează date cu privire la persoanele care încep demersul și nu îl finalizează. Spre exemplu, persoane care depun cerere pentru anchetă socială și renunță înainte de a obține sau SPAS refuză să o realizeze din diferite motive. Sau persoane care obțin ancheta socială, dar renunță să aplice la SECPAH. Sau persoane

care completează cererea de evaluare la SECPAH, dar renunță înainte ca evaluarea să fie finalizată sau SECPAH nu le înregistrează, spre exemplu, pe motiv de dosar incomplet. Oricum, nici una dintre cele două instituții nu monitorizează fenomenul de renunțare la demersul de încadrare sau de refuz de înregistrare. În consecință, datele utilizate în acest capitol, care se referă și la persoanele ce părăsesc demersul pe parcurs, sunt doar estimări furnizate ca răspunsuri la studiile instituționale Q1_SPAS și Q2A_SECPAH și nu date solide din registre sau baze de date administrative.

Figura 6: Statistici generale privind fluxurile de intrări/ieșiri (numărul de cereri depuse și admise sau respinse/neefectuate), de-a lungul unei luni, corespunzătoare pașilor din etapa de depunere a dosarului și înregistrare (număr de persoane)



Sursa: Sondaj SPAS cu răspunsuri valide de la 57 de SPAS-uri, din mediul rural (N=33), urban mic (N=8) și urban mare (N=16), situate în 26 de județe, ianuarie-februarie 2021. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a gradului de handicap pentru adulți (SECPAH), din 32 județe cu răspunsuri valide, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Urban mic = orașe mici până la 20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Urban mare = orașe cu >20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Rural = comune din toate cele trei tipuri incluse în eșantion.

Conform actualelor reglementări, odată ce solicitantul obține documentele medicale și psihologice, trebuie să solicite la SPAS o anchetă socială. În pasul următor, SPAS solicită o serie de documente, precum o copie a actelor de identitate, documente care dovedesc statutul de angajat și veniturile, date despre domiciliu, și așa mai departe. După ce solicitantul aduce aceste documente, asistenții sociali (sau persoana cu atribuții de asistență socială) din SPAS efectuează ancheta socială obligatorie. După finalizarea anchetei sociale, SPAS verifică din nou existența tuturor documentelor necesare, iar dosarul poate fi considerat finalizat. Apoi, SPAS trimite solicitantul la SECPAH, unde el/ea trebuie să completeze o cerere de evaluare în vederea încadrării în grad de handicap, să înregistreze dosarul cu toate documentele și, în schimb, primește o programare pentru interviul de evaluare. Aceasta este secvența tipică de pași din cadrul etapei de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului. Există variații în modul în care se desfășoară lucrurile, dintre care cele mai des întâlnite sunt prezentate în secțiunile următoare. Aici, prezentăm doar statisticile globale corespunzătoare acestor pași, pentru a indica dimensiunea fluxurilor de intrare și ieșire a

solicitanților de la un pas la altul.

În România nu sunt disponibile date despre numărul de persoane diagnosticate de un medic de specialitate cu o afecțiune dintre cele menționate în criteriile de încadrare în grad de handicap, nici despre numărul de persoane care au cerut/primit o scrisoare medicală din partea medicilor de familie sau care au încercat să obțină documentele medicale pentru solicitarea certificatului, într-o anumită perioadă de referință (lună sau an). Cu alte cuvinte, nu se pot face nici măcar estimări grosiere asupra dimensiunii fenomenului de renunțare/refuz pe parcursul demersului de obținere a documentelor medicale. Nu se poate afla, populația care depune eforturi în acest sens și nici șansele de succes/eșec corespunzătoare acestui prim pas.

Studiile realizate pentru acest raport permit însă o imagine asupra fenomenului de renunțare/refuz în următorii pași, cei legați de obținerea anchetei sociale de la SPAS și de înregistrarea cererii de evaluare la SECPAH. Astfel, Figura 6 arată numărul mediu de persoane pe tip de localitate care solicită o anchetă socială la SPAS, precum și numărul de anchete sociale efectuate ca răspuns la aceste solicitări, într-o lună. Datele indică faptul că, atât în mediul urban, cât și în cel rural, într-o lună,

există aproximativ 6-8 de persoane pe localitate, în medie, care depun cererea, dar nu beneficiază de o anchetă socială. Acesta este un efect combinat al refuzului din partea SPAS și al renunțării din partea solicitanților. Cel mai frecvent motiv pentru refuzul de a efectua o anchetă socială este lipsa actelor de identitate sau faptul că actele de identitate nu sunt actualizate sau lipsa unei reședințe stabile în cadrul unității administrativ-teritoriale respective, după cum s-a declarat în chestionarele Q1_SPAS. În cazuri extreme, așa cum se arată în interviuri, refuzurile se bazează pe politica primarului „fără handicap în comuna mea”. Motivele pentru abandonul solicitanților sunt mult mai diverse, unele legate de dificultatea procesului, iar altele legate de stigmatizare și practicile discriminatorii împotriva beneficiarilor unui certificat de încadrare în grad de handicap (din partea angajatorilor, dar și a populației în general).

La nivel județean, în medie, pe lună, SECPAH/DGASPC-urile resping aproximativ 15-20 de cereri de evaluare a gradului de handicap, în principal pentru că nu sunt însoțite de dosarul complet corespunzător (vezi secțiunea 3.4.2). Aceste estimări sunt doar orientative, deoarece există discrepanțe semnificative atât între SPAS-urile din diferite localități, cât și între județe. Printre SPAS-urile incluse în sondaj, numărul de cereri de anchetă socială, respectiv de anchete sociale efectuate, variază de la minimum 1 la maximum 140, în zonele rurale, și între 10 și 240, în orașele mai mari. De asemenea, la nivelul SECPAH, variația pentru noiembrie 2020 se extinde de la un nivel scăzut de 175 de cereri admise, la un nivel ridicat de 700, în timp ce numărul de cereri respinse se situează între zero și 70.¹⁰³ Acest lucru este în concordanță cu disparitățile mari dintre județe în ceea ce privește populația de persoane cu dizabilități, după cum se arată în capitolul 1.3.



3.1

„- Sunt multe situații în care abandonează persoana în cauză, pentru că li se pare mai greu să obțină aceste documente medicale și nu prea știu în mare parte în ce se vor încadra ca și sumă. Au fost situații în care depunea dosarul unul dintre fii și celălalt frate renunță. ... Sau nu vin pentru că nu știu că pot avea și o pensie de invaliditate, iar după ce i-am informat noi, mulți s-au dus să obțină și de acolo. [...]

- Noi am avut 3-4 situații în care persoanele dețineau un certificat de mult timp, iar în 2018 când s-au retipărit certificatele, au venit să renunțe pentru că s-au căsătorit și nu voiau să aștepte partenerul. Alții voiau să meargă la muncă sau în alte situații voiau să fie asistent maternal și nu doreau să se știe ... sau fiica a cerut renunțarea.” (Focus grup SECPAH)

3.2. Obținerea documentelor medicale

Conform HG nr. 430/2008 (art. 6), dosarul în vederea încadrării în grad de handicap pentru persoane adulte trebuie să conțină următoarele documente medicale: (1) referat privind situația medicală actuală, elaborat de un medic specialist;¹⁰⁴ (2) scrisoare medicală standard din partea medicului de familie, numai în cazul primei evaluări (de-a lungul vieții) în vederea încadrării; (3) copii ale biletelor de externare din spital, dacă este cazul; și (4) investigații paraclinice solicitate de SECPAH.¹⁰⁵ De asemenea, pentru unele afecțiuni medicale este necesară o evaluare psihologică de la un psiholog clinician. SPAS verifică dacă documente medicale sunt la dosar. În pasul următor, un reprezentant SECPAH/DGASPC verifică întregul pachet de

documente medicale în momentul înregistrării dosarului, iar ulterior specialiștii SECPAH le utilizează în faza de evaluare complexă, când pot solicita investigații paraclinice sau referate medicale suplimentare, dacă este necesar.

Există trei probleme principale legate de faza de obținere a documentelor medicale și psihologice. Prima se referă la accesibilitatea financiară și geografică a serviciilor de sănătate specializate. A doua este legată de suspiciunile de fraudă și de modul în care sunt abordate acestea. În fine, a treia se referă la cunoștințele limitate privind criteriile de încadrare în grad de handicap ale multor cadre medicale. Această secțiune va aprofunda aceste trei probleme principale.

103 Diferențele pentru noiembrie 2019 (sau o lună obișnuită) au fost chiar mai mari. Cererile admise au variat între 190 și 1.043, în timp ce numărul celor respinse a fost între 0 și 100.

104 Legea nu prevede cerințe exprese cu privire la specialitatea medicală.

105 Pentru copii se solicită un pachet similar de documente medicale, și anume un certificat medical A5 de la un medic specialist și un rezumat al fișei medicale de la medicul de familie, numai în cazul primei prezentări la SECPAH.

Tabel 5: Obligația de a plăti pentru documentele medicale (număr)

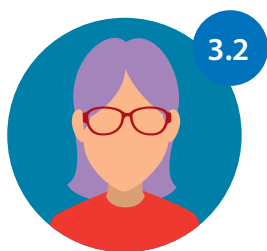
	ADULȚI		COPII	
	SPAS	SECPAH	SPAS	SECC
Total, din care:	71	36	71	32
Colectează informații despre necesitatea de a plăti pentru documentele medicale solicitate	14	12	7	10
Raportează că solicitantii plătesc pentru ...:				
- referatul medical/certificatul medical A5, de la un medic specialist	10	12	5	8
- scrisoarea medicală/rezumatul fișei medicale, de la medicul de familie	7	8	4	5
- evaluarea psihologului clinician, care este necesară pentru anumite afecțiuni medicale	23	25	14	24

Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri din 26 județe; sectoarele Bucureștiului nu sunt incluse, deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul SPAS, ianuarie-februarie 2021. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a gradului de handicap pentru adulți (SECPAH) și copii (SECC), din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Prima problemă principală legată de faza de obținere a documentelor medicale se referă la accesibilitatea financiară și geografică a serviciilor de sănătate specializate. Pe de o parte, persoanele care solicită încadrarea în grad de handicap beneficiază de gratuitate pentru obținerea documentelor medicale și pentru evaluările medicale și psihologice necesare întocmirii dosarului de evaluare complexă, în baza alocărilor din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.¹⁰⁶ Pe de altă parte, în temeiul contractului-cadru încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, documentele solicitate la cerere în vederea încadrării și

reevaluării gradului de handicap pentru adulți nu sunt incluse în scutirea de taxe.¹⁰⁷ O persoană care nu își poate permite să plătească pentru obținerea documentelor medicale trebuie să aștepte, uneori câteva luni, pentru investigații medicale gratuite, în funcție de plafonul disponibil.

Un număr redus de SPAS-uri și SECPAH/SECC colectează date despre necesitatea de a plăti pentru documentele medicale solicitate în dosarul de încadrare (Tabelul 5). Majoritatea celor care colectează date declară că solicitantii trebuie să plătească, atât pentru documentele de la medicii specialiști, cât și pentru cele de la medicii de familie.



„Una dintre principalele probleme este că unele dintre documentele medicale trebuie să fie prezentate în original. Nu numai în contextul COVID-19, ci în general, problema este că în zonele rurale nu există medici specializați, astfel că oamenii trebuie să se deplaseze la oraș pentru a obține documentele necesare.” (Interviu reprezentant ONG, Brașov)

Această situație este raportată mai ales în cazul adulților și foarte rar în cazul copiilor, fiind specifică adulților din zonele rurale, în principal deoarece, în multe cazuri, cele mai apropiate servicii de sănătate specializate sunt cabinetele private.

Specialiștii SECPAH au furnizat estimări în cadrul sondajului de opinie,¹⁰⁸ conform cărora, în medie, într-o lună obișnuită din perioada pre-COVID, 75% din numărul total de solicitanți adulți au fost obligați să plătească pentru documentele medicale.¹⁰⁹

106 Articolul 10, alin. (2) din Legea nr. 448/2006, actualizată la punctul 3, articolul unic din Legea nr. 145 din 22 iulie 2020.

107 Articolul 205, alin. (1) lit. (i) din Anexa la HG nr. 140/2018.

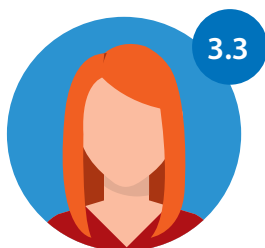
108 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201) și a copiilor (SECC, N=187), ianuarie-februarie 2021, din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București.

109 Cu o abatere standard corespunzătoare de numai 28%.

În 15 județe, obligația de a plăti pentru documentele medicale este considerată ca fiind „în mare măsură”¹¹⁰ o barieră pentru accesul la evaluarea complexă, în timp ce în celelalte județe, specialiștii SECPAH nu o menționează printre barierele de acces. Grupurile de persoane adulte raportate a fi cele mai afectate includ persoanele în vârstă, cele din zonele rurale, persoanele care locuiesc singure (fără ajutor din partea membrilor de familie), persoanele sărace sau din gospodării cu venituri mici și persoanele fără adăpost.

Spre comparație, în ceea ce privește copiii, specialiștii SECC estimează că aproximativ 22% din

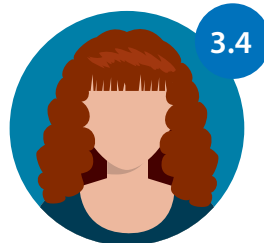
numărul total de solicitanți copii au fost obligați să plătească pentru documentele medicale, într-o lună obișnuită pre-COVID.¹¹¹ Însă, doar în trei județe, specialiștii SECC apreciază că această obligație reprezintă „într-o mare măsură”¹¹² o barieră de acces. Grupurile de copii/tineri menționate ca fiind cele mai afectate includ gospodăriile sărace și copiii lăsați în țară de părinții migrați care nu au un reprezentant legal desemnat. Reprezentanții ONG-urilor au împărtășit opinii similare în cadrul interviurilor și au adăugat grupul de persoane fără asigurare de sănătate printre cele mai afectate.¹¹³



3.3

„În situația în care, persoanele au venituri foarte mici și nu sunt asigurate prin CAS [Casa de Asigurări de Sănătate], iar analizele medicale care sunt solicitate pentru depunerea dosarului de încadrare în grad și tip de handicap, nu se decontează de către CAS, persoanele renunță la procedura de întocmire dosar. Persoanele care nu sunt asigurate, de exemplu sunt aproape de vârsta legală de pensionare și sunt bolnave și se pot încadra într-o categorie de persoane cu handicap. În București există ONG-uri sau colaborări între Primăria Generală a capitalei și Regina Maria – Rețeaua privată de sănătate, care oferă un pachet minim de analize gratuite pentru persoanele care întocmesc dosarul de încadrare în grad și tip de handicap. Acest lucru nu este valabil în țară, acolo este dezastru! [...] Persoanele neasigurate care trebuie să întocmească dosarul de încadrare în grad și tip de handicap, dacă sunt nevoite să plătească analizele medicale, renunță. Cred că trebuie implementate niște politici sociale foarte clare pe latura aceasta.” (Interviu reprezentant ONG, București)

În plus, în focus grupuri, specialiștii SECPAH au menționat o altă problemă structurală a sistemului de sănătate din România, care provoacă dificultăți sau chiar renunțarea la depunerea dosarului. Aceștia au făcut referire la distribuția inegală a serviciilor de evaluare imagistică la nivelul județelor, în condițiile în care sunt multe afecțiuni în care sunt necesare acest tip de investigații. În unele perioade, în unele județe nu a fost disponibilă efectuarea niciunei tomografii computerizate de la unitățile de sănătate publică. În cazul altor tipuri de dizabilități, dificultățile nu se referă la „vechile” probleme structurale, ci la schimbările implementate ca efect al pandemiei de COVID-19. Spre exemplu, persoanele care suferă de HIV/SIDA au întâmpinat dificultăți serioase în obținerea documentelor necesare de la un medic din spitalele publice, deoarece acestea au devenit spitale COVID-19 și au fost copleșite de numărul pacienților.



3.4

„Persoanele care abandonează – în multe afecțiuni se solicită examene imagistice, la un moment dat nu mai aveam la nivelul județului niciun aparat funcțional – în sistemul public ar dura câteva luni, în sistemul privat ar costa foarte mult, nu se decontează aceste cheltuieli pentru aceste investigații.” (Focus grup SECPAH)

110 Cu valori medii de 4 sau 5, pe o scală de la 1 – într-o măsură foarte mică- până la 5 – într-o măsură foarte mare.

111 Cu o abatere standard corespunzătoare de 26%.

112 Cu valori medii de 4 sau 5, pe o scală de la 1- într-o măsură foarte mică până la 5- într-o măsură foarte mare.

113 Din cele 20 de ONG-uri intervievate, 11 oferă servicii de asistență și sprijin în obținerea documentelor necesare, și anume intermedierea, trimiterea și însoțirea la medici specialiști, sprijin pentru evaluarea unui psiholog clinician și sprijin financiar. Cele mai multe dintre acestea sunt ONG-uri cu un număr mare de membri și furnizează aceste servicii prin toate filialele lor.



3.5

„Când vine vorba de afecțiuni din sfera bolilor psihice/tulburările mentale există o anumită inerție atât a persoanei afectate cât și a familiei. Astfel după debutul unei afecțiuni, primul gând nu este acela de încadrare în grad, deoarece există speranța vindecării, astfel încât solicitarea încadrării în grad de handicap urmează după niște ani de eforturi/speranțe. [...] Strict din perspectiva tulburărilor psihice/afecțiuni mentale/maladii psihice este mai rar fenomenul ca o persoană tânără cu debutul afecțiunii după 16 ani, imediat să și solicite certificatul de încadrare în grad de handicap, de obicei durează mai mult.” (Interviu reprezentant ONG, Sibiu)



3.6

„Trebuie să privim separat grupul 1 al persoanelor cu posibile afecțiuni psihice și grupul 2 al celor cu afecțiuni motorii/somatice/fizice. Procentul celor care solicită certificat de încadrare în grad de handicap din grupul 2 este mai mare. De obicei aceștia au în jurul lor familia care va instrumenta aceste demersuri, pe când pentru tinerii din grupul 1, familia va fi tentată să temporizeze demersurile, astfel în acest caz procentul ar putea fi mai mic.” (Interviu reprezentant ONG, Sibiu)

Reprezentanții, atât ai SPAS, cât și ai SECPAH/SECC, au declarat, pe baza interacțiunilor lor cu solicitanții, că cei mai mulți dintre ei/ele trebuie să plătească pentru o evaluare la un psiholog clinician, necesară în cazul problemelor de sănătate mintală (Tabelul 5). Această situație este comună copiilor și adulților din mediul urban și rural.

În sondajul de opinie,¹¹⁴ specialiștii SECPAH au furnizat informații suplimentare. În primul rând, au estimat că într-o lună obișnuită pre-COVID, în medie, aproximativ 300 din totalul de 490 de dosare (sau 61%) au nevoie de o evaluare a unui psiholog clinician. În al doilea rând, au raportat că, în medie, 72% dintre solicitanții adulți cu deficiențe intelectuale au fost obligați să plătească pentru documentele medicale.¹¹⁵ Cu toate acestea, doar 7 SECPAH-uri apreciază obligația de a plăti evaluarea psihologică ca fiind „într-o mare măsură”¹¹⁶ o barieră pentru accesul adulților la evaluarea complexă.

În ceea ce privește solicitanții copii, toți trebuie să furnizeze o evaluare a psihologului clinician la prima evaluare și apoi numai în cazurile prevăzute de lege (aproximativ 75 de cereri, în medie, pe județ, într-o lună obișnuită pre-COVID). Potrivit

specialiștilor SECC, aproximativ 45% dintre copii plătesc pentru acest document,¹¹⁷ dar numai pentru că „mulți părinți aleg să meargă la privat”. În consecință, specialiștii SECC nu consideră acest lucru ca fiind o barieră care împiedică accesul copiilor la evaluarea gradului de handicap.¹¹⁸ Reprezentanții ONG intervievați împărtășesc opiniile SECPAH/SECC și arată că, în special copiii și tinerii cu probleme de sănătate mintală sau cu afecțiuni psihice tind să întârzie solicitarea unui certificat ca efect al „speranței de vindecare” sau al temerii de stigmatizare.

A doua problemă principală legată de faza de obținere a documentelor medicale se referă la suspiciuni de fraudă și la modul în care sunt abordate cazurile suspectate de fraudă. Conform răspunsurilor la sondajul SPAS, cazurile de fraudă legate de documentele medicale necesare pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap par a fi foarte rare. În ultimii 3 ani (2018-2020), dintre cele 71 de SPAS cuprinse în eșantion, doar 3 orașe mari au raportat un total de 6 plângeri cu privire la suspiciuni de fraudă, privind declararea unei afecțiuni medicale de către o persoană adultă,

114 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201) și a copiilor (SECC, N=187), ianuarie-februarie 2021, din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București.

115 Cu o abatere standard corespunzătoare de numai 31%.

116 Cu valori medii de 4 sau 5, pe o scală de la 1- într-o măsură foarte mică până la 5- într-o măsură foarte mare.

117 Cu o abatere standard corespunzătoare de 31%.

118 O valoare medie de 2 și abaterea standard sub 1, pe o scală de la 1- într-o măsură foarte mică până la 5- într-o măsură foarte mare.

din partea familiei, vecinilor sau altor persoane sau instituții. Și doar un oficiu SPAS a raportat un caz cu privire la un copil. În aceeași perioadă, niciun SPAS nu a inițiat o procedură *din oficiu* în vreun caz suspectat de fraudă a documentelor medicale. În mod similar, doar un SPAS dintr-un oraș mai mare a declarat că are o procedură aprobată cu privire la modul în care sunt tratate cazurile suspectate de fraudă, dar nu a trimis-o în pachetul de răspuns la sondaj. Toate celelalte SPAS-uri nu au o astfel de procedură, deoarece „nu este necesar”. O practică a aproape tuturor SPAS-urilor este de a efectua o verificare ad-hoc sau de a înregistra suspiciunea în ancheta socială și de a notifica SECPAH/SECC; foarte puțini trimit cazurile la alte instituții, cum ar fi Direcția Județeană pentru Sănătate Publică, Colegiul Medicilor din România, Poliția/Parchet etc.¹¹⁹

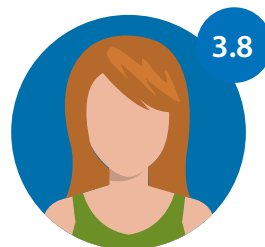
La nivel județean, aproape jumătate (17) din SECPAH cuprinse în sondaj au raportat plângeri cu privire la suspiciuni de fraudă în ceea ce privește declararea unei afecțiuni de către o persoană adultă; un număr între 1 și 65 pe județ, în 2020.¹²⁰ În contrast,

un singur SECC a raportat astfel de cazuri. Dintre toate serviciile de evaluare complexă, 11 dintre cele pentru adulți (SECPAH) și 6 dintre cele pentru copii (SECC) au elaborat o procedură privind modul în care ar trebui tratate cazurile suspectate de fraudă a documentelor medicale. Cu toate acestea, indiferent dacă au sau nu o procedură specifică, ambele servicii investighează orice suspiciune de fraudă (30 din cele 36 SECPAH incluse în sondaj și 27 din cele 32 SECC). Cele mai multe investigații au fost inițiate la cererea DGASPC (inclusiv *din oficiu*), dar și a Agenției Județene pentru Plăți și Inspecție Socială, Poliției/Parchetului, Prefecturii, Telefonului Adultului, ANDPDCA, sau a persoanelor din comunitate.¹²¹ Practica dominantă este de a solicita un examen medical suplimentar, iar în cazul SECC, de a raporta cazul Direcției Județene de Sănătate Publică; rareori, cazurile sunt trimise Colegiului Medicilor din România, Colegiului Psihologilor sau Poliției/Parchetului.

În ceea ce privește suspiciunile de fraudă în obținerea documentelor medicale, ONG-urile intervievate au menționat:



„Marea majoritate a oamenilor cred că sunt mai bolnavi decât sunt de fapt. Unii dintre ei chiar se prefac. Îi „mirosim” și, în cele din urmă, dacă vorba bună nu funcționează, îi trimitem la analize suplimentare, altfel nu îi sprijinim.” (Interviu cu un ONG național, Brașov)



„Alți oameni, deși aveau gradul grav permanent, au fost chemați la reevaluare în urma unor reclamații false, care țin de fapte penale. Cineva a reclamat o persoană, dându-și un alt nume, respectiv numele meu. Am fost și am explicat șefei de comisie [de evaluare] că nu am făcut nicio reclamație la adresa acestor persoane și că este o faptă penală ceea ce s-a întâmplat, că s-au folosit de numele meu. Cu toate acestea, persoanele reclamate au fost trimise la reevaluare la o clinică universitară în București sau în Târgu Mureș, acum în plină pandemie. Au supus oamenii la cheltuieli și, mai ales, la riscuri de viață și moarte în baza unor reclamații mincinoase, așa cum le spusese deja. În urma reevaluării, persoanele respective au primit tot handicap grav cu însoțitor. . . Acestea sunt abuzuri care ar trebui stopate.” (Interviu cu un ONG național, București)

119 De asemenea, 9 SPAS din cele 71 din eșantion au răspuns: „Noi nu facem nimic”.

120 Studiu instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=36) și a copiilor (SECC, N=32), din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

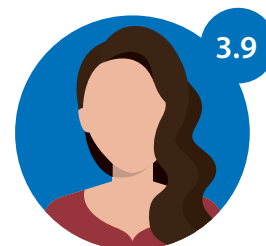
121 Distribuția răspunsurilor SECPAH a fost următoarea: Investigații inițiate la cererea DGASPC (inclusiv *din oficiu*) – 29; Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială – 9; Poliția/Parchetul – 9; altele – 5. Valorile corespunzătoare ale răspunsurilor SECC au fost: 23, 1, 0 și 4.

1. Cazurile de fraudă sunt în mare parte izolate și nesistematice.
2. O problemă, în opinia ONG-urilor, este modul „abuziv” în care sistemul se ocupă de cazurile persoanelor învinuite sau suspectate de fraudă.
3. Problema fraudelor este structurală, fiind un efect al capacității reduse și fragmentării sistemului, spun reprezentanții ONG-urilor. Pentru a fundamenta această opinie, ONG-urile folosesc ca argument discrepanțele considerabile între județe cu privire la numărul total de persoane cu dizabilități din județ (conform statisticilor

oficiale). Cum structura populației în funcție de dizabilitate nu poate varia atât de mult între județe, doar diferențele între sistemele medicale și sistemele de asistență socială județene pot explica variația între 6.000 și 38.000 de persoane înregistrate pe județ.

4. O altă problemă este cauzată de lipsa schimbului de date între instituții și de lipsa disponibilității sau a capacității de verificare încrucișată a datelor colectate din dosare cu registrele naționale existente, ca să nu mai vorbim de sisteme administrative interoperabile.

„În urmă cu câțiva ani, organizația primea multe reclamații în sensul că sunt persoane declarate nevăzătoare care vedeau și conduceau mașini, așa că organizația a trimis un punct de vedere DGASPC-ului în care a spus că nici gradul mediu (trei) nu este compatibil cu carnetul de șofer și a cerut o confruntare a bazei de date cu persoanele nevăzătoare care posedă carnet de conducere. Aceasta confruntare nu s-a făcut, de ce...?” (Interviu cu un ONG național, Brașov)



În consens, reprezentanții ONG-urilor și a SECPAH-urilor menționează o „hibă legislativă” de la nivelul criteriilor medico-psihosociale și a procedurii de evaluare complexă care poate deschide calea spre situații de suspiciuni de fraudă și nerespectare a legislației specifice. Această vulnerabilitate a sistemului se referă la persoanele cu afecțiuni multiple care aleg să solicite certificat numai pentru una dintre acestea (de cele mai multe ori pentru că nu pot/nu își permit să adune la dosar documentele medicale privitoare la toate afecțiunile de care suferă), precum și cazurile de afecțiuni care au manifestări oscilante. Pe de o parte, ONG-urile au adus în discuție această cazuistică tocmai pentru că din experiența lor, se întâmplă destul de des ca astfel de cazuri să ajungă să fie suspectate de fraudă. Pe de altă parte, medicii din SECPAH au menționat, în cadrul focus grupurilor, dificultăți legate evaluarea complexă a cazurilor cu afecțiuni multiple, căci se concentrează pe deficiența „principală” (documentată în dosarul de cerere) și nu și pe cele

colaterale, în conformitate cu reglementările în vigoare.

În fine, a treia problemă principală legată de faza de obținere a documentelor medicale se referă la cunoștințele limitate ale cadrelor medicale cu privire la criteriile de încadrare în grad de handicap, după cum au subliniat membrii SECPAH și CEPAH în cadrul focus grupurilor. Această opinie nu este împărtășită de persoanele cu dizabilități intervievate și nici de ONG-urile care le reprezintă. Cel puțin în ultimii ani, potrivit reprezentanților SECPAH și CEPAH, o parte importantă a personalului medical, în special medicii ortopezi și reumatologi, recomandă în mod eronat pacienților să solicite un certificat de încadrare în grad de handicap chiar și pentru problemele de sănătate care nu respectă criteriile, conform legislației actuale. Acest lucru creează tulburări în sistem, așteptări nerealiste din partea oamenilor și o percepție generală de ineficiență și inechitate a sistemului.

3.3. Obținerea anchetei sociale de la SPAS și întocmirea dosarului pentru evaluarea complexă

După obținerea documentelor medicale, următorul pas pentru solicitarea unei evaluări în vederea încadrării în grad de handicap este de a solicita o anchetă socială la SPAS din localitatea de domiciliu / reședință oficială.¹²² După cum arată Figura 6 din secțiunea 3.1, numărul mediu de cereri de anchetă socială dintr-o lună variază între 23 în zonele rurale și 80 în orașele mai mari.¹²³ Cele mai multe dintre aceste cereri (aproximativ 70%) sunt evaluări pentru reînnoirea unui certificat existent, aproximativ un sfert sunt cereri pentru prima evaluare (de-a lungul vieții), în timp ce celelalte 5% aparțin persoanelor cu un certificat permanent care solicită reevaluare din cauza unei modificări a situației lor medicale sau sociale.

Dintre solicitările de anchetă socială, în medie, aproximativ 3 pe localitate pe lună aparțin tinerilor cu vârste cuprinse între 18 și 26 de ani,¹²⁴ dintre care 2 solicită o nouă evaluare și unul aplică pentru prima dată. Cererile de anchetă socială de la persoane de 16-17 ani sunt în medie mai puține, 2 pe localitate pe lună.¹²⁵

Doar o treime din SPAS-urile participante la sondaj au o procedură aprobată (sau secțiuni/capitole din procedura generală) privind depunerea și înregistrarea cererii de anchetă socială.¹²⁶ În practică, cererile de anchetă socială trebuie depuse personal la registratura primăriei sau la SPAS. Cererile telefonice sau cele trimise prin poștă electronică sunt acceptate doar în câteva localități. Chiar și în orașele mari, doar jumătate dintre cei intervievați acceptă aplicații prin telefon sau prin e-mail. În majoritatea localităților din eșantion, cererile pot fi depuse personal de solicitant, de reprezentantul legal al acestuia, de un membru al familiei sale sau de asistentul personal. Un solicitant pus sub interdicție poate depune o cerere de anchetă socială doar într-o treime din totalul localităților (atât urbane, cât și rurale). În aproximativ jumătate din localitățile urbane și o treime din cele rurale,

cererea de anchetă socială poate fi depusă de orice persoană care reprezintă solicitantul, în timp ce doar în câteva localități (în principal urbane) se acceptă și ONG-urile al căror membru sau beneficiar este solicitantul.

Începând din 2019, o procedură electronică simplificată pentru solicitarea efectuării unei anchete sociale pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap a fost pusă la dispoziție în cadrul Punctului de Contact Unic Electronic.¹²⁷ Pe această platformă electronică, solicitanții au acces la toate informațiile solicitate, pot iniția procedura și pot obține formularul de cerere standard. Cu toate acestea, doar câteva administrații locale din țară au pus în aplicare această procedură specifică.¹²⁸

După înregistrare, cererile sunt preluate de un asistent social sau, în localități mici, o persoană cu atribuții de asistență socială, care trebuie să informeze solicitantul cu privire la documentele solicitate în dosarul pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap. Numai după ce persoana respectivă adună documentele necesare, se întoarce la SPAS și face o programare pentru efectuarea anchetei sociale. De fapt, cererea de anchetă socială devine efectivă numai după ce sunt colectate toate celelalte documente (a se vedea și secțiunea 3.2).

3.3.1. Dosarul pentru evaluarea complexă și barierele de acces

Documentele solicitate în dosarul depus pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap sunt reglementate de HG nr. 430/2008, art.6. Însă, SPAS-urile pot decide să adauge alte documente sau să solicite unele documente în format electronic, fotocopie, copie certificată, original, sau o combinație a acestor formate. Aproape toate SPAS-urile incluse în eșantion impun solicitantului să adune un set de documente înainte de a efectua ancheta socială obligatorie.¹²⁹

122 Datele din această secțiune provin din sondajul SPAS cu răspunsurile din 71 de unități administrativ-teritoriale situate în 26 județe, ianuarie-februarie 2021.

123 Date pentru noiembrie 2020. Cu toate acestea, 55% din SPAS participante la sondaj au arătat că, în contextul pandemiei COVID-19 (în 2020), numărul de cereri pentru o anchetă socială depuse la SPAS „a rămas același”; 21% din SPAS au apreciat că „a scăzut”; 17% din SPAS au declarat că „a crescut”; celelalte 7% din SPAS nu au răspuns la această întrebare. Nu există diferențe semnificative între localitățile rurale și urbane.

124 În medie, în noiembrie 2020, mai puțin de 3 în localitățile rurale și mai mult de 5 în orașele mari. (Sondaj SPAS, N=55 de răspunsuri valabile).

125 În medie, în noiembrie 2020, mai puțin de 1 în mediul rural și peste 4 în orașele mai mari. (Sondaj SPAS, N=55 de răspunsuri valide).

126 Un total de 24 de localități, din care 8 comune, 3 orașe mici și 13 orașe mai mari. (Sondaj SPAS, N=71 de răspunsuri valide).

127 Această procedură a fost inclusă în Manualul de proceduri pentru implementarea standardizată a evenimentelor de viață, parte a prevederilor Strategiei Naționale privind Agenda Digitală pentru România 2020. Procedura inclusă în manual se referă la toate etapele pentru obținerea certificatului de handicap și a beneficiilor aferente, prin urmare acoperă și desfășurarea anchetei sociale.

128 PCUE (2021).

129 Excepție fac doar un oraș mic și două comune.

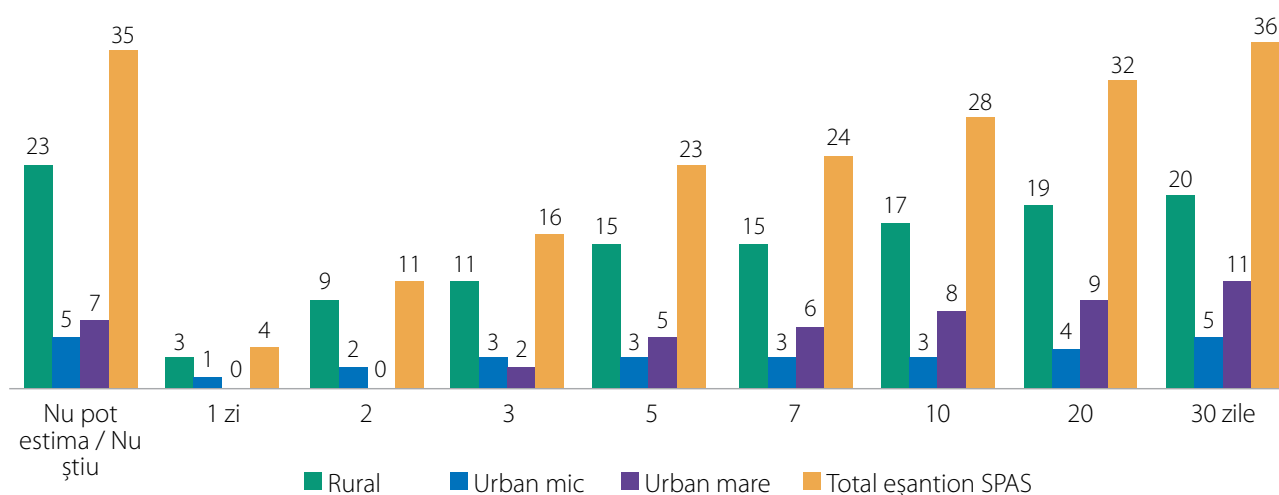
Tabel 6: Ce documente sunt colectate înainte de a efectua ancheta socială obligatorie inclusă în dosarul pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap în diferite localități

		Rural	Urban mic	Urban mare
	Număr total SPAS care au răspuns	43	10	18
	Oricare dintre documentele de mai jos	41	9	18
Actul de identitate al solicitantului	În format electronic	3	1	3
	Fotocopie	29	8	15
	Copie certificată	1	0	0
	Original	29	5	8
Actul de identitate al reprezentantului legal (dacă este cazul)	În format electronic	3	1	3
	Fotocopie	25	8	15
	Original	27	5	6
Actele de identitate ale persoanelor care locuiesc cu solicitantul	În format electronic	1	1	2
	Fotocopie	14	5	5
	Original	11	4	2
Certificatul de handicap care expiră (în cazul reevaluărilor)	În format electronic	2	1	4
	Fotocopie	28	8	17
	Original	19	4	4
Raportul medical de la un medic specialist	În format electronic	2	1	4
	Fotocopie	24	5	12
	Original	23	4	8
Scrisoare medicală de la medicul de familie	În format electronic	2	1	4
	Fotocopie	23	6	12
	Original	23	5	8
Evaluare psihologică	În format electronic	2	2	4
	Fotocopie	15	5	6
	Copie certificată	0	1	0
	Original	18	4	8
Certificat de căsătorie/certificat de deces/hotărâre de divorț (după caz)	În format electronic	2	0	0
	Fotocopie	17	3	10
	Copie certificată	0	1	0
	Original	14	4	4
Taloane de pensie (în cazul persoanelor pensionate)	În format electronic	2	0	4
	Fotocopie	26	6	15
	Original	23	4	5
Fișă medicală spital (în cazul persoanelor care au fost spitalizate)	În format electronic	2	1	2
	Fotocopie	15	5	9
	Original	16	2	5
Adeverință de venit, pentru veniturile impozabile, eliberată de Agenția Fiscală (persoane fără venituri)	În format electronic	2	1	2
	Fotocopie	18	4	9
	Original	19	4	5
Sentință civilă - tutore (după caz)	În format electronic	2	1	3
	Fotocopie	21	6	13
	Copie certificată	0	1	1
	Original	18	4	4
Informații cu privire la copiii solicitantului (inclusiv copiii adulți)	Numai informații din interviuri sau observații din cadrul vizitelor la domiciliu	27	7	13
	Documente	16	3	5
Informații privind educația, ocuparea pe piața forței de muncă a solicitantului	Numai informații din interviuri sau observații din cadrul vizitelor la domiciliu	33	6	14
	Documente	10	4	4
Informații privind locuința solicitantului - adresa, numărul de camere, dotări etc.	Numai informații din interviuri sau observații din cadrul vizitelor la domiciliu	37	9	18
	Documente	6	1	0
Dosar cu șină	Da	3	0	2

Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri din 26 județe; sectoarele Bucureștiului nu sunt incluse, deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Note: Dacă suma pe categorie de documente este mai mare decât totalul indicat în primul rând al tabelului, înseamnă că unele SPAS solicită documentul în două sau mai multe formate. Dacă suma pe categorie este mai mică, înseamnă că unele SPAS nu cer deloc acel document. Documentele solicitate cu privire la copiii solicitantului pot include documente de identitate, certificat de stare civilă, certificat de naștere, adeverințe de venit și dosar psihologic. Documentele solicitate cu privire la pregătirea școlară și ocupația solicitantului pot include adeverință de angajare și diplome de studii. Urban mic = orașe mici până la 20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Urban mare = orașe cu >20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; mediul rural = localități rurale de toate tipurile.

Figura 7: Distribuția SPAS-urilor în funcție de estimările pe care le-au oferit cu privire la numărul mediu de zile în care o persoană care solicită o anchetă socială poate aduna toate documentele solicitate (număr)



Sursa: Sondaj SPAS cu răspunsuri de la 71 de SPAS din localități rurale (N=43), urban mic (N=10) și urban mare (N=18), care sunt situate în 26 județe; sectoarele din București nu sunt incluse, deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Figura prezintă frecvențele cumulative. Exemplu de citire: Din total eșantion de 71 SPAS (barele albastre), 35 nu au răspuns și 36 au oferit estimări între 1 zi și maxim 30 de zile. Dintre aceste SPAS-uri, 4 au susținut că documentele necesare pot fi culese într-o singură zi, 11 au susținut că procesul de colectare de documente se încheie în maxim 2 zile (deci, sunt incluse cele 4 SPAS care au estimat o singură zi), 16 au spus că adunarea documentelor se încheie în maxim 3 zile (adică sunt incluse estimările anterioare de 1 sau 2 zile), 23 au estimat că în maxim 4 zile (sunt incluse SPAS-urile anterioare care au estimat un număr mai mic de zile) etc.

Pe de o parte, Tabelul 6 ilustrează câte documente și în ce format sunt incluse în dosar. De asemenea, arată diferențele dintre localități. Pe de altă parte, Figura 7 arată că aproximativ jumătate din SPAS participante la sondaj nu știu să estimeze de câte zile are nevoie un solicitant pentru a aduna toate aceste documente. Nu au măsurat-o niciodată riguros. Cu toate acestea, printre cei care furnizează o estimare, o treime dintre SPAS, în special din zonele rurale, tind să spună mai puțin de o săptămână (7 zile). Celelalte, în special din zonele urbane, oferă estimări mult mai lungi, între 10 și 30 de zile.

Persoanele cu dizabilități intervievate și ONG-urile au raportat următoarele:

1. Există multe documente necesare și, ceea ce este mai important, în majoritatea cazurilor, solicitanții trebuie să furnizeze același document an după an: „Am adus aceleași documente și anul trecut și anul dinainte, deja mă cunosc, de ce nu le folosesc și trebuie să plătesc pentru mai multe copii?”,¹³⁰
2. Fotocopiile și copiile legalizate implică costuri pe care multe persoane cu dizabilități și le

permit cu greu. Din acest motiv, unele ONG-uri oferă un serviciu de „foto-chioșc”, unde pun la dispoziție toate formularele standardizate, fac fotocopiile gratuite, informează și ajută solicitanții la completarea formularelor;¹³¹

3. În percepția lor, nu numai dosarul, dar întreaga procedură este „birocratică și etapele necesare sunt dificil de parcurs, de parcă ar dori să renunțăm”¹³² și, într-adevăr, „mulți renunță pentru că ar avea nevoie de mult mai mult sprijin, pe care, din păcate, autoritățile nu îl oferă”.¹³³ De remarcat, Inspecția Socială raportează, de asemenea, că doar 56% din SPAS incluse în sondaj oferă servicii de consiliere cu privire la modul de întocmire a dosarului pentru încadrarea în grad de handicap.¹³⁴
4. Dosarul este „stufos” și demersul „greoi” cu atât mai mult cu cât informațiile inițiale sunt insuficiente: „Ar trebui să știm de la bun început nu numai lista de documente, ci și de unde și cum să le obținem, nu doar să mergem la ghișeu [la SPAS], de unde să ne întoarcă de trei sau patru ori pentru că nu avem documentele necesare”,¹³⁵

130 Interviu cu PAH care solicită reevaluare, bărbat, 45 de ani.

131 Interviu reprezentant ONG, filiala Arad.

132 Interviu cu PAH, femeie, 52 ani.

133 Interviu cu un reprezentant ONG, Timiș.

134 ANPIS (2019: 11).

135 Interviu cu PAH care solicită pentru prima dată încadrarea în grad de handicap, femeie, 36 ani.

5. Din motivele menționate mai sus, „mulți vârstnici, în special din zonele rurale și dacă au o pensie, nu doresc să-și irosească energia și timpul pentru a solicita un certificat de încadrare în grad de handicap”.¹³⁶ În același timp, o astfel de procedură este „aproape imposibilă, de exemplu, pentru persoanele fără adăpost. O persoană fără adăpost nu poate întocmi acest tip

de dosar pe cont propriu; numai dacă rămâne într-un adăpost și asistentul social al adăpostului o ajută, asistă și însoțește. Dar aceste persoane au devenit fără adăpost din cauza traumelor și, de obicei, au dificultăți în respectarea regulilor unui adăpost. Ele au nevoie de independență, și, în general, fug sau părăsesc adăpostul înainte ca un astfel de dosar complex să poată fi întocmit”.¹³⁷



„La final am așteptat foarte mult timp - 2 luni - pentru a obține certificatul. După aceea a trebuit să mă duc în cealaltă clădire pentru a aduce o copie a certificatului și să semnez o altă hârtie pentru a fi înregistrat pentru plată. Dar nu am înțeles că trebuie să fac acest lucru și nu m-am dus să semnez pentru a fi înregistrat pentru plată, așa că nu am primit banii din acest motiv. Acesta este un lucru care ar trebui schimbat pentru că am pierdut banii pentru acea perioadă și nu este corect.” (Interviu cu fiica unei PAH, femeie, 54 de ani)

Reprezentanții SPAS confirmă existența barierelor de acces la încadrarea în grad de handicap. Potrivit acestora, în aproximativ jumătate din localitățile cercetate există persoane adulte care, din cauza stării lor de sănătate (o boală cronică pe termen lung), ar fi putut solicita un certificat de încadrare în grad de handicap, însă nu au făcut-o.¹³⁸ Potrivit reprezentanților SPAS, procentul mediu estimat al persoanelor care nu aplică (deși ar putea) este de aproximativ 10%.¹³⁹ Principalele motive pentru care astfel de persoane nu inițiază demersul se referă la diferitele bariere de acces, printre care cele mai frecvent menționate coincid cu percepțiile ONG-urilor: (1) lipsa sprijinului oferit de autorități, inclusiv autoritățile locale, SPAS, precum și DGASPC; (2) lipsa banilor necesari pentru obținerea documentelor solicitate pentru dosar; (3) lipsa informațiilor despre debutul bolii – imposibilitatea obținerii unor mărturii sau dovezi oficiale cu privire la vârsta la care boala a fost identificată oficial; (4) lipsa de conștientizare cu privire la posibilitatea de a solicita un certificat de încadrare în grad de handicap și pachetul aferent de servicii și beneficii.¹⁴⁰ Spre comparație, în ceea ce privește copiii, doar 17% dintre SPAS-uri, majoritatea din

orașele mari, cred că în comunitatea lor există copii care nu solicită încadrarea deși ar putea. Bariera majoră de acces pentru copii este considerată a fi nivelul scăzut de educație al părinților care nu sunt conștienți de aceasta posibilitate sau cărora le este rușine să inițieze demersul.

3.3.2. Modele de operare și practici ale SPAS pentru efectuarea anchetei sociale obligatorii

Cu toate documentele necesare colectate, solicitantul face o a doua vizită la SPAS, înmânează dosarul și face o programare pentru ancheta socială.¹⁴¹ Potrivit SPAS-urilor incluse în sondaj, în medie, durează 3 zile în zonele rurale și 7 zile în mediul urban până la efectuarea anchetei sociale.¹⁴² SPAS utilizează două sau toate cele trei modalități de efectuare a anchetei sociale obligatorii pentru încadrarea în grad de handicap, și anume: pe baza vizitelor la domiciliu, exclusiv pe baza documentelor, și o combinație de documente și interviuri pe telefon, WhatsApp sau Skype.

136 Interviu cu reprezentant ONG, București.

137 Interviu cu reprezentant ONG, București.

138 Un număr de 37 din cele 71 de SPAS incluse în sondaj, dintre care 19 din zonele rurale, 5 din orașe mici și 13 din orașe mai mari. Date din sondajul SPAS, care cuprinde 26 județe, ianuarie-februarie 2021.

139 Estimările medii variază între 8% în zonele rurale și 13% în orașele mai mari, cu valori de abatere standard corespunzătoare mai mici decât media.

140 Aceste patru bariere de acces au fost selectate dintr-o listă de 11 opțiuni din care respondenții au fost rugați să selecteze cele trei principale pentru persoanele din comunitatea lor. Cele patru categorii de bariere au fost selectate, de 19, 19, 14, respectiv 13 reprezentanți SPAS din eșantionul de 71 SPAS.

141 Doar 19 SPAS, dintre care 12 din comune, 1 din oraș mic și 6 din orașe mai mari, raportează că efectuează vizite la domiciliu pentru ancheta socială nu numai după, ci și înainte ca persoanele să depună dosarul complet cu documente. Datele din această secțiune provin din sondajul SPAS cu răspunsurile a 71 de unități administrativ-teritoriale situate în 26 de județe, ianuarie-februarie 2021.

142 Estimările variază între zero și 15 zile în comunitățile rurale, respectiv 1 și 30 zile în zona urbană.

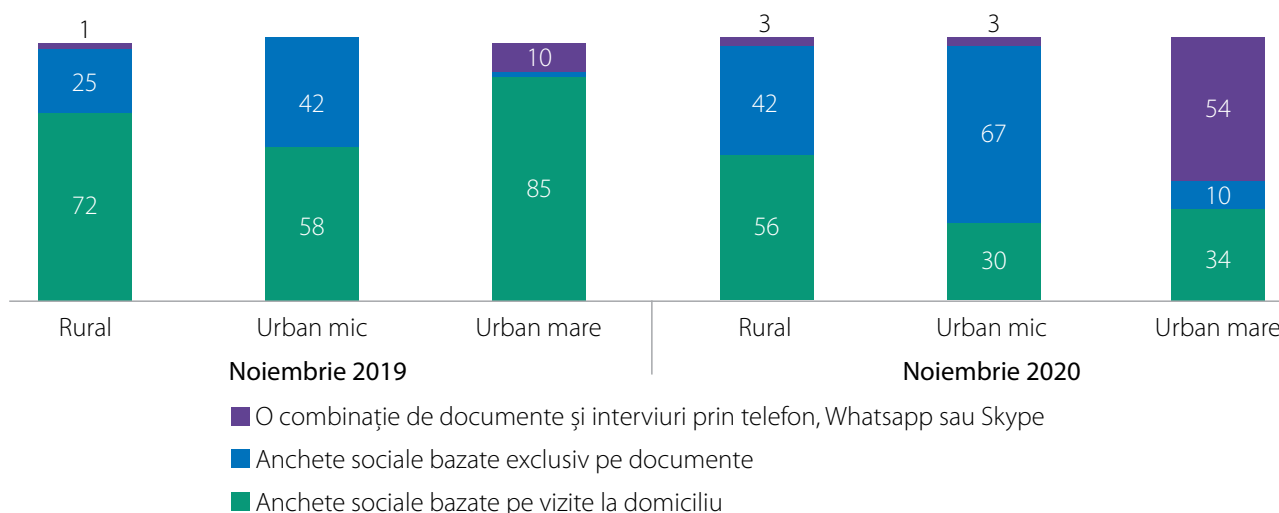
Tabel 7: Modalități de desfășurare și durata medie a anchetei sociale obligatorii necesară pentru evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, în funcție de tipul de localitate (număr)

	Rural	Urban mic	Urban mare	Eșantion total de SPAS
Numărul total de SPAS din eșantion	43	10	18	71
Modalități de efectuare a anchetei sociale utilizate de SPAS:				
a. Vizite la domiciliu	43	10	18	71
b. Exclusiv pe baza documentelor (fără vizită la domiciliu)	19	8	5	32
c. O combinație de documente și telefon, WhatsApp sau Skype	24	6	14	44
Numărul mediu estimat de minute pentru ...:				
a. Vizite la domiciliu – călătorie dus-întors	46	63	75	56
b. Vizite la domiciliu – interacțiunea cu solicitantul și familia acestuia	47	49	47	47
c. Ancheta socială bazată exclusiv pe documente (nicio vizită la domiciliu)	23	24	32	25
d. Ancheta socială bazată pe o combinație de documente și telefon, WhatsApp sau interviuri Skype	24	30	27	26

Sursa: Sondaj SPAS cu răspunsuri din 26 de județe; sectoarele din București nu sunt incluse, deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Note: În cazul în care suma pe coloană este mai mare decât suma totală indicată în primul rând al tabelului, aceasta înseamnă că unele SPAS utilizează o combinație de două sau trei modalități de desfășurare a anchetei sociale. În ceea ce privește estimările de timp, doar 12 SPAS (din 7 comune și 5 orașe mai mari) au raportat că l-au măsurat riguros, celelalte oferind doar estimări bazate pe experiență. Urban mic = orașe mici până la 20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Urban mare = orașe cu >20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Rural = comune de toate cele trei tipuri incluse în eșantion.

Figura 8: Distribuția anchetelor sociale în funcție de modul în care au fost efectuate (% din total)



Sursa: Sondaj SPAS cu răspunsuri din 26 de județe; sectoarele din București nu sunt incluse, deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Urban mic = orașe mici până la 20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Urban mare = orașe cu >20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Rural = comune din toate cele trei tipuri incluse în eșantion.

Anchetele sociale bazate pe vizite la domiciliu se desfășoară în toate tipurile de localități, după cum arată Tabelul 7. Vizitele la domiciliu sunt utilizate pentru a aduna și verifica informațiile. Ele pot ajuta reprezentanții SPAS să aibă o mai bună înțelegere

calitativă a situației generale a unui solicitant. Apoi, dosarul cu documente este utilizat pentru a verifica încrucișat și a valida informațiile. Unele SPAS, în special din zonele rurale, folosesc această modalitate pentru toți solicitanții de evaluare

complexă. Însă, mai des, vizitele la domiciliu sunt utilizate în principal pentru solicitanții „noi” care aplică pentru prima dată și pentru persoanele care nu se pot deplasa. În zonele rurale, vizitele la domiciliu implică, de obicei, doar un reprezentant SPAS, în special în comunele subdezvoltate și izolate, unde SPAS-ul are angajat doar o persoană cu atribuții de asistență socială (nu un asistent social profesionist).¹⁴³ În medie, o vizită la domiciliu durează aproximativ 90 minute, din care jumătate pentru călătoria dus-întors și jumătate pentru interacțiunea cu solicitantul și familia sa. În zonele urbane, vizitele la domiciliu sunt efectuate de obicei de o echipă de doi specialiști¹⁴⁴ și durează peste două ore, dintre care aproximativ 45 minute pentru interacțiunea cu solicitantul și familia sa și restul pentru călătoria dus-întors.

Anchetele sociale bazate exclusiv pe analiza documentelor colectate și furnizate de solicitant se desfășoară în mai puține localități (32 din cele 71 din eșantion, vezi Tabelul 7). În toate tipurile de localități, această modalitate este utilizată în principal pentru cazurile „vechi/bine-cunoscute” care solicită reevaluarea, de obicei, persoanele cu grad mediu sau accentuat de handicap (și nu cu unul grav), sau atunci când solicitantul vizitează SPAS în persoană și un interviu poate fi, de asemenea, efectuat.

Efectuarea de anchete sociale pe baza unei combinații de documente și interviuri pe telefon, WhatsApp sau Skype este o modalitate care reprezintă o adaptare la pandemia COVID-19. Aceasta a fost adoptată în timpul stării de urgență/alertă, în special pentru persoanele care locuiesc în centre rezidențiale (publice și private), pentru copiii și adulții tratați în spital (inclusiv în străinătate) și pentru persoanele cu risc ridicat de infecție cu COVID-19. Pentru acuratețea informațiilor înregistrate în ancheta socială, a fost utilizat un instrument de lucru suplimentar „declarație pe propria răspundere”, prin care solicitantul pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap își asumă corectitudinea datelor furnizate.

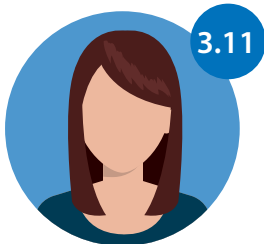
Figura 8 arată că în perioada pre-COVID (noiembrie 2019) cele mai multe SPAS au utilizat în principal vizite la domiciliu pentru efectuarea anchetei sociale pentru adulții care solicită evaluare în vederea încadrării în grad de handicap. În schimb, în noiembrie 2020, SPAS din orașele mici au crescut considerabil utilizarea anchetelor bazate exclusiv pe documente, în timp ce SPAS din orașele mai mari au trecut la ancheta socială pe baza unei combinații de documente și telefon, WhatsApp, sau Skype. S-a înregistrat o schimbare similară în ceea ce privește anchetele sociale pentru copii, dar de o amploare mai mică, vizitele la domiciliu rămânând modalitatea dominantă de efectuare a anchetei sociale pentru copii.

În ceea ce privește adaptările în vederea includerii grupurilor vulnerabile urmărite sistematic în prezentul raport, sondajul SPAS arată că: (1) În peste 75% din localitățile incluse în sondaj, anchetele sociale bazate pe vizite la domiciliu se efectuează pentru persoanele care nu se pot deplasa și pentru persoanele aflate sub tutelă sau curatelă; (2) pentru persoanele fără adăpost, câteva localități (6 din 71) nu efectuează deloc ancheta socială, în timp ce majoritatea efectuează anchete sociale bazate exclusiv pe documente; (3) doar în câteva localități, SPAS efectuează anchete sociale pentru persoanele aflate în detenție, de obicei pe baza informațiilor colectate de la familia persoanei respective și în cooperare cu asistenții sociali din închisori; (4) doar în unele localități SPAS efectuează anchete sociale pentru persoanele asistate din centre rezidențiale situate într-un alt județ decât cel în care persoana are reședința oficială. Potrivit reprezentanților SPAS: „acest aspect necesită o reglementare legislativă pentru a clarifica limitele de competență a structurilor, cel puțin la nivel local. Este foarte dificil să se instrumenteze cazul în absența persoanelor pentru care se solicită evaluare în vederea încadrării în grad de handicap; cu atât mai dificil să se acceseze beneficiile persoanelor cu dizabilități care locuiesc pe teritoriul unei alte localități. Numărul de persoane aflate într-o astfel de situație crește constant, cel puțin în cazul persoanelor instituționalizate.”¹⁴⁵

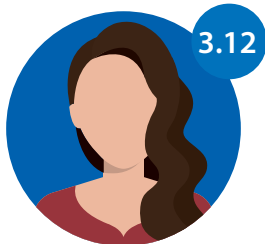
143 Din cele 43 de SPAS din localitățile rurale, 50% raportează că vizitele la domiciliu sunt efectuate de un singur responsabil de caz, 35% de doi membri ai SPAS, 8% de trei sau mai multe persoane, inclusiv un polițist, o asistentă medicală comunitară, un mediator rom, sau alți lucrători comunitari în afară de cei din cadrul SPAS (acest lucru se aplică în special în zonele defavorizate), și 7% nu au răspuns.

144 Din cele 28 de SPAS din localitățile urbane incluse în sondaj, 25% raportează că vizitele la domiciliu sunt efectuate de un singur responsabil de caz, 57% de doi membri SPAS, 15% de trei sau mai multe persoane, inclusiv un polițist, o asistentă medicală comunitară, un mediator rom sau alți lucrători comunitari în afară de cei din cadrul SPAS, iar 3% nu au răspuns.

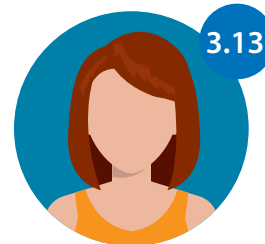
145 Citat dintr-un chestionar Q1_SPAS.



„Erau înțelegătoare (doamnele de la asistență socială), nu s-au supărat că la mine nu e spațiu, am garsonieră mică și a trebuit să degajez un scaun ca să poată să lucreze, să noteze pe hârtie. Nu s-au scandalizat de depozitul meu de lucruri. Că la mine în loc de apartament de locuit e mai mult depozit de lucruri, au fost drăguțe, au fost amabile, au pus întrebările care erau în chestionar. În grila lor de întrebări, sunt autonomă, mă descurc singură.” (Interviu cu PAH, femeie, 60 ani)



„Pe de o parte s-a făcut din pix pentru că de obicei... nu e vorba că e un stereotip sau... dar așa funcționează lucrurile la sate... în județe din acestea mici... asistentul social de acolo nu este neapărat un asistent social calificat, ci este o persoană care a fost pusă în funcția aceea tocmai pentru că nu există alte persoane care să facă această activitate iar pe cealaltă parte a fost și cumva... faptul că persoana respectivă o cunoștea pe mama mea... cunoștea familia noastră și mama a rugat-o să fie discretă cu ancheta socială. Și acestea împreună au dus la o anchetă care nu s-a efectuat propriu-zis.” (Interviu cu PAH, femeie, 33 ani)



„- [Ancheta socială] A fost realizată la sediul DGASPC, nu acasă. Am înțeles că la domiciliu se fac pentru persoane nedepasabile... pentru persoane cu probleme mai grave. Dar eu sunt deplasabil, așa ca a fost făcută doar cu asistentul social de la ghișeu... un chestionar care mi se pare total aiurea... cu da/nu... vă deplasați singur, vă uitați la televizor, mâncați singur... întrebări din astea... - Deci dumneavoastră v-ați completat singură formularul? - Da, da, singură în față la ghișeu.” (Interviu cu PAH, femeie, 24 ani)

SPAS-urile incluse în sondaj nu au o procedură, etape sau reguli aprobate privind interacțiunea cu solicitantul în timpul efectuării anchetei sociale obligatorii pentru încadrarea în grad de handicap.¹⁴⁶

Unele dintre ele interacționează față în față cu solicitantul, altele interacționează doar cu familia solicitantului sau cu reprezentantul legal. În afară de întrebările și răspunsurile standard incluse în ancheta socială, doar unele dintre ele notează ceea ce spune solicitantul, înregistrând declarațiile în cadrul diferitelor secțiuni ale formularului de anchetă socială. Astfel, datele înregistrate sunt selectate și notate aleatoriu. În cazul în care solicitantul și familia sau reprezentantul său legal au o opinie sau o perspectivă contradictorie sau conflictuală, ceea ce înregistrează reprezentantul SPAS în cadrul anchetei sociale „depinde de la caz la caz” (în 52 din cele 61 de răspunsuri valide). Prin urmare, indiferent de modalitatea utilizată pentru efectuarea anchetei sociale, interacțiunea cu solicitantul și modul în care informațiile sunt selectate și înregistrate variază considerabil nu doar de la un SPAS la altul, ci și de la un lucrător/asistent social la altul.

Calitatea datelor colectate prin intermediul anchetei sociale afectează acuratețea întregii evaluări efectuate pentru încadrarea în grad de handicap. SECPAH cuprinse în sondaj au fost rugate să ofere echipei de cercetare exemple de „bune” și „rele practici” în anchetele sociale, ca parte a pachetului atașat studiului instituțional Q2A. Exemplele pe care le-au furnizat indică faptul că „practicile necorespunzătoare” se referă în principal la informațiile lipsă din anumite secțiuni. Cel mai frecvent, datele lipsă se referă la datele privind copiii solicitantului, rețeaua de prieteni și vecini și numele persoanei de contact în caz de urgență, sursele de venit, precum și oferta locală de servicii și în ce măsură aceasta poate acoperi unele dintre nevoile solicitantului. De remarcă, modelul cadru de anchetă socială prevăzut în legislația actuală reprezintă principala sursă de informații pentru mai multe domenii ale evaluării complexe – educație, integrare socială și profesională, integrare socială etc. – dar acest subiect este dezvoltat în capitolul 4.

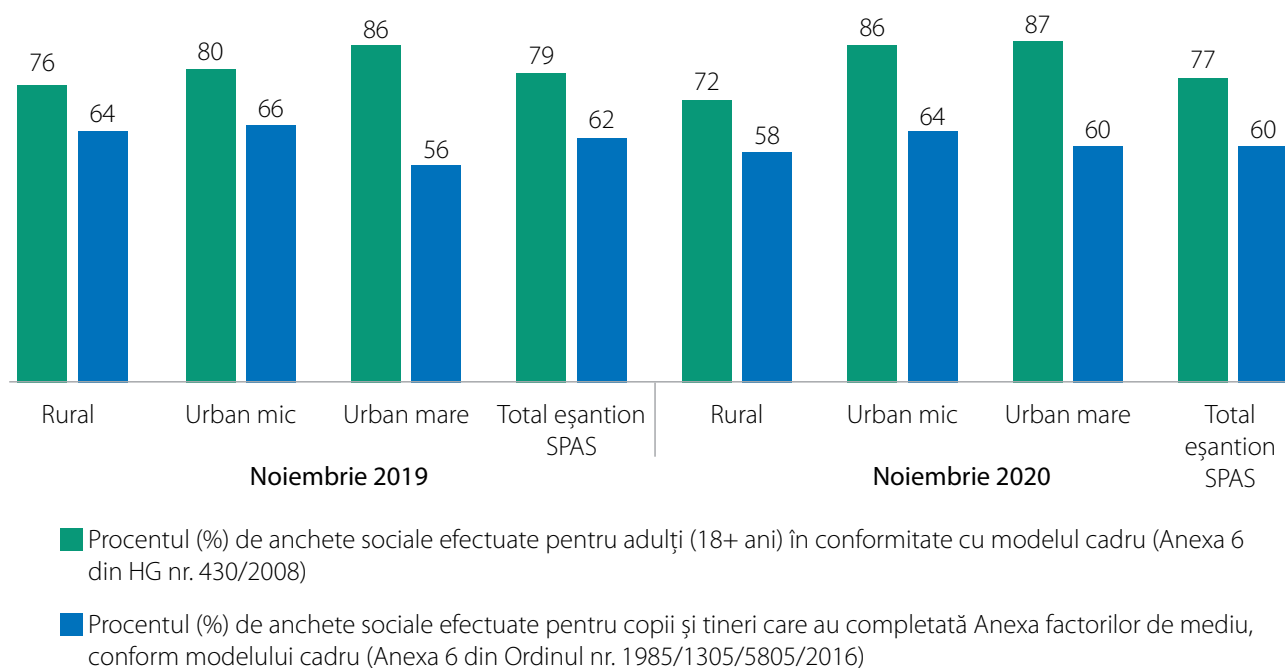
¹⁴⁶ Doar un SPAS din eșantion a raportat că o are și a trimis-o echipei de cercetare.

3.3.3. Modelul cadru pentru ancheta socială obligatorie

Ancheta socială obligatorie pentru evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap a adulților efectuată de către SPAS ar trebui să urmeze un model cadru standard, conform HG nr. 430/2008 (Anexa 6). Pentru copii, ancheta socială ar trebui să fie însoțită de o Anexă a factorilor de mediu evaluați din perspectiva CIF, pentru care a fost emis

un model cadru standard în Anexa 6 la Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016. Potrivit sondajului SPAS, toate localitățile utilizează aceste două modele cadru pentru ancheta socială obligatorie. Figura 9 arată că cele mai multe anchete sociale sunt efectuate în conformitate cu modelele cadru, în toate tipurile de localități, atât în noiembrie 2019 (pre-COVID), cât și în noiembrie 2020, într-o măsură mai mare pentru adulți în comparație cu copiii.

Figura 9: Ponderea rapoartelor de anchetă socială pentru evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap efectuate pentru adulți și copii, în conformitate cu modelele cadru (% din numărul total de anchete sociale)



Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri valabile din 60 SPAS, din 26 județe; nu sunt incluse sectoarele Bucureștiului deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Urban mic = orașe mici până la 20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Urban mare = orașe cu >20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Rural = comune din toate cele trei tipuri incluse în eșantion.

Modelul cadru de anchetă socială include date privind solicitantul; date privind reprezentantul legal al solicitantului; o secțiune privind autonomia care evidențiază statutul funcțional al persoanei (activități zilnice, activități independente de autoîngrijire); o evaluare a stării senzoriale și psihofective a persoanei; o analiză socială a locuinței, familiei, rețelei de prieteni și vecini și a situației economice. În sfârșit, prezintă nevoile identificate

și oferta corespunzătoare de servicii care pot răspunde nevoilor identificate, urmate de concluzii și recomandări. În percepția reprezentanților SPAS, anchetele sociale pe care le-au efectuat pentru adulții care solicitau evaluare în vederea încadrării în grad de handicap au un nivel de completitudine și acuratețe corespunzător scorurilor medii între 8 și 9, pe o scală de la 1 la 10, pe toate dimensiunile menționate anterior.¹⁴⁷ Astfel, anchetele sociale

¹⁴⁷ Valorile corespunzătoare ale deviației standard sunt cuprinse între 1 și 2, ceea ce indică o omogenitate foarte ridicată a răspunsurilor. Sondajul SPAS cu răspunsuri valabile din 65 SPAS, din 26 județe; nu sunt incluse sectoarele Bucureștiului deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

existente ar permite o înțelegere „bună” sau „foarte bună” a situației solicitantului în toate sferele vieții. Specialiștii SECPAH sunt mai critici, oferind punctaje între 5 și 7 pentru completitudinea și acuratețea informațiilor privind locuințele, situația economică și serviciile comunitare.¹⁴⁸ Scorul general (pe o scală de la 1 la 10) privind măsura în care datele din anchetele sociale permit specialiștilor SECPAH o evaluare exactă a mediului fizic și social al solicitantului este mai mic de 7 pentru cele care sunt efectuate de SPAS rurale; și sub 8 pentru cele efectuate de SPAS urbane. Analiza conținutului anchetelor sociale este dezvoltată în continuare în capitolul 4.

Cu toate acestea, nu toate SPAS-rile urmează modelul cadru de anchetă socială, așa cum se poate deduce din Figura 9. Unele localități folosesc un model diferit, potrivit acestora, „adaptat la condițiile locale”. Analiza eșantionului de „bune” și „rele practici” în anchetele sociale¹⁴⁹ furnizate de SECPAH și SPAS a constatat că, cel mai frecvent, diferitele modele sunt versiuni modificate ale modelului cadru. În primul rând, unele secțiuni din modelul cadru sunt înlocuite cu un eseu narativ pe aceeași temă. În al doilea rând, o parte a modelului cadru este eliminată. De exemplu, nu sunt înregistrate informații despre evaluarea stării senzoriale și psiho-afective a persoanei, relațiile cu vecinii, precum și secțiunile finale¹⁵⁰ privind rezultatele evaluării. Într-un alt exemplu, ancheta socială nu include informații privind pregătirea hranei, activitățile casnice, cumpărăturile, gestionarea veniturilor proprii, mijloacele folosite pentru deplasarea în interiorul și în afara casei, utilizarea mijloacelor de transport, respectarea recomandărilor medicale; sau participarea la activități de agrement. În al treilea rând, prima

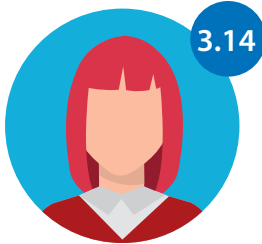
secțiune a modelului cadru (privind autonomia și statutul funcțional al persoanei) este modificată, iar informațiile sunt grupate într-o secțiune denumită „Tipuri de activități profesionale”, cu categorii diferite față de cele prevăzute în legislație. În al patrulea rând, modelul cadru este completat cu informații suplimentare, cum ar fi note, observații sau recomandări privind serviciile necesare solicitantului.

Principalii factori care influențează calitatea anchetelor sociale actuale se referă în principal la insuficiența personalului și la pregătirea insuficientă a personalului SPAS, precum și la îmbunătățirile de care are nevoie modelul cadru. Importanța acestor factori este percepută în mod diferit de către specialiștii SPAS și SECPAH. Pe de o parte, reprezentanții SPAS cred că, în primul rând, ar trebui ajustat modelul cadru pentru a surprinde mai bine modul în care trăiesc persoanele cu handicap și modul în care ar dori să trăiască. În al doilea rând, aceștia subliniază că nu se poate îmbunătăți calitatea anchetelor sociale atâta timp cât compartimentele SPAS sunt formate dintr-o singură persoană cu atribuții de asistență socială, cum este cazul în multe comunități rurale (a se vedea și capitolul 9.1). Pe de altă parte, specialiștii SECPAH sunt și ei de acord că personalul SPAS este insuficient raportat la atribuțiile care le revin prin lege. Specialiștii SECPAH sunt, de asemenea, de acord că ar fi utilă o oarecare ajustare a modelului cadru de anchetă socială. Dar, mai important, susțin ei/ele, ar trebui ca personalul existent la nivel local să beneficieze de formare cu privire la modul de utilizare a modelului cadru, deoarece, în prezent, mulți dintre reprezentanții SPAS îl utilizează în mod superficial sau eronat.

148 Informațiile referitoare la locuințe se referă la posibilitatea persoanelor cu dizabilități de a alege locul în care locuiesc, la adaptarea locuinței lor (actuală și necesară), la sprijinul necesar persoanelor cu dizabilități în vederea obținerii unei locuințe. Informațiile privind situația economică se referă la veniturile și facilitățile locative ale persoanelor cu handicap, inclusiv costul handicapului în familia persoanei respective și impactul acestuia asupra unui stil de viață decent, precum și la ajutorul financiar necesar pentru a permite persoanei respective să trăiască împreună cu familia și comunitatea lor. Informațiile privind serviciile referitoare la oferta de servicii locale, accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile existente și nevoile acestora privind accesul la serviciile de asistență medicală și de recuperare. Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201), ianuarie-februarie 2021, din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București.

149 Trimise ca parte a pachetelor atașate la sondajele Q2A_SECPAH și Q1_SPAS.

150 Și anume, în cazul în care îngrijirea și tratamentul persoanei pot fi efectuate în casa solicitantului, care sunt nevoile identificate, precum și nevoile care pot fi acoperite de oferta locală de servicii.



„Ancheta socială - mi s-a părut un pic rece, mi se părea standard și mai puțin centrată pe mine, ca persoană cu handicap, și mai degrabă pe condiții din astea...materiale. Era un soi de trecere în revistă a condițiilor de viață dar...cumva strict din punct de vedere material. Asta nu s-a schimbat prea mult de-a lungul timpului în cazul meu...așa că răspundeam în fiecare an la aceleași întrebări. Și era un pic... adică... nu era ceva nici care să mă preocupe...că nu avea un conținut care să fie deranjant sau...dar nici util sau nu cred că am înțeles foarte bine de ce se colectează informația asta repetat din moment ce nu se schimbă și alte lucruri...” (Interviu cu PAH, femeie, 30 ani)



„Problemele esențiale ale bolii nu se regăsesc în niciun caz în acel chestionar iar pe baza aceluia chestionar obții tipul, gradul de handicap. [...] Nu am fost întrebată dacă eu îmi găsesc singură, dacă eu pot să fac cumpărăturile singură, nu am fost întrebată dacă eu plec de acasă singură sau dacă Doamne ferește rămân singură acasă, mă descurc singură? Sunt niște întrebări care nu se regăsesc în...problemele cu care se confruntă o persoană cu handicap, zi de zi. [...] Și asta datorită faptului că întrebările după care este evaluat un pacient cu probleme de sănătate sunt mult prea... nu scot suficient în evidență problemele cu care se confruntă cu adevărat un pacient...eu cel puțin încercam să-i spun că eu nu mă descurc singură și îmi este teamă să rămân singură acasă...eu nu pot să mă îmbrac de multe ori singură și răspunsul a fost: astea nu sunt chestii importante pentru formularul nostru de evaluare.” (Interviu cu PAH, femeie, 52 ani)



„La întrebările pe care mi le puneau erau niște răspunsuri STAS și nu puteai, nu aveai loc de un răspuns liber în care să zici că în funcție de perioadă...mă simt sau nu mă simt bine. Că astăzi mă simt foarte bine, urc pe munte, mâine poate nici nu reușesc să mă ridic din pat.” (Interviu cu PAH, femeie, 25 ani)

O secțiune care ar trebui să reflecte punctul de vedere al persoanei cu handicap, cum ar fi temerile, preocupările, modul în care ar dori să trăiască, și ceea ce el/ea ar dori să facă în viitor, a fost printre îmbunătățirile menționate mai frecvent în interviuri ca necesare în modelul cadru de anchetă socială. În acest moment, modelul cadru se concentrează foarte mult pe nevoile de sprijin, în timp ce există foarte puține informații sau deloc despre ceea ce dorește și ce-i place persoanei, planurile sale. De asemenea, ancheta socială nu înregistrează, de

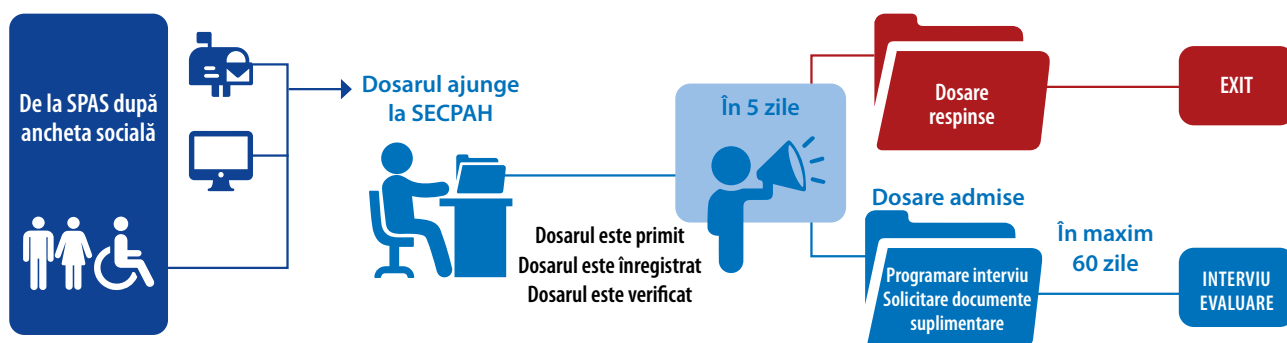
exemplu, informații privind adaptarea locuinței solicitantului (actuală, planificată sau necesară), extracostul dizabilității și impactul acestuia asupra vieții de familie, stilului de viață al solicitantului (actual, planificat și dorit), resursele familiale și comunitare disponibile pentru a ajuta și sprijini solicitantul, sau serviciile de care a beneficiat deja solicitantul, care ar fi foarte utile pentru etapa de elaborare a planurilor individualizate (a se vedea capitolul 6).

3.4. Înregistrarea pentru evaluarea complexă realizată de SECPAH în vederea încadrării în grad de handicap

Înregistrarea este ultimul pas al Etapei 2 din demersul de obținere a certificatului de încadrare în grad de handicap. Scopul acestui pas este ca populația țintă și grupurile vulnerabile să fie înregistrate în mod eficient, iar informațiile lor să fie înregistrate cu acuratețe. Înregistrarea constă în înscrierea și verificarea informațiilor respective. Dosarul cu documentele colectate și verificate de către SPAS în timpul fazei de depunere a dosarului (discutate în secțiunile 3.2 și 3.3) constituie datele de intrare pentru faza de înregistrare. Ceea ce rezultă din această fază este un set de informații

complete, validate și verificate privind solicitanții care s-au înregistrat. Ulterior, acestea servesc ca bază pentru evaluarea complexă care reprezintă Etapa 3 a demersului și este analizată în următorul capitol 4. Pașii principali ai fazei de înregistrare (Schema 4) sunt analizați în secțiunile următoare, având în vedere nivelurile și aspectele mai detaliate ale implementării, diferitele moduri de operare elaborate de SECPAH/DGASPC la nivel județean, precum și opiniile și convingerile diferitelor părți interesate.

Schema 4: Prezentare generală a pașilor de înregistrare



Există mari diferențe între județe în ceea ce privește numărul de cereri de evaluare, după cum s-a arătat deja în secțiunea 3.1. În primul rând, datele prezentate în acest capitol sunt doar estimări făcute de SECPAH pentru această cercetare, deoarece majoritatea județelor nu colectează în mod riguros informații privind înregistrarea. În al doilea rând, numărul dosarelor înregistrate pentru evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap nu este corelat în mod semnificativ cu numărul total de persoane cu dizabilități înregistrate oficial în județ. De exemplu, după cum arată Figura 10, printre județele cu cel mai mic număr total de dosare înregistrate există atât județe precum GR sau SB cu un număr mic de persoane cu dizabilități (aproximativ 10.600, respectiv 16.600), cât și județul TM cu un număr mare de 26.600 persoane cu dizabilități (date pentru decembrie 2019). Acest

lucru înseamnă că existența unui număr mare de persoane cu dizabilități într-un județ nu duce neapărat la un număr corespunzător de dosare care necesită o (re)evaluare, căci este posibil ca o mare parte dintre acestea să dețină un certificat de încadrare permanentă în grad și tip de handicap și, prin urmare, nu trebuie să se înregistreze anual sau o dată la doi ani pentru o nouă evaluare.

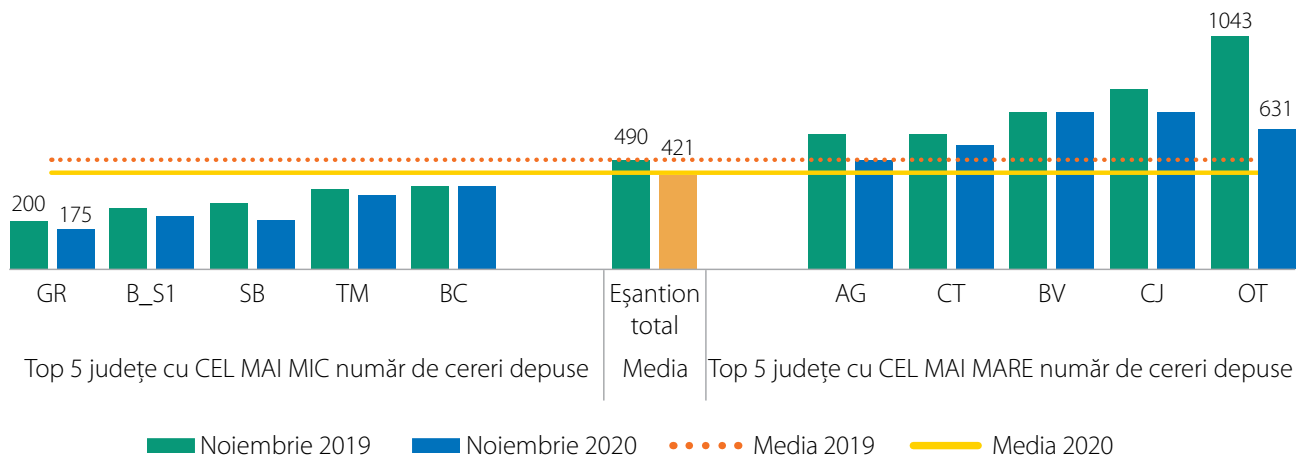
În al treilea rând, numărul minim de dosare înregistrate într-un județ (GR) a fost de peste cinci ori mai mic decât numărul maxim (în OT), în perioada pre-COVID (Figura 10). În 2020, diferența dintre extreme s-a diminuat de la peste 5 la 4. De asemenea, numărul cererilor de evaluare în vederea încadrării în grad de handicap a scăzut în 2020 comparativ cu perioada pre-COVID, în aproape toate județele.¹⁵¹ Pe total, pe baza eșantionului SECPAH din 28 județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, numărul total de dosare înregistrate a scăzut cu peste 2.400 (sau

151 În eșantionul nostru, doar trei SECPAH au raportat, pentru noiembrie 2020, un număr de dosare înregistrate mai mare decât cel dintr-o lună obișnuită (sau noiembrie 2019), și anume MH, SV, și B_S5.

cu 15%) în 2020 față de 2019.¹⁵² Acesta este un efect al măsurilor de prevenire și combatere a efectelor pandemiei COVID-19. Printre aceste măsuri, procedurile de acordare a certificatelor de încadrare în grad de handicap au fost modificate temporar.¹⁵³ Astfel, DGASPC a prelungit automat, pentru adulții

și copiii, valabilitatea certificatelor de încadrare în grad de handicap pe perioada stării de urgență și a stării de alertă, precum și pentru o perioadă de 90 de zile de la încetarea stării de alertă.¹⁵⁴ Acest lucru a redus numărul de cereri de reevaluare în această perioadă.

Figura 10: Numărul total de dosare înregistrate pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap în județele selectate, în noiembrie 2019 față de noiembrie 2020 (număr)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 28 județe și 4 sectoare ale municipiului București cu răspunsuri valabile, ianuarie-februarie 2021.

3.4.1. Transmiterea dosarelor de la SPAS la SECPAH

Există două trasee principale pe care dosarele (inclusiv documentele și ancheta socială) sunt transmise de la SPAS la SECPAH/ SECC (în cadrul DGASPC), așa cum se arată în Schema 3, de la începutul acestui capitol, și în Figura 11. Primul traseu este urmat de cele mai multe SPAS incluse în sondaj (39 din 69 localități care au furnizat un răspuns), care transmit dosarele către SECPAH/ SECC în principal prin e-mail sau poștă/curier. Aproape toate aceste SPAS-uri au declarat că „de cele mai multe ori” reușesc să respecte termenul legal de 5 zile lucrătoare de la înregistrare pentru livrarea dosarelor la SECPAH/ SECC/ DGASPC. În acest sens, conducerea SECPAH¹⁵⁵ confirmă că majoritatea autorităților locale urbane reușesc să respecte termenul legal, în timp ce în ceea ce privește

SPAS rurale, opiniile sunt mai diverse: 12 din cele 32 județe apreciază că „doar unele” sau „doar o mică parte” din localitățile rurale livrează dosarele pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap în 5 zile lucrătoare de la înregistrare.

Celelalte SPAS-uri (30 din 69 localități care au oferit un răspuns valid) urmează un al doilea traseu, și anume nu transmit dosarele la SECPAH/SECC, ci le înmânează solicitanților care le duc personal și le înregistrează la ghișeele serviciilor județene de evaluare complexă. Doar într-o treime din aceste localități, SPAS înmânează dosarele împreună cu o notificare privind programarea pentru interviul de evaluare pre-stabilit în cooperare cu DGASPC (SECPAH/SECC). Celelalte două treimi înmânează dosarele și solicitanții „merg când pot/doresc să înregistreze dosarul și primesc ei programarea pentru interviul/interacțiunea de evaluare” de la SECPAH/SECC. În aceste situații, niciun termen legal nu este respectat de SPAS.

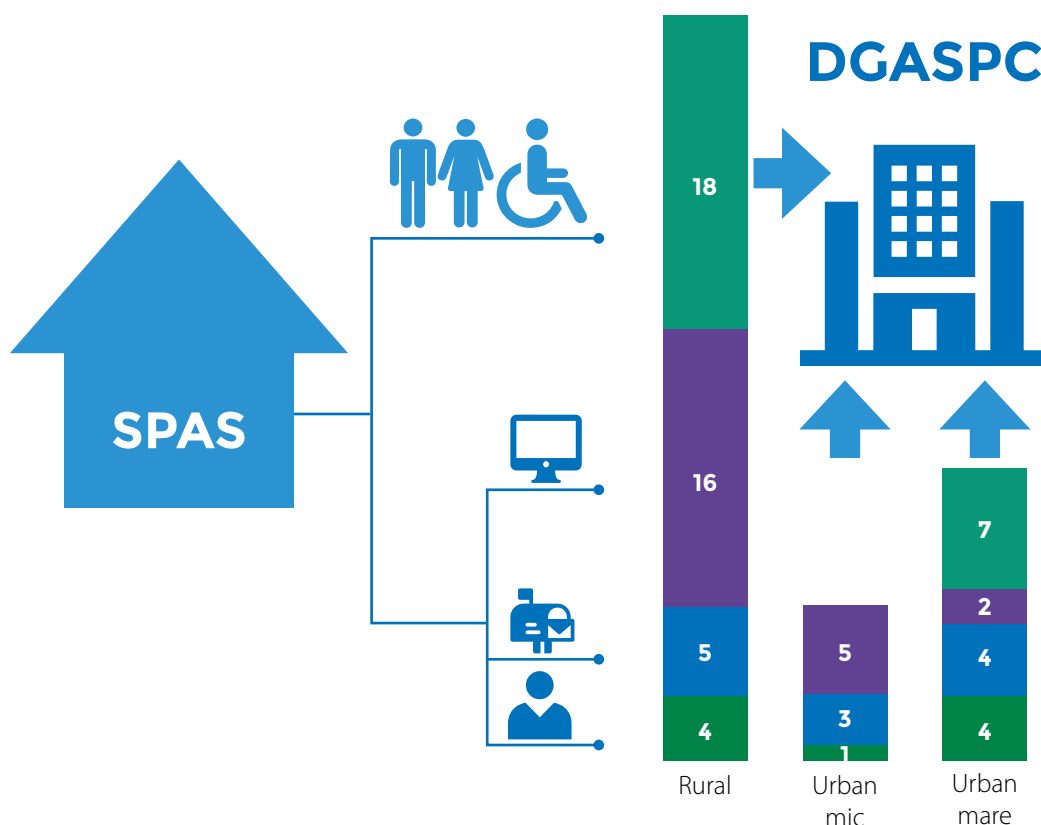
152 În județele cu răspunsuri valide, numărul cumulativ de dosare înregistrate a scăzut de la aproape 15.900 la aproximativ 13.500. Legea nr. 55/2020, art. 4, alin. (5).

153 Legea nr. 55/2020, art. 4, alin. (5).

154 În conformitate cu Legea nr. 55/2020 care modifică și completează OUG nr. 1/1999 privind regimul stării de asediu și al stării de urgență.

155 Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe, ianuarie-februarie 2021. Cele 4 sectoare ale municipiului București care au răspuns la sondaj nu sunt luate în considerare aici pentru că în cazul lor DGASPC joacă și rolul de SPAS.

Figura 11: Cum sunt transmise dosarele solicitanților de încadrare în grad de handicap de la SPAS la SECPAH/ SECC/DGASPC, în februarie 2021 (număr)



4. Dosarele sunt înmânate solicitanților care trebuie să meargă și să le înregistreze la SECPAH
3. Dosarele sunt transmise de SPAS către DGASPC/SECPAH prin poșta electronică sau prin un website dedicat
2. Dosarele sunt transmise de SPAS către DGASPC/SECPAH prin poștă
1. Dosarele sunt duse la SECPAH de un reprezentant SPAS în persoană

Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri valabile din 69 SPAS, din 26 județe; nu sunt incluse sectoarele Bucureștiului deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Urban mic = orașe mici până la 20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Urban mare = orașe cu >20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Rural = comune din toate cele trei tipuri incluse în eșantion.

3.4.2. Înregistrarea dosarului la SECPAH și programarea pentru interviul de evaluare

Așa cum rezultă din secțiunea anterioară, există trei scenarii posibile privind modul în care solicitanții (18+ ani) pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap își pot înregistra dosarele la SECPAH și pot face o programare pentru interviul de evaluare. Selectarea unui scenariu depinde în primul rând de localitatea de domiciliu a solicitanților și de relația dintre SPAS locale și SECPAH județene.

Pe baza datelor raportate de SPAS, rezultă că în România, în ciuda tehnologiei disponibile, înregistrarea pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap încă implică zeci de mii de persoane care, în fiecare lună, trebuie să meargă cu dosarele de documente pe la ghișeele mai multor instituții, uneori nu pot rezolva cu un singur drum, ci trebuie să meargă în mod repetat, uneori călătorind ore întregi pentru a-și înregistra dosarele. Reprezentanții SECPAH au raportat informații similare celor de la SPAS.¹⁵⁷ Astfel, 19 din cele 36 de SECPAH incluse în sondaj au estimat că 75% din totalul dosarelor înregistrate în noiembrie

¹⁵⁶ Echipele SECPAH indică faptul că, în cazuri excepționale, pot accepta, de asemenea, documente trimise prin intermediul aplicațiilor telefonice care permit scanarea sau fotografierea acestora.

¹⁵⁷ Studiu instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

2020 au fost aduse personal la sediul instituției.¹⁵⁸ În celelalte 17 județe, dosarele înregistrate au fost distribuite mai uniform între dosarele depuse la

sediul instituției și cele primite prin poștă, e-mail (predominant) și Internet.



În primul scenariu, SPAS transmite dosarele la SECPAH, după care solicitanții depun o cerere standard la registratura SECPAH/DGASPC prin poștă, e-mail sau, în contextul COVID 19, prin telefon și fac programarea pentru interviul de evaluare.¹⁵⁶



În cel de-al doilea scenariu, dosarele sunt înmânate solicitanților, care trebuie să le ducă la registratura SECPAH/DGASPC, unde completează formularul standard de cerere de evaluare complexă și înregistrează dosarul. Totuși, ca să scurteze timpul de așteptare și să reducă cât mai mult posibil timpul de expunere la orice riscuri de sănătate, SPAS obține de la SECPAH/ DGASPC o programare în avans și notifică solicitanții.

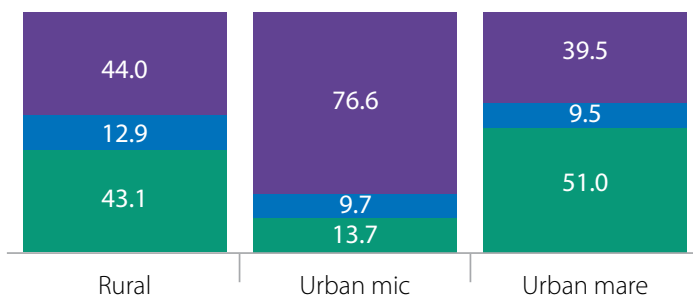


În cel de-al treilea scenariu, dosarele sunt înmânate solicitanților care trebuie să viziteze de două ori sediul SECPAH; să efectueze prima vizită ca să depună cererea standard, să înregistreze dosarul și să facă o programare, iar cea de-a doua vizită pentru interviul de evaluare.

Al treilea scenariu este cel mai frecvent, după cum arată Figura 12, pe baza datelor despre solicitanții din 66 de localități incluse în sondaj.

Figura 12: Distribuția solicitanților pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap în conformitate cu scenariul utilizat pentru înregistrarea la SECPAH (% din total în noiembrie 2020)

- Scenariul 3. Oamenii sunt pe cont propriu și au nevoie de două vizite la SECPAH, una pentru înregistrare și programare și una pentru interviu
- Scenariul 2. Persoanele merg și înregistrează dosarele la SECPAH, însă pe baza unei programări pentru interviu prestabilite de către SECPAH și SPAS
- Scenariul 1. Dosarele sunt transferate de SPAS, iar persoanele își fac programarea inclusiv prin telefon



Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri valabile din 66 SPAS, din 26 județe; nu sunt incluse sectoarele Bucureștiului deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Note: Estimări determinate pe baza presupunerii că un SPAS urmează aceeași procedură pentru toți solicitanții. Acesta este modelul dominant, dar există, de asemenea, câteva localități în care SPAS procedează diferit de la un solicitant la altul. Urban mic = orașe mici până la 20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Urban mare = orașe cu >20 de mii de locuitori la 1 ianuarie 2020; Rural = comune din toate cele trei tipuri incluse în eșantion.

158 Ponderea a variat între județe între 50% și 98% din total, cu o medie de 75% și o abatere standard de doar 14%.

Acest lucru se datorează supremației hârtiilor care persistă în procesele administrative și nu numai în cadrul celui privind evaluare în vederea încadrării în grad de handicap. Deși solicitanților li se cere să furnizeze cel puțin unele documente în format electronic,¹⁵⁹ „în cele din urmă, toate dosarele și documentele trebuie să fie disponibile pe suport de hârtie”.¹⁶⁰ Astfel, tehnologia disponibilă este foarte puțin utilizată, oamenii cerându-li-se să adune pentru fiecare evaluare (anuală), în mod repetat, aceleași documente pe hârtie, care ulterior trebuie arhivate de SECPAH.

Dosarele pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap pot fi depuse și înregistrate atât la SECPAH, cât și la registratura DGASPC, în majoritatea județelor, precum și la alte servicii sau birouri din cadrul DGASPC, în câteva județe. Astfel, administrarea și stocarea dosarelor se fac în mod diferit de la un județ la altul. În majoritatea județelor, SECPAH își asumă, de asemenea, aceste atribuții pe cont propriu sau în comun cu Secretariatul CEPAN. Cu toate acestea, în județele cu un număr mare de persoane cu dizabilități, gestionarea și stocarea dosarelor este de obicei realizată de un alt serviciu DGASPC, cum ar fi Arhiva. Acest lucru este valabil mai ales în județele cu mai mult de 20 de mii de persoane cu dizabilități.¹⁶¹ Modul în care sunt atribuite aceste sarcini afectează volumul de muncă al lucrătorilor SECPAH. În județele în care înregistrarea, gestionarea și depozitarea sunt efectuate exclusiv de SECPAH, acestea trebuie să acopere, de asemenea, toate lucrările manuale legate de manipularea și încărcarea dosarelor (de la înregistrare la evaluare, de la evaluare la secretariatul CEPAN, de la comisie până la stocare/depozitare, în cadrul stocării/depozitării, și așa mai departe).

Conform legii, dosarul poate fi depus de solicitant, de familia sa, de reprezentantul legal, de asistentul personal, de asistentul personal profesionist, de un ONG în care solicitantul este membru sau de orice altă persoană care reprezintă solicitantul. Cu doar două excepții,¹⁶² în toate județele, o persoană aflată sub tutelă/ curatelă poate depune dosarul personal,

eventual cu sprijinul altcuiva. În același timp, un terț poate depune dosarul unei persoane aflate sub tutelă/ curatelă, în numele și în interesul acelei persoane, chiar și în absența consimțământului persoanei în cauză, în majoritatea județelor (în 18 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului).

În cazul persoanelor care solicită evaluarea pentru reînnoirea certificatului de încadrare în grad de handicap, dosarul se depune cu 60 de zile înainte de data expirării certificatului existent.¹⁶³ În timpul pandemiei COVID-19, atât pentru adulți, cât și pentru copii, certificatele de încadrare în grad de handicap au fost extinse pe timpul stării de urgență și a stării de alertă,¹⁶⁴ cu scopul de a asigura continuitatea prestațiilor pentru persoanele cu dizabilități în perioada de criză. În unele județe, prelungirea certificatului de handicap s-a făcut automat, în timp ce în alte județe extinderea a fost făcută doar la cererea solicitantului.

Documentele solicitate în dosarul de cerere pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap sunt reglementate de HG nr. 430/2008, art.6 și includ:

- Formular de cerere standard pentru evaluarea complexă în conformitate cu modelul din Anexa 4 la HG nr. 430/2008.
- Copie de pe actul de identitate (originalul trebuie prezentat în ziua evaluării).
- Documentele medicale solicitate de SECPAH (a se vedea detaliile din secțiunea 3.2)
- Ancheta socială efectuată de SPAS la domiciliul sau reședința solicitantului, conform modelului cadru prevăzut în Anexa 6 la HG nr. 430/2008 (a se vedea, de asemenea, secțiunea 3.3).

Serviciul/biroul din cadrul DGASPC care înregistrează dosarele trebuie să le transmită SECPAH în termen legal de 24 de ore. Acest lucru nu creează nici o problemă, conform șefilor SECPAH, mai ales având în vedere faptul că, în majoritatea județelor, SECPAH efectuează înregistrarea (sau cea mai mare parte a acesteia). Odată ce dosarele ajung la SECPAH, un specialist le verifică dacă sunt complete, pe baza listei prevăzute în HG nr.

159 Atât SPAS-urile, cât și SECPAH și SECC colectează măcar o parte dintre documentele solicitate în format electronic. Spre exemplu, din cele 36 de SECPAH incluse în sondaj, 20 au raportat că documentele din cadrul dosarelor de cerere sunt atât pe hârtie, cât și în format electronic. Celelalte 16 SECPAH au dosarele de cerere numai pe hârtie.

160 Interviu cu șeful serviciului public de asistență socială (SPAS) dintr-un oraș mare.

161 Din județele care au participat la studiul instituțional Q2A, 7 au între 6.300 și mai puțin de 15.000 de persoane cu dizabilități, 13 au între 15.000 și mai puțin de 20.000, iar 12 au 20.000-38.000 (date conform Buletinului Statistic MMPS, decembrie 2019).

162 Județul Ialomița și sectorul 3 din București.

163 HG nr. 430/2008, art. 6 modificat prin Decizia nr. 927/2016.

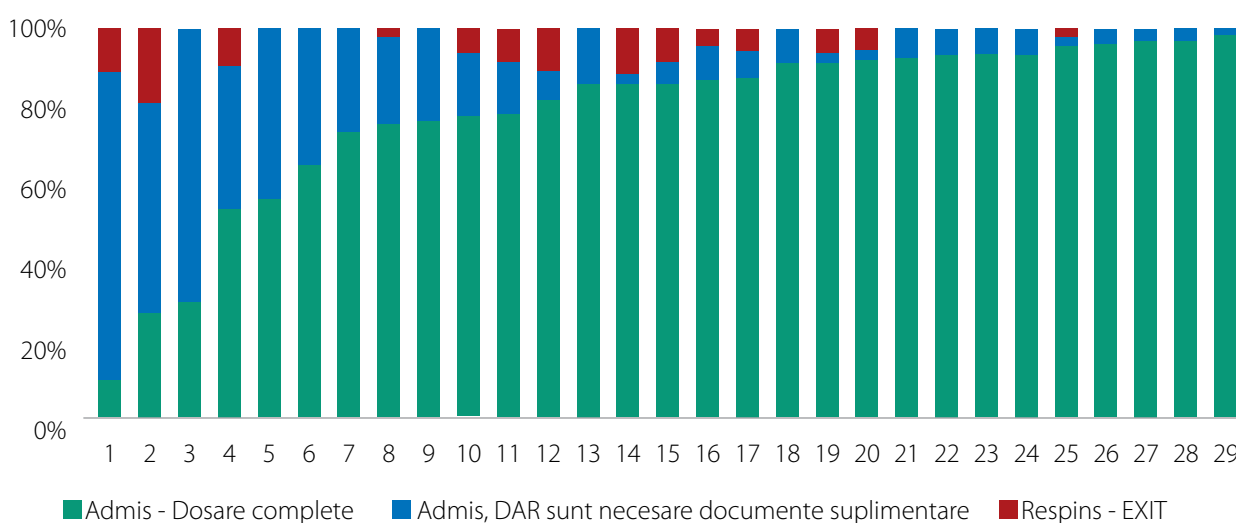
164 Conform Legii nr. 55/2020, art. 4, alin.(5).

430/2008 de mai sus.¹⁶⁵ În majoritatea județelor,¹⁶⁶ această verificare inițială este realizată de un reprezentant SECPAH instruit pentru a evalua caracterul complet al documentelor din dosar, inclusiv în ceea ce privește datele medicale. Doar în patru județe, dosarele sunt distribuite direct echipei de specialiști SECPAH, care parcurg dosarul și verifică documentele specifice fiecărui domeniu, în timp ce într-un sector al Bucureștiului verificarea inițială se face de către personal mediu neinstruit.

Rezultatul verificării inițiale constă în distribuirea dosarelor în trei grupuri (Schema 4 și Figura 13).

Primul grup include dosarele complete care sunt înregistrate ca fiind admise pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap. Al doilea grup cuprinde dosarele care respectă criteriile de încadrare, dar pentru care sunt necesare documente suplimentare. Aceste dosare sunt, de asemenea, admise. Ultimul grup cuprinde dosarele respinse. Figura 13 arată cum se distribuie dosarele în funcție de cele trei grupuri rezultate după verificarea inițială în județele incluse în sondaj. La nivelul județelor, practica dominantă este de a înregistra 80% sau mai mult din cereri ca fiind complete.

Figura 13: Rezultatul verificării inițiale a dosarelor de cerere admise și respinse după județ, în noiembrie 2020 (%)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 25 județe și 4 sectoare ale Bucureștiului cu răspunsuri valide, ianuarie-februarie 2021.

Per total, la nivel de eșantion, 79% din dosare sunt complete, 18% sunt incomplete, iar aproximativ 3% sunt respinse și ies din circuit. Cu toate acestea, Figura 13 relevă diferențele considerabile dintre județe. În unele județe, practica este de a clasifica o mare parte din dosare ca fiind incomplete, cerându-se solicitanților să aducă mai multe documente. Astfel, ponderea dosarelor incomplete se situează între 1% și 79% (sau între 2 și 420) pe județ. În timp ce în majoritatea județelor nu se respinge nici un dosar, există câteva județe în care se respinge unul din zece (mai des) și chiar unul din cinci dosare (până la 70 de dosare pe județ).

În cazul dosarelor incomplete, toate SECPAH solicită date suplimentare care se referă cel mai

frecvent la o nouă anchetă socială, documente medicale care confirmă debutul bolii și evaluări psihologice suplimentare. Așa cum au explicat specialiștii SECPAH în focus grupuri, o nouă anchetă socială este de obicei solicitată în cazurile în care aceasta contravine concluziilor documentelor medicale (de exemplu, o persoană care nu poate vedea conduce o mașină, sau o persoană care nu se poate deplasa este găsită curățând grădina). Documentele medicale care dovedesc debutul bolii se referă în principal la informații suplimentare pentru determinarea istoricului medical al persoanei. Mai multe evaluări psihologice sunt de obicei solicitate atunci când scorurile testelor MMSE (Mini-Mental State Examination) sau GAFS (Global Assessment of Functioning Scale) nu se

165 Doar două județe au raportat că un specialist DGASPC dintr-un serviciu diferit de SECPAH efectuează verificarea inițială a dosarelor; și 3 județe nu au răspuns. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

166 În 28 județe și 3 sectoare ale Bucureștiului.

sincronizează cu descrierile din alte documente medicale sau sociale. De remarcat, șefii SECPAH din 11 județe raportează că informarea solicitantului cu privire la documentele suplimentare de care mai este nevoie pentru a completa dosarul este „doar uneori” făcută în formate accesibile tuturor persoanelor cu handicap, deoarece depinde de materialele disponibile.

Principalele motive pentru respingerea unui dosar includ reședința oficială a solicitantului într-un alt județ decât SECPAH la care se face solicitarea, lipsa documentelor de identitate originale, afecțiunile medicale care nu respectă criteriile de încadrare în vigoare, lipsa documentelor medicale sau lipsa anchetei sociale obligatorii; precum și „atunci când solicitantul este într-o stare avansată de ebrietate.”¹⁶⁷ Există o lipsă de uniformitate între județe în ceea ce privește formatul acceptat al documentelor. Anumite județe acceptă doar documente pe suport de hârtie, de aceea pot respinge un dosar nu pentru că lipsesc documente, ci pentru că documentul respectiv nu este atașat la dosar pe suport de hârtie.

Termenul legal pentru verificarea inițială este de 5 zile lucrătoare, conform HG nr. 430/2008. În 5 zile, SECPAH trebuie să informeze persoana cu privire

la rezultatele verificării, ceea ce se întâmplă „în majoritatea sau în toate cazurile”, conform șefilor SECPAH. Solicitantul este fie respins, fie admis cu condiția să furnizeze documentele suplimentare solicitate, fie admis, caz în care este programat interviul de evaluare complexă, iar solicitantul primește programarea. În maxim 60 zile, SECPAH trebuie să realizeze întâlnirea de interviu.

Programarea interviurilor de evaluare se face de către un specialist SECPAH, care informează, de asemenea, solicitantul, cel mai adesea prin telefon sau prin poștă, în aproape toate județele. Programarea se face pentru o anumită zi și oră, dar există, de asemenea, (9) județe care indică solicitanților doar ziua, ceea ce poate duce la un timp de așteptare mai lung, cel puțin în unele perioade. La momentul completării chestionarului Q2A, toate SECPAH puteau programa interviurile de evaluare în perioada obligatorie de 60 zile (aproximativ jumătate dintre acestea puteau chiar și în următoarele două săptămâni). Odată ce persoana este informată, etapa de depunere a dosarului și înregistrare este finalizată, iar etapa de evaluare în vederea încadrării în grad de handicap începe.

3.4.3. Adaptări ale înregistrării pentru populația vulnerabilă

Procedura de înregistrare a dosarelor și de programare a evaluării în vederea încadrării în grad de handicap se desfășoară în mod unitar la nivel național, în baza prevederilor HG nr. 430/2008 și Ordinului nr. 2298/2012.¹⁶⁸ În cadrul fazei de depunere a dosarului și înregistrare, este necesară comunicarea bidirecțională pentru (1) a notifica persoanele cu privire la procedurile de depunere a dosarului și înregistrare, locații și puncte de contact; (2) a sprijini efectuarea programărilor; (3) a aduna informații și documente exacte; (4) a răspunde la întrebări; și (5) a facilita corecturile sau actualizările, după caz.

Lipsa unei comunicări adaptate a fost menționată ca o barieră în calea înregistrării pentru evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap pentru anumite grupuri vulnerabile. Astfel, persoanele cu dizabilități care au fost intervievate și reprezentanții ONG-urilor au subliniat că purtarea unei măști reprezintă o barieră serioasă de comunicare pentru persoanele care suferă de deficiențe de auz; mulți solicitanți nu au telefon, computer sau Internet și chiar și mai puțini au telefoane digitale pentru comunicarea cu instituțiile; mulți solicitanți suferă de tulburări psihice „și nu înțeleg cu ușurință, chiar dacă procesul este descris în mod clar, pas cu pas,

prin urmare, au nevoie de însoțire și nu numai de informații”;¹⁶⁹ de asemenea, mulți solicitanți „cum ar fi membrii noștri, sunt analfabeți pentru ca nu au fost niciodată înscriși la școală”.¹⁷⁰ Riscul de comunicare defectuoasă în această fază sunt multiple: că oamenii nu vor ști unde să meargă, cum și unde să se înregistreze, sau ce documente și informații să furnizeze. O astfel de confuzie contribuie la ineficiența proceselor și la inexactitatea informațiilor. De asemenea, aceasta poate crea obstacole birocratice care împiedică înregistrarea persoanelor.

Un sfert din județele participante la sondajul național nu au capacitatea fizică de a primi dosare și de a comunica cu solicitanții în condiții de confidențialitate.¹⁷¹ Aceasta este o barieră suplimentară pentru o comunicare corespunzătoare în timpul fazei de înregistrare. Per total, adaptările acestei procedurii la nevoile și constrângerile specifice ale grupurilor vulnerabile sunt foarte limitate. SECPAH a adaptat procedura de depunere și înregistrare în mai multe județe (19) doar pentru persoanele care nu se pot deplasa, deoarece reglementările actuale prevăd acțiuni specifice pentru această situație. Pentru toate celelalte grupuri, adaptările procedurii sunt disponibile doar în câteva județe.

167 Citat dintr-un chestionar Q2A.

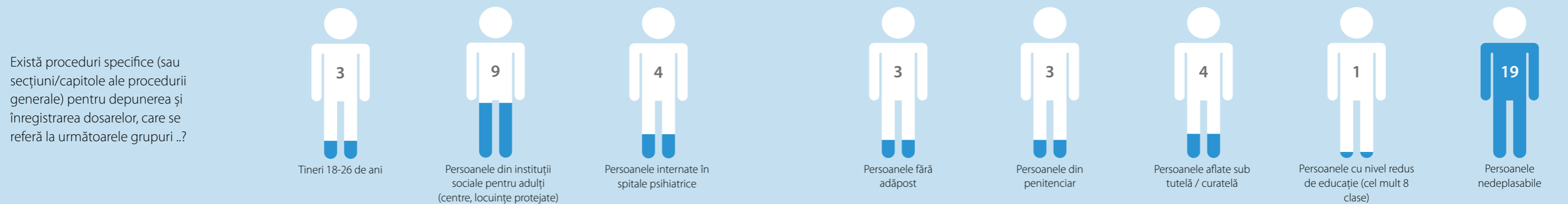
168 Ordinul nr. 2298/2012 - Procedura-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap ANDPDCA a declarat echipei de cercetare că acest regulament este în curs de revizuire.

169 Interviu cu reprezentant ONG, filiala București.

170 Interviu cu reprezentant ONG național.

171 Studiu instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Figura 14: Numărul de SECPAH-uri care au adaptat procedurile de depunere și înregistrare a dosarului pentru persoanele din grupurile vulnerabile (număr de județe)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.



Concluziile capitolului 3

Obiectivul celei de-a doua etape a demersului de încadrare în grad de handicap, privind întocmirea, depunerea și înregistrarea dosarului, este ca populația țintă și grupurile vulnerabile să fie înregistrate eficient, iar informațiile lor să fie înregistrate cu acuratețe. Pentru a realiza în mod eficient acest al doilea pas, trebuie realizate mai multe ajustări ale sistemului.

1

În primul rând, trebuie făcute progrese în domeniul gestionării datelor și procedurilor instituționale. La nivelul primului punct de contact cu solicitantul (SPAS), este necesar să existe o procedură sau norme aprobate privind interacțiunea cu solicitantul în timpul efectuării anchetei sociale pentru evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap. Pe de o parte, este esențial accesul SPAS și SECPAH/SECC la registrele naționale și la bazele de date administrative care ar putea reduce eforturile solicitanților de a obține actele necesare la dosar și, în același timp, ar permite verificarea încrucișată din partea instituțiilor, pe lângă faptul că ar reduce cantitatea de hârtie consumată de-a lungul demersului. Pe de altă parte, SPAS și SECPAH/SECC ar trebui să colecteze, să păstreze și să analizeze în mod sistematic date despre etapa de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului, inclusiv referitoare la fenomenul de renunțare/refuz pe parcursul demersului pentru a identifica disfuncționalitățile sistemului care devin bariere de acces pentru încadrarea în grad de handicap.

2

În al doilea rând, sunt necesare în continuare îmbunătățiri în ceea ce privește reducerea barierelor pentru grupurile vulnerabile. Sunt raportate obstacole de accesibilitate financiară și geografică în faza de obținere a documentelor medicale. În plus, aproape toate SPAS-urile incluse în eșantion impun solicitantului să colecteze o mulțime de documente înainte de a efectua ancheta socială obligatorie. Alte motive pentru blocaje în faza de depunere a dosarului se referă la lipsa de sprijin furnizat de autorități, vârsta la care boala a fost recunoscută oficial, lipsa unei comunicări adaptate și lipsa de conștientizare cu privire la existența oportunității și capacitatea de a solicita un certificat de handicap și pachetul aferent de beneficii/servicii. Așadar, nu doar informarea inițială (discutată în capitolul 2) necesită îmbunătățiri, ci și informarea și comunicarea din etapa de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului. Sunt raportate obstacole de accesibilitate a informației pentru solicitanții cu deficiențe senzoriale sau intelectuale, iar informațiile nu sunt comunicate solicitanților în formate accesibile lor (în limbaj ușor-de-înțeles, Braille sau în limbaj mimico-gestual, tactil etc.).

3

În al treilea rând, sprijinirea consolidării capacității instituționale prin dezvoltarea managementului resurselor umane este deosebit de necesară în cadrul serviciilor publice de asistență socială din mediul rural. Principalii factori care influențează calitatea anchetelor sociale actuale se referă la insuficiența personalului și la pregătirea deficitară a personalului SPAS. În plus, pentru o reflectare corectă a laturii sociale a evaluării în vederea încadrării în grad de handicap, sunt necesare îmbunătățiri ale modelului cadru de anchetă socială.

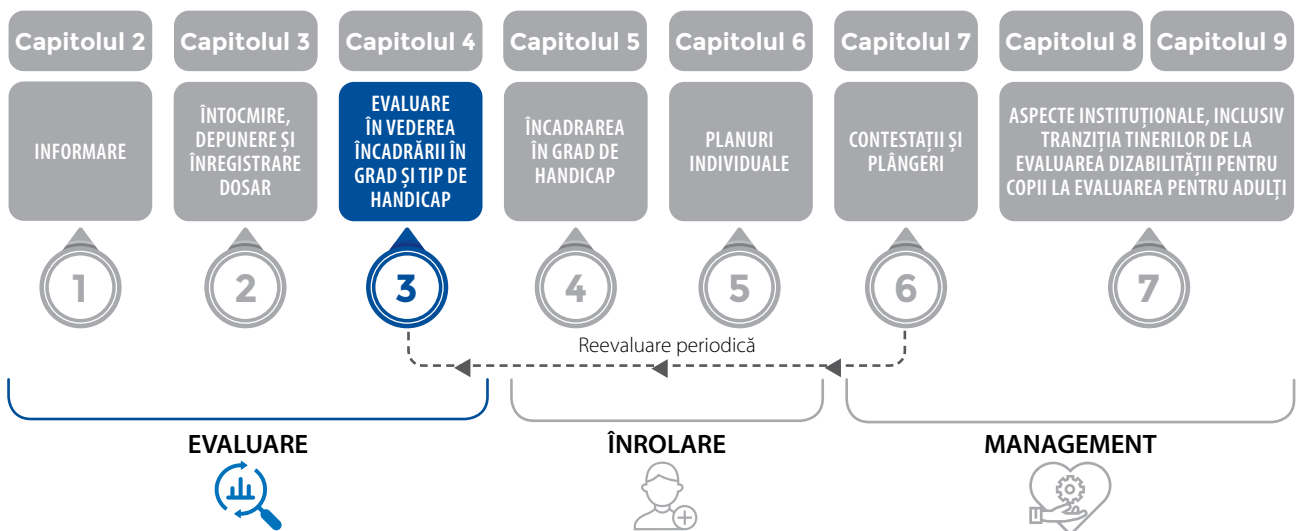
4

În sfârșit, în România, această fază de întocmire, depunere și înregistrare a cererii este mult mai împovărătoare decât în multe alte țări. Experiența internațională arată că majoritatea țărilor au pus în aplicare diferite măsuri pentru a reduce la minimum numărul de documente pe care ar trebui să le prezinte un solicitant. În sistemele administrative mai avansate, o persoană se poate înregistra electronic direct la serviciile care furnizează evaluare în vederea încadrării în grad de handicap, documentele medicale sunt vizualizate / descărcate automat dintr-un sistem de e-sănătate, în timp ce o anchetă socială (dacă este necesară) este obținută prin protocoale instituționale fără implicarea, costurile și efortul solicitantului. România ar trebui, de asemenea, să avanseze pe această cale, regândind procesele administrative pentru a simplifica accesul la servicii, evitând în același timp duplicarea și urmărirea de foloase necuvenite.

Astfel, nevoile persoanelor cu dizabilități în calitate de solicitanți în sistemul de evaluare a dizabilității ar trebui abordate cu atenție pentru a asigura accesul egal la depunerea dosarului și înregistrare și, prin urmare, pentru a îmbunătăți eficacitatea generală a sistemului de evaluare a gradului de handicap.



4. Evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap în România



Acest capitol este dedicat etapei 3 de implementare a sistemului de evaluare a dizabilității în România, și anume evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap. Obiectivul acestui capitol este de a descrie și de a analiza procesele, instrumentele utilizate și documentația necesară serviciului de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH). Legea nr. 448/2006 (art. 88) privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, menționează faptul că „în vederea exercitării atribuțiilor ce revin comisiei de evaluare, se înființează serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap, în cadrul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale

sectoarelor municipiului București”.

În majoritatea țărilor, evaluarea dizabilității (Etapa 3) și determinarea dizabilității (Etapa 4) reprezintă un singur demers: evaluatorii realizează evaluarea și propun tipul, gradul de dizabilitate și valabilitatea certificatului, iar apoi un funcționar al aceleiași agenții analizează propunerea și ia o decizie oficială. România, însă, are procese separate pentru evaluarea și respectiv încadrarea în grad și tip de handicap. Evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap este efectuată de SECPAH, structură în cadrul DGASPC, în timp ce decizia privind încadrarea în grad de handicap (determinarea) este luată de CEPAN, structură aflată în subordinea Consiliului Județean. Astfel, spre deosebire de majoritatea țărilor, în România

172 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

evaluarea gradului de handicap este un proces în două etape – evaluarea propriu-zisă și luarea deciziei. Acest capitol se concentrează pe primul pas al acestui proces.

Împreună cu o descriere generală a etapelor procesului de evaluare complexă realizată de SECPAH și o descriere a documentației necesare, acest capitol identifică, de asemenea, problemele demersului, așa cum au fost raportate de specialiștii SECPAH în interviuri, focus grupuri și sondajul de opinie Q2B, precum și de șefii SECPAH care au răspuns la studiul instituțional Q2A. În plus, capitolul trece în revistă instrumentele de evaluare utilizate pentru fiecare dintre cele șase domenii obligatorii ale

evaluării (evaluare socială, medicală, psihologică, vocațională sau abilităților profesionale, a nivelului de educație, precum și a abilităților și nivelului de integrare socială), conform reglementărilor în vigoare.¹⁷³ Aceste instrumente sunt analizate în funcție de cerințele științifice recunoscute pe scară largă pentru evaluarea dizabilității, dar în special în conformitate cu Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Capitolul se încheie cu un rezumat general al evaluării procesului și instrumentelor utilizate de SECPAH pentru evaluarea complexă în România.

4.1. Pașii demersului de evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap

Actele normative care reglementează procedura de evaluare a SECPAH în vederea încadrării în grad și tip de handicap sunt HG nr. 430/2008 și Ordinul nr. 2298/2012.¹⁷⁴ SECPAH este un serviciu în cadrul Direcției Generale Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) și funcționează în fiecare dintre cele 41 municipii reședință de județ din țară, precum și în cele 6 sectoare ale municipiului București.

Atribuțiile SECPAH sunt reglementate prin art. 50 din HG nr. 268/2007 și prin art. 5 din Ordinul nr. 2298/2012. Așa cum se arată și în secțiunea 1.2.1, atribuțiile SECPAH sunt: (a) efectuează evaluarea/reevaluarea complexă a adultului cu handicap, la sediul propriu sau la domiciliul persoanei; (b) întocmește raportul de evaluare complexă pentru fiecare persoană cu handicap evaluată; (c) recomandă sau nu încadrarea, respectiv menținerea în grad de handicap a unei persoane, precum și programul individual de reabilitare și integrare socială a acesteia (PIRIS); (d) avizează planul individual de servicii (PIS) al persoanei cu handicap întocmit la nevoie de managerul de caz; (e) evaluează îndeplinirea condițiilor necesare pentru atestare ca asistent personal profesionist, întocmește raportul de evaluare complexă și face recomandări comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (CEPAH); (f) recomandă

măsurile de protecție a adultului cu handicap, în condițiile legii; (g) îndeplinește orice alte atribuții prevăzute de lege.

4.1.1. Înregistrarea dosarelor la SECPAH și verificarea

Etapa 3 de evaluare a dizabilității începe odată cu finalizarea etapei 2 de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului. Pașii etapei 2 sunt analizați în detaliu în capitolul 3. Odată ce dosarele ajung la SECPAH, un specialist le verifică dacă sunt complete, pe baza listei prevăzute în art. 6 din HG nr. 430/2008.¹⁷⁵ În majoritatea județelor,¹⁷⁶ această verificare inițială este realizată de un reprezentant SECPAH instruit pentru a evalua caracterul complet al documentelor din dosar, inclusiv în ceea ce privește datele medicale, așa cum arată Secțiunea 3.4.2. La înregistrarea dosarului la SECPAH, solicitantul primește o programare pentru interviul de evaluare.¹⁷⁷ Ulterior, specialiștii SECPAH utilizează documentele de la dosar în faza de evaluare complexă, când pot solicita investigații paraclinice sau referate medicale suplimentare, dacă este necesar. După finalizarea evaluării de către SECPAH, întregul pachet de informații este transmis către CEPAH care decide încadrarea în grad de handicap.

173 HG nr. 268/2007, art. 48.

174 Ordinul nr. 2298/2012 privind procedura cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap.

175 Documentele solicitate în dosarul de cerere pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap sunt listate în Secțiunea 3.4.2.

176 În 28 județe și 3 sectoare ale Bucureștiului.

177 Analiza practicilor legate de înregistrarea și verificarea dosarului este disponibilă în secțiunea 3.4.

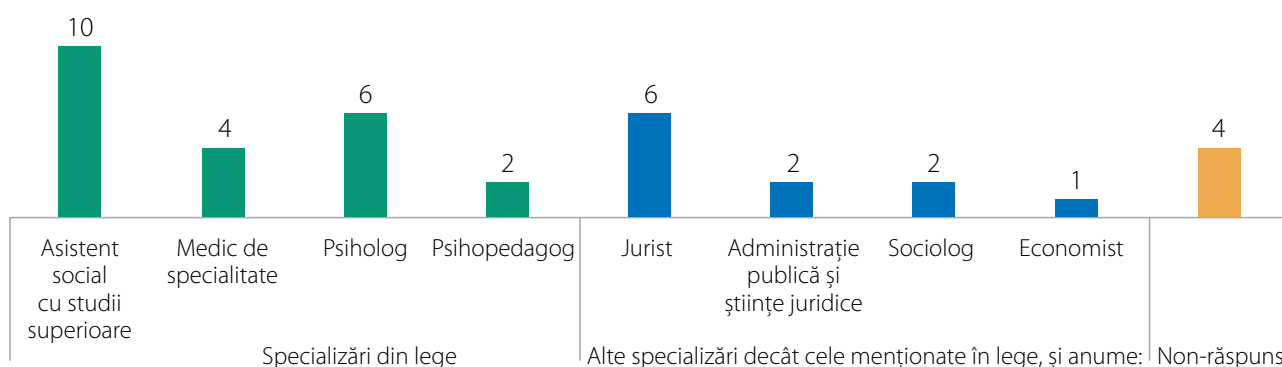
4.1.2 Procesul de evaluare complexă a persoanelor adulte

În conformitate cu HG nr. 430/2008 și Ordinul nr. 2298/2012, SECPAH efectuează evaluarea în funcție de două criterii de bază: starea de sănătate a solicitantului și nivelul său de funcționare. În acest scop, legislația¹⁷⁸ prevede că SECPAH trebuie să fie format din cel puțin următorii specialiști: asistent social cu studii superioare, medic de specialitate, psiholog, psihopedagog, kinezoterapeut, instructor de educație, pedagog de recuperare.

În practică, nu există nici un județ care beneficiază de toți acești specialiști, conform datelor raportate de SECPAH în cadrul studiului

instituțional Q2A. Există însă unele SECPAH care au angajați cu alte specializări decât cele menționate sau chiar persoane care nu îndeplinesc cerințele de studii menționate în lege. Majoritatea serviciilor de evaluare complexă SECPAH sunt formate dintr-un medic de specialitate, asistent social și psiholog, uneori un psihopedagog, cu un număr total de 5-7 membri, cel mai adesea, dar cu variații între 2 și 22 specialiști. Chiar și șefii SECPAH au una dintre specializările menționate în lege doar în 22 din 37 de servicii de evaluare complexă a persoanelor adulte din eșantion (Figura 15). O analiză detaliată a resurselor umane de care dispune SECPAH este disponibilă în subcapitolul 9.2.

Figura 15: Specializarea șefilor SECPAH (număr de județe/sectoare)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 33 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Două SECPAH-uri (BN și SJ) din eșantion nu aveau șef la momentul cercetării de teren.

În activitățile curente, specialiștii SECPAH lucrează în echipe multidisciplinare. Numai 12 (dintre cele 36) SECPAH-uri care au luat parte la studiul instituțional Q2A au raportat că dispun de o procedură aprobată specifică privind modul de formare și de lucru în echipe multidisciplinare (Figura 16). Oricum, majoritatea SECPAH-urilor formează echipe de 3 specialiști, în cele mai multe cazuri. Doar 8 (dintre cele 36) SECPAH-uri au echipe multidisciplinare cu componență fixă. În celelalte județe și sectoare ale municipiului București, specializările sunt combinate în formare echipelor multidisciplinare în funcție de particularitățile cazului (18 județe) sau de specialiștii disponibili (9 județe).

Cea mai mare parte a șefilor SECPAH (21 din 36) raportează că echipele multidisciplinare organizează zilnic întâlniri de consultare cu privire la cazuri și la identificarea celor mai potrivite

recomandări (Figura 16). Însă, în cadrul focus grupurilor, specialiștii SECPAH au precizat că întâlnirile sunt ad-hoc „ne întâlnim între colegii”,¹⁷⁹ fără un calendar sau agendă clar definite. De altfel, în unele județe, „nici nu am avea vreun spațiu în care să putem sta toți și să discutăm sau să ne organizăm împreună, fiecare lucrează la dosarele care îi sunt atribuite, pe profesia sa”.¹⁸⁰

Întâlniri obligatorii ale echipelor multidisciplinare sunt organizate doar în 9 județe, în situații precum: dispute sau puncte de vedere diferite legate de propunerile din Raportul de evaluare complexă; neclarități, confuzii sau neconcordanțe între documentele de la dosar; evaluarea persoanelor cu afecțiuni psihice (demență, autism, schizofrenie); situații de urgență, cum ar fi evaluarea unor persoane aduse de la penitenciar sau spitale, precum și persoane cu tulburări grave de comportament.¹⁸¹

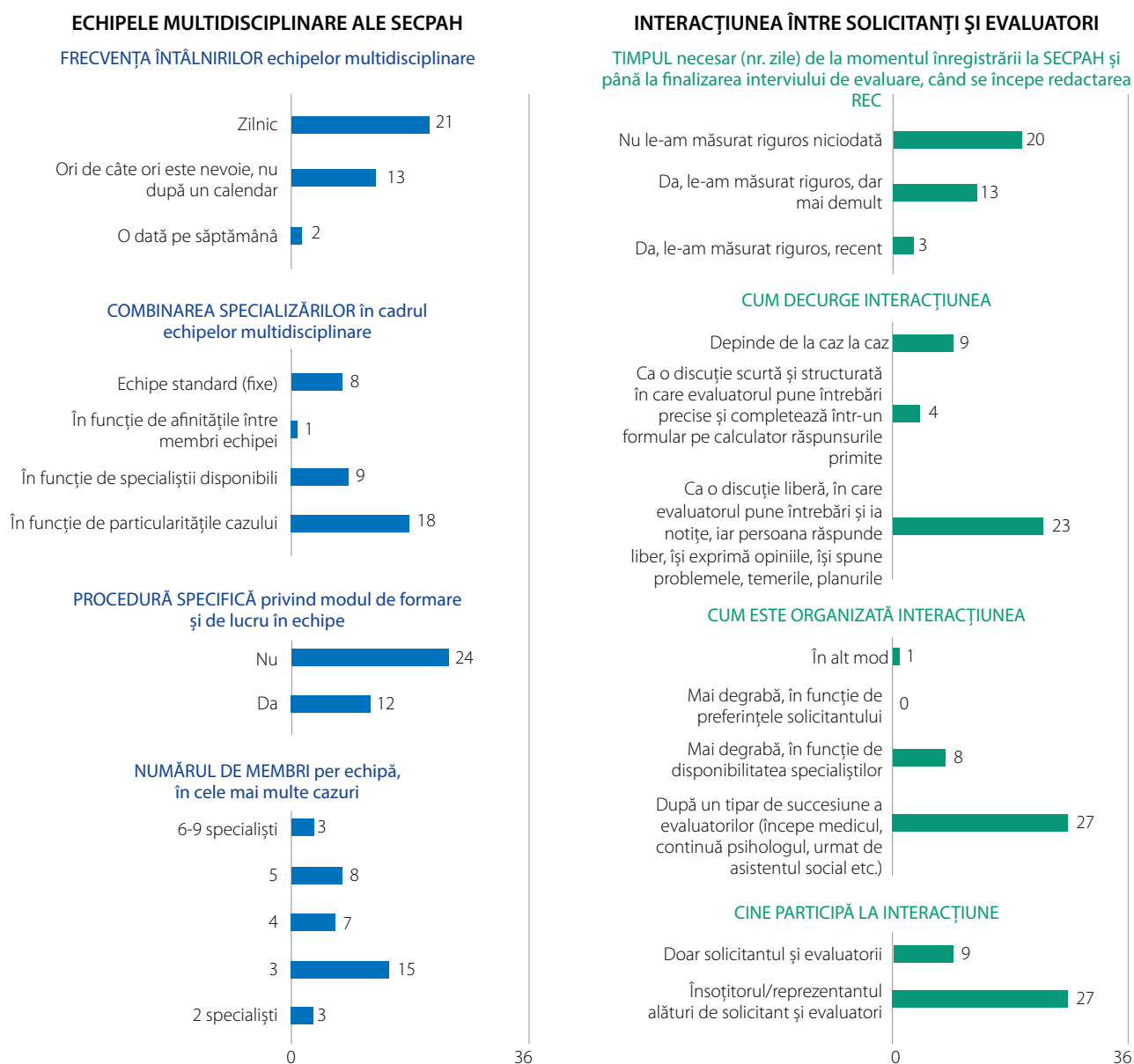
178 Ordinul nr. 2298/2012, art.5, respectiv HG nr. 268/2007. art. 49.

179 O precizare, doar 6 (din cei 36) șefi SECPAH au oferit o estimare a timpului mediu alocat întâlnirilor zilnice ale echipelor multidisciplinare (între 15 și 90 minute), în timp ce ceilalți au răspuns „oricât este nevoie”.

180 Focus grup SECPAH 1.

181 Citate din chestionarele Q2A completate de șefi SECPAH.

Figura 16: Lucrul în echipa multidisciplinară și interacțiunea între evaluatori și solicitanți, conform șefilor SECPAH (număr de județe/sectoare)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Conform rezultatelor studiului instituțional Q2A, nu există o procedură uniformă de efectuare a evaluării complexe de către echipele SECPAH, iar procedurile variază de la un județ la altul în mai multe privințe. În unele județe, persoana este văzută de către fiecare specialist (medic, psiholog, asistent social, psihopedagog) individual și este interviuată sau este supusă evaluărilor cu instrumente standardizate (psihologice) de testare. În alte județe, persoana este interviuată colectiv de o echipă de specialiști. Așa cum arată analiza din secțiunea 9.2.1 referitoare la volumul de muncă, 72%

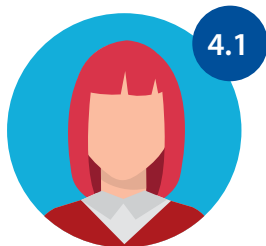
dintre specialiștii SECPAH raportează că, de obicei, persoana interacționează simultan cu o echipă de specialiști, în timp ce 18% declară că interacțiunea este succesivă, iar 10% răspund că interacțiunea se desfășoară în alte moduri; spre exemplu, persoana interacționează cu un singur specialist care acoperă toate domeniile evaluării sau persoana intră într-un birou alături de alte persoane și au loc în același spațiu, interacțiuni om-la-om simultane, în cadrul cărora un specialist acoperă toate domeniile evaluării.¹⁸²

182 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul SECPAH (N=182), din 39 de județe și 6 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Oricum, Figura 16 arată că majoritatea șefilor SECPAH (27 din 36) susțin că interacțiunea între evaluatori și solicitant este organizată după un tipar de succesiune a evaluatorilor în funcție de specializare, la care participă toți membrii echipei (spre exemplu, începe asistentul social, continuă psihologul, urmat de medic etc.). Iar, cel mai adesea (23 din 36 șefi SECPAH), interacțiunea se desfășoară ca o discuție liberă, în care evaluatorul pune întrebări și ia notițe, iar persoana răspunde liber, își exprimă opiniile, își spune problemele, temerile, planurile. Însă, celelalte SECPAH-uri, predominant dintre cele cu un număr mare de cereri lunar, organizează interacțiunile în funcție de disponibilitatea specialiștilor și le desfășoară ca o discuție scurtă și structurată între două persoane care stau de o parte și de alta a unui birou, între ei fiind un calculator și dosare, în care evaluatorul

pune întrebări precise și completează într-un formular pe calculator răspunsurile primite.

Toți șefii SECPAH din județele care au luat parte la studiul instituțional Q2A au raportat că nu au dificultăți să respecte termenul de maxim 60 zile de la data înregistrării dosarului la SECPAH pentru a finaliza evaluarea complexă a persoanelor adulte care solicită certificat, așa cum arată citatul 4.1.¹⁸³ Dintre cele 36 de SECPAH-uri, 20 au realizat vreodată o măsurare riguroasă a timpului necesar solicitanților de la momentul înregistrării cererii la SECPAH și până la finalizarea interacțiunii, când se începe redactarea Raportului de evaluare complexă (Figura 16). Cei mai mulți șefi SECPAH au estimat timpul necesar demersului de evaluare la o medie de circa 30 de zile, atât pentru evaluările efectuate la sediul SECPAH, cât și în cazul celor realizate la domiciliul solicitanților nedepasabili.



„La nivelul serviciului, există în medie 600 de dosare de evaluare într-o lună, în medie 30 dosare/zi lucrătoare, fiind organizate 2 echipe de evaluare complexă, ceea ce înseamnă 15 dosare de echipă, pentru fiecare persoană fiind alocat un timp de evaluare de 30 de minute. Pentru o buna evidență a programărilor/ convocărilor există un registru în care se completează data și ora interviului. S-a constatat că termenul de 30 de zile calendaristice de la data depunerii cererii de evaluare este suficient pentru analizarea dosarului și completarea acestuia. Același termen de 20 de zile lucrătoare este prevăzut și de Ordinul nr. 2298/2012 în cazul în care persoana este convocată la reevaluare. De asemenea, în situația în care persoana cu dizabilități nu completează dosarul până la data programării, mai are posibilitatea încă 30 zile, până la expirarea celor maxim 60 zile. Există posibilitatea ca, deși dosarul este complet, persoana să nu se poată prezenta la data evaluării din cauza unor factori de mediu, de climă, sociali, medicali etc., fapt care permite ca SECPAH, împreună cu persoana cu handicap, să reprogrameze întâlnirea de interviu”. (Șef SECPAH, citat dintr-un chestionar Q2A)

De obicei, SECPAH realizează evaluarea complexă la sediul. În ziua evaluării, solicitantul trebuie să se prezinte, eventual însoțit de reprezentantul legal sau de asistentul personal (Figura 16). Cele mai multe SECPAH-uri care au participat la studiul instituțional Q2A subliniază problema spațiilor necorespunzătoare disponibile atât pentru procesul de evaluare, cât și pentru arhivarea și stocarea documentelor. În absența unor spații dedicate, în cele mai multe județe, membrii echipei SECPAH desfășoară interviurile cu solicitanți în propriile birouri. În unele județe, membrii SECPAH se află în diferite clădiri și

instituții, ceea ce face ca procesul de evaluare să fie dificil pentru solicitant.

În cazul persoanelor nedepasabile, în baza scrisorii medicale și a anchetei sociale, evaluarea complexă se efectuează la domiciliul/reședința persoanei în cauză, conform Ordinului 2298/2012.¹⁸⁴ Evaluările la domiciliu reprezintă aproximativ 12% din totalul dosarelor pentru solicitanții adulți, în medie, în perioada pre-COVID, în scădere la 6% în 2020.¹⁸⁵ Evaluările la domiciliu se desfășoară în baza unei planificări care poate să acopere o perioadă de la 1-3 zile până la 2 luni.¹⁸⁶ În timp ce în 19 județe, SECPAH-urile realizează evaluări

183 Termen prevăzut în Ordinul nr. 2298/2012, Anexă, art. 11.

184 A fi nedepasabil înseamnă că o persoană nu este în măsură să-și părăsească domiciliul fără dificultate, și, în general, nu își părăsește casa. Aceasta este, de obicei, din cauza vârstei avansate sau a bolii. Aceste persoane sunt eligibile pentru a primi servicii speciale, inclusiv evaluarea la domiciliu.

185 În 2019, ponderea evaluării la domiciliu din totalul evaluărilor a variat între zero și 35% - valoarea maximă fiind înregistrată în sectoarele din București, unde SECPAH joacă și rolul de SPAS. Abaterea standard, însă, a fost mai mică decât media, respectiv 10%. În 2020, numărul de SECPAH care nu efectuează evaluări la domiciliu a crescut de la 2, în 2019, la 4. Disparitățile în realizarea evaluărilor între județe au crescut, de asemenea, la nivel național.

186 Conform șefilor SECPAH, dintre cele 36 SECPAH-uri în eșantionul Q2A, planificarea activităților de teren acoperă o perioadă de: 1-3

la domiciliu doar în anumite zile din săptămână, în celelalte 17 județe, acestea sunt desfășurate zilnic. Aproape toate SECPAH-urile utilizează pentru evaluările la domiciliu echipe formate din 2-3 specialiști, un medic, un asistent social și un psiholog formând echipa tipică. Transportul echipelor multidisciplinare la domiciliul/reședința solicitanților este asigurat de DGASPC.

După cum se arată în Tabelul 8, în noiembrie 2019 (sau o lună tipică pre-COVID), majoritatea interviurilor cu solicitanții erau realizate de SECPAH sub forma unor interviuri față în față

(93,9%). Numai 5 SECPAH-uri realizau o mică parte dintre evaluări doar pe baza actelor, eventual prin o combinație de acte și interviuri telefonice, WhatsApp sau Skype. Însă în contextul pandemiei de COVID-19, a avut loc o schimbare dramatică în modul de realizare a evaluării complexe. Astfel, în noiembrie 2020, doar 30,9% dintre evaluări mai aveau la bază un interviu față în față. Cea mai mare parte a SECPAH-urilor efectuau evaluări doar pe baza actelor, eventual prin o combinație de acte și interviuri telefonice, WhatsApp sau Skype, pentru majoritatea solicitanților.¹⁸⁷

Tabel 8: Cum se face evaluarea complexă

	Noiembrie 2019	Noiembrie 2020
Numărul mediu de dosare evaluate la SECPAH – Total, din care:	506	418
a. care au implicat o interacțiune față în față/un interviu cu persoana evaluată	93,9 %	30,9 %
b. cu o evaluare numai pe baza actelor (fără interviu)	5,5 %	24,6 %
c. cu evaluarea efectuată printr-o combinație de analiză a documentelor și interviuri prin telefon, WhatsApp sau Skype	0,8 %	41,6 %

Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 27 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Datele raportate de șefii SECPAH din 30 județe și 4 sectoare ale municipiului București (în Q2A), pentru luna noiembrie 2020, arată că un SECPAH evaluează, în medie, circa 21 de solicitanți per județ, pe zi lucrătoare. Există însă variații între un minim de 5 solicitanți/zi lucrătoare (în Ialomița) și un maxim de opt ori mai mare, aproximativ 40

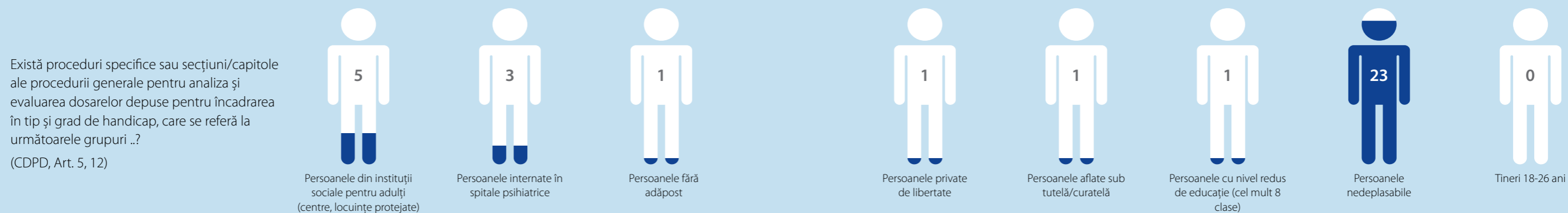
solicitanți/zi lucrătoare (în Iași).

Interacțiunea directă dintre un solicitant și echipa SECPAH durează, în medie, 15-20 de minute, indiferent de locul în care se efectuează evaluarea, la sediul SECPAH sau la domiciliul solicitantului. Însă, în cazul evaluărilor efectuate la domiciliu, durata medie a călătoriei dus-întors este de

zile în 4 județe, o săptămână în 9 județe, două săptămâni în alte 9 județe, o lună în 8 județe sau mai mult în 2 județe, iar 4 județe nu efectuează evaluări la domiciliu.

¹⁸⁷ Vezi și secțiunea 9.2.1, analiza volumului de muncă a personalului SECPAH.

Figura 17: Numărul de SECPAH-uri care au adaptat procedura de evaluare complexă pentru persoanele din grupurile vulnerabile (număr de județe)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

aproximativ 107 minute.¹⁸⁸ În mod corespunzător, durata interviului crește de la 15-20 minute la 120-130 minute, în medie, ceea ce diminuează semnificativ numărul de dosare care pot fi evaluate în timpul unei zile lucrătoare.

4.1.3. Adaptări ale procesului de evaluare pentru populația vulnerabilă

Procedura de evaluare complexă dispune de unele adaptări în funcție de tipurile de dizabilitate, în toate județele. Însă, lipsa unei comunicări adaptate pentru grupurile vulnerabile a fost menționată ca o barieră în cadrul procesului de evaluare complexă, în interviurile cu persoane cu dizabilități și în cele cu ONG-uri. De altfel, cei mai mulți șefi SECPAH au declarat în cadrul studiului instituțional Q2A că serviciul nu a dezvoltat proceduri specifice sau secțiuni/capitole ale procedurii generale pentru analiza și evaluarea dosarelor depuse de persoanele din grupurile expuse la diverse riscuri sociale, menționate în Figura 17. Mai multe județe (23) au creat adaptări doar pentru persoanele nedepasabile, așa cum prevede și legea.

4.1.4. Transmiterea dosarelor de la SECPAH la CEPAH și gestionarea informațiilor

La nivelul SECPAH, nu există un sistem de management al informațiilor. Majoritatea activităților legate de evaluarea gradului de handicap sunt pe suport de hârtie. Utilizarea

tehnologiei (telefon, poștă electronică) în comunicarea cu solicitanții a crescut considerabil în 2020, în condițiile pandemiei COVID-19, însă la nivel național procesul încă se bazează în mare măsură pe interacțiuni directe și pe vizitele repetate ale solicitanților la diverse ghișee. Toate SECPAH-urile păstrează copii ale dosarelor de cerere, dar numai câteva au transferat și stocat aceste documente în format electronic,¹⁸⁹ în timp ce celelalte le stochează doar pe suport de hârtie. În majoritatea județelor, SECPAH singur sau în cooperare cu Secretariatul CEPAH se ocupă și de gestionarea și stocarea dosarelor; ceea ce crește volumul de muncă al echipei SECPAH cu activitățile de manipulare a dosarelor (de la registratură la evaluare, de la evaluare la secretariatul CEPAH, de la comisie la depozitare, în cadrul arhivei, etc.).

Un sector din București și 22 județe beneficiază de o aplicație software pentru evaluarea dizabilității, și anume SeeSoft D-Smart¹⁹⁰ sau Assys. Versiunile acestui software variază de la județ la județ, la fel ca și numărul și tipul de facilități și module disponibile (județele cu un buget mai mic au achiziționat versiuni mai limitate). Software-ul include module pentru fiecare dintre cele șase domenii obligatorii de evaluare. Modulul de raportare include Raportul de evaluare complexă și planurile individualizate de intervenție PIS și PIRIS, care sunt generate automat. Însă, doar unele județe au achiziționat modulul de raportare. Introducerea datelor în aplicația software este manuală. Datele care sunt introduse în software-ul de evaluare variază de la un județ la

¹⁸⁸ Cu minimum 7 minute, maximum 300 de minute și o abatere standard de 84 minute. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 25 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

¹⁸⁹ Un sector din București și 7 județe.

¹⁹⁰ INSTRUMENT DE GESTIONARE, EVALUARE ȘI RAPORTARE UNIC PENTRU PERSOANELE CU HANDICAP, versiunea 7.21.01.15(301/2140)

altul. Datele cel mai puțin înregistrate în aplicația software de evaluare se referă la planurile de viitor, temerile, speranțele sau dorințele solicitantului despre viața pe care dorește să o trăiască. Doar 5 județe introduc astfel de informații în software, iar datele disponibile sunt selectate aleatoriu (în funcție de evaluator) și sunt răspândite prin secțiunile modelului cadru existent. O analiză a acestor date nu este efectuată în niciun județ și ar fi foarte dificil de realizat folosind datele existente.

Software-ul este utilizat la Registrul Electronic Național privind Persoanele cu Handicap. Pe de o parte, lipsa unor metode armonizate de colectare a datelor, la nivelul tuturor județelor din România, împiedică obținerea și utilizarea statisticilor comparative privind evaluarea în vederea

încadrării în grad de handicap. Utilizarea limitată și neuniformă a software-ului (cum ar fi D-SMART) limitează capacitatea de a efectua analize calitative ale sistemului de servicii pentru persoanele cu dizabilități din România. Pe de altă parte, buletinele statistice trimestriale publicate pe site-ul MMPS¹⁹¹ nu exploatează întregul spectru de informații înregistrate în procesul de evaluare a persoanelor cu dizabilități. De exemplu, numărul de persoane care au fost supuse unei evaluări vocaționale și care au fost trimise la serviciile de ocupare a forței de muncă din județ nu este evidențiat.¹⁹² O analiză în detaliu privind managementul datelor și sistemul informatic la nivel de SECPAH este furnizată în capitolul 9, secțiunea 9.2.4.

4.2. Procedura de evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap

În România, evaluarea complexă a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad de handicap cuprinde șase domenii obligatorii de evaluare: socială, medicală, psihologică, vocațională sau abilităților profesionale, a nivelului de educație, precum și a abilităților și nivelului de integrare socială.¹⁹³ Specialiștii SECPAH utilizează instrumente specifice de evaluare pentru fiecare dintre aceste domenii, care permit evaluarea unor parametri fizici, funcționali, de realizare a activităților, așa cum sunt precizați în Ordinul comun nr. 762/1.992/2007.¹⁹⁴ Prezenta secțiune conține analiza acestor instrumente, chiar dacă unele dintre ele au un impact minimal sau greu de determinat asupra deciziei de încadrare în grad și tip de handicap.

4.2.1. Domeniile de evaluare complexă

Cu o singură excepție, toate cele 36 de SECPAH-uri care au luat parte la studiul instituțional Q2A au o procedură aprobată pentru analiza și evaluarea

dosarelor depuse pentru încadrarea în tip și grad de handicap (sau un capitol/paragraf despre aceasta, în procedura generală). Însă doar 24 SECPAH-uri au o procedură de evaluare care conține toate etapele și domeniile evaluării sau este completată de alte documente distincte privind proceduri specifice, instrumente de evaluare, metodologii etc.

De altfel, o evaluare completă care să acopere toate domeniile obligatorii, conform legislației, este disponibilă în 23 județe și 3 sectoare ale municipiului București. În celelalte județe, evaluarea complexă cuprinde doar 5 sau 4 domenii (în 4 județe și un sector din București, respectiv în 5 județe). Figura 18 arată că dintre cele șase domenii obligatorii de evaluare doar trei – socială, medicală și psihologică – sunt efectuate de toate SECPAH-urile. Celelalte trei tipuri de evaluare - vocațională sau a abilităților profesionale, a nivelului de educație, precum și a abilităților sociale și a nivelului de integrare socială – sunt disponibile doar în unele județe (în 29, 30, respectiv 34 de județe).

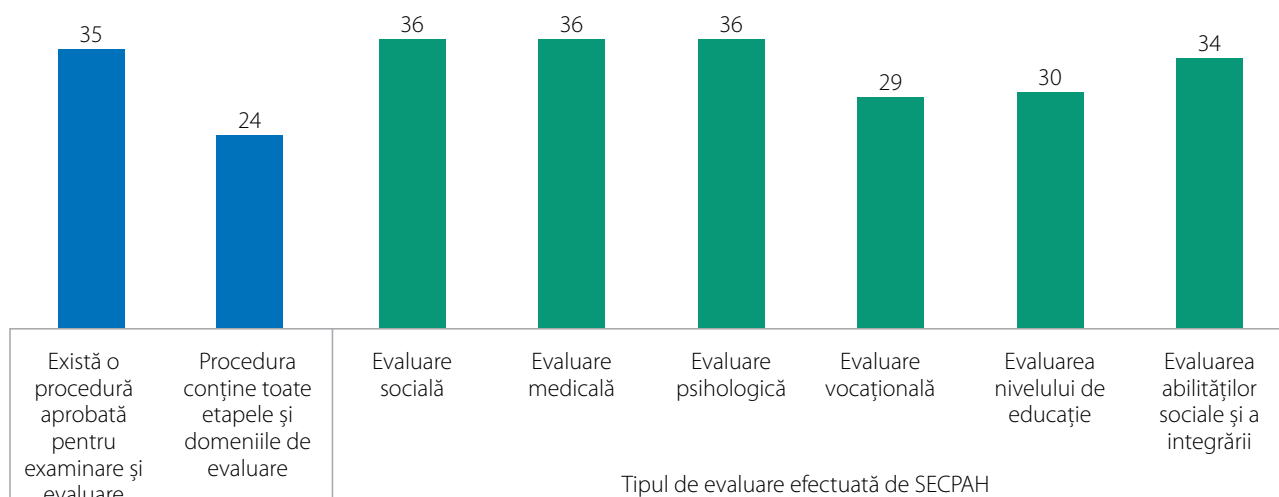
191 MMPS, buletin statistic trimestrial, <http://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparența/statistici/buletin-statistic>

192 ANOFM colectează informații despre persoanele care au beneficiat de servicii de orientare profesională.

193 HG nr. 268/2007, art. 48, respectiv Ordinul nr. 2298/2012, art. 4.

194 Ordinul comun al ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psiho-sociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, cu modificările și completările ulterioare.

Figura 18: Domeniile de evaluare complexă în România, conform șefilor SECPAH (număr de județe/sectoare)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

4.2.2. Evaluarea medicală

Evaluarea medicală este efectuată de un medic de specialitate, din cadrul SECPAH.¹⁹⁵ Medicul evaluează starea de sănătate a solicitantului pe baza documentelor din dosar și, dacă sunt necesare clarificări, organizează un interviu sau solicită documentație medicală suplimentară. Există o procedură specifică aprobată pentru evaluarea medicală (sau un capitol/paragraf în procedura generală) în 34 dintre cele 36 de SECPAH-uri studiate. Principalele date¹⁹⁶ în baza cărora se realizează evaluarea medicală provin din documentele medicale de la dosar, în toate județele, precum și din interviuri cu solicitantul sau familia/reprezentantul acestuia (în 30 din cele 36 SECPAH-uri din eșantion). În plus, 10 șefi SECPAH au declarat că dispun și de un instrument/instrumente pentru a analiza datele disponibile pentru evaluarea medicală, menționând documentar/ fișă/referat sau instrumente standard / scale cum sunt MMSE, ADL, IADL, index Barthel, GAFS, Romberg, Optotip etc.

În cele mai multe cazuri, evaluarea gradului de deficiență / afectare / handicap ia în considerare doar una dintre problemele de sănătate ale solicitantului. În cazurile de comorbidități – în care solicitantul are mai mult de o problemă de sănătate, neasociată, (de exemplu, amputarea piciorului și tulburarea depresivă majoră) – numai una dintre ele este luată în considerare în scopul evaluării medicale, și anume aceea pentru care există documente medicale în dosarul solicitantului (sau prin raportarea la criteriile medicale, adică deficiența respectivă este luată în considerare în condițiile menționate în criteriile medicale). Pe de o parte, acest lucru contravine principiilor cheie ale CIF, deoarece este un lucru foarte comun ca persoanele să aibă două sau mai multe probleme de sănătate în același timp, iar în cazul persoanelor în vârstă, comorbiditatea este cea mai răspândită situație. Pe de altă parte, potrivit reglementărilor,¹⁹⁷ evaluarea medicală trebuie realizată în baza documentelor medicale de la dosar. Problema este că, în multe situații, solicitanții nu sunt informați și/ sau nu își permit să

195 Din 36 SECPAH-uri participante la studiul instituțional Q2A, 2 șefi SECPAH au raportat că evaluarea medicală este asigurată de medici de specialitate doar în unele cazuri, în timp ce în celelalte 34 județe acest lucru se întâmplă întotdeauna (în conformitate cu HG nr. 268/2007, art. 48, lit. b).

196 În conformitate cu instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă, datele relevante privind evaluarea medicală se referă la: (a) diagnosticul principal cu stadiul de evoluție; (b) debutul bolii (data și documentul justificativ); (c) diagnostice asociate, fiecare cu stadiu de evoluție; (d) investigații imagistice; (e) complicații; (f) parametrii funcționali, de exemplu AV, VEMS, FMS; (g) tratamentul urmat; (h) programe de recuperare, altele.

197 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă prevede că referințele pentru evaluarea medicală se pot identifica în: scrisoarea medicală tip de la medicul de familie (numai în situația primei prezentări la SECPAH); documente medicale conform art. 6 din HG nr. 430/2008 (referat medic specialist, bilet ieșire din spital etc.); investigații paraclinice solicitate de SECPAH atât în faza de analiză a dosarului, cât și în cea de evaluare propriu-zisă; ancheta socială – modelul din anexa 6 la HG nr. 430/2008 – informații din pct. Evaluarea statutului senzorial și psihoafectiv al persoanei.

obțină documentele necesare pentru fiecare dintre afecțiunile de care suferă. Așa cum demonstrează secțiunea 3.2, există trei probleme principale legate de faza de obținere a documentelor medicale și psihologice. Prima se referă la accesibilitatea financiară și geografică a serviciilor de sănătate specializate. A doua este legată de suspiciunile de fraudă și de modul în care sunt abordate acestea. În fine, a treia se referă la cunoștințele limitate privind criteriile de încadrare în grad de handicap ale multor cadre medicale.

Medicii SECPAH care au participat la focus grupuri sau la sondajul național menționează situații frecvente în care documentele medicale depuse la dosar sunt contradictorii, neclare sau incomplete. Șefii SECPAH furnizează date similare, în cadrul studiului instituțional Q2A, și anume:

- 29 dintre cele 36 de SECPAH-uri incluse în eșantion raportează cazuri de neconcordanțe în documentele medicale;
 - Ponderea medie a dosarelor ce conțin documente medicale cu concluzii/diagnostice vagi, neclare sau incomplete este de 9,5% din totalul dosarelor evaluate în luna noiembrie 2020, cu variații considerabile la nivel județean, între virtual zero (în 4 județe) și un vârf de 30% (în 3 județe);¹⁹⁸
 - Ponderea medie a dosarelor ce conțin documente medicale cu concluzii/diagnostice contradictorii este de 7,6% din totalul dosarelor evaluate în luna noiembrie 2020, cu variații considerabile la nivel județean, între virtual zero (în 3 județe) și un maxim de 40% (în 1 județ);¹⁹⁹
- Cele mai frecvente situații dintre cele menționate mai sus apar în cazurile de tulburări neurologice și oftalmologice, demență, sechele de accident vascular cerebral, tulburări psihiatrice și deficiențe intelectuale.

Cu toate acestea, doar 15 SECPAH-uri (din cele 36 incluse în Q2A) dispun de o procedură specifică aprobată (sau un paragraf/capitol în procedura generală) privind aceste situații. Practica dominantă în astfel de situații nu presupune interacțiunea medicilor SECPAH cu medicii specialiști care au întocmit referatele medicale de la dosar și nici conclucrarea între SECPAH și specialiști din afara SECPAH, ci constă în a solicita obținerea de către solicitantul persoană cu dizabilități de documente medicale sau investigații paraclinice suplimentare. Această practică îngreunează demersul de obținere a certificatului, din perspectiva persoanelor cu dizabilități.

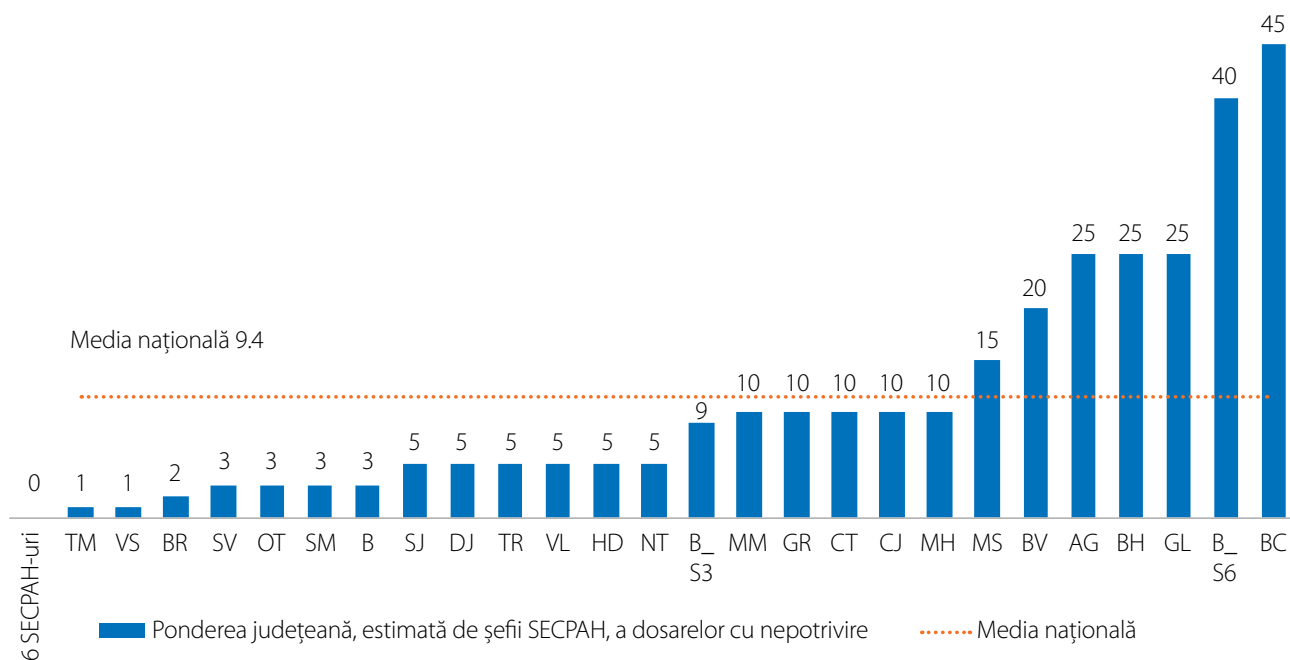
Ca o consecință a neconcordanțelor din documentele medicale, în 9,4% din totalul dosarelor, în medie, evaluarea din referatul medicului specialist nu corespunde cu evaluarea medicului SECPAH, după cum estimează șefii SECPAH (în Q2A).²⁰⁰ La o extremă, în 5 județe și un sector din București, șefii SECPAH raportează că nu au înregistrat astfel de situații de nepotrivire. La extrema opusă, SECPAH-urile din alte în 5 județe și un sector din București oferă estimări între 20% și 45% din total dosare evaluate.

198 Deviație standard de 9,5%. Estimări pentru 29 județe și 3 sectoare ale municipiului București.

199 Deviație standard de 7,9%. Estimări pentru 29 județe și 3 sectoare ale municipiului București.

200 Estimări referitoare la luna noiembrie 2020, pentru 28 județe și 4 sectoare ale municipiului București.

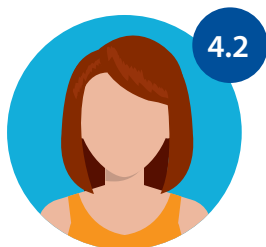
Figura 19: Ponderea dosarelor cu nepotrivire între evaluarea din referatul medicului specialist și evaluarea medicului SECPAH, în baza documentelor de la dosar, estimări ale șefilor SECPAH referitoare la luna noiembrie 2020 (% din total dosare evaluate)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 28 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Doar 10 SECPAH-uri au dezvoltat, însă, o procedură standardizată de a aborda situațiile în care apar discrepanțe în evaluarea medicală, iar acțiunile întreprinse de medici SECPAH diferă. Cel mai adesea, în astfel de situații de nepotrivire, specialiștii SECPAH solicită completarea dosarului cu rezultate ale unor investigații paraclinice sau cu un nou referat medical efectuate la orice unitate sanitară/medic la alegerea PAH (în 29 județe) sau obțin informații suplimentare printr-un interviu în profunzime cu solicitantul și/sau aparținătorii/

persoanele de îngrijire (în 22 județe). Mai rar, SECPAH (din 12 județe) impune efectuarea unor analize și/sau obținerea unui nou referat de la o unitate medicală/medic anume, de obicei o clinică sau un spital universitar. Această practică a fost menționată în unele interviuri cu persoanele cu dizabilități și ONG-uri ca fiind o cerință ce pune presiuni semnificative pe solicitant și familia sa, greu de suportat mai ales de persoanele care locuiesc departe de centrele universitare.



4.2

„Am fost și am explicat șefei de comisie [de evaluare] că nu am făcut nicio reclamație la adresa acestor persoane și că este o faptă penală ceea ce s-a întâmplat, că s-au folosit de numele meu. Cu toate acestea, persoanele reclamate au fost trimise la reevaluare la o clinică universitară în București sau în Târgu Mureș, acum în plină pandemie. Au supus oamenii la cheltuieli și, mai ales, la riscuri de viață și moarte în baza unor reclamații mincinoase, așa cum le spuseseam deja. În urma reevaluării, persoanele respective au primit tot handicap grav cu însoțitor... Acestea sunt abuzuri care ar trebui stopate.” (Interviu cu un ONG național, București)

Există și județe cu numeroase suspiciuni privind corectitudinea documentelor medicale sau suspiciuni de fraudă, subiect tratat pe larg în din secțiunea 3.2: Obținerea documentelor medicale. Oricum, per total, pe o scală de la 1-deloc la 10-total, documentele medicale din dosare permit o evaluare fidelă a afectărilor structurilor corpului și funcțiilor organismului, la un nivel mediu de 8, precum și o evaluare comprehensivă și suficient de detaliată a limitărilor activității persoanei, la un nivel mediu de 7,7, conform sondajului de opinie Q2B cu specialiștii SECPAH (Anexa 5. Tabel 1).

4.2.3. Evaluarea psihologică

Evaluarea psihologică, în aproape toate SECPAH-urile studiate, este efectuată de psihologi clinicieni, pentru majoritatea solicitanților, așa cum arată Figura 20.²⁰¹ În fapt, din totalul dosarelor evaluate într-o lună, ponderea dosarelor care conțin un raport/referat de evaluare psihologică este de circa 36%, majoritatea acestora (34%) fiind realizate de un psiholog clinician.²⁰² Există un capitol/paragraf în procedura generală (sau, mai rar, o procedură specifică aprobată) pentru evaluarea psihologică în 32 dintre cele 36 de SECPAH-uri studiate (Figura 20).

În acord cu reglementările în vigoare,²⁰³ principalele date²⁰⁴ în baza cărora se realizează evaluarea psihologică provin din documentele de la dosar, în toate județele, precum și din interviuri cu solicitantul sau familia/reprezentantul acestuia (în 33, respectiv 30 dintre cele 36 SECPAH-uri din eșantion). În plus, 25 de SECPAH-uri utilizează instrumente/teste standard de evaluare psihologică, cu precădere MMSE (examen clinic standardizat de evaluare a gradului de deteriorare cognitivă),

și Scala de Evaluare Globală a Funcționării (GAF/EGF).²⁰⁵ Unele județe utilizează scale de evaluare a activităților cotidiene standard (ADL) și a activităților instrumentale cotidiene (IADL), scale clinice ce apreciază nivelul de funcționare și, anume, capacitatea de îndeplinire a activităților zilnice uzuale. Evaluarea psihologică este realizată prin raportarea la prevederile criteriile medico-psihosociale (Cap. 1 Funcții mentale).

Ca și în cazul evaluării medicale, șefii SECPAH raportează un procent de 9,2% din totalul dosarelor, în medie, în care evaluarea psihologică are concluzii/diagnostice vagi, neclare sau incomplete, cu variații substanțiale între județe, de la virtual zero (în 11 județe) și un vârf de 75% (în 1 județ).²⁰⁶ Totuși, doar 12 SECPAH-uri au dezvoltat o procedură pentru a gestiona astfel de situații. În practică, psihologul SECPAH poate efectua propria evaluare sau poate solicita o a doua evaluare externă. Din cauza costurilor ridicate ale evaluării psihologice oferite de un psiholog clinician cu drept de liberă practică, unele județe acceptă o evaluare efectuată la Spitalul Județean sau la Centrul județean de sănătate mintală.²⁰⁷

Pentru copiii cu dizabilități, psihologii SECC afirmă că nu pot obține întotdeauna date suficiente din formularul de evaluare psihologică a copilului completat de psihologul clinician, iar instrumentele recomandate pentru completarea acestor date (de exemplu, bateria de evaluare neuropsihologică la copii de 3–12 ani, validată pe populație românească) pot fi utilizate doar de psihologi certificați pentru utilizarea lor. Toți psihologii intervievați (SECPAH și SECC) au menționat necesitatea unei proceduri de evaluare psihologică unitare, specifice și detaliate, care poate fi aplicată atât copiilor, cât și adulților, chiar dacă instrumentele de evaluare vor fi diferite.

201 Șefii SECPAH din toate județele și sectoarele municipiului București au raportat că evaluarea psihologică este asigurată de psihologi (chiar dacă unii dintre aceștia nu sunt psihologi clinicieni), în conformitate cu HG nr. 268/2007, art. 48, lit. c.

202 Estimări referitoare la luna noiembrie 2020, pentru 21 județe și 4 sectoare ale municipiului București. Datele se referă la rapoarte/referate de evaluare psihologică depuse de solicitant la dosar, efectuate de SECPAH/SEC sau ambele.

203 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă prevede că referințele pentru evaluarea psihologică se pot identifica în: fișe și/sau certificate/evaluări/referate/recomandări eliberate de psihologi cu drept de liberă practică; documente medicale; ancheta socială – modelul din anexa 6 la HG nr. 430/2008 – informații din pct. Evaluarea statutului senzorial și psihoafectiv al persoanei (probleme comportamentale).

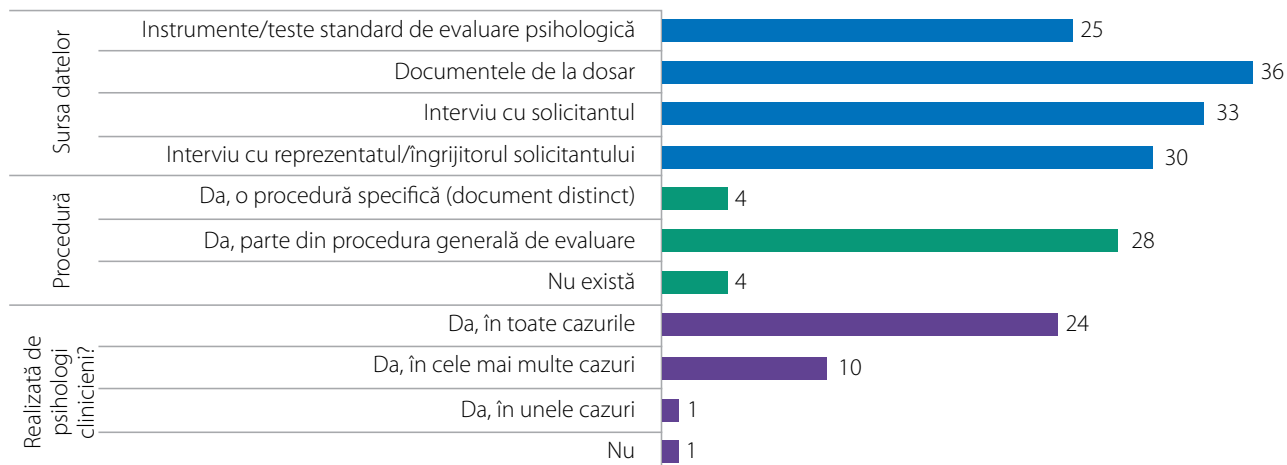
204 În conformitate cu instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă, datele relevante privind evaluarea psihologică se referă la: (a) debutul afecțiunii – data și actul doveditor; (b) evoluția afecțiunii (de exemplu, frecvența episoadelor decompensatorii, tentative autolitice); (c) problemele comportamentale (agresiune, autoagresiune, acțiuni exagerate etc.) și (d) parametrii funcționali (de exemplu, cei evidențiați prin scorurile GAFS, MMSE etc.).

205 Scală clinică care măsoară impactul afecțiunilor psihiatrice asupra vieții unei persoane și a abilităților funcționării zilnice, pentru funcțiile de comportament social.

206 Deviație standard de 17,3%. Estimări referitoare la luna noiembrie 2020, pentru 30 județe și 3 sectoare ale municipiului București.

207 Vezi și secțiunea 3.2 cu privire la obținerea documentelor medicale și psihologice.

Figura 20: Evaluarea psihologică, conform șefilor SECPAH (număr de județe/sectoare)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Prin urmare, în medie, pentru 17,5% din totalul dosarelor cu raport/referat de evaluare psihologică clinică, șefii SECPAH raportează (în Q2A) nepotriviri între evaluarea psihologului (extern SECPAH) și evaluarea psihologului din cadrul SECPAH.²⁰⁸ Proportia dosarelor cu nepotrivire referitor la evaluarea psihologică variază semnificativ între virtual zero (în 3 județe) și 11 județe cu o incidență de peste 20%, 4 județe cu peste 40% și un județ cu 65%. Cu toate acestea, doar 13 (din cele 36) SECPAH-uri dispun de o procedură aprobată (sau un paragraf în procedura generală de evaluare) pentru astfel de situații. Cele mai frecvente afecțiuni la care apar astfel de nepotriviri de apreciere sunt dizabilitățile psihice și intelectuale.

Într-o evaluare complexă care ia în considerare evaluarea gradului de autonomie/dependență a persoanei, instrumentele disponibile sunt încă limitate pentru efectuarea unei evaluări adecvate a persoanelor cu probleme cronice de sănătate mintală. Într-adevăr, unele persoane cu acest tip de afecțiune pot desfășura activități de zi cu zi, cu toate acestea, ele pot necesita o supraveghere permanentă, care nu este încă bine reflectată în instrumentele de evaluare. În abordarea medicală clasică, este relativ mai ușor, deoarece persoana este diagnosticată cu o boală psihică cronică și capacitatea sau incapacitatea de a lucra este evaluată, dar într-o abordare mai complexă devine mult mai dificil de evaluat gradul

de autonomie sau nevoia de sprijin cotidian.

Cu privire la existența unor instrumente specifice pe care le folosește SECPAH/SECC pentru evaluarea funcționării din perspectiva psiho-socială (activități și participare), 90% dintre specialiștii SECC dau un răspuns pozitiv, spre deosebire de 57% dintre specialiștii SECPAH.²⁰⁹ Oricum, în opinia acestora (în Q2B), documentele de la dosar și instrumentarul pentru evaluarea psihologică permit și o evaluare din perspectiva psiho-socială la un nivel satisfăcător, cu scoruri medii de 7-8, pe o scală de la 1-deloc la 10-total (Anexa 5. Tabel 2).

4.2.4. Evaluarea socială

În aproape toate SECPAH-urile (35 din 36 participante la Q2A) evaluarea socială este asigurată de asistenți sociali, întotdeauna (în 29 județe) sau în majoritatea cazurilor (în 6 județe), așa cum prevede HG nr. 268/2007, art. 48, lit. a. Există un capitol/paragraf în procedura generală (sau, mai rar, o procedură specifică aprobată) pentru evaluarea socială în 32 dintre cele 36 de SECPAH-uri studiate; celelalte 4 SECPAH-uri nu dețin o procedură pentru evaluarea socială. În acord cu reglementările în vigoare,²¹⁰ principalele date în baza cărora se realizează evaluarea socială provin din ancheta socială depusă la dosar, în toate județele, precum și din interviuri cu solicitantul sau

208 Deviație standard de 17,6%. Estimări referitoare la luna noiembrie 2020, pentru 24 județe și 3 sectoare ale municipiului București.

209 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=157) și a copiilor cu dizabilități (SECC, N=167), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

210 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complex.

familia/reprezentantul acestuia (în 32 dintre cele 36 SECPAH-uri din eșantion).²¹¹ Ancheta socială este întocmită de asistentul social sau persoana cu atribuții de asistență socială de la nivelul SPAS.

Potrivit sondajului SPAS (Q1), în toate tipurile de localități, cele mai multe anchete sociale urmează modelul cadru standard, pentru persoane adulte, respectiv model cadru standard de anexă a factorilor de mediu evaluați din perspectiva CIF, pentru copii.²¹² Modelul cadru de anchetă socială pentru persoane adulte include o mare varietate de date privind solicitantul; date privind reprezentantul legal al solicitantului; o secțiune privind autonomia care evidențiază statutul funcțional al persoanei (activități zilnice, activități independente de autoîngrijire); o evaluare a stării senzoriale și psiho-afective a persoanei; o analiză socială a locuinței, familiei, rețelei de prieteni și vecini și a situației economice. În sfârșit, prezintă nevoile identificate și oferta corespunzătoare de servicii care pot răspunde nevoilor identificate, urmate de concluzii și recomandări. O mare parte dintre aceste informații sunt preluate din CIF ca elemente specifice ale activităților și participării, precum și ale factorilor de mediu. O analiză comprehensivă asupra anchetelor sociale realizate de SPAS se găsește în subcapitolul 3.3.

Cu privire la nivelul de completitudine și acuratețe a anchetelor sociale pentru persoane adulte, reprezentanții SPAS și specialiștii SECPAH oferă aprecieri diferite.²¹³ În opinia reprezentanților SPAS, anchetele sociale pe care le-au efectuat permit o înțelegere „bună” sau „foarte bună” a situației solicitantului în toate sferele vieții.²¹⁴ În contrast, specialiștii SECPAH estimează completitudinea și acuratețea informațiilor din anchetele sociale cu scoruri medii între 5 și 7 referitor la datele despre:

- Locuințe/locuire,
- Situația economică a persoanei și
- Serviciile comunitare.

Astfel, în anchetele sociale existente, sunt mai degrabă nesatisfăcătoare informațiile privind:²¹⁵ posibilitatea persoanelor cu dizabilități de a alege locul în care locuiesc; adaptarea locuinței lor (actuală și necesară); sprijinul necesar persoanelor cu dizabilități în vederea obținerii unei locuințe; veniturile și facilitățile locative ale persoanelor cu handicap, inclusiv costul handicapului în familia persoanei respective și impactul acestuia asupra unui stil de viață decent, precum și ajutorul financiar necesar pentru a permite persoanei respective să trăiască împreună cu familia și comunitatea lor. În privința serviciilor, datele deficitare au în vedere oferta de servicii locale, accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile existente și nevoile acestora privind accesul la serviciile de asistență medicală și de recuperare. Scorul general privind măsura în care datele din anchetele sociale permit specialiștilor SECPAH o evaluare exactă a mediului fizic și social al solicitantului este mai mic de 7 (pe o scală de la 1 la 10) pentru cele care sunt efectuate de SPAS rurale și sub 8 pentru cele efectuate de SPAS urbane.

Echipele SECPAH intervievate menționează adesea informațiile contradictorii pe care le găsesc în ancheta socială efectuată la SPAS, comparativ cu informațiile prezentate în scrisoarea medicului de familie sau referatul medicilor specialiști (în special în ceea ce privește mobilitatea persoanei, funcțiile cognitive și vizuale etc.). De altfel, și echipele SECPAH utilizează doar foarte rar instrumente pentru evaluarea comportamentului adaptativ, de exemplu kitul ABAS-II, care este calibrat pe populația României.²¹⁶ Psihologii intervievați într-un focus grup separat au menționat necesitatea de a suplimenta bateriile de testare utilizate în SECPAH cu unele care ar permite o mai bună evaluare a capacităților de viață independentă.

De asemenea, ancheta socială din dosar rareori include informații complete despre contextul de viață a solicitantului, rețeaua lui de suport, rutina zilnică sau opțiunile de stil de viață. O secțiune

211 Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

212 În acord cu HG nr. 430/2008 (Anexa 6) pentru persoane adulte, respectiv Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016 (Anexa 6) pentru copii.

213 Principalii factori care influențează calitatea anchetelor sociale actuale se referă în principal la insuficiența personalului și la pregătirea insuficientă a personalului SPAS, precum și la îmbunătățirile de care are nevoie modelul cadru. Pentru mai multe detalii, vezi secțiunea 3.3.3.

214 Cu scoruri medii de completitudine și acuratețe între 8 și 9, pe o scală de la 1 la 10, pentru toate dimensiunile. Sondajul SPAS cu răspunsuri valabile din 65 SPAS, din 26 județe; nu sunt incluse sectoarele Bucureștiului deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

215 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201), ianuarie-februarie 2021, din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București.

216 După cum se măsoară de ABAS-II, abilitățile adaptative sunt definite ca: acele abilități practice zilnice care sunt necesare pentru ca persoana să funcționeze și să corespundă cerințelor mediului înconjurător, incluzând aici și capacitatea de a avea grijă efectiv de propria persoană în mod independent, dar și interacțiunea cu alți oameni. Acest tip de instrumente de evaluare este adesea utilizat în procesele de certificare a persoanelor cu dizabilități din diferite țări ale lumii.

care ar trebui să reflecte punctul de vedere al solicitantului, cum ar fi temerile, preocupările, modul în care ar dori să trăiască, și ceea ce acesta ar dori să facă în viitor, a fost printre îmbunătățirile menționate mai frecvent în interviuri ca fiind necesare în modelul cadru de anchetă socială. În același timp, în timpul anchetei sociale ar fi necesar să se analizeze dificultățile cu care se confruntă persoana cu dizabilități, cu focus asupra factorilor contextuali și de mediu care ar putea acționa ca o resursă (facilitator) sau ca o barieră (obstacol) – informații care ar fi utile dacă s-ar regăsi și în PIS/PIRIS sub formă de recomandări, pentru a reduce la minimum sau a elimina barierele și pentru a valorifica/maximiza resursele disponibile.

Informații valoroase în acest sens pot fi solicitate și preluate din rapoartele de evaluare psihologică, care ar trebui să evidențieze toate aspectele legate de resursele pe care le poate accesa o persoană cu handicap, precum și dificultățile cu care se confruntă în mediul fizic, emoțional, social sau profesional, în viața de zi cu zi. O bază de date comună, în care diverși profesioniști din domeniul sănătății, membri ai echipei multidisciplinare (medic, psiholog, asistent social, psihopedagog), pe baza unei proceduri unitare specifice, ar completa toate aceste informații necesare (atât în rapoartele de evaluare, cât și în PIS/PIRIS) - ar simplifica foarte mult inițiativa de îmbunătățire a procesului de evaluare complexă și intervenție.

4.2.5. Evaluarea vocațională și a abilităților profesionale

Evaluarea vocațională și a abilităților profesionale nu este disponibilă în toate județele, ci doar în 25 județe și 4 sectoare din municipiul București, în acord cu raportările șefilor SECPAH în cadrul studiului instituțional Q2A. Deci, 7 județe din cele studiate nu furnizează evaluare vocațională. La nivelul celor 29 de SECPAH-uri care declară că efectuează evaluare vocațională, circa 35% din totalul dosarelor evaluate de-a lungul unei luni conțin o evaluare vocațională. Însă, discrepanțele între județe sunt foarte accentuate. Astfel, numărul dosarelor care conțin o evaluare vocațională variază de la virtual zero (în 6 județe), la 10-30 dosare pe lună (în 5 județe și un sector din București),

respectiv între 100 și 522 dosare pe lună (în 8 județe și 3 sectoare din București).²¹⁷ Câteva observații sunt utile:

- În primul rând, evaluarea vocațională se realizează doar la solicitarea persoanei cu dizabilități, în baza unei cereri pe care o depune la primăria din localitatea în a cărei rază teritorială își are domiciliul/reședința sau la registratura DGASPC.²¹⁸ În contextul acestei reglementări, practicile județene diferă semnificativ, de la județe în care evaluarea vocațională nu se efectuează deloc, la județe unde se realizează pentru toți solicitanții de 18-26 de ani sau, în unele județe, de 18-45 de ani (și nu doar la cerere).
- În al doilea rând, evaluarea vocațională se finalizează cu un certificat de orientare profesională în prea puține cazuri. Conform reglementărilor, după ce evaluarea vocațională este realizată de SECPAH, concluziile și recomandările sunt înregistrate în Raportul de evaluare complexă care se trimite la CEPAN, iar comisia eliberează certificatul de orientare vocațională. Conform raportărilor președinților CEPAN în cadrul studiului instituțional Q3A, majoritatea comisiilor nu eliberează certificat de orientare profesională.²¹⁹
- În al treilea rând, întregul aranjament instituțional existent SECPAH – CEPAN – agenții județene de ocupare a forței de muncă (AJOFM/ALOFM) nu oferă un sprijin real persoanelor cu dizabilități pentru a se integra pe piața muncii. Astfel, după ce CEPAN decide eliberarea certificatului de orientare profesională, Secretariatul CEPAN îl trimite solicitantului, dar nu îl trimite (automat) și către serviciile publice de ocupare a forței de muncă (AJOFM/ALOFM). Între DGASPC și AJOFM/ALOFM nu există protocoale de colaborare nici pentru realizarea evaluării și nici pentru preluarea persoanelor cu certificat de orientare profesională. Iar în cadrul AJOFM/ALOFM nu există un specialist desemnat special să se ocupe de persoanele cu dizabilități, oferind servicii de asistență celor care doresc să intre pe piața muncii pentru a găsi și accesa din oferta de servicii existente pe cele mai potrivite. În schimb,

217 Un număr de 6 șefi SECPAH nu au furnizat estimări ale numărului de dosare care conțin evaluări vocaționale. Estimări referitoare la luna noiembrie 2020, pentru 25 județe și 4 sectoare ale municipiului București.

218 Un singur județ (BC) a declarat că eliberează certificatul de orientare profesională și fără o cerere expresă depusă de persoana în cauză, în baza evaluării vocaționale și a abilităților profesionale realizată de SECPAH (ca parte a evaluării complexe) și a interesului exprimat de persoana în cauză în cadrul interviului/interacțiunii cu SECPAH.

219 Vezi subcapitolul 5.3, secțiunea Certificatul de orientare profesională.

persoana cu dizabilități odată ce primește certificatul de orientare profesională se poate prezenta la AJOFM/ ALOFM și trebuie să caute pe cont propriu variante de formare și intrare pe piața muncii, eventual cu sprijin și din partea rețelei familiale și de prieteni. Un singur județ (DB) a semnalat un exemplu de bună practică – un centru de orientare și formare profesională creat de DGASPC.



„Persoana așteaptă până sosește certificatul de orientare profesională de la Secretariatul CEPAH. Odată ce obține certificatul de orientare profesională, persoana intră în evidența centrului de orientare și formare profesională din cadrul DGASPC. Persoana va beneficia de servicii de asistență și sprijin, precum și de servicii de mediere socială, pentru a identifica variante de formare și intrare pe piața muncii”. (Membrii CEPAH, citat din chestionare Q3B)

O cooperare mai strânsă cu ANOFM/ AJOFM ar fi foarte utilă, în special ținând cont de faptul că în cadrul ANOFM au fost înființate 20 de centre de consiliere profesională pentru persoanele cu dizabilități, unde mulți dintre consilierii de orientare a carierei au fost chiar instruiți în limbajul mimico-gestual pentru a putea comunica cu persoanele cu handicap auditiv.

- În al patrulea rând, președinții CEPAH afirmă că numărul de certificate de orientare profesională este atât de mic fie pentru că SECPAH-urile nu efectuează evaluarea vocațională, fie pentru că interesul persoanei față de orientare profesională (sau alte servicii legate de piața muncii) nu este o temă de analiză sistematică pentru specialiști (ci se consideră dovedit doar prin cererea expresă pe care persoana o depune la primărie).²²⁰ Pe de

altă parte, membrii CEPAH în cadrul sondajului de opinie Q3B au arătat că, în condițiile de resurse limitate și volum de muncă semnificativ, evaluarea vocațională și eliberarea certificatului de orientare profesională reprezintă activități marginale pentru că „se suprapun cu atribuțiile altor instituții de profil”,²²¹ respectiv serviciile de ocupare (AJOFM/ ALOFM).

- În al cincilea rând, în alte țări, evaluarea vocațională nu face parte din demersul de evaluare a dizabilității, ci din cel de evaluare a nevoilor persoanelor cu dizabilități. Prin urmare, este realizată de specialiști dedicați ce folosesc instrumente și metodologii specifice, pentru a identifica toate serviciile care pot oferi sprijinul adecvat pentru intrarea persoanelor cu dizabilități pe piața muncii. Faptul că, în România, evaluarea vocațională se realizează superficial (sau deloc) se observă și la nivelul Programului individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și al Planului individual de servicii (PIS). Astfel, în cele mai multe cazuri, planurile individualizate PIRIS și PIS nu reflectă în mod adecvat rezultatele evaluării vocaționale, secțiunile privind activitățile profesionale (ca și cele educaționale) fiind cel mai adesea necompletate (vezi analiza din capitolul 6).

Mai mult, nici datele privind evaluarea vocațională și certificatul de orientare profesională nu sunt înregistrate sistematic, monitorizate și analizate pentru a fundamenta pentru a îmbunătăți politicile de ocupare pentru persoanele cu dizabilități.

Într-o mică parte dintre SECPAH-urile studiate, evaluarea vocațională este efectuată întotdeauna de tipurile de specialiști prevăzute în legislație,²²² așa cum arată Figura 21. În cele mai multe cazuri, este realizată de un psihopedagog, dar sunt numeroase și SECPAH-urile (10 din 29) în care o parte importantă din dosare sunt evaluate de alte tipuri de specialiști, menționate în Figura 21, iar în unele județe chiar de membri SECPAH cu alte specializări (asistent social sau medic, vezi și secțiunea 9.2.1).

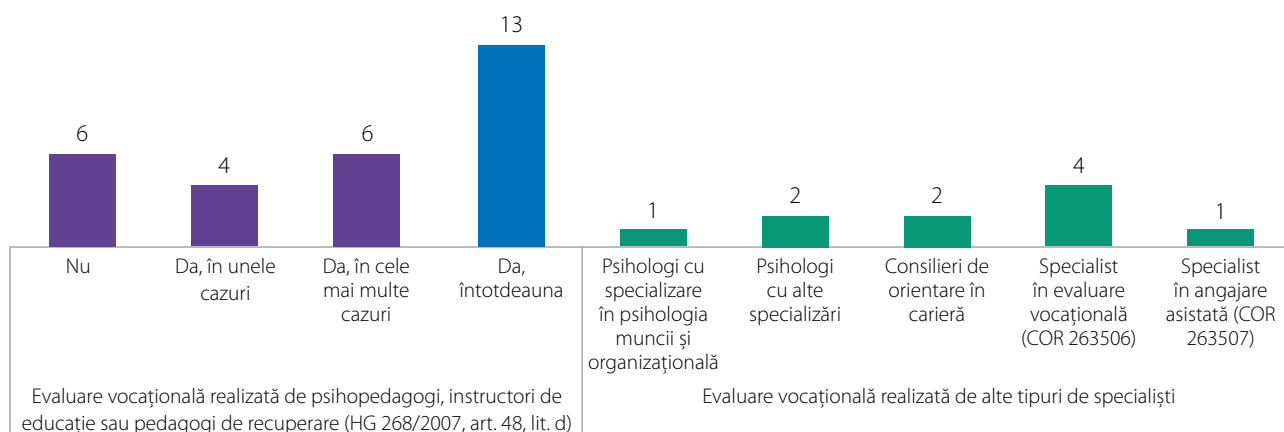
Există un capitol/paragraf în procedura generală (sau, mult mai rar, o procedură specifică aprobată) pentru evaluarea vocațională în doar 19 dintre cele 29 de SECPAH-uri care furnizează acest tip de evaluare.

220 Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 19 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

221 Membru CEPAN, citat dintr-un chestionar Q3B.

222 HG nr. 268/2007, art. 48, lit. d.

Figura 21: Cine efectuează evaluarea vocațională sau a abilităților profesionale, conform șefilor SECPAH (număr)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 25 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

În acord cu reglementările în vigoare,²²³ principalele date²²⁴ în baza cărora se realizează evaluarea vocațională provin din ancheta socială întocmită de SPAS, în 23 (din 29) județe, și, mai ales, din interviuri cu solicitantul sau familia/reprezentantul acestuia (în 26 județe). Dosarul profesional (competențele și experiența profesională dobândită în mediul formal, informal și nonformal) este folosit doar de 7 SECPAH-uri.

În majoritatea SECPAH-urilor nu sunt utilizate instrumente specifice pentru evaluarea vocațională și a abilităților profesionale, fiecare specialist utilizând propriile instrumente. Totuși, DGASPC dețin bateriile de teste CASPER, validate pe populația României în 2011, iar în 2013 specialiști din cadrul fiecărui SECPAH au fost formați în utilizarea acestor teste. Însă, în cadrul studiului instituțional Q2A, doar 6 șefi SECPAH au raportat că utilizează instrumente/teste standard de evaluare vocațională, iar dintre aceștia, numai două județe au menționat bateriile de teste CASPER. O analiză a motivelor subutilizării acestor instrumente ar putea contribui la îmbunătățirea modului în care se desfășoară evaluarea vocațională în teritoriu.

În prezent, documentele de la dosar și instrumentele folosite pentru evaluarea vocațională

permit doar o evaluare puțin satisfăcătoare din perspectiva psiho-socială, atât cu privire la limitările de activitate, cât și la restricțiile de participare sau la factorii de mediu care pot acționa ca bariere sau facilitatori în sfera muncii. Aceasta este opinia dominantă exprimată de specialiștii SECPAH în sondajul de opinie Q2B, așa cum arată datele disponibile în Anexa 5. Tabel 3.²²⁵ Oricum, rezultatele evaluării vocaționale nu sunt, în general, incluse în recomandarea finală de încadrare în grad și tip de handicap.

4.2.6. Evaluarea nivelului de educație

Acesta este al doilea tip de evaluare (după cea vocațională) care are impact minimal asupra recomandării finale de încadrare în grad și tip de handicap. Motivul principal este că evaluarea educațională alături de evaluarea vocațională sunt, de regulă (în alte țări), componente ale evaluării nevoilor persoanelor cu dizabilități și nu ale demersului de evaluare a dizabilității. Așa cum evaluarea vocațională are rolul de a înțelege parcursul profesional și de a identifica cele mai bune modalități de a (re)conecta persoana la piața muncii, evaluarea educațională se focusează pe identificarea celor mai adecvate servicii/activități

223 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă prevede că referințele pentru evaluarea vocațională se pot identifica în: fișe/certificate de calificare profesională recomandări eliberate de instituții abilitate; ancheta socială – modelul din anexa 6 la HG nr. 430/2008.

224 În conformitate cu instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă, datele relevante privind evaluarea vocațională se referă la: (a) interesele persoanei; (b) nivelul de calificare profesională. Evaluarea vizează posibile recomandări pentru orientarea sau reorientarea școlară-profesională sau contactarea AJOFM pentru sprijin în vederea obținerii unui loc de muncă.

225 Scoruri medii între 4,81 și 6,36, pe o scală de la 1 la 10. Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

pentru a sprijini persoana să-și atingă potențialul maxim și aspirațiile în sfera educației. Ambele tipuri de evaluare sunt, în consecință, proiectate pentru a identifica cele mai potrivite măsuri pentru a minimiza limitările de activitate și restricțiile de participare, pornind de la factorii de mediu și personali care pot acționa ca bariere sau facilitatori.

În România, evaluarea nivelului de educație nu este disponibilă în toate județele, ci doar în 27 județe și 3 sectoare din municipiul București, conform raportările șefilor SECPAH în cadrul studiului instituțional Q2A.²²⁶ La nivelul acestor 30 de SECPAH-uri, aproximativ 61% din totalul dosarelor evaluate de-a lungul unei luni conțin o evaluare educațională, cu discrepanțe marcante între județe. Astfel, numărul dosarelor care conțin o evaluare educațională variază de la virtual zero (în 3 județe), la 10-20 dosare pe lună (în 3 județe), respectiv între 100 și 631 dosare pe lună (în 17 județe și 3 sectoare din București).²²⁷

- Oricum, în majoritatea județelor, SECPAH-urile realizează evaluarea nivelului de educație pentru un număr mai mare de dosare decât în cazul evaluării vocaționale. O explicație vine din faptul că evaluarea nivelului de educație este, adeseori, limitată la înregistrarea nivelului de educație completat de solicitant. De asemenea, spre deosebire de evaluarea vocațională, evaluarea nivelului de educație nu trebuie finalizată cu o recomandare privind un certificat de orientare școlară. Prin urmare, date referitoare la certificatele de orientare școlară nu sunt colectate sistematic.
- De asemenea, nu se colectează date privind tinerii (de 18 ani și peste) cu cerințe educaționale speciale (CES). Spre exemplu, nu se monitorizează situația tinerilor cu CES care până la împlinirea vârstei de 18 ani aveau un certificat de orientare școlară și profesională emis de CJRAE/CMBRAE. Odată ce ajung la 18 ani și fac transferul de la copii la adulți, tinerii cu CES nu se mai pot adresa CJRAE/CMBRAE, ci pot să obțină certificatul de orientare școlară și profesională doar, la cerere, ca parte a evaluării educaționale efectuate de SECPAH. Nu există cerințe legale și nici un mecanism de monitorizare referitor la niciunul dintre următoarele aspecte: măsura în care tinerii (cu

vârsta de 18 ani și peste) cu CES sunt informați și consiliați să solicite un astfel de certificat; măsura în care tinerii cu CES beneficiază de o evaluare a cerințelor educaționale speciale și primesc certificatul de orientare școlară și profesională din partea SECPAH (vezi și analiza din secțiunea 8.4).

- În opinia specialiștilor SECPAH, o evaluare educațională ar fi necesară nu doar pentru tinerii cu dizabilități care urmează o formă de învățământ preuniversitar, ci și pentru cei înscriși într-o formă de învățământ universitar (cu un scor mediu de 3,2, pe o scală de la 1-deloc necesară la 5-foarte necesară).²²⁸
- Conform prevederile legale,²²⁹ concluziile și recomandările evaluării nivelului de educație pot cuprinde: finalizarea studiilor, după caz; „A doua șansă”; sau programe alternative de educație. Însă, similar evaluării vocaționale, și în cazul educației, aranjamentul instituțional existent SECPAH – CEPAH – Inspectorate școlare județene (ISJ/CJRAE) – unități de învățământ – AJOFM – furnizori de formare nu facilitează participarea persoanelor cu dizabilități la educație. Spre exemplu, programul național „A doua șansă” pentru completarea învățământului obligatoriu (școală primară și gimnaziu) este disponibil la nivel național, resursele necesare pentru organizarea claselor „A doua șansă” fiind planificate de la un an școlar la altul de către ISJ-uri, în funcție de solicitările din partea școlilor, în baza unor liste de potențiali beneficiari (în complianță cu finanțarea pe elev). SECPAH are responsabilitatea de a realiza evaluarea vocațională, dar nu întocmește în timp util o listă de potențiali beneficiari pe care să o transmită către unitățile de învățământ sau către ISJ, astfel încât planificarea claselor de „A doua șansă” să țină cont și să înregistreze direct persoanele cu dizabilități care își exprimă dorința de a participa la acest program. Aceeași situație și în cazul persoanelor care ar dori să urmeze cursuri vocaționale, nu există un mecanism de referire instituțională către AJOFM și furnizorii de formare. În actualul context, solicitantul, în cel mai bun caz, obține certificatul de orientare școlară și profesională și apoi trebuie să caute și să găsească pe cont propriu variante educaționale viabile, iar apoi să întocmească

226 Deci, 5 județe și un sector din București, dintre cele studiate, nu furnizează evaluare educațională.

227 Un număr de 4 șefi SECPAH nu au furnizat estimări ale numărului de dosare care conțin evaluări ale nivelului de educație. Estimări referitoare la luna noiembrie 2020, pentru 23 județe și 3 sectoare ale municipiului București.

228 Sursa: Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=146), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

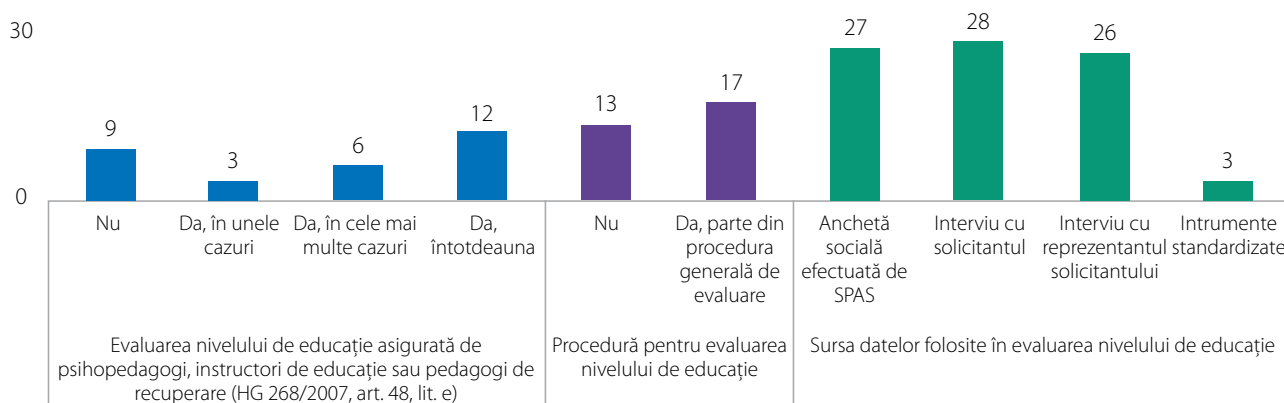
229 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă.

alte dosare sau aplicații și să facă alte drumuri pentru a putea participa la acestea. Procesul este atât de complex și implică un nivel bun de informare, capacitatea de a interacționa cu instituții/organizații diverse, precum costuri pe care doar o mică parte dintre persoanele cu dizabilități și le permit.

- În fine, în România, evaluarea nivelului de educație nu are la bază instrumente și metodologii specifice, pentru a identifica toate serviciile care pot oferi sprijinul adecvat

pentru participarea persoanelor cu dizabilități la educație. Faptul că, evaluarea educațională se realizează mai degrabă formal (sau deloc) se observă și la nivelul Programului individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și al Planului individual de servicii (PIS). Astfel, în cele mai multe cazuri, planurile individualizate PIRIS și PIS nu reflectă în mod adecvat rezultatele evaluării educaționale, secțiunile privind activitățile educaționale (ca și cele profesionale) fiind cel mai adesea necompletate (vezi analiza din capitolul 6).

Figura 22: Evaluarea nivelului de educație, conform șefilor SECPAH (număr)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 27 județe și 3 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Într-o mică parte dintre SECPAH-urile studiate, evaluarea nivelului de educație este efectuată întotdeauna de tipurile de specialiști prevăzute în legislație,²³⁰ așa cum arată Figura 22. În cele mai multe cazuri, este realizată de un psihopedagog, dar sunt numeroase și SECPAH-urile (12 din 30) în care o parte importantă din dosare sunt evaluate de alte tipuri de specialiști, în special de psihologi sau asistenți sociali (vezi și secțiunea 9.2.1).

Există un capitol/paragraf în procedura generală pentru evaluarea educațională în doar 17 dintre cele 30 de SECPAH-uri care furnizează acest tip de evaluare (Figura 22). În acord cu reglementările în vigoare,²³¹ principalele date²³² în baza cărora se realizează evaluarea educațională provin din ancheta socială întocmită de SPAS, în 27 (din 30) județe, și, mai ales, din interviuri cu

solicitantul sau familia/reprezentantul acestuia. Utilizarea unor instrumente specifice standardizate pentru evaluarea educațională a fost menționată de doar 3 șefi SECPAH, și anume fișa de evaluare psihopedagogică. În general însă, fiecare specialist utilizează propriile instrumente sau nu folosește nici un instrument de evaluare, ci doar notează nivelul de educație completat de solicitant.

Datele din Anexa 5. Tabel 4 arată că, în opinia specialiștilor SECPAH, instrumentele folosite pentru evaluarea educațională permit doar o evaluare puțin satisfăcătoare din perspectiva psihosocială, atât cu privire la limitările de activitate, cât și la restricțiile de participare sau la factorii de mediu care pot acționa ca bariere sau facilitatori în sfera educației.²³³

230 HG nr. 268/2007, art. 48, lit. e.

231 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă prevede că referințele pentru evaluarea educațională se pot identifica în: fișe/certIFICATE/recomandări eliberate de instituțiile de învățământ; ancheta socială – modelul din anexa 6 la HG nr. 430/2008 – pct. I.

232 În conformitate cu instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă, datele relevante privind evaluarea educațională se referă la: (a) tipul de învățământ (de masă/special); (b) nivelul de studii; studii finalizate sau nu; motivul abandonului școlar.

233 Scoruri medii între 5,56 și 6,52, pe o scală de la 1 la 10. Sursa: Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul

4.2.7. Evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială (gradul de dependență)

Evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială este al treilea domeniu obligatoriu, alături de evaluarea vocațională și de cea a nivelului de educație, cu un impact minimal asupra recomandării finale de încadrare în grad și tip de handicap. Toate aceste trei tipuri de evaluare furnizează informații din perspectiva psiho-socială, care ar putea fi relevante și ar putea influența încadrarea în grad de handicap, dacă aceasta ar fi bazată pe principiile CIF și dacă ar exista o metodologie riguroasă de combinare a acestor informații cu rezultatele evaluării medicale și psihologice. Cum însă în România aceste două condiții nu sunt satisfăcute, cele trei tipuri de evaluare au în comun faptul că reprezintă componente ale evaluării nevoilor persoanelor cu dizabilități și nu ale demersului de evaluare a dizabilității. Ceea ce diferențiază evaluarea nivelului de integrare este faptul că, în România, aceasta joacă un rol semnificativ în recomandarea (de către SECPAH), respectiv stabilirea (de către CEPDAH) dreptului la asistent personal și, uneori, a altor servicii precum îngrijirea în centre rezidențiale, centre de zi sau la domiciliu.

În România, evaluarea nivelului de integrare socială nu este disponibilă în toate județele, ci doar în 30 județe și 4 sectoare din municipiul București (din totalul de 36), conform raportările șefilor SECPAH în cadrul studiului instituțional Q2A.²³⁴ În cadrul celor mai multe SECPAH-uri,²³⁵ evaluarea nivelului de integrare socială este responsabilitatea comună a 2-4 specialiști, de regulă, psihologul și asistentul social, dar există și județe în care este desfășurată de un psihopedagog, pedagog de recuperare și, mai rar, medici sau alți specialiști (vezi și secțiunea 9.2.1).²³⁶ Totuși, un capitol/paragraf dedicat în procedura generală pentru evaluarea nivelului de integrare socială a fost dezvoltat de doar 18 (din cele 34) SECPAH-uri. În acord cu reglementările

în vigoare,²³⁷ principalele date care stau la baza evaluării nivelului de integrare socială provin din surse multiple, cu precădere ancheta socială întocmită de SPAS, în 33 (din 34) județe, interviuri cu solicitantul sau familia/rezentantul acestuia (în 33, respectiv 30 județe) și evaluarea psihologică (în 24 județe).

Reglementările²³⁸ legale prevăd că datele relevante privind evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială (gradul de dependență) se referă la: (a) procesul de integrare socială, definit ca interacțiunea între individ și mediul social, prin intermediul căreia se realizează un echilibru funcțional al părților;²³⁹ (b) dacă persoana desfășoară sau nu activități lucrative care presupun interacțiunea cu alte persoane; (c) persoana dezvoltă și menține relații interpersonale (permanente sau ocazionale): are sau nu relații cu familia, prietenii, vecinii; (d) persoana face parte sau nu din cluburi sportive/culturale.

Dintre aceste date relevante pentru evaluarea gradului de dependență, doar unele informații din anchetele sociale întocmite de SPAS sunt satisfăcătoare atât pentru solicitanții din localitățile rurale, cât și pentru cei din urban, susțin specialiștii SECPAH. Figura 23 (și Anexa 5. Tabel 5) arată că informațiile satisfăcătoare se referă la auto-îngrijire, auto-gospodărire, utilizarea mijloacelor de comunicare, mobilitate, relațiile intime și rețelele de suport, care au scoruri medii peste 7, pe scala de la 1 la 10. Spre deosebire, informațiile privind participarea la educație, muncă, activități de timp liber, activități civice, culturale sau ale comunității, precum și cele despre atitudinile familiei, vecinilor și a comunității față de solicitant sunt puțin satisfăcătoare (au scoruri medii sub 7, pe o scală de la 1 la 10).

Aceeași instrucțiune ANPD²⁴⁰ menționează că scopul evaluării este de a formula recomandări care vizează identificarea unui grup de suport, îndrumarea către servicii de consiliere socială sau programe de educație. Nu este clar motivul pentru

serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

234 Deci, 2 județe dintre cele studiate au declarat că nu furnizează evaluare nivelului de integrare socială.

235 În conformitate cu HG nr. 268/2007, art. 48, lit. f.

236 În studiul instituțional Q2A, dintre cele 34 de SECPAH-uri care desfășoară evaluarea nivelului de integrare socială, 27 de șefi au raportat că aceasta este asigurată de psihologi, 21 au menționat asistenți sociali, 13 au răspuns psihopedagogi, 4 au declarat pedagogi de recuperare, iar 2 au numit alți specialiști. Datele sunt consistente cu cele raportate de șefii SECPAH în tabloul participării la activități a personalului SECPAH care a colectat informații cu privire la sarcinile specifice pe care le îndeplinește fiecare angajat în parte, unde lista de sarcini a fost alcătuită în acord cu Procedura-cadru națională (Anexă la Ordinul nr. 2298/2012).

237 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă prevede că referințele pentru evaluarea nivelului de integrare social se pot identifica în: ancheta socială – modelul din anexa 6 la HG nr. 430/2008; alte documente.

238 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă.

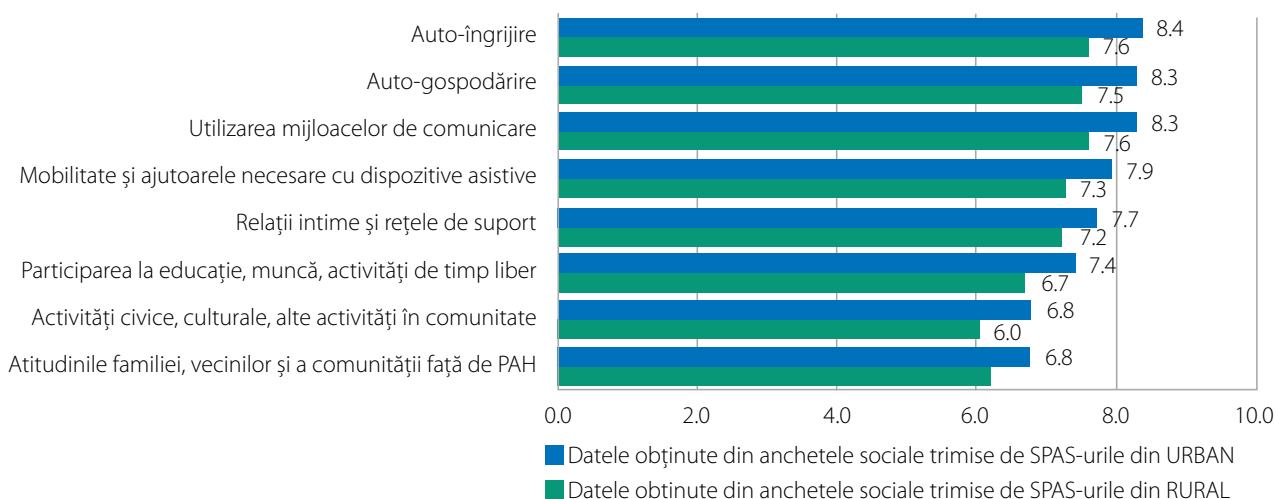
239 Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, art. 6, lit. dd.

240 Instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă.

care concluziile/recomandările de includere în programe de educație trebuie incluse la evaluarea gradului de dependență și nu la evaluarea nivelului de educație. Dar, mai important, în practică, evaluarea nivelului de integrare socială servește

cel mai adesea la stabilirea dreptului la asistent personal sau a unei măsuri de protecție (admiterea în centre rezidențiale sau de zi, plasarea la un asistent personal profesionist sau acordarea de servicii de îngrijire la domiciliu).

Figura 23: Măsura în care datele obținute din anchetele sociale trimise de SPAS-urile rurale și urbane sunt suficiente astfel încât să permită o evaluare detaliată și corectă a nivelului de integrare socială (gradul de dependență), conform opiniilor specialiștilor SECPAH (valori medii, pe o scală de la 1-deloc la 10-total)



Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Vezi și Anexa 5. Tabel 5. PAH = persoană adultă cu handicap.

4.2.8. Stabilirea concluziilor și recomandărilor evaluării complexe

Secțiunile anterioare au arătat deja că evaluarea complexă în vederea încadrării în grad de handicap cuprinde, în majoritatea județelor și pentru cei mai mulți solicitanți, toate cele șase domenii obligatorii,²⁴¹ fiind realizată de specialiști relevanți, în baza unui volum impresionant de date furnizate de solicitant în dosarul de cerere. Alături de documentele medicale și psihologice, principalele surse de date folosite de SECPAH sunt ancheta socială întocmită de SPAS și interviul cu solicitantul și familia/reprezentantul acestuia. Totuși, așa cum rezultă din secțiunile de la 4.2.1 la 4.2.7, datele au unele limitări importante, și anume:

- Datele pentru evaluarea medicală și psihologică, deși marcate uneori de inconsistențe sau concluzii/ diagnostice vagi ori neclare, permit o evaluare la un nivel satisfăcător, în

opinia specialiștilor SECPAH (Anexa 5), atât a afectărilor structurilor corpului și funcțiilor organismului, cât și a limitărilor de activitate și a restricțiilor de participare.

- Datele pentru evaluarea socială nu sunt culese sistematic și uniform, deși provin predominant din anchetele sociale care sunt întocmite de majoritatea SPAS-urilor pe baza modelului cadru prevăzut în legislație.²⁴² În estimarea specialiștilor SECPAH, completitudinea și acuratețea informațiilor este nesatisfăcătoare în special referitor la locuințe/locuire, situația economică a persoanei și serviciile comunitare. De asemenea, echipele SECPAH intervievate menționează adesea informațiile contradictorii pe care le găsesc în ancheta socială comparativ cu informațiile prezentate în scrisoarea medicului de familie sau referatul medicilor specialiști (în special în ceea ce privește mobilitatea

241 Așa cum prevede legislația, HG nr. 268/2007, art. 48.

242 HG nr. 430/2008, Anexa 6.

persoanei, funcțiile cognitive și vizuale etc.). În plus, ancheta socială din dosar rareori include informații complete despre contextul de viață a solicitantului, rutina zilnică, opțiunile de stil de viață sau dificultățile cu care se confruntă, cu focus asupra factorilor contextuali și de mediu care ar putea acționa ca o resursă (facilitator) sau ca o barieră (obstacol). Mai mult, din modelul cadru de anchetă socială lipsește o secțiune care ar trebui să reflecte punctul de vedere al persoanei cu dizabilități, cum ar fi temerile, preocupările, modul în care ar dori să trăiască, și ceea ce solicitantul ar dori să facă în viitor.

- Datele pentru evaluarea vocațională, cea a nivelului de educație și cea referitoare la abilitățile și nivelul de integrare socială (gradul de dependență) sunt colectate sporadic și neuniform, deși fac parte din anchetele sociale bazate pe modelul cadru. În opinia specialiștilor SECPAH (Anexa 5), aceste date permit doar o evaluare puțin satisfăcătoare din perspectiva psiho-socială, atât cu privire la limitările de activitate, cât și la restricțiile de participare sau la factorii de mediu care pot acționa ca bariere sau facilitatori.

Nu există instrumente sau metodologii specifice pentru analiza datelor și nici norme clare cu privire la datele ce trebuie utilizate/analizate pentru fiecare domeniu de evaluare în parte.²⁴³ Deși evaluarea complexă este o evaluare multicriterială nu sunt prevăzute ponderi specifice și nici reguli care să stabilească cu claritate contribuția fiecărui domeniu la rezultatul final al evaluării. Prin urmare, datele sunt utilizate și analizate diferit de la un județ la altul și, uneori, de la un specialist la altul, mai ales că o mare parte dintre SECPAH-uri nu au dezvoltat proceduri specifice de lucru în această privință.

În consecință, practicile dominante sunt de a stabili recomandarea finală de încadrare în grad de handicap cu precădere pe baza datelor cuantificabile, percepute de specialiștii SECPAH a avea cel mai ridicat nivel de completitudine și acuratețe, care sunt în principal datele medicale și psihologice. Spre deosebire, datele „soft” referitoare la nivelul de funcționare a persoanei au, în majoritatea județelor, un impact limitat asupra evaluării finale.

Evaluarea complexă realizată de SECPAH se finalizează cu un set de documente care se transmit către CEPAN pentru decizia finală privind încadrarea în grad de handicap, și anume:

- (1) Raportul de evaluare complexă ce conține:
 - a. Concluziile și recomandările pentru fiecare dintre domeniile de evaluare;
 - b. Propunerea privind încadrarea sau neîncadrarea în grad de handicap;
 - c. Propunerea privind orientarea profesională și Certificatul de orientare profesională;
 - d. Propunerea privind luarea unei măsuri de protecție;
 - e. Decizia de a acorda serviciul de asistent personal pentru persoana cu handicap grav
- (2) Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și, în unele cazuri, (3) Planul individual de servicii (PIS).

Recomandările SECPAH sunt decise în echipă (Tabel 9). Cu toate acestea, 21 dintre cei 36 șefi SECPAH care au răspuns la chestionarul Q2A au raportat că în ceea ce privește stabilirea propunerii privind încadrarea sau neîncadrarea în grad de handicap există un membru al echipei care contribuie mai mult decât ceilalți, și anume medicul de specialitate. Toate celelalte recomandări ale SECPAH sunt stabilite în echipă, în majoritatea județelor, dar nu în toate. Spre exemplu, 10 șefi SECPAH declară că, în județul lor, rolul principal în stabilirea concluziilor și recomandărilor din Raportul de evaluare complexă revine medicului de specialitate. Sau, 16 șefi de SECPAH arată că, în echipele lor, propunerea privind orientarea profesională și Certificatul de orientare profesională revin psihopedagogului (în 8 județe), psihologului (în 5 județe) sau unui alt specialist (în 3 județe), fapt ce este în acord cu reglementări. În mod similar, în 14 județe, propunerea privind luarea unei măsuri de protecție este responsabilitatea unui asistent social sau, mai rar, a unui medic. De asemenea, 9 șefi SECPAH arată că decizia de a acorda dreptul la asistent personal pentru persoanele cu handicap grav este luată în principal de medic (în 6 județe) sau de un asistent social (în 3 județe).

243 Singurele orientări disponibile apar în instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă.

Tabel 9: Cum sunt stabilite recomandările și propunerile SECPAH, conform șefilor SECPAH (număr)

În procesul de stabilire a următoarelor aspecte ...	1. Există un membru al echipei (cu o anumită specializare) care contribuie mai mult decât ceilalți?		2. Există un domeniu de evaluare care „cântărește mai greu”?	
	Da	Nu	Da	Nu
Concluziile și recomandările din Raportul de evaluare complexă	10	25	26	9
Propunerea privind încadrarea sau neîncadrarea într-un grad de handicap	21	13	26	9
Propunerea privind orientarea profesională și Certificatul de orientare profesională	16	20	15	21
Propunerea privind luarea unei măsuri de protecție	14	21	17	19
Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS)	2	32	3	30
Planul individual de servicii (PIS)	2	27	2	27
Decizia de a include serviciul de asistent personal în PIS pentru persoana cu handicap grav	9	22	10	21

Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Suma celulelor pe linie/întrebare trebuie să fie 36, acesta fiind numărul total de șefi SECPAH care au participat la Q2A. În cazul sumelor mai mici, diferența până la 36 reprezintă non-răspunsuri sau situații în care SECPAH nu realizează activitățile respective, așa cum este în cazul MTR6. Planul individual de servicii (PIS) ce se întocmește doar în unele județe din țară.

De asemenea, Tabelul 9 arată că există și câte un domeniu de evaluare care „cântărește mai greu” în decizia referitoare la anumite propuneri ale SECPAH. Stabilirea concluziilor și recomandărilor din Raportul de evaluare complexă are la bază preponderent evaluarea medicală, în 26 dintre cele 36 de SECPAH-uri studiate. Similar, propunerea de încadrare sau neîncadrare în grad de handicap este fundamentată predominant pe rezultatele evaluării medicale. Propunerea privind orientarea profesională se formulează în principal în funcție de evaluarea vocațională (în 9 județe), dar și de evaluarea nivelului de educație (în 4 județe), de cea socială (1 județ) sau chiar psihologică (1 județ).²⁴⁴ Propunerea privind luarea unei măsuri de protecție, de asemenea, este decisă în funcție de un anumit domeniu de evaluare în 17 județe, care însă poate fi evaluarea socială (în 12 județe), medicală (în 2 județe), psihologică (în 2 județe) sau cea a abilităților sociale și a nivelului de integrare (în 1 județ). Însă, în majoritatea județelor (19 din 36 în eșantion), propunerea privind luarea unei măsuri de protecție se ia după considerarea rezultatelor evaluării din mai multe domenii. Acordarea dreptului la asistent personal se face în primul rând în baza evaluării

medicale (în 7 județe), sociale (în 1 județ) sau cea a abilităților și nivelului de integrare socială (în 2 județe).

Prin urmare, (i) practicile actuale privind stabilirea recomandărilor SECPAH diferă semnificativ între județe; (ii) propunerea de încadrare sau neîncadrare în grad de handicap, care este transmisă către CEPAH, este primordial luată de medicul de specialitate; și (iii) evaluarea medicală furnizează elementele cheie în stabilirea concluziilor și recomandărilor din Raportul de evaluare complexă. Focus grupurile cu specialiști SECPAH au confirmat aceste date raportate de șefii SECPAH în chestionarele Q2A.

Dat fiind rolul central al medicului în cadrul echipei SECPAH este foarte relevant să reiterăm faptul că majoritatea acestora sunt fie medici generaliști, fie medici de familie. Așa cum am arătat, evaluarea medicală este realizată de SECPAH în toate județele și sectoarele municipiului București. Prin urmare, 100% dintre solicitanții beneficiază de o evaluare medicală. Dar, doar circa 5% dintre solicitanți au o evaluare din partea unui medic specialist în expertiză medicală a capacității de

²⁴⁴ În celelalte 21 dintre cele 36 județe în eșantion, propunerea privind orientarea profesională se ia în baza concluziilor din mai multe domenii de evaluare.

muncă (solicitată de SECPAH sau nu). Și doar 5% au inclusă în dosar o evaluare realizată de medic specialist de medicină fizică și de reabilitare. Mai mult, dintre cele 36 SECPAH-uri studiate, numai 4 servicii colaborează cu un medic specializat în expertiză medicală a capacității de muncă, din cadrul Casei Naționale de Pensii Publice, și un singur SECPAH colaborează cu un medic de specialitatea medicină fizică și de reabilitare. Deși nu există vreo cerință legală ca serviciile de evaluare pentru persoane adulte să angajeze, colaboreze sau solicite evaluări din partea unor medici cu aceste două specializări, aceste date sunt foarte relevante din perspectiva CIF, deoarece aceste specialități medicale au abordări aliniate la modelul CIF.

În concluzie, procedura de evaluare și instrumentele utilizate în evaluarea complexă realizată de SECPAH nu sunt aliniate la principiile CIF. Potrivit modelului funcționării și dizabilității CIF, funcționarea și dizabilitatea sunt rezultatul interacțiunii dintre condiția (starea) de sănătate și factorii personali și de mediu, așa cum prezintă secțiunea 1.5. Corespunzător, principiile CIF impun ca procesul de evaluare a dizabilității să includă atât componentele medicale (afectările funcțiilor și structurilor organismului), cât și funcționale (limitările de activitate și restricțiile de participare, în funcție de factorii de mediu și personali), iar aceste componente să participe atât la definirea criteriilor de evaluare, cât și la procesul decizional. Din acest motiv, informațiile medicale sunt esențiale pentru evaluarea gradului de handicap, dar nu sunt suficiente. Deciziile trebuie să ia în considerare ceea ce persoana poate sau nu poate face în mediul său și nu doar diagnosticul medical.

4.3. Criteriile medico-psihsociale din România

Acest subcapitol are în vedere criteriile medico-psihsociale în baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap în România. Prima secțiune din prezentul subcapitol face o prezentare generală a criteriilor, în timp ce a doua secțiune conține o analiză a acestora din perspectiva clasificării internaționale a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF).²⁴⁵

În contrast, în România, având în vedere variația substanțială dintre județe, diferitele compoziții ale echipelor SECPAH, diferitele proceduri de colectare a informațiilor și diferitele abordări ale procesului decizional final (decizie comună a echipei SECPAH versus decizie unică a medicului), nu se poate estima la nivel național dacă și în ce măsură informațiile privind funcționarea și contextul de viață al persoanei joacă vreun rol procedural în evaluarea complexă. În plus, nici nu există vreo metodologie sau procedură care să garanteze că informațiile privind funcționarea au vreun impact asupra evaluării finale.

Este absolut necesar să se definească și să se implementeze noi proceduri de evaluare și încadrare în grad de handicap, fondate pe principiile CIF. În momentul de față, procedurile de evaluare și încadrare în grad de handicap nu sunt întotdeauna clare sau uniforme la nivelul județelor. Este important de subliniat faptul că asigurarea unor instrumente și proceduri uniforme la nivelul județelor constituie practic o necesitate din perspectiva drepturilor omului: este just și echitabil ca persoanele cu situații similare și cu niveluri de dizabilitate similare să fie evaluate într-un mod similar pe tot cuprinsul țării. Orice altă abordare este inechitabilă și discriminatorie. Acest lucru este prevăzut în toate tratatele referitoare la drepturile omului și în Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Noile proceduri ar trebui elaborate în cadrul unei colaborări care să implice specialiști, asistenți sociali, experți internaționali în domeniul CIF, responsabili de politici și activiști pentru drepturile persoanelor cu dizabilități.

4.3.1. Prezentarea generală a criteriilor medico-psihsociale

În România, evaluarea complexă a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad de handicap are la bază criteriile medico-psihsociale, definite prin Ordinul comun nr. 762/1.992/2007.²⁴⁶ Din punct de vedere tehnic, în centrul criteriilor medico-psihsociale, este o evaluare bazată pe bareme.²⁴⁷ O

²⁴⁵ Mai multe detalii despre CIF sunt disponibile în subcapitolul 1.5.

²⁴⁶ Ordinul comun al ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihsociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, cu modificările și completările ulterioare.

²⁴⁷ Metoda baremelor a fost numită după matematicianul francez din secolul al 17-lea Francois Barrême care a conceput un tabel de valori procentuale ordonate pentru diferite tipuri și grade de gravitate ale afectărilor corporale, pentru compensarea rănilor provocate de război.




metodă de evaluare baremică este o scală ordinală arbitrară care atașează valori procentuale, grade, sau alți calificatori (ușor, mediu, accentuat, grav) diferitelor niveluri de dizabilitate, pe baza gradului de afectare a diverselor funcții ale organismului. Scalele bazate pe bareme sunt foarte frecvent utilizate în întreaga lume și asociază anumite procente de deficiențe sau afectări ale organelor, funcțiilor, cu gradele de handicap. Aproape fiecare țară din lume care are o procedură oficială de evaluare a handicapului a folosit la un moment dat sau continuă să utilizeze o anumită formă a sistemului bazat pe bareme.

În mod frecvent, gradul de severitate al unei boli sau tulburări de organ (sau altă anomalie diagnosticată) este identificat prin teste standard sau alte instrumente (de exemplu, auto refractometrul dioptric pentru deficiențe de acuitate vizuală, măsurarea tensiunii arteriale, test de toleranță la efort, concentrația medie a hemoglobinei corpusculare). Aceste instrumente măsoară „parametrii funcționali” ai organismului. Acestea înseamnă că, din punctul de vedere al

diagnosticului, criteriile medico-psihosociale sunt bine fundamentate în medicina clinică.

Spre deosebire de instrumentele baremice tradiționale – cum ar fi cel mai influent instrument modern baremic, Ghidul American al Asociației Medicale pentru evaluarea deficiențelor permanente – criteriile de evaluare medico-psihosociale din România au fost proiectate pentru a efectua mai multe funcții suplimentare, probabil pentru a-l alinia cel puțin cu terminologia utilizată în CIF. Prin urmare, criteriile medico-psihosociale constituie un instrument de lucru complex atât ca structură, cât și prin componentele sale interne.

Ordinul comun nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale, a suferit de-a lungul timpului o serie de modificări și completări.²⁴⁸ Acesta este organizat în opt capitole și se bazează pe modelul clasificării funcțiilor organismului descris de CIF. Fiecare dintre aceste capitole este subîmpărțit în domenii de evaluare bazate pe grupe majore de afecțiuni, care la rândul lor sunt organizate în boli majore, leziuni sau sindroame și deficiențe asociate.

Capitole	Domenii de evaluare (exemple) Spre exemplu, Capitolul 2 este subîmpărțit în:
1. Funcții mentale	 pct. I Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor vizuale în vederea încadrării în grad de handicap
2. Funcții senzoriale	
3. Funcțiile fonatorii și de comunicarea verbală. Evaluarea gradului de handicap în afectarea vocii	
4. Funcțiile sistemului cardiovascular, hematologic, imunitar și respirator	 pct. II Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor auditive în vederea încadrării în grad de handicap
5. Funcțiile sistemului digestiv, metabolic și endocrin	
6. Funcții urogenitale	 pct. III Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor vestibulare în vederea încadrării în grad de handicap
7. Funcțiile neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente	
8. Funcțiile pielii	

248 Acestea sunt: Ordinul nr. 692/982/2013 privind modificarea cap. 1-Funcțiile mentale; Ordinul nr. 707/538/2014 privind modificarea cap. 2 - Funcțiile senzoriale și cap. 7 Funcțiile neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente; Ordinul nr. 131/90/2015 privind modificarea cap. 4 punctul A.II. - Evaluarea gradului de handicap în afectarea funcțiilor arterelor legate de fluxul sanguin; Ordinul nr. 874/554/2016 privind modificarea cap. 8 - Evaluarea persoanelor cu sechele majore ale arsurilor complexe în vederea încadrării în grad de handicap; ORDIN nr. 1070/403/2018 cap. 4 „Funcțiile sistemului cardiovascular, hematologic, imunitar și respirator”, cap. 5 „Funcțiile sistemului digestiv, metabolic și endocrine, cap. 7 „Funcțiile neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente, 8 „Funcțiile pielii”; Ordinul nr. 741/577/2019 privind modificarea cap. 2 Funcțiile senzoriale, cap. 7 Funcțiile neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente.

CASETA 6

Exemplu de încadrare în grad de handicap



PARAMETRI FUNCȚIONALI

Audiometrie subiectivă tonală liminară, audiometrie vocală, potențiale evocate auditive precoce, impedansmetrie și otoemisiuni acustice.

DEFICIENȚĂ MEDIE

HANDICAP MEDIU

Pierdere auditivă bilaterală între 41-70 dB, protezabilă

DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ

HANDICAP ACCENTUAT

Pierdere auditivă peste 70 dB care se protezează greu, asociată cu tulburări psihice și de limbaj.
Surditate congenitală sau dobândită înaintea achiziționării limbajului însoțită de mutitate (surdocecitate cu demutizare slabă/nulă), cu pierdere peste 90 dB (surdități profunde și cofoze).

Sursa: Cap. 2 Funcțiile senzoriale, pct. II Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor auditive în vederea încadrării în grad de handicap

Criteriile medico-psihosociale reprezintă un instrument bazat pe bareme care oferă o evaluare a gradului de handicap în termeni de diagnostic sau deficiență/afectare. Ca instrument de evaluare în stil baremic, funcția principală a criteriilor medico-psihosociale este de a lega categoriile de diagnosticare sau deficiențele de un anumit grad de handicap. Acest lucru este realizat prin clasificarea în patru sau cinci puncte (ușor, mediu, accentuat și grav, cu sau fără asistent personal) a gradului de deficiență/afectare/handicap, pe baza unei descrieri a rezultatului testului de diagnosticare sau al examinării. Caseta 6 prezintă un exemplu al modului în care apare acest lucru în criteriile medico-psihosociale.

Deși predominant bazate pe bareme, criteriile medico-psihosociale sunt ajustate pentru a include două componente suplimentare, și anume parametri funcționali, precum și activități – limitări și participare – necesități. Astfel, pentru fiecare grup major de afecțiuni sau, mai des, pentru fiecare afecțiune criteriile medico-psihosociale oferă, de asemenea, parametri funcționali care rezumă rezultatele la testele de diagnosticare sau examinările clinice utilizate pentru diagnostic. Aceasta este o componentă valoroasă a acestui instrument de lucru, deoarece ajută la standardizarea criteriilor de evaluare pentru fiecare afecțiune. Citatul 4.4 oferă un exemplu de parametri funcționali.



Examen ortopedic, examen radiologic: bont; articulația suprajacentă, controlateral, coloană vertebrală, în funcție de localizare, pentru evaluarea consecințelor handicapului locomotor; testarea bontului, testarea funcționalității protezei și a membrului/membrelor, Indici oscilometrici, testări biometrice particularizate structurii afectate, testarea mobilității articulare, testări musculare, testarea mobilității coloanei vertebrale, examen neurologic, în anumite cazuri, scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc. (Cap. 7 Funcții neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente, pct. III. Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor motorii (a staticii și mobilității - locomoției sau/și gestualității) în vederea încadrării în grad de handicap, 1. Amputații din Ordinul nr. 707/538/2014 care modifică și completează Ordinul nr. 762/1992/2007)

Ultima componentă suplimentară a criteriilor medico-psihosociale se referă la activități – limitări și participare – necesități și a fost adăugată cu intenția clară de aliniere la CIF, deoarece extinde abordarea baremică standard pentru a urmări mai îndeaproape modelul CIF. Astfel, pentru fiecare problemă de sănătate, după ce gradul de deficiență/afectare/handicap este prezentat într-un tabel, un alt tabel prezintă impactul presupus al fiecărui grad de „dizabilitate” asupra tipurilor de activități și a domeniilor de participare. Cu toate acestea, spre deosebire de CIF, care acoperă toate domeniile de activitate și de participare socială, criteriile medico-psihosociale din România tratează în special activitățile asociate domeniului de muncă și de ocupare a forței de muncă.

Sub titlul Activități – Limitări, tabelele enumeră o combinație de activități și descrieri generale ale tipului de ocupație, profesie și loc de muncă pe care o persoană cu gradul specificat de handicap le-ar putea exercita. În cadrul rubricii Participare – Necesități sunt descrieri ale condițiilor prealabile pentru a putea lucra într-o ocupație, profesie sau la un loc de muncă – condiții prealabile, cum ar fi tehnologia asistivă care poate facilita accesul la un loc de muncă, servicii sociale și alte cerințe. Casetă 7

prezintă un exemplu al acestei componente.

De fapt, această componentă este o evaluare a nevoilor pentru exercitarea unei activități profesionale. În unele cazuri, specificarea capacității de muncă (inclusiv exemple de tipuri de locuri de muncă) și nevoile de la locul de muncă sunt extrem de detaliate (Casetă 8).

Împreună, gradul de deficiență/afectare/handicap și aprecierea activităților – limitărilor, respectiv a participării – necesităților persoanei creează un instrument unic de evaluare complexă, care să permită efectuarea a două evaluări distincte: una pentru a determina gradul de handicap și cealaltă pentru a identifica nevoile legate de muncă, precum și posibilitățile de adaptare, capacitatea de autoîngrijire și autoservire (gradul de autonomie). Alte țări utilizează două instrumente și proceduri de evaluare separate pentru a face aceste două evaluări foarte diferite: o evaluare a handicapului sprijină decizia rezumativă privind gradul de handicap pentru a se califica pentru beneficii, iar o evaluare a nevoilor de sprijin identifică resursele de care are nevoie o persoană pentru a derula activitățile zilnice și a participa în comunitate.

CASETA 7

Componenta de exemple de Activități – Limitări/Participare – Necesități



	ACTIVITĂȚI-LIMITĂRI	PARTICIPARE-NECESITĂȚI
HANDICAP MEDIU	Nu sunt recomandate activități ce implică siguranța altor persoane - conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc. - sau activități operative în profesii ce necesită standarde de auz - poliție, armată, aviație etc.	Protezare auditivă
HANDICAP ACCENTUAT	Nu sunt recomandate activități ce implică siguranța altor persoane - conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc. - sau activități operative în profesii ce necesită standarde de auz - poliție, armată, aviație etc., activități de comunicare cu publicul, telecomunicații.	Asigurarea unor sisteme optice de semnalizare înlocuindu-le pe cele sonore Protezare auditivă Asigurare de interpreți mimicogestuali în instituțiile publice

Sursa: Cap. 2 Funcțiile senzoriale, pct. II Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor auditive în vederea încadrării în grad de handicap.

Exemplu de Activități – Limitări/Participare – Necesități utilizate pentru a furniza descrierea foarte detaliată a capacității de muncă și a nevoilor de la locul de muncă



HANDICAP UȘOR

ACTIVITĂȚI-LIMITĂRI

Orice activitate profesională fără limitări, cu excepția celor care solicită gestualitate fină, de precizie

PARTICIPARE-NECESITĂȚI

Participare fără restricții
Necesită schimbarea locului de muncă în cazul unor profesii (de exemplu: pianist, violonist ș.a.)

HANDICAP MEDIU

ACTIVITĂȚI-LIMITĂRI

Orice profesie, cu excepția celor care solicită:

- ortostatism și deplasări posturale prelungite;
- bimanualitate.

PARTICIPARE-NECESITĂȚI

Orientarea profesională spre un loc de muncă accesibil
Formare și îndrumare profesională în funcție de vârsta persoanelor care și-au pierdut manualitatea, cu referire la muncile manuale – necalificate
Asigurare cu proteze, orteze, proteze estetice diferențiate în vederea activării în viața socială fără restricții



HANDICAP ACCENTUAT

ACTIVITĂȚI-LIMITĂRI

- Locuri de muncă fără solicitare fizică, fără deplasări și variante postural sau/și gestuale, în funcție de deteriorările morfofuncționale
Notă:

- localizarea și nivelul amputației;
- cauzele care au produs-o;
- eficiența protezării;
- vârsta;
- pregătirea generală și profesională - în funcție de care se recomandă: schimbarea locului de muncă sau formarea profesională pentru munci statice, accesibile handicapului postural sau/și de gestualitate.

PARTICIPARE-NECESITĂȚI

Furnizare de mijloace protetice, de adaptare a utilajelor, reorganizarea muncii la nevoie
Pentru deficienții locomotori posturali:
În afara protezării adecvate și adaptării locului de muncă astfel încât să nu fie solicitată postura pe care nu o poate realiza, se recomandă facilitarea prin mijloace suplimentare de sprijin (scaune adaptate ergonomic) sau permiterea cu ușurință a modificărilor posturale impuse de muncă, prin balustrade sau mănere de sprijin.
Transferul unor comenzi ale mașinii de la picior la mână sau automatizarea comenzilor respective
Pentru persoanele cu deficiență fizică cu afectarea gestualității:
Este posibilă, după caz, protezare sau ortezare, eventual proteze de muncă adaptate în raport cu secvențele muncii (pense, cârlige etc.), schimbarea lateralității și adaptări ale utilajului, de pildă transferul comenzilor de la o mână la alta sau de la mână la picior, schimbarea sistemului de pârghii ale comenzilor pentru scăderea efortului fizic.

Sursa: Cap. 7 Funcții neuro-musculo-scheletice și ale mișcărilor aferente, pct. III. Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor motorii (a staticii și mobilității - locomoției sau/și gestualității) în vederea încadrării în grad de handicap, 1. Amputații din Ordinul nr. 707/538/2014 care modifică și completează Ord. nr. 762/1.992/2007.

HANDICAP GRAV



ACTIVITĂȚI-LIMITĂRI

Idem handicap accentuat
Pot desfășura activități profesionale la domiciliu sau la locuri de muncă adaptate.
Ancheta socială are un rol major în stabilirea gradului de autonomie și a restantului funcțional, existând posibilitatea adaptării la proteze și a accesibilizării mediului, astfel încât să se realizeze autonom sau cu ajutor parțial, pentru perioade limitate ale zilei, activitățile de îngrijire și autoservire.

PARTICIPARE-NECESITĂȚI

Idem handicap accentuat
După protezare, adaptare la proteze/orteze:

- asigurarea de mijloace de deplasare pentru persoanele cu deficiență posturală (cărje sau cadru pentru cele cu amputații unilaterale, fotoliu rulant, cărucioare pentru cele cu amputații bilaterale);
- asigurarea de mijloace de autoservire sau/și de muncă pentru cei cu pierderea bilaterală a gestualității;
- sprijin total sau parțial pentru îngrijire și activitățile cotidiene, de autogospodărire.

În funcție de rezultatul evaluării complexe, persoana poate fi încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal, în situația în care are pierdută total capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire și necesită sprijin permanent, sau grav fără asistent personal, atunci când necesită sprijin parțial pentru unele activități cotidiene.



4.3.2. Criteriile medico-psihsociale din perspectiva CIF

În prezent, în România, legislația prevede că evaluarea gradului de handicap se bazează pe un „model medico-psihsocial”, care este aliniat cu clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății a Organizației Mondiale a Sănătății (CIF), în sensul că încadrarea în grad de handicap (ușor, mediu, accentuat, grav) este stabilită în funcție de: (1) parametri funcționali stabiliți medical; (2) limitări ale activităților; și (3) restricții de participare. Această secțiune propune, însă, o analiză mai în profunzime a criteriilor de încadrare în grad de handicap folosite în România, pe două dimensiuni, și anume fundamentarea științifică²⁴⁹ ca instrumente de evaluare și alinierea la CIF.

Din punct de vedere medical, se poate presupune că criteriile medico-psihsociale folosite în România sunt, în general, solide din punct de vedere științific. În cadrul interviurilor și focus grupurilor, specialiștii SECPAH și CEPAN au menționat lipsa unor diagnostice (mai ales pentru adulții în vârstă) din criteriile medico-psihsociale sau alte aspecte specifice pentru care acestea ar putea fi considerate oarecum depășite. Dar, în general, nu există motive pentru a considera criteriile medico-psihsociale deficitare din punct de vedere medical. Totuși, ar fi binevenite două modificări ale criteriilor medico-psihsociale, și anume:

- i. În forma lor actuală, criteriile medico-psihsociale nu pot evalua în mod corespunzător comorbiditățile, de exemplu, în situația des întâlnită în care o persoană are mai multe afecțiuni ce pot interacționa și pot avea efecte combinate asupra nivelului său de funcționare. O metodologie specifică sau algoritm în scopul încadrării în grad de handicap luând în considerare comorbiditățile persoanei ar adăuga valoare evaluării în vederea încadrării în grad de handicap;
- ii. Pe viitor, România ar putea beneficia de un sistem electronic mai robust pentru colectarea

informațiilor din domeniul sănătății, prin care informațiile referitoare la sănătate și funcționare să poată fi colectate într-un mod standard și raportate într-o manieră comparabilă la nivel național și internațional. Aceasta va presupune existența unei terminologii standardizate și a unei capacități de codificare în vederea asigurării interoperabilității. CIF oferă o astfel de infrastructură informațională pentru datele referitoare la funcționare. Totuși, în ceea ce privește informațiile medicale, va trebui ca criteriile medico-psihsociale să fie revizuite și, în timp, actualizate, astfel încât să se alinieze la ultima versiune a Clasificării Internaționale a Maladiilor, CIM-11; această actualizare a criteriilor va fi posibilă doar după ce Ministerul Sănătății va adopta CIM-11.²⁵⁰

Din punctul de vedere al standardelor științifice, în cadrul criteriilor medico-psihsociale, modul de stabilire a gradului de handicap este mai degrabă arbitrar și empiric. Criteriile medico-psihsociale clasifică gravitatea afecțiunilor și a deficiențelor și oferă descrieri medicale ale fiecărui nivel de gravitate. Se presupune că motivarea care stă la baza încadrării unei afecțiuni medicale ca minoră, moderată, accentuată sau gravă este o judecată clinică susținută de o validare prin consens. Dar, severitatea afecțiunii medicale nu este identică cu gradul de handicap. În România, nici nu există studii bazate pe standarde științifice care să testeze relația dintre severitatea afecțiunii și gradul de handicap. Așadar, chiar dacă are validitate clinică aparentă, gradul de handicap este stabilit în absența unei metodologii solide din punct de vedere științific – fie bazată pe dovezi, fie pe o formă metodologic robustă de consens. Mai mult, așa cum reiese din subcapitolul 4.2, majoritatea instrumentelor folosite în patru dintre cele șase domenii obligatorii de evaluare - socială, vocațională sau a abilităților profesionale, educațională, a abilităților și a nivelului de integrare socială - nu sunt validate științific pentru evaluarea gradului de handicap.

249 Baza științifică a unui instrument de evaluare este evaluată în funcție de metodologia de măsurare pe care folosește și adecvarea acesteia la scopul pentru care a fost creat instrumentul respectiv. Metodologia de măsurare poate fi cantitativă sau calitativă. Dacă metodologia este cantitativă, scala folosită de instrumentul în cauză face diferența. Cu privire la încadrarea în grad de handicap, un instrument bazat pe o scală continuă ar permite determinarea unui grad numeric, spre exemplu un grad de afectare a funcțiilor de 10%, 50% etc. Pe o scală categorială, gradul ce poate fi determinat este o categorie de tipul ușor, mediu, accentuat sau grav (ca în România). Un instrument cu o scală dihotomică (de tipul da/nu) ar putea doar semnala prezența/absența handicapului, dar gradul de handicap nu poate fi determinat. Un instrument bazat pe o metodologie calitativă ar putea fi adecvat pentru a descrie tipurile de probleme cu care se confruntă o persoană, dar nu poate determina gradul problemei. Indiferent de tipul de metodologie de măsurare, un instrument „bun” are proprietățile psihometrice de bază de validitate și fiabilitate.

250 În prezent, România folosește CIM-10.

Din punctul de vedere al alinierii la modelul integrativ biopsihosocial al CIF,²⁵¹ criteriile medico-psihsociale își propun să evalueze domeniile CIF privind „activitățile” și „participarea”, însă aceste informații nu sunt cuantificabile și nici nu sunt suficient utilizate în determinarea gradului de handicap. Reglementarea²⁵² ce cuprinde criteriile medico-psihsociale utilizează terminologia CIF în modul în care sunt organizate capitolele, la nivelul opțiunilor de clasificare și în cadrul componentei „activități/participare”. Dar simpla utilizare a terminologiei CIF nu înseamnă că actualele criterii integrează modelul CIF privind funcționarea și dizabilitatea. Modelul biopsihosocial CIF consideră că funcționarea și dizabilitatea sunt fenomene determinate atât de nivelul *capacității* intrinseci a persoanei de a realiza o acțiune, în funcție de starea sa de sănătate, cât și de nivelul de *performanță* privind executarea unei acțiuni în mediul său real. Prin urmare, evaluarea dizabilității presupune o evaluare atât a capacității persoanei prin prisma sănătății sale, cât și a mediului său care, corelate, determină nivelul de performanță, adică gradul de dizabilitate al persoanei.

În acest sens, alinierea la CIF impune respectarea următoarelor principii: Dizabilitatea nu este direct sau exclusiv o problemă de sănătate a unei persoane; Dizabilitatea nu este o boală, o vătămare, sau altă afectare a stării de sănătate, și nici nu constă pur și simplu în una sau mai multe deficiențe care rezultă direct dintr-o afecțiune existentă; Dizabilitatea este experimentată de o persoană în contextul vieții reale, care afectează acțiunile, sarcinile și rolurile sociale pe care o persoană le poate îndeplini; Dizabilitatea poate fi înțeleasă doar în termenii impactului mediului asupra capacității persoanei de a efectua acțiuni, de a realiza sarcini, și de a îndeplini roluri sociale, simple sau complexe; Evaluarea dizabilității într-un mod aliniat la CIF necesită atât o evaluare a stării de sănătate a solicitantului, cât și o evaluare a impactului asupra performanței activității persoanei, ținând seama de mediul acesteia, de contextul său de viață.

Criteriile medico-psihsociale reprezintă, practic, un instrument standard bazat pe metoda baremelor,²⁵³ care a fost extins pentru a include domeniile „activități” și „participare”, precum și abilitățile profesionale. În plus, în forma lor actuală, criteriile medico-psihsociale includ parametri funcționali, care sunt importanți, fiindcă asigură o evaluare medicală standardizată a simptomelor și a factorilor de risc. Problema este că, așa cum rezultă din subcapitolul 4.2, evaluarea complexă realizată de SECPAH este bazată predominant pe criteriile medicale și, în absența unor criterii psihsociale cuantificabile, nu poate surprinde cu fidelitate nici nevoile persoanei și nici restricțiile de participare sau limitările de activitate (evaluarea funcțională). Spre exemplu, în focus grupurile cu specialiști, dar și cu ONG-uri, s-a subliniat faptul că simpla diagnosticare a demenței nu poate surprinde realitatea experienței de a trăi cu demența, deoarece această experiență este adesea modelată de cerințele de mediu și de contextul în care trăiește solicitantul. Prin urmare, criteriile existente nu reflectă modul de înțelegere și de operaționalizare a dizabilității promovat de CIF.

Mai mult, în cadrul modelului conceptual bazat pe CIF, elementele cheie includ un parteneriat între persoană și furnizorul de servicii. Astfel, indiferent de vârsta sau starea de sănătate a persoanei, furnizorul de servicii ia în considerare rutinele/modul de viață, preocupările, temerile și planurile persoanei cu referire la toate sferile de viață (sănătate, educație, muncă și activități sociale). Din perspectiva CIF, majoritatea instrumentelor folosite în România atât pentru evaluarea și determinarea dizabilității, cât și pentru evaluarea nevoilor de servicii sunt încă prea concentrate pe aspectele medicale, insuficient de participative și bazate pe modele care trebuie revizuite pentru a include resursele persoanei, felul în care dorește să trăiască, și factorii de mediu, pe lângă nevoile identificate prin evaluare. Interviuurile cu persoane cu dizabilități au subliniat în mod repetat necesitatea de a se lua în considerare pe deplin și în detaliu modul în care problemele lor de sănătate le afectează viața de zi cu zi.

251 CIF este în primul rând un sistem comun de codificare pentru dimensiunile funcționării și factorii determinanți ai gradului de funcționare. Este important că, deși manualul CIF oferă o metodă cu o scală de gravitate formată din cinci calificatori, CIF nu a fost niciodată destinat de OMS să fie utilizat independent, cu atât mai puțin ca instrument standard de evaluare. CIF este în primul rând un dicționar de date pentru scopuri epidemiologice și este utilizat în mod standard ca atare la nivel mondial. CIF, mai mult decât o clasificare, este un model de apreciere a funcționării și dizabilității, iar această caracteristică a CIF este cea la care se raportează guvernul român în obiectivul său de „alinieră”.

252 Ordinul comun al ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihsociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, cu modificările și completările ulterioare.

253 Metoda baremelor constă în folosirea unor scale de referință, cărora le sunt atașate valori sau procente, pentru a defini handicapul, conform Consiliului Europei (2002: 13). În general, abordarea bazată pe bareme nu este în concordanță cu modelul privind funcționarea și dizabilitatea prezentat în cadrul CIF.

În concluzie, evaluarea complexă din România este proiectată în cadrul actelor normative pentru a acoperi două tipuri de evaluare foarte diferite din punct de vedere teoretic, și anume evaluare dizabilității și evaluarea nevoilor persoanelor cu dizabilități. Țările cu sisteme dezvoltate realizează aceste două tipuri de evaluare ca demersuri distincte care implică specialiști și structuri diferite. Astfel, modernizarea sistemului de evaluare și încadrare în grad de handicap din România presupune în primul rând trecerea de la „handicap” (abordare medicală) la „dizabilitate” (abordare integrativă biopsihosocială). În acest scop, evaluarea dizabilității trebuie net separată de evaluarea nevoilor, iar cele două tipuri de evaluări ar trebui să fie aplicate într-o manieră standard și unitară în toate județele:

- 1. Evaluarea dizabilității** trebuie aliniată la principiile CIF. În acest scop, prima reformă necesară constă în colectarea informațiilor din perspectiva psiho-socială, într-o manieră consistentă, standardizată la nivelul tuturor județelor și fundamentată științific. În al doilea rând, aceste informații trebuie să aibă același impact real, transparent și cuantificabil asupra evaluării finale în vederea încadrării în grad de handicap în toate cazurile și în toate județele. În loc de șase domenii de evaluare complexă, sistemul ar trebui să colecteze informații referitoare la funcționare, într-o manieră uniformă, folosind un singur instrument psihometric standardizat. Acest instrument trebuie să fie unul adecvat din punct de vedere științific pentru a permite obținerea unui scor global sau total al dizabilității persoanei, preferabil în baza unei scale integrale. Un astfel de instrument poate asigura un scor al funcționării, ce ar putea fi integrat sistematic în evaluarea medicală pentru stabilirea rezultatului final al evaluării în vederea încadrării în grad și tip de handicap. Această modificare substanțială a instrumentelor va necesita, bineînțeles, schimbări la nivelul responsabilităților și al procedurilor folosite atât de către SECPAH, cât și de către CEPAN.
- 2. Evaluarea nevoilor persoanelor cu dizabilități** trebuie aliniată la CDPD și, pe cât posibil, la

CIF. În funcție de serviciile pentru persoane cu dizabilități existente sau pe care planifică să le dezvolte, fiecare țară realizează evaluarea nevoilor în mod diferit, însă cu scopul comun de a promova creșterea autonomiei persoanelor cu dizabilități, astfel încât acestea să se bucure de drepturile lor și să participe pe deplin la viața socială și economică. Spre exemplu, țările pot să considere serviciile pentru integrarea persoanelor cu dizabilități pe piața muncii, serviciile educaționale, serviciile medicale (inclusiv dispozitive și tehnologii asistive) sau diverse servicii sociale (de la centre rezidențiale sau de zi, la cele de abilitare/reabilitare, de recuperare, asistent personal, îngrijiri la domiciliu etc.). Pentru fiecare dintre acestea, evaluarea nevoilor presupune instrumente și metodologii specifice în baza cărora să se identifice, într-o manieră centrată pe persoană, cele mai potrivite servicii/activități/măsuri care să sprijine recuperarea persoanei și realizarea potențialului său maxim, în funcțiile de propriile rutine, așteptări, preocupări și opțiuni de stil de viață. Dezvoltarea și implementarea evaluării nevoilor va impune asigurarea resurselor necesare către structurile care vor avea această sarcină, precum și clarificarea responsabilităților în raport cu SECPAH și CEPAN. Pe termen mediu și lung, vor fi necesare crearea unui sistem de referire, consolidarea cooperării între instituțiile din sectoare diferite (social, sănătate, educație) și de la niveluri diferite (central, județean, local), întărirea managementului de caz pentru persoanele adulte cu dizabilități și, mai ales, dezvoltarea și diversificarea serviciilor pentru persoane cu dizabilități.

- 3. Evaluarea dizabilității și evaluarea nevoilor** ar trebui să fie aplicate într-o manieră standard și unitară în toate județele.

De asemenea, criteriile medico-psiho-sociale de încadrare în grad și tip de handicap necesită o permanentă actualizare în concordanță cu progresul înregistrat în domeniul medicinei, dar și o continuă apropiere de conceptul de dizabilitate, astfel încât procesul de evaluare să stabilească nevoia reală de suport și potențialul funcțional al acestor persoane.



Concluziile capitolului 4

1

În România, spre deosebire de alte țări, evaluarea dizabilității și determinarea dizabilității (încadrarea în grad de handicap) reprezintă procese separate desfășurate de structuri separate, respectiv serviciile pentru evaluarea persoanelor adulte (SECPAH) și comisiile de evaluare (CEPAH). Majoritatea SECPAH-urilor nu dispun de toți specialiști prevăzuți în legislație²⁵⁴ pentru realizarea evaluării complexe, fiind formate dintr-un medic de specialitate, asistent social și psiholog, uneori un psihopedagog, cu un număr total de 5-7 membri, cel mai adesea, dar cu variații între 2 și 22 specialiști.

2

În România, evaluarea complexă a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad de handicap cuprinde șase domenii obligatorii de evaluare: socială, medicală, psihologică, vocațională sau abilităților profesionale, a nivelului de educație, precum și a abilităților și nivelului de integrare socială (gradul de dependență).²⁵⁹ Conform datelor raportate de șefii SECPAH, evaluarea complexă în vederea încadrării în grad de handicap cuprinde toate cele șase domenii obligatorii, în majoritatea județelor (dar nu în toate) și pentru cei mai mulți solicitanți, și este realizată de specialiști relevanți, în baza unui volum impresionant de date furnizate de solicitant în dosarul de cerere. Însă o parte dintre date sunt marcate de inconsistențe, nefiind culese sistematic și uniform. În plus, nu există instrumente sau metodologii specifice pentru analiza datelor și nici norme clare cu privire la datele ce trebuie utilizate/analizate pentru fiecare domeniu de evaluare în parte.²⁶⁰ Deși evaluarea complexă este o evaluare multicriterială nu sunt prevăzute ponderi specifice și nici reguli care să stabilească cu claritate contribuția fiecărui domeniu la rezultatul final al evaluării. Prin urmare, datele sunt utilizate și analizate diferit de la un județ la altul și, uneori, de la un specialist la altul, mai ales că o mare parte dintre SECPAH-uri nu au dezvoltat proceduri specifice de lucru în această privință.

3

Practicile dominante sunt de a stabili recomandarea finală de încadrare în grad de handicap cu precădere pe baza datelor cuantificabile, percepute de specialiștii SECPAH a avea cel mai ridicat nivel de completitudine și acuratețe, care sunt în principal datele medicale și psihologice. Practicile actuale privind stabilirea recomandărilor SECPAH diferă semnificativ între județe, dar în majoritatea acestora, propunerea de încadrare sau neîncadrare în grad de handicap (care este transmisă către CEPAH) este primordială luată de medicul de specialitate, iar evaluarea medicală furnizează elementele cheie în stabilirea concluziilor și recomandărilor din Raportul de evaluare complexă.

254 HG nr. 430/2008 și Ordinul nr. 2298/2012 privind aprobarea Procedurii-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap.

255 HG nr. 268/2007, art. 48, respectiv Ordinul nr. 2298/2012, art. 4.

256 Singurele orientări disponibile apar în instrucțiunea ANPD din 3.12.2018, privind modul de completare a raportului de evaluare complexă.



4

Procedura de evaluare și instrumentele utilizate în evaluarea complexă realizată de SECPAH nu sunt aliniate la modelul funcționării și dizabilității CIF, tocmai pentru că datele psihosociale (privind limitările de activitate și restricțiile de participare, în funcție de factorii de mediu și personali), au, în majoritatea județelor, un impact limitat asupra evaluării finale. În fapt, în România, având în vedere variația substanțială dintre județe, diferitele compoziții ale echipelor SECPAH, diferitele proceduri de colectare a informațiilor și diferitele abordări ale procesului decizional final (decizie comună a echipei SECPAH versus decizie unică a medicului), nu se poate estima la nivel național dacă și în ce măsură informațiile privind funcționarea și contextul de viață al persoanei joacă vreun rol procedural în evaluarea complexă. În plus, nici nu există vreo metodologie sau procedură care să garanteze că informațiile privind funcționarea au vreun impact asupra evaluării finale.

5

Mai mult, în cadrul modelului conceptual bazat pe CIF, elementele cheie includ un parteneriat între persoană și furnizorul de servicii. Astfel, indiferent de vârsta sau starea de sănătate a persoanei, furnizorul de servicii ia în considerare rutinele/modul de viață, preocupările, temerile și planurile persoanei cu referire la toate sferile de viață (sănătate, educație, muncă și activități sociale). Din perspectiva CIF, majoritatea instrumentelor folosite în România atât pentru evaluarea și determinarea dizabilității, cât și pentru evaluarea nevoilor de servicii sunt încă prea concentrate pe aspectele medicale, insuficient de participative și bazate pe modele care trebuie revizuite pentru a include resursele persoanei, felul în care dorește să trăiască, și factorii de mediu, pe lângă nevoile identificate prin evaluare.

6

Este absolut necesar să se definească și să se implementeze noi proceduri de evaluare și încadrare în grad de handicap, fondate pe principiile CIF. În momentul de față, procedurile de evaluare și încadrare în grad de handicap nu sunt întotdeauna clare sau uniforme la nivelul județelor. Este important de subliniat faptul că asigurarea unor instrumente și proceduri uniforme la nivelul județelor constituie practic o necesitate din perspectiva drepturilor omului: este just și echitabil ca persoanele cu situații similare și cu niveluri de dizabilitate similare să fie evaluate într-un mod similar pe tot cuprinsul țării. Orice altă abordare este inechitabilă și discriminatorie. Acest lucru este prevăzut în toate tratatele referitoare la drepturile omului și în Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Noile proceduri ar trebui elaborate în cadrul unei colaborări care să implice specialiști, asistenți sociali, experți internaționali în domeniul CIF, responsabili de politici și activiști pentru drepturile persoanelor cu dizabilități.

7

În România, evaluarea complexă a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad de handicap are la bază criteriile medico-psihosociale, definite prin Ordinul comun nr. 762/1.992/2007. Din punctul de vedere al standardelor științifice, în cadrul criteriilor medico-psihosociale, modul de stabilire a gradului de handicap este mai degrabă arbitrar și empiric. Deși criteriile medico-psihosociale au validitate clinică aparentă, gradul de handicap este stabilit în absența unei metodologii solide din punct de vedere științific – fie bazată pe dovezi, fie pe o formă metodologic robustă de consens.

8

Criteriile medico-psihosociale reprezintă, practic, un instrument standard bazat pe metoda baremelor,²⁶¹ care a fost extins pentru a include domeniile „activități” și „participare”, precum și abilitățile profesionale. În plus, în forma lor actuală, criteriile medico-psihosociale includ parametri funcționali, care sunt importanți, fiindcă asigură o evaluare medicală standardizată a simptomelor și a factorilor de risc. Problema este că, evaluarea complexă realizată de SECPAH este bazată predominant pe criteriile medicale și, în absența unor criterii psihosociale cuantificabile, nu poate surprinde cu fidelitate nici nevoile persoanei și nici restricțiile de participare sau limitările de activitate (evaluarea funcțională).

9

Evaluarea complexă din România este proiectată în cadrul actelor normative pentru a acoperi două tipuri de evaluare foarte diferite din punct de vedere teoretic, și anume evaluare dizabilității și evaluarea nevoilor persoanelor cu dizabilități. Țările cu sisteme dezvoltate realizează aceste două tipuri de evaluare ca demersuri distincte care implică specialiști și structuri diferite. Astfel, modernizarea sistemului de evaluare și încadrare în grad de handicap din România presupune în primul rând trecerea de la „handicap” (abordare medicală) la „dizabilitate” (abordare integrativă biopsihosocială). În acest scop, evaluarea dizabilității trebuie net separată de evaluarea nevoilor, iar cele două tipuri de evaluări ar trebui să fie aplicate într-o manieră standard și unitară în toate județele.

10

Evaluarea dizabilității trebuie aliniată la principiile CIF. În acest scop, prima reformă necesară constă în colectarea informațiilor din perspectiva psiho-socială, într-o manieră consistentă, standardizată la nivelul tuturor județelor și fundamentată științific. În al doilea rând, aceste informații trebuie să aibă același impact real, transparent și cuantificabil asupra evaluării finale în vederea încadrării în grad de handicap în toate cazurile și în toate județele. În loc de șase domenii de evaluare complexă, sistemul ar trebui să colecteze informații referitoare la funcționare, într-o manieră uniformă, folosind un singur instrument psihometric standardizat. Acest instrument trebuie să fie unul adecvat din punct de vedere științific pentru a permite obținerea unui scor global sau total al dizabilității persoanei, preferabil în baza unei scale integrale. Un astfel de instrument poate asigura un scor al funcționării, ce ar putea fi integrat sistematic în evaluarea medicală pentru stabilirea rezultatului final al evaluării în vederea încadrării în grad și tip de handicap. Această modificare substanțială a instrumentelor va necesita, bineînțeles, schimbări la nivelul responsabilităților și al procedurilor folosite atât de către SECPAH, cât și de către CEPAN.

11

Evaluarea nevoilor persoanelor cu dizabilități trebuie aliniată la CDPD și, pe cât posibil, la CIF. În funcție de serviciile pentru persoane cu dizabilități existente sau pe care planifică să le dezvolte, fiecare țară realizează evaluarea nevoilor în mod diferit, însă cu scopul comun de a promova creșterea autonomiei persoanelor cu dizabilități, astfel încât acestea să se bucure de drepturile lor și să participe pe deplin la viața socială și economică. Spre exemplu, țările pot să considere serviciile pentru integrarea persoanelor cu dizabilități pe piața muncii, serviciile educaționale, serviciile medicale (inclusiv dispozitive și tehnologii asistive) sau diverse servicii sociale (de la centre rezidențiale sau de zi, la cele de abilitare/reabilitare, de recuperare, asistent personal, îngrijiri la domiciliu etc.). Pentru fiecare dintre acestea, evaluarea nevoilor

257 Metoda baremelor constă în folosirea unor scale de referință, cărora le sunt atașate valori sau procente, pentru a defini handicapul, conform Consiliului Europei (2002: 13). În general, abordarea bazată pe bareme nu este în concordanță cu modelul privind funcționarea și dizabilitatea prezentat în cadrul CIF.

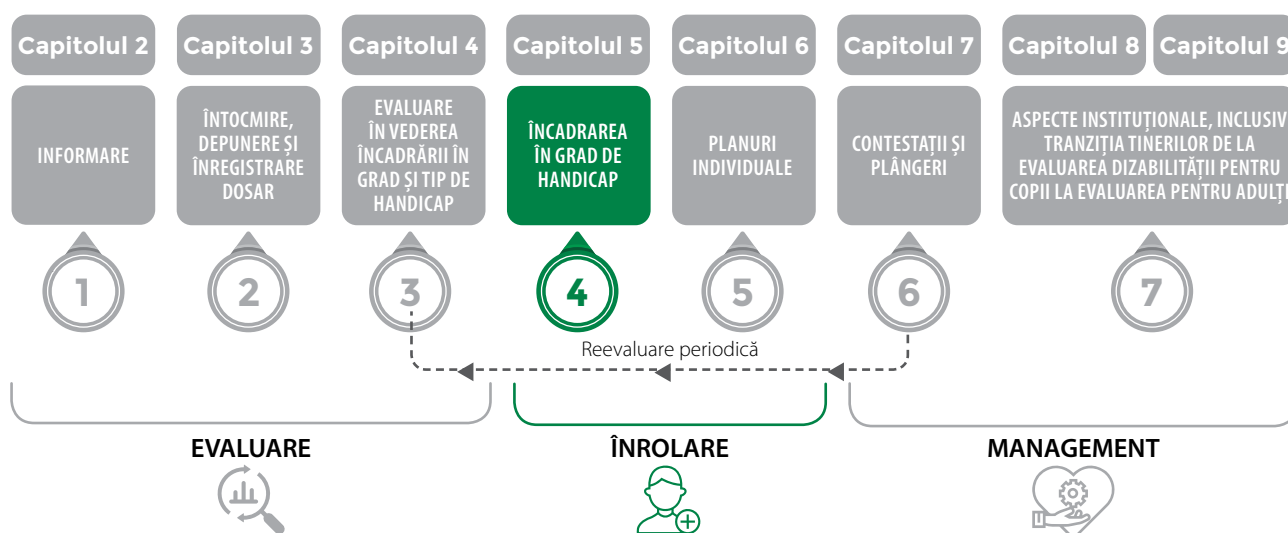
presupune instrumente și metodologii specifice în baza cărora să se identifice, într-o manieră centrată pe persoană, cele mai potrivite servicii/activități/măsuri care să sprijine recuperarea persoanei și realizarea potențialului său maxim, în funcțiile de propriile rutini, așteptări, preocupări și opțiuni de stil de viață. Dezvoltarea și implementarea evaluării nevoilor va impune asigurarea resurselor necesare către structurile care vor avea această sarcină, precum și clarificarea responsabilităților în raport cu SECPAH și CEPAN. Pe termen mediu și lung, vor fi necesare crearea unui sistem de referire, consolidarea cooperării între instituțiile din sectoare diferite (social, sănătate, educație) și de la niveluri diferite (central, județean, local), întărirea managementului de caz pentru persoanele adulte cu dizabilități și, mai ales, dezvoltarea și diversificarea serviciilor pentru persoane cu dizabilități.

12

De asemenea, criteriile medico-psihsociale de încadrare în grad și tip de handicap necesită o permanentă actualizare în concordanță cu progresul înregistrat în domeniul medicinei, dar și o continuă apropiere de conceptul de dizabilitate, astfel încât procesul de evaluare să stabilească nevoia reală de suport și potențialul funcțional al acestor persoane.



5. Încadrarea în grad și tip de handicap în România



Prezentul capitol este dedicat etapei 4 de implementare a sistemului de evaluare a dizabilității în România, și anume încadrarea în grad și tip de handicap. Obiectivul acestui capitol este de a descrie și de a analiza procedurile, instrumentele și practicile utilizate de comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap.²⁵⁸

România implementează o procedură multidisciplinară pentru încadrarea în grad de

handicap. Spre deosebire de majoritatea țărilor, România are procese separate pentru evaluarea dizabilității (etapa 3) și determinarea dizabilității (etapa 4). Astfel, evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap este efectuată de SECPAH, structură în cadrul DGASPC, așa cum este prezentat în capitolul 4. Apoi, decizia privind încadrarea în grad de handicap (determinarea) este luată de CEPAH, structură aflată în subordinea Consiliului

258 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

259 Art. 85, alin. 3 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Județean, respectiv al Consiliilor locale pentru sectoarele municipiului București. Această etapă este subiectul capitolului de față. Persoanele cu dizabilități beneficiază de drepturile prevăzute în lege²⁶⁰ pe baza încadrării în grad de handicap, în raport cu gradul de handicap. În acest sens, acest capitol prezintă procesul și metodologia aplicate pentru stabilirea eligibilității pentru acordarea de drepturi și beneficii pentru persoanele cu dizabilități, în România.

Împreună cu o descriere generală a pașilor

procesului de încadrare în grad de handicap realizată de CEPAH, acest capitol identifică, de asemenea, problemele demersului, așa cum au fost raportate de specialiștii CEPAH în focus grupuri și sondajul de opinie Q3B, precum și de președinții CEPAH care au răspuns la studiul instituțional Q3A. Analiza se raportează la cerințele legislative, dar și la condițiile impuse de Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD) și de Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).

5.1. Pași demersului de încadrare în grad de handicap

Comisia de evaluare pentru persoane adulte cu handicap (CEPAH) este un organ de specialitate al consiliului județean, după caz, al consiliului local al sectorului municipiului București, cu activitate decizională în materia încadrării persoanelor adulte în grad și tip de handicap. Astfel de comisii funcționează în fiecare dintre cele 41 municipii reședință de județ din țară, precum și în cele 6 sectoare ale municipiului București.

Atribuțiile cheie ale CEPAH, așa cum se arată și în secțiunea 1.2.1, sunt următoarele:²⁶¹ (i) stabilește încadrarea în grad și tip de handicap și perioada de valabilitate a certificatului, după caz, data ivirii handicapului, orientarea profesională a adultului cu handicap, pe baza raportului de evaluare complexă elaborat de serviciul de evaluare complexă; (ii) stabilește măsurile de protecție a adultului cu handicap, în condițiile legii; (iii) revocă sau înlocuiește măsura de protecție stabilită, în condițiile legii, dacă împrejurările care au determinat stabilirea acesteia s-au modificat; (iv) soluționează cererile privind eliberarea atestatului de asistent personal profesionist; (v) informează adultul cu handicap sau reprezentantul legal al acestuia cu privire la măsurile de protecție stabilite și obligațiile ce le revin; (vi) promovează drepturile persoanelor cu handicap în toate activitățile pe care le întreprinde; îndeplinește orice alte atribuții prevăzute de lege.

5.1.1. Transmiterea dosarelor de la SECPAH la CEPAH

Etapa 4 de încadrare în grad de handicap (determinarea dizabilității) începe odată cu finalizarea etapei 3 de evaluare realizată de SECPAH. Pașii etapei 3 sunt analizați în detaliu în capitolul 4. Odată ce SECPAH finalizează evaluarea, dosarul solicitantului este înaintat secretariatului CEPAH. SECPAH transmite dosarele însoțite de rezultatele evaluării complexe, respectiv raportul de evaluare complexă (care cuprinde și recomandarea de încadrare sau neîncadrare în grad și tip de handicap), programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și, uneori, planul individual de servicii (PIS).

Secretariatul înregistrează cererea în registrul propriu de evidență, se asigură că dosarele sunt complete și le transmite comisiei de evaluare, în vederea stabilirii încadrării/neîncadrării în grad și tip de handicap.²⁶² Sistemul de transmitere a dosarelor diferă de la un serviciu la altul. Majoritatea dosarelor sunt transmise pe suport de hârtie, în timp ce unele județe transmit datele (măcar o parte dintre acestea) în format electronic. Secretariatul comisiilor de evaluare este asigurat de personal care face parte din structura DGASPC.²⁶³ Mai multe detalii despre activitățile secretariatului CEPAH se găsesc în capitolul 9, secțiunea 9.3.3. Modul în care sunt gestionate și arhivate datele la nivelul CEPAH este analizat în detaliu în secțiunea 9.3.5. De reținut este că practicile cu privire la managementul informațiilor diferă considerabil între județe.

260 Legea nr. 448/2006, art. 85, alin. 1.

261 Legea nr. 448/2006, art. 87, alin. 1.

262 HG nr. 430/2008, art. 15, alin. (1).

263 Legea nr. 448/2006, art. 85, alin. 9.

5.1.2 Procesul de încadrare a persoanelor adulte în grad de handicap

Organizarea și funcționarea CEPAH sunt reglementate prin Legea nr. 448/2006 (art. 85), respectiv HG nr. 430/2008. Conform acestor reglementări, CEPAH este format din 5 membri cu următoarele specializări: a) președinte - un specialist în expertiza medicală a capacității de muncă, medicină internă, medicină de familie sau un medic de medicină generală; b) un medic de specialitate expertiză medicală a capacității de muncă, medicină de familie sau un medic de medicină generală, propus de direcția de sănătate publică județeană, respectiv a municipiului București; c) un reprezentant desemnat de organizații neguvernamentale care lucrează în beneficiul persoanelor cu handicap; d) un psiholog; e) un asistent social. Componenta nominală a comisiilor de evaluare se aprobă prin hotărâre de către consiliile județene sau, după caz, locale ale sectoarelor municipiului București, cu avizul ANDPDCA. Dintre membrii CEPAH, doar președintele face parte din structura de personal a DGASPC, fără a fi funcționar public. Majoritatea CEPAH-urilor studiate respectă aceste reglementări, fiind formate din 5 membri cu specializările menționate anterior.²⁶⁴ O analiză comprehensivă a resurselor umane ale CEPAH, este disponibilă în subcapitolul 9.3.

Înalt relevant pentru modul în care se desfășoară procesul decizional de încadrare în grad și tip de handicap la nivel județean este faptul că CEPAH sunt formate din echipe stabile. Datele furnizate de președinții comisiilor în cadrul studiului instituțional Q3A indică o experiență medie a membrilor de aproximativ 7 ani în cadrul CEPAH.²⁶⁵ De asemenea, dintre cele 24 de CEPAH care au participat la studiul Q3A, 17 comisii au suferit

modificări ale componenței nominale de-a lungul ultimilor patru ani (2017-2020), după cum urmează: 8 CEPAH-uri au schimbat componența doar o singură dată (unul sau mai mulți membri), 5 comisii s-au schimbat de două ori, iar 4 și-au modificat de trei ori componența, printr-o decizie a Consiliului Județean, respectiv a Consiliului Local al unui sector din București.²⁶⁶ Așadar, la nivel național, modificările în componența CEPAH au fost puține și nu au urmat un anume tipar (spre exemplu, în fiecare an sau din doi în doi ani).

CEPAH își desfășoară activitatea în cadrul unor ședințe ordinare sau extraordinare, la convocarea președintelui. Majoritatea CEPAH-urilor (17 dintre cele 24 care au răspuns la Q3A) organizează ședințe ordinare o dată pe săptămână, în toate săptămânile, fără excepții, conform reglementărilor.²⁶⁷ Celelalte (6) CEPAH-uri se întrunesc în ședințe ordinare în cele mai multe săptămâni.²⁶⁸ Oricum, numărul mediu de ședințe ordinare CEPAH pe an este de 65 (mai mare decât numărul de 52 săptămâni pe an),²⁶⁹ dar cu variații semnificative la nivel de județ, de la un minim de 41 la un maxim de 224 (în 2020).²⁷⁰ Numărul de ședințe extraordinare este și mai inegal între județe. În medie, circa 50 de ședințe extraordinare sunt organizate pe an,²⁷¹ dar în timp ce 3 județe raportează zero astfel de întruniri, 7 județe au declarat peste 52 (între 56 și 185), atât în perioada pre-COVID (2019), cât și în 2020. Prin urmare, practicile privind organizarea ședințelor diferă sensibil între județe.

- Estimările privind numărul total de ședințe (ordinare și extraordinare) pe an sau pe lună este foarte mare și cu discrepanțe considerabile între județe.²⁷² Cu un număr de 10-11 ședințe, în medie, per lună, înseamnă că CEPAH-urile se întrunesc la fiecare două zile lucrătoare (sau de 2-3 ori pe săptămână).

264 În sondajul Q3A, 19 județe și un sector din București au furnizat date despre membrii CEPAH. Dintre aceste 20 CEPAH-uri, 2 comisii au 6 membri (AG și MM), în timp ce una are 4 membri.

265 Experiența medie în cadrul CEPAH este de 82 luni, cu o abatere standard de 62 luni.

266 Conform HG nr. 430/2008, art. 8, alin. (2).

267 HG nr. 430/2008, art. 9, alin. (2).

268 Un CEPAH (din cele 24) nu a răspuns.

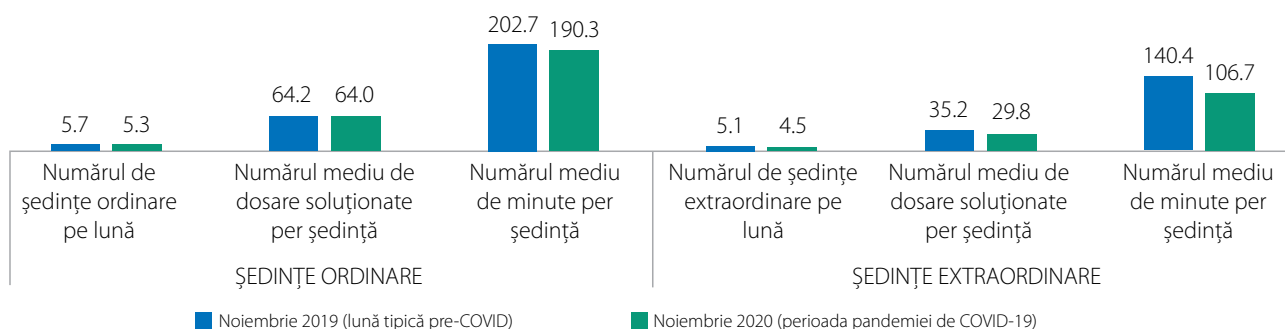
269 Abatere standard de 36, în 2019, respectiv 40 ședințe ordinare, în 2020.

270 Estimări oferite de președinții CEPAH în chestionarele Q3A, referitor la anii 2019 și 2020. Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 19 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

271 Cu o valoare medie de 58 ședințe extraordinare, abatere standard de 60, în 2019, respectiv o medie de 49 și o abatere standard de 59, în 2020.

272 La nivelul unei luni, numărul total de ședințe raportat la nivel de județ a fost între 4 și 21, în noiembrie 2020. Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 16 județe și 1 sector al municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Figura 24: Schimbarea practicilor în organizarea ședințelor CEPAH, pe perioada pandemiei de COVID-19, în funcție de tipul ședințelor, conform estimărilor oferite de președinții CEPAH (număr ședințe/ dosare/ minute)



Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 15 județe care au furnizat toate datele necesare, ianuarie-februarie 2021.

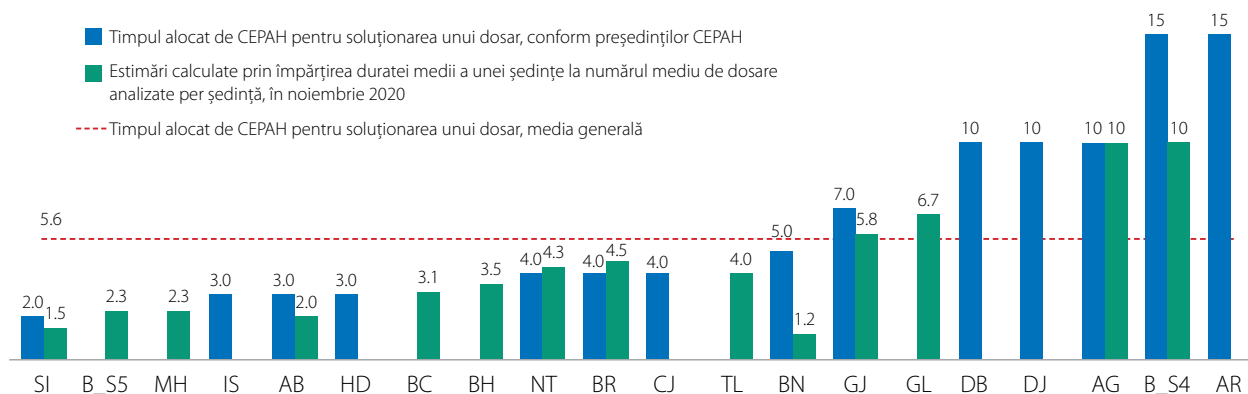
- Figura 24 arată cum s-au modificat practicile CEPAH privind organizarea ședințelor în perioada pandemiei, odată cu introducerea noilor măsuri de distanțare socială și întreruperea interacțiunilor cu solicitanții. Estimările președinților CEPAH indică o ușoară scădere a numărului de ședințe în 2020 prin comparație cu perioada pre-COVID (2019), de la număr total de ședințe (ordinare și extraordinare) de 127 la 115, în medie, pe an.²⁷³ De asemenea, dacă timpul mediu total pentru ședințe CEPAH era în noiembrie 2019 de circa 31 de ore/lună, în noiembrie 2020 s-a redus la 25 de ore/lună.
- Deci, ședința ordinară tipică durează peste 3 ore în care comisia soluționează 64 de dosare, în timp ce ședința extraordinară tipică are în jur de 2 ore în care sunt analizate 30-35 dosare, așa cum se observă în figura de mai jos. De asemenea, tipic, o comisie de evaluare a persoanelor adulte se întrunește în 5-6 ședințe ordinare și 4-5 ședințe extraordinare, pe lună.
- Analiza non-răspunsurilor oferă o indicație că multe CEPAH-uri nu își monitorizează propria activitate în mod sistematic. Astfel, au răspuns la chestionarul Q3A un număr de 24 CEPAH-uri. Dintre acestea, 23 au declarat dacă respectă reglementarea privind obligativitatea de a se întruni săptămânal. Răspunsurile coboară la 20-22 cu privire la numărul de ședințe ordinare, respectiv la 18-19 referitor la numărul de ședințe extraordinare. Iar, numărul se reduce la 15 când ne referim la CEPAH-urile care au raportat atât numărul de ședințe, cât și numărul de dosare care au fost soluționate (pentru a putea calcula, spre exemplu, volumul de muncă).
- Nu există o corelație statistic semnificativă între durata medie a unei ședințe (în minute) și numărul de dosare soluționate per ședință. Spre exemplu, în noiembrie 2019, în timp ce un CEPAH raportează că într-o ședință tipică de 120 minute a soluționat 100 de dosare, în medie, un alt CEPAH declară că a analizat încadrarea pentru 25 de dosare în 180 de minute. Desigur, nivelul de complexitate poate să difere între dosare, dar lipsa unei corelații rămâne un fapt demn de reținut.
- Analiza volumului de muncă a membrilor CEPAH, prezentată în secțiunea 9.3.1, evidențiază că: (i) nu există o corelație între numărul total de ședințe CEPAH (ordinare și extraordinare) și numărul total de dosare soluționate, ceea ce înseamnă că numărul de ședințe este crescut aleatoriu în unele județe; (ii) creșterea aleatorie a numărului de ședințe CEPAH organizate pe lună nu compensează, ci adâncește discrepanțele existente între județe cu privire la plățile lunare acordate membrilor CEPAH ca indemnizație de ședință.²⁷⁴
- În afară de ședințele ordinare și extraordinare, doar în 2 județe și un sector din București,²⁷⁵ CEPAH organizează și întruniri de consultare la care participă toți membrii (sau majoritatea acestora). Acestea sunt organizate „uneori, când se poate”, durează între 10 și 30 de minute și, de obicei, abordează teme precum eficientizarea modalității de lucru în echipă sau întocmirea de întâmpinări sau motivări pentru instanțe.

273 Abateri standard de 60, în 2019, respectiv 61 ședințe, în 2020.

274 Membrii CEPAH (inclusiv președintele) au dreptul la o indemnizație de ședință echivalentă cu 1% din indemnizația președintelui consiliului județean, respectiv a primarilor sectoarelor municipiului București. Legea nr. 136/2012 pentru aprobarea OUG nr. 84/2010 care completează și modifică Legea nr. 448/2006.

275 Acestea sunt AG, IS și B_S4.

Figura 25: Timpul mediu petrecut de Comisie pentru fiecare caz în parte, în minute



Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 18 județe și 2 sectoare ale municipiului București, care au raportat datele necesare, ianuarie-februarie 2021.

Procesul decizional din cadrul CEPAH nu este participativ, interacțiunea cu solicitanții fiind foarte limitată sau inexistentă. Legea permite participarea solicitanților și a reprezentanților acestora la lucrările comisiei, cu acordul președintelui.²⁷⁶ În realitate, un număr foarte mic de solicitanți au beneficiat de această dispoziție. Din 19 CEPAH-uri care au furnizat date (în Q3A), doar 3 președinți de comisie au răspuns că la 2-4 ședințe pe lună au fost invitați să participe 2-3 solicitanți (sau reprezentantul). Iar aceasta era situația pre-COVID, în noiembrie 2019. În 2020, orice interacțiune a fost întreruptă, nu doar fizic, ci și online. Membrii comisiei nu văd rostul acestei participări, declarând în focus grupuri că nu au niciun motiv să interacționeze cu solicitanții, întrucât fie că reuniunile comisiei nu sunt publice, fie că solicitanții au fost deja evaluați și văzuți de SECPAH. În consecință, niciun CEPAH din cele studiate nu dispune de o procedură aprobată specifică (sau paragraf în procedura generală) privind participarea persoanelor solicitante la ședințele CEPAH. În aceste condiții, este evident că o prevedere legală precum cea din art. 89 (alin. 1 și 2) din Legea nr. 448/2006, conform căreia CEPAH are obligația de a elabora PIRIS în colaborare cu persoana cu handicap sau cu reprezentantul legal al acesteia, nu este respectată.²⁷⁷

Decizia privind soluția de încadrare în grad și tip de handicap este luată într-un timp prea scurt pentru a fi temeinică. Cu privire la timpul mediu alocat de CEPAH pentru soluționarea unui caz am realizat trei tipuri de estimări. Prima are la bază estimările oferite de președinții CEPAH în cadrul studiului

instituțional Q3A. Conform acesteia, timpul mediu alocat pe dosar este de 7,3 minute.²⁷⁸ Al doilea tip de estimare pornește de la datele furnizate privind numărul mediu de minute per ședință și numărul mediu de dosare soluționate pe ședință, pentru lunile noiembrie 2019 (pre-COVID) comparativ cu noiembrie 2020 (în timpul pandemiei). În ambele perioade de referință, rezultatele indică circa 3 minute pe dosar (mai puțin de jumătate din durata estimată de președinții CEPAH). Rezultatele acestor estimări sunt ilustrate în Figura 25 și indică o durată medie pe dosar cuprinsă între 2 și 15 minute și cu mari diferențe între județe.

În fine, a treia estimare a folosit un timp teoretic disponibil membrilor CEPAH (în baza contractelor de muncă) și numărul total de dosare soluționate pe lună.²⁷⁹ Conform acestui al treilea tip de estimare, timpul mediu alocat pe dosar este de 3,5 minute. În aceste condiții, este rezonabil să considerăm că CEPAH ia decizia privind soluția într-un dosar (inclusiv grad, tip, PIRIS etc.) în circa 5-6 minute (vezi și Figura 25). Ținând cont de cât de numeroase sunt documentele de la dosar, de complexitatea procedurii de încadrare în grad și tip de handicap, precum și de faptul că decizia ar trebui să fie colectivă, este evident că o durată de aproximativ 5 minute este prea scurtă pentru o decizie temeinică.

Procesul decizional este strict confidențial și numai personalul autorizat are acces la datele solicitanților. În aproximativ jumătate din județe (11 din 23 în eșantionul Q3A), nu există proceduri

276 HG nr. 430/2008, cu modificările și completările ulterioare, art 9, alin. (3).

277 În practică, SECPAH-urile au preluat sarcina de a elabora PIRIS, dar nu neapărat în colaborare cu persoana cu handicap sau cu reprezentantul legal al acesteia, așa cum se arată în subcapitolul 6.2.

278 Abatere standard de 4,8 minute. Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 14 județe și 1 sector al municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

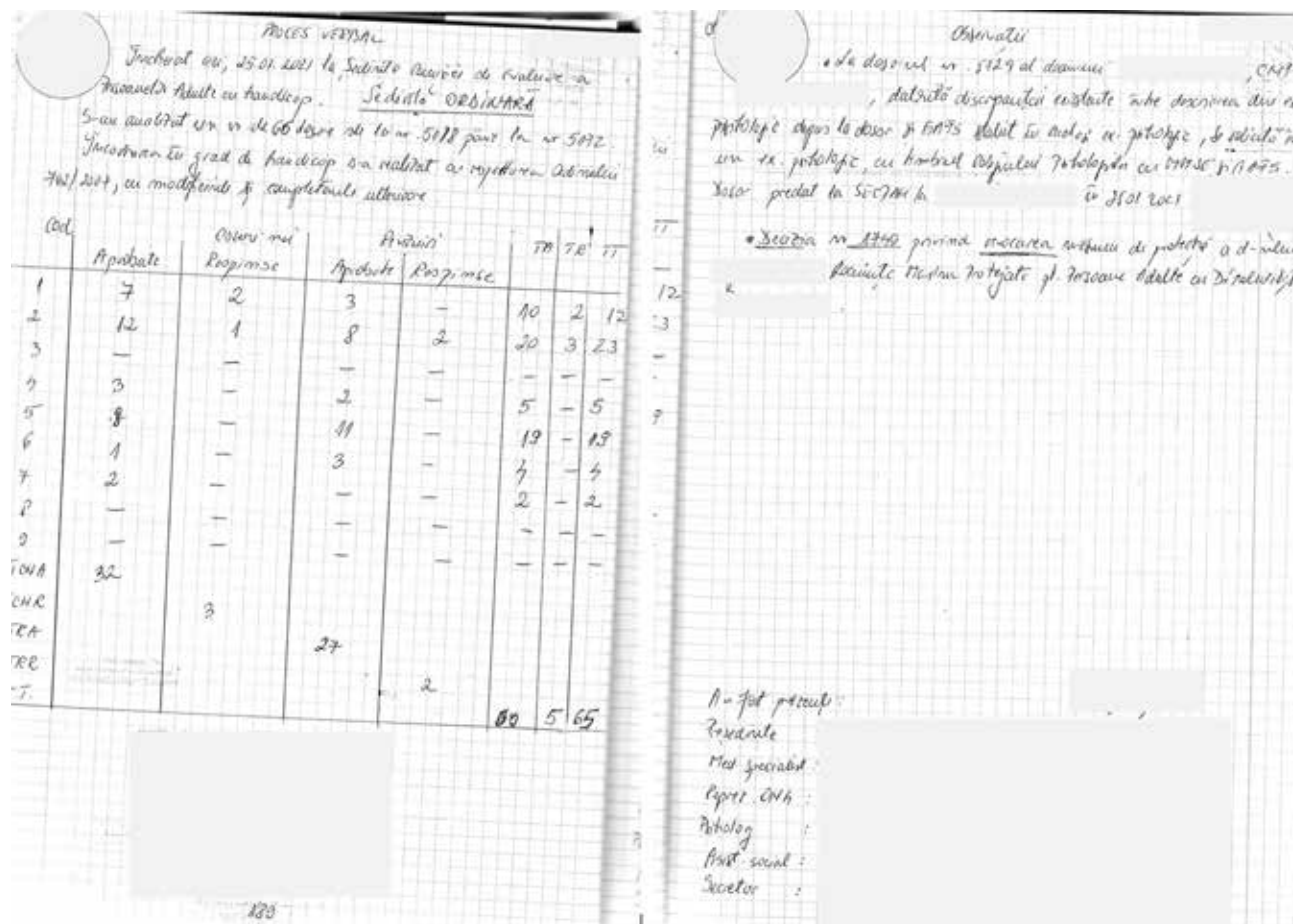
279 Această estimare este dezvoltată în capitolul 9, secțiunea 9.3.1 Volumul de muncă CEPAH.

formale adoptate pentru a asigura protecția datelor cu caracter personal ale solicitanților (Figura 29 din secțiunea 5.2.2). Cu toate acestea, în ciuda lipsei de proceduri, conform sondajului de opinie CEPAH (Q3B) și interviurilor, confidențialitatea datelor și respectarea vieții private în procesul de depunere și de evaluare a dosarelor sunt întotdeauna respectate pe deplin, în conformitate cu art. 31 din CDPD (la un nivel mediu de 8,8, pe o scală de la 1-deloc la 10-total).²⁸⁰

Absența unor proceduri sau norme de orientare este însoțită de lipsa a unei motivări care să însoțească certificatul de handicap și să explice motivele care au stat la baza deciziilor de încadrare/

neîncadrare și modul în care a fost determinat gradul de handicap (a se vedea, de asemenea, capitolul 7). Principalul instrument prevăzut în legislația actuală pentru înregistrarea în detaliu a procesului decizional din cadrul CEPAH este procesul verbal al ședinței. Secretariatul CEPAH ar trebui să elaboreze procesul-verbal al ședinței și să păstreze un registru ale acestor procese-verbale. Studiul instituțional Q3A a solicitat președinților CEPAH să furnizeze, în cadrul pachetului de răspuns, procesele-verbale anonimizate ale ultimelor două ședințe CEPAH. Opt județe au răspuns la această cerere; un exemplu tipic de procese verbale CEPAH este furnizat în Figura 26.

Figura 26: Procesul-verbal al unei ședințe CEPAH de 3 de ore care a implicat decizii pentru 65 de persoane cu dizabilități



280 Abatere standard de 1,6. Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=49), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Analiza eșantionului colectat de procese-verbale ale ședințelor a arătat că, cel mai adesea, procesele-verbale sunt scrise de mână²⁸¹ și tind să se concentreze asupra unor aspecte procedurale, cum ar fi prezentarea membrilor comisiei și a președintelui, semnăturile acestora, ordinea de zi a ședinței, numărul de dosare; decizia de încadrare în grad și tip de handicap în format agregat (pe modelul din Figura 26) sau o listă a tuturor certificatelor. Secțiunea de observații (dacă există) este goală sau oferă informații cu privire la alte tipuri de decizii, cum ar fi suspendarea unei măsuri de protecție, anularea unui certificat din cauza decesului persoanei sau trimiteri specifice la completarea anumitor dosare. Vocea persoanelor cu dizabilități lipsește complet, nu se înregistrează niciun dialog sau discuție, nu se descrie niciun eveniment, toate deciziile par să fie luate în unanimitate, iar motivarea deciziilor nu există. În aceste condiții, elaborarea punctelor de vedere solicitate de instanțe este deficitară din punct de vedere tehnic (a se vedea și capitolul 7). În general, o astfel de abordare lipsită de transparență poate deschide ușa unor interferențe nedorite, manipulări politice și corupției.

Deci, procesul decizional din cadrul CEPAN nu este transparent. Incluziunea unui jurist în componența SECPAN/CEPAN ar putea aduce valoare în transparentizarea procesului decizional de încadrare în grad de handicap. Printre responsabilitățile juristului ar putea fi incluse: elaborarea motivării soluțiilor CEPAN, asigurarea calității proceselor verbale ale ședințelor CEPAN, informarea și consilierea persoanelor care contestă certificatul, rol de coordonare a mecanismului

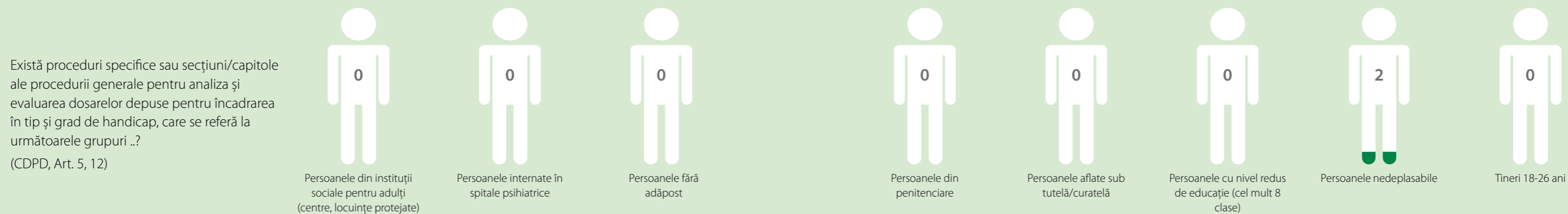
de redresare a plângerilor legate de evaluarea și încadrarea în grad de handicap (dacă un astfel de mecanism ar fi înființat), relația cu Comisia superioară cu privire la solicitările de coordonare metodologică (clarificări pe cazuri, organizare și funcționare a SECPAN/CEPAN, interpretare legislație etc.) sau formularea punctelor de vedere pentru instanțele de judecată, în cazurile de contestație a certificatului.

5.1.3. Adaptări ale procesului de încadrare în grad și tip de handicap pentru populația vulnerabilă

Procedura de încadrare în grad și tip de handicap nu beneficiază de adaptări în niciun județ. Doar 2 președinți CEPAN (din 20 care au răspuns la întrebare) au raportat că dispun de proceduri/practici specifice sau secțiuni/capitole ale procedurii generale prin care se realizează încadrarea persoanelor nedepasabile (Figura 27). Dar, lipsa unei comunicări adaptate pentru grupurile vulnerabile a fost menționată, în interviurile cu persoane cu dizabilități și în cele cu ONG-uri, ca o barieră și în această etapă principală a demersului de obținere a certificatului, ca în toate etapele anterioare. Prin urmare, demersul de determinare a dizabilității în România nu respectă cerințele impuse de CDPD, cu atât mai mult după începerea pandemiei de COVID-19 în urma căreia interacțiunea persoanelor cu comisia de evaluare și participarea deja restrânsă a persoanelor la demers au fost întrerupte în totalitate.

281 Dintre cele opt județe care au furnizat procese-verbale ale ședințelor CEPAN, numai unul utilizează un format electronic standard extras din D-Smart, iar altul are o combinație între o pagină standard în format electronic și restul scris de mână.

Figura 27: Numărul CEPAH-urilor care au adaptat procedura de încadrare în grad și tip de handicap pentru persoanele adulte din grupurile vulnerabile (număr de județe)



Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 20 județe, ianuarie-februarie 2021.

5.1.4. Comunicarea rezultatului și transmiterea documentelor către beneficiari

În cadrul ședințelor, comisia de evaluare ia deciziile finale privind (1) încadrarea sau neîncadrarea într-un grad de handicap; (2) certificatul de orientare profesională, pentru persoanele care solicită acest tip de evaluare; și (3) serviciile/acțiunile recomandate în PIRIS, inclusiv măsurile de protecție, cum ar fi asistentul personal/asistentul personal profesionist sau asistența socială prin centre rezidențiale sau centre de zi, publice sau private.²⁸² În final, secretariatul CEPAH notifică persoanele referitor la eliberarea certificatului și trimite documentele aprobate prin poștă.²⁸³

Toți președinții CEPAH din județele care au luat parte la studiul instituțional Q3A au raportat că nu au dificultăți să respecte, pentru 99% dintre solicitanți, termenul de maxim 15 zile lucrătoare de la data referirii dosarului de către SECPAH, pentru a finaliza încadrarea în grad și tip de handicap. În fapt, reprezentanții secretariatelor CEPAH au raportat că durata de la înregistrarea dosarului în registrul de evidență și până la comunicarea rezultatului (prin

poștă) către persoana cu dizabilități este, în medie, de 7-8 zile, la nivelul eșantionului.²⁸⁴ Mai mult, în conformitate cu informațiile înregistrate în registrul de procese-verbale, aproape toate secretariatele CEPAH (23 din cele 27 care au participat la studiul instituțional Q3C) au raportat că reușesc întotdeauna²⁸⁵ să respecte termenele legale, și anume:

- să redacteze certificatele de încadrare în grad de handicap și certificatele de orientare profesională, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data la care a avut loc ședința CEPAH;²⁸⁶
- să comunice prin poștă, cu confirmare de primire, persoanei cu dizabilități sau, după caz, părinților/reprezentanților legali, asistentului personal sau asistentului personal profesionist, în termen de 5 zile lucrătoare de la data prevăzută pentru redactarea documentelor aprobate de comisia de evaluare;²⁸⁷
- persoana poate opta să ridice personal documentele de la Secretariatul CEPAH sau să primească documentele prin alte modalități decât prin poștă, cu confirmare de primire, așa cum prevede legislația.

5.2. Procedura de încadrare în grad de handicap

În România, încadrarea persoanelor adulte în grad și tip de handicap are la bază evaluarea pe șase domenii obligatorii²⁸⁸ și se realizează în baza criteriilor medico-psiho-sociale,²⁸⁹ analizate în capitolul 4. Prezentul subcapitol are în vedere analiza modului în care comisiile de evaluare desfășoară demersul de încadrare în grad și tip de handicap, cum analizează dosarul, cum utilizează criteriile, cum stabilesc soluțiile finale, precum și prin ce metode gestionează riscul de eroare în procesul decizional.

5.2.1. Intrările de la SECPAH

Dosarul întocmit de SECPAH este înregistrat și verificat de secretariatul comisiei de evaluare. În unele județe (5 dintre cele 27 din eșantionul Q3C), secretariatul CEPAH poate refuza depunerea/înregistrarea unor dosare de la SECPAH, în cazul în care nu sunt complete. Însă un singur județ (AG) declară în studiul instituțional Q3C că are o procedură specifică pentru astfel de situații. Oricum, în toate județele, secretariatul transmite dosarele comisiei care are responsabilitatea de a analiza dosarele în vederea încadrării în grad și tip de handicap.

În situația în care, din analiza dosarului și a raportului de evaluare complexă (întocmit de SECPAH), comisia de evaluare constată că informațiile sunt insuficiente pentru luarea unei decizii, aceasta retransmite documentele către SECPAH pentru reanalizare și eventuală completare.²⁹⁰ Astfel de situații sunt foarte rare. Conform raportărilor președinților de CEPAH în cadrul chestionarelor Q3A, ponderea dosarelor retransmise către SECPAH reprezintă sunt 1% din totalul dosarelor transmise la comisie.

Referitor la calitatea informațiilor transmise de SECPAH, membrii CEPAH participanți la sondajul de opinie Q3B (Figura 28) arată că informațiile (medicale) cu privire la deficiențe/afectări sunt satisfăcătoare (cu un scor mediu de 7,4, pe o scală de la 1-deloc, 10-total). În schimb, în opinia acestora, metodologia de stabilire a tipurilor de handicap necesită neapărat revizuire, mai ales cu privire la tipurile mental și psihic. În această privință, membrii CEPAH au exprimat o opinie similară în cadrul sondajului Q3B, pentru că „pentru persoanele adulte nu a existat continuitate legislativă” și „este nevoie de o analiză a necesității tipurilor raportate, ca numărul acestora să nu fie nici prea mare, dar să ajute la planificarea politicilor în domeniu”.²⁹¹

282 HG nr. 430/2008, art. 2.

283 HG nr. 430/2008, art. 13.

284 Variația la nivelul județelor este între 2 și 30 zile. Studiul instituțional Q3C: Indicatori de rezultat ai procesului de determinare a dizabilității pentru Secretariatul CEPAH, din 22 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

285 Celelalte 4 județe reușesc să îndeplinească cerințele legale „în cele mai multe cazuri” (3 județe) sau „uneori” (1 județ), iar persoana nu poate opta pentru alte modalități de trimitere a documentelor decât prin poștă, cu confirmare de primire, așa cum este menționat în HG nr. 430/2008.

286 HG nr. 430/2008, art. 15, alin. (2e).

287 HG nr. 430/2008, art. 15, alin. (3).

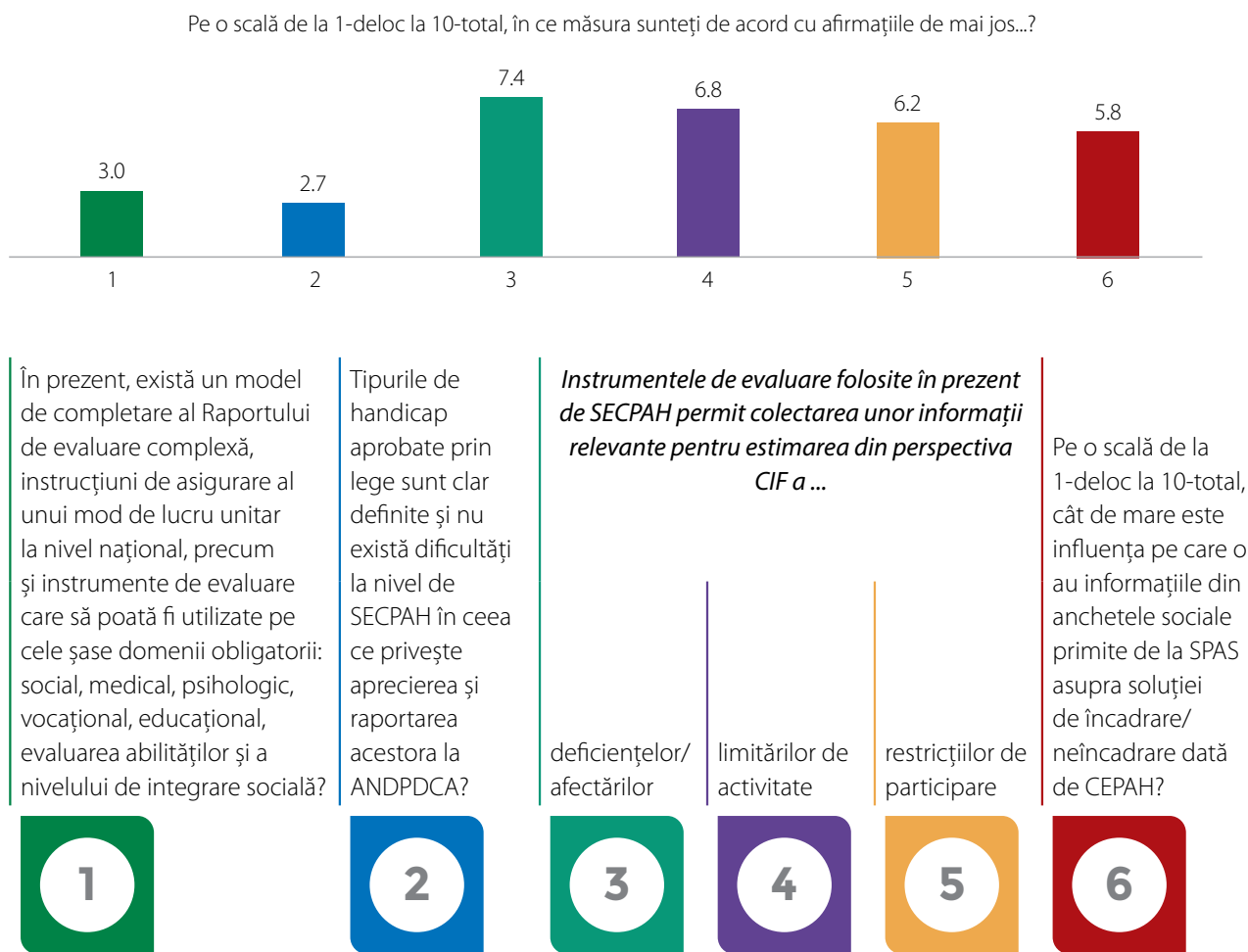
288 Evaluarea socială, medicală, psihologică, vocațională sau abilităților profesionale, a nivelului de educație, precum și a abilităților și nivelului de integrare social, conform HG nr. 268/2007, art. 48, respectiv Ordinul nr. 2298/2012, art. 4.

289 Ordinul comun al ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psiho-sociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, cu modificările și completările ulterioare.

290 HG nr. 430/2008, art. 3, alin. (2).

291 Citate din chestionare Q3B.

Figura 28: Opiniile membrilor CEPAH față de instrumentele de evaluare complexă folosite de SECPAH (scoruri medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)



Sursa: Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=43), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

O altă deficiență majoră este lipsa unor instrumente fundamentate științific, iar membrii CEPAH menționează cu precădere instrumentele pentru evaluarea vocațională, cea a nivelului de educație și evaluarea nivelului de integrare socială (fapt pus în evidență și în analiza din capitolul 4). Tocmai de aceea, susțin membrii CEPAH, evaluarea restricțiilor de participare și estimarea posibilității de (re)integrare socială pot fi considerate deficitare.

5.2.2. Cum lucrează comisiile de evaluare

Secretariatul CEPAH transmite membrilor comisiei de evaluare ordinea de zi și data de desfășurare ale ședințelor, în baza convocatorului semnat de

președintele acesteia.²⁹² În majoritatea județelor (18 din 23) nu există o procedură aprobată/paragraf în procedura generală privind modul în care se stabilesc dosarele care intră într-o anumită ședință CEPAH, așa cum arată Figura 29. Decizia cu privire la dosarele care sunt selectate spre încadrare per ședință CEPAH este luată în moduri diferite de la un județ la altul. Fie sunt introduse toate dosarele adunate în perioada între ședința anterioară și ședința respectivă (în 8 județe), fie sunt decise de secretariatul comisiei (în 6 județe) sau de președintele CEPAH (în 4 județe) sau în alte moduri (în alte 4 județe), spre exemplu sunt selectate de SECPAH.

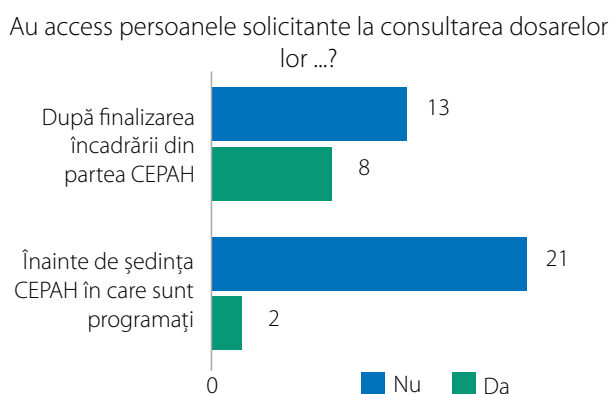
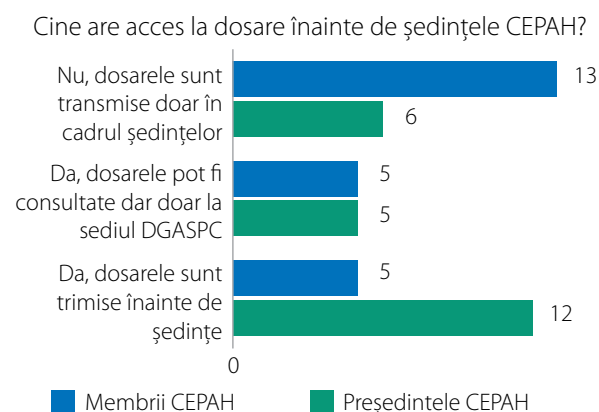
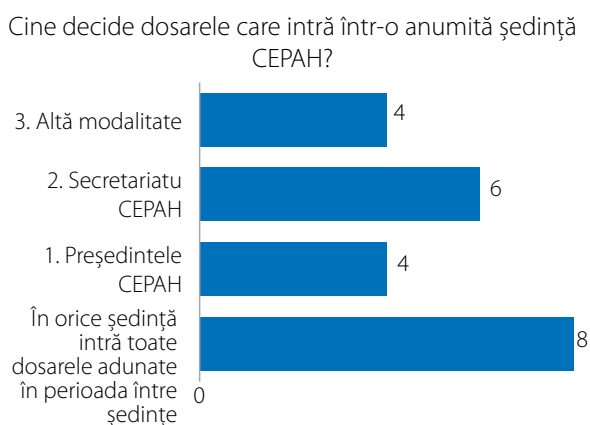
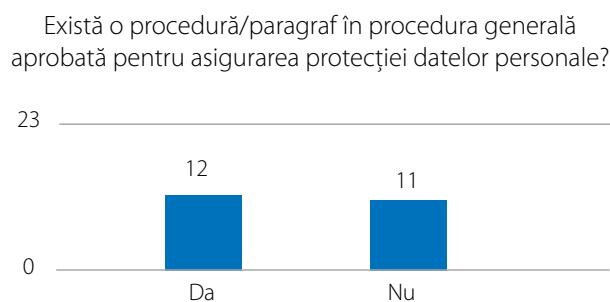
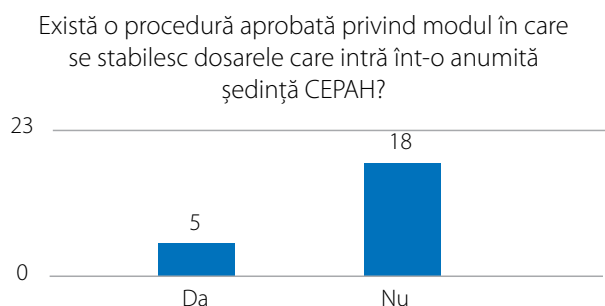
292 HG nr. 430/2008, art. 15, alin. (2b).

Persoanele solicitante pot să-și consulte dosarul înainte de ședința în care sunt programați pentru încadrare în doar două județe (IS și OT), care au și declarat că dispun de un spațiu special în acest scop. Alături de acestea, încă 6 președinți CEPAH raportează că dosarele devin disponibile beneficiarilor, spre consultare, după ce comisia ia decizia de încadrare. Totuși, aceste județe nu dispun de un spațiu special în acest scop.

Practicile privind accesul membrilor comisiilor

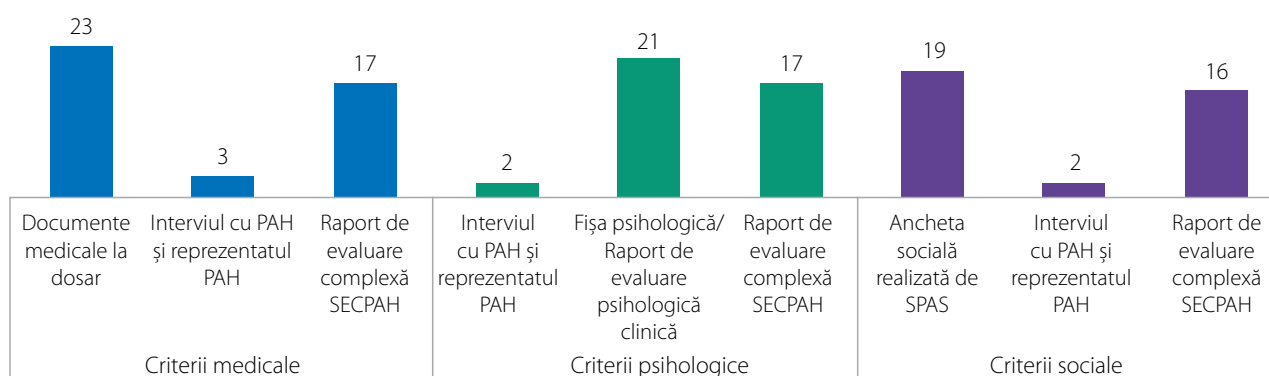
de evaluare la dosare diferă între județe. Înainte de ședințele CEPAH, președinții comisiilor au acces la dosare, în majoritatea județelor (Figura 29); în 12 (din 23) județe, secretariatul trimite dosarele președinților, iar în 5 județe președintele poate consulta dosarele doar la sediul DGASPC. Cealți membri ai comisiilor au acces mult mai rar la dosare, înainte de ședințe; în 5 județe le sunt trimise de secretariat, iar în 5 județe le pot consulta doar la sediul DGASPC.

Figura 29: Gestionarea dosarelor pe parcursul etapei de încadrare în grad și tip de handicap, conform președinților CEPAH (număr)



Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 21 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Figura 30: Principalele surse de informații pentru verificarea criteriilor medico-psiho-sociale de încadrare în grad și tip de handicap, conform președinților CEPAH (număr)



Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 21 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Note: Întrebare cu răspuns multiplu, motiv pentru care suma barelor pentru fiecare tip de criterii poate depăși 23, adică numărul de președinți CEPAH care au răspuns la aceste întrebări din chestionarul Q3A. PAH = persoană adultă cu handicap.

În fapt, cele 24 de comisii de evaluare care au luat parte la studiul instituțional Q3A pot fi clasificate în patru grupuri cu practici diferite.²⁹³ Astfel, primul grup include 5 CEPAH-uri în cadrul cărora atât președintele cât și ceilalți membri primesc înainte de ședințe dosarele spre analiză. Al doilea grup este format din 7 comisii în care doar președintele are acces la dosare înainte de ședințe, în timp ce ceilalți membri le văd doar în cadrul ședințelor. Al treilea grup conține 5 CEPAH-uri care asigură accesul președintelui și al membrilor la dosare înainte de ședințe, dar doar dacă sunt consultate la sediul DGASPC, în timp ce al patrulea grup din 6 CEPAH-uri nu au acces la dosare decât în timp ședințelor.

Cu alte cuvinte, practica dominantă la nivel național este că doar președintele CEPAH poate consulta dosarele înainte de ședințe. Ceilalți membri, de regulă, primesc acces la dosare doar în cadrul ședințelor. Prin urmare, situația tipică din comisiile de evaluare pentru persoane adulte poate fi descrisă astfel: un grup de 5 specialiști se reunesc să ia decizii care afectează viața altor persoane, iar 4 dintre aceștia primesc dosarele doar în cadrul ședințelor, în condițiile în care într-o ședință de 190-200 minute trebuie stabilite soluții pentru 64 de cazuri cu situații care pot varia de la ușoare la foarte complexe.²⁹⁴

Odată ce primesc dosarele, comisiile le analizează și stabilesc soluțiile de încadrare în grad și tip de

handicap în baza criteriilor medico-psiho-sociale, așa cum prevede legea. Figura 30 arată care sunt principalele surse de informații, adică documentele pe care le consultă comisiile cu precădere, pentru a fundamenta deciziile. După cum raportează președinții CEPAH în chestionarele Q3A, practica dominantă este de a analiza/corobora documentele medicale/psihologice²⁹⁵ cu raportul de evaluare complexă întocmit de SECPAH, pentru a verifica criteriile medicale/psihologice. În mod similar, atât ancheta socială, cât și raportul de evaluare complexă sunt folosite pentru a verifica criteriile sociale. Cel mai probabil, acesta este modul de lucru al președinților de comisii care au acces la dosare înainte de ședințe. Un astfel de algoritm de verificare aplicat în 64 de cazuri într-un interval de 190-200 minute ar fi foarte dificil pentru orice specialist, mai ales că dosarele sunt pe suport hârtie, în majoritatea cazurilor, și nu permit căutare rapidă sau direcționată.

Așa cum este subliniat și în secțiunea 5.1.2, deciziile sunt fundamentate în baza analizei de documente, interviurile cu solicitanții și/sau reprezentanții acestora fiind folosite foarte rar (Figura 30). De altfel, nici nu ar fi timp suficient pentru a conduce interviuri/interacțiuni cu toți solicitanții (sau categorii mai numeroase dintre aceștia) în cadrul ședințelor.

293 O comisie de evaluare nu a răspuns la întrebare.

294 Vezi și secțiunea 5.1.2.

295 Inclusiv referatul medicului specialist, scrisoarea medicului de familie, analizele și investigațiile medicale, biletele de externare/ieșire din spital.

Calitatea informațiilor din documentele medicale/psihologice este evaluată pozitiv de către președinții CEPAH (în chestionarele Q3A). Rareori se întâmplă ca documentele medicale să aibă concluzii/diagnostice fie vagi sau neclare, fie contradictorii,²⁹⁶ fie potențial eronate sau chiar frauduloase.²⁹⁷ Asemenea situații sunt raportate a fi mai frecvente în relație cu tulburările neurologice, oftalmologice și psihiatrice. Corelat, doar 4 CEPAH-uri (din cele 24 în eșantion) au o procedură aprobată (sau paragraf în procedura generală) pentru astfel de situații. De asemenea, conform președinților CEPAH, sunt rare cazurile de neconcordanță între evaluarea medicilor din CEPAH (în baza documentelor de la dosar) și evaluarea din referatul medicului de specialitate. Foarte rar se întâmplă să existe disparități între evaluarea medicilor din CEPAH și evaluarea realizată de medicul SECPAH (din Raportul de evaluare complexă).²⁹⁸ În consecință, doar 3 CEPAH-uri (din cele 24) dețin o procedură specifică pentru rezolvarea neconcordanțelor între opiniile medicale. Practica utilizată în astfel de situații de toate comisiile este de solicita completarea dosarului cu rezultate ale unor investigații paraclinice sau cu un nou referat medical, efectuate la orice unitate sanitară/ medic la alegerea solicitantului. În plus:

- președintele comisiei se consultă cu medicul din SECPAH (în 14 județe),
- comisia impune efectuarea unor analize și/ sau obținerea unui nou referat de la o unitate medicală/ medic anume (în 10 județe)
- comisia solicită informații suplimentare din partea aparținătorilor/ persoanelor de îngrijire ale persoanei în cauză (în 7 județe)
- comisia realizează un interviu în profunzime cu solicitantul (în 4 județe)
- președintele comisiei se consultă/comunică cu medicul specialist care a făcut evaluarea inițială (în 2 județe).

Situația este în mare parte similară cu privire la datele folosite pentru evaluarea psihologică. Raportul de evaluare clinică și raportul de evaluare complexă SECPAH sunt utilizate pentru a putea aplica criteriile de evaluare psihologică. Ca și în cazul evaluărilor medicale, evaluările psihologice

CEPAH corespund evaluării psihologice SECPAH din raportul de evaluare complexă. În caz de discrepanță, se iau în mod obișnuit următoarele măsuri: i) Comisia recomandă o evaluare psihologică efectuată de o terță parte, ii) un alt referat este solicitat de la un psiholog al unei clinici universitare/unui spital de psihiatrie, iii) psihologul comisiei organizează un interviu cu persoana respectivă și decide scorurile de încadrare (de obicei, scorurile GAFS și MMSE).

Ancheta socială, deși folosită de cele mai multe CEPAH-uri ca sursă principală pentru evaluarea socială, are o influență redusă asupra soluției de încadrare/neîncadrare în grad de handicap, așa cum arată Figura 28 (bara 6) din secțiunea 5.2.1. Motivul invocat a fost că majoritatea anchetelor sociale nu oferă o bază adecvată pentru luarea deciziilor, pentru că adeseori acestea oferă informații aleatorii și insuficiente pentru o bună înțelegere a performanțelor persoanelor în mediul lor de viață (inclusiv a factorilor de mediu), percepție care este concordantă cu concluziile analizei din subcapitolul 3.3. Iar pentru remedierea acestei situații, în primul rând modelul cadru de anchetă socială trebuie îmbunătățit (conform 55% dintre membrii CEPAH), asistenții sociali de la nivel local ar trebui formați cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități și la CIF (46%), iar SPAS-urile ar trebui să angajeze asistenți sociali profesioniști care să întocmească anchetele sociale și nu persoane cu responsabilități de asistență socială (42%).²⁹⁹ Dincolo de opinii, fapt este că lipsa unor criterii clare privind modul de utilizare a informațiilor prezentate în ancheta socială împiedică utilizarea acestora în procesul de determinare a dizabilității. Lipsește legătura dintre informațiile din ancheta socială (informații care se referă predominant la limitările de activitate și participare ale persoanei, contextul său de viață factorii de mediu) și încadrarea în grad și tip de handicap. Rareori anchetele sociale întocmite de SPAS oferă informații consistente cu privire la gradul de autonomie și integrare socială a persoanei. În schimb, adeseori, concluziile anchetei sociale lipsesc sau sunt formulate într-un mod incomplet sau vag, cum ar fi: „se recomandă încadrarea persoanei într-un grad de handicap”.

296 Atunci când se solicită sau sunt furnizate două sau mai multe referate de la diferiți medici de specialitate.

297 Valori medii egale cu 2, pe o scală de la 1-foarte rar la 5-foarte des.

298 Valori medii egale cu 1,5, pe o scală de la 1-foarte rar la 5-foarte des.

299 Întrebare cu răspuns multiplu. Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=45), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.



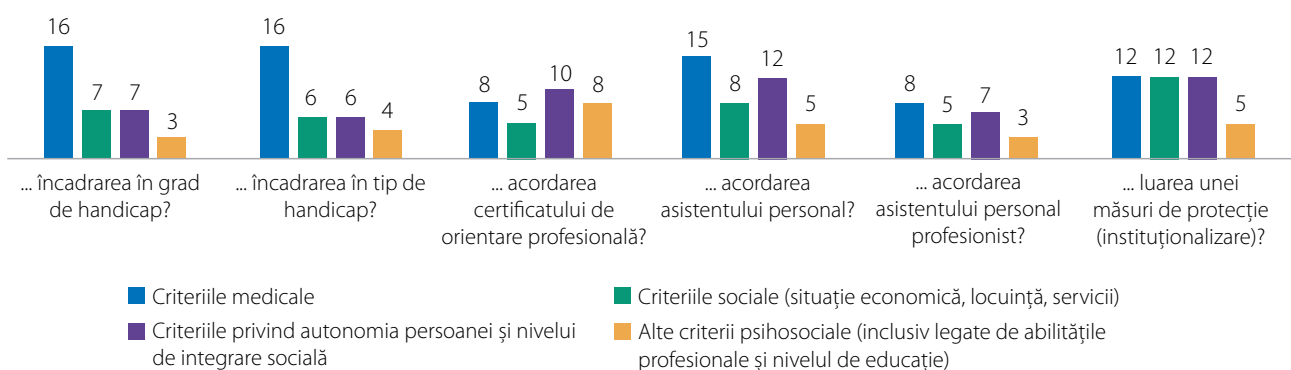
„Avem 400 dosare/lună, ne întâlnim de 2-3 ori/săptămână. Toate dosarele sunt analizate de președinte și discutăm cu membrii comisiei doar cazurile foarte complicate. Problema cu SECPAH, sunt multe situații în care situația reală este diferită de ceea ce apare în acte și colegii îmi spun și îmi atrag atenția unde este problema. Când actele sunt supraevaluate față de realitatea din teren, întotdeauna cer informații, pentru că astfel de dosare au potențial de ajuns în instanță. Când am nelămuriri, sun la primărie și rog asistentul social să mai meargă o dată acasă la om și să verifice. De exemplu, află de la magazinul sătesc că X a făcut cumpărături la magazinul din sat acum două zile, deși scrie în ancheta socială că este imobilizat la pat!” (Focus grup CEPAH 1)

Cum evaluarea restricțiilor de participare și estimarea posibilității de (re)integrare socială sunt considerate deficitare de majoritatea membrilor comisiilor de evaluare, am întrebat, în cadrul sondajului de opinie Q3B, dacă introducerea unei autoevaluări a propriei situații din partea persoanelor cu dizabilități, ca nou instrument de lucru, ar putea ajuta comisia în procesul de luare a deciziei cu privire la soluția de încadrare/neîncadrare în grad de handicap. Răspunsul, a fost nu categoric din partea a 96% dintre respondenți. Explicația dată de membrii CEPAH a fost că persoanele cu dizabilități ar fi subiective, nu ar spune adevărul, nu ar cunoaște legea și/sau ar manipula strategic oportunitatea pentru a exagera propria situație. Cu alte cuvinte, aria de restricții de participare este percepută ca fiind cea mai nesatisfăcătoare evaluată de specialiști, dar parteneriatul cu persoanele evaluate nu este considerat ca o posibilă soluție de ajustare a demersului.

5.2.3. Cum sunt stabilite soluțiile de încadrare/neîncadrare în grad de handicap

Tabloul general al criteriilor medico-psiho-sociale pe care comisiile de evaluare le utilizează cu preponderență pentru a îndeplini principalele lor atribuții este oferit în Figura 31. Pentru majoritatea CEPAH-urilor (16 din 24 în eșantion), criteriile medicale sunt factorii determinanți cheie în stabilirea încadrării/neîncadrării în grad și tip de handicap, precum și în acordarea dreptului la asistent personal (15 din 24), conform președinților acestor comisii. Principala justificare a preferinței pentru criteriile medicale, menționată frecvent și în focus grupuri, este credința că: „afecțiunile medicale sunt mai ușor de identificate și pot fi mai ușor cuantificate prin probe omologate”.³⁰⁰

Figura 31: Criteriile medico-psiho-sociale care sunt folosite cu preponderență de comisiile de evaluare pentru îndeplinirea principalelor lor atribuții, conform președinților CEPAH (număr)



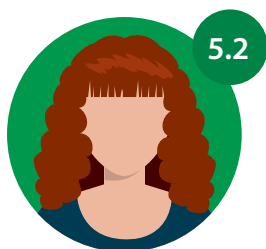
Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 22 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Întrebare cu răspuns multiplu, motiv pentru care suma barelor pentru fiecare atribuție CEPAH poate depăși 24, adică numărul de președinți CEPAH care au răspuns la chestionarul Q3A.

Criteriile referitoare la nivelul de integrare socială (gradul de dependență) dețin un rol dominant în deciziile comisiilor legate de acordarea dreptului la asistent personal și orientarea profesională. Singura decizie luată multidisciplinar într-un număr mare de județe (jumătate dintre județele studiate), având în vedere criteriile medicale, sociale și gradul de dependență, este cea legată de aprobarea măsurilor de protecție.

Doar o treime dintre membrii comisiilor de evaluare a persoanele adulte consideră că actualele

criterii medico-psihosociale sunt suficient de incluzive, adică toate persoanele a căror funcționare este afectată pot întruni criteriile. Ceilalți 66% din total eșantion Q3B cred că criteriile nu sunt suficient de incluzive, pentru că există unele criterii incomplete sau disfuncționale și, în consecință, acestea necesită revizuire și menționează o lungă listă de afecțiuni sau situații în cazul cărora au întâmpinat dificultăți la încadrare. Între acestea, au fost menționate de mai mulți respondenți următoarele:



„diferite diagnostice medicale care, deși afectează funcționarea socială, nu se pot încadra”;

„persoanele cu afecțiuni oncologice pe perioada chimioterapiei”; „pentru afecțiunile oncologice nu există un capitol dedicat”; „schimbarea condițiilor de încadrare pentru neoplasme”;

„criteriile nu sunt adecvate la unele boli rare care produc handicap”; „bolile genetice și bolile rare produc handicap dificil de evaluat conform criteriilor”;

„dependența de oxigen nu este încadrabilă”;

„afecțiunile post-traumatice la vârsta adultă nu pot întruni criteriile”;

„persoanele afectate sever la un singur ochi”;

„tulburări de personalitate peste 26 de ani”;

„gonartroza anchilozantă”;

„retardul mintal și schizofrenia peste 35 de ani”;

„persoane cu afecțiuni psihice ireversibile, care nu se încadrează în categoria sub 26 de ani sau sub 35 de ani”;

„criteriile privind degradarea cognitivă (demența), parametrii funcționali sunt neclari, permisivi”;

„criteriile privind afecțiunile oftalmologice, privind acuitatea vizuală și câmpul vizual, sunt permisive”;

„posibilitatea încadrării deficitului plegic indiferent de deteriorare, pe când cel paretic poate fi încadrat doar ca urmare a AVC sau bolilor cardiovasculare”

„persoanele cu afecțiuni invalidante, dar fără debut precoce”; „nu este clar specificată vârsta care permite încadrarea în grad și tip de handicap în unele afecțiuni. Debut în tinerețe este un termen vag”;

„în cazul în care o persoană are multiple diagnostice, care luate separat nu sunt încadrabile sau se încadrează la un grad mai inferior decât nevoia reală dată de situația complexă”;

„există cazuri în care aplicând criteriile se obține un grad inferior față de nevoile reale identificate, neputând fi luată în considerare în totalitate dependența de alte persoane”;

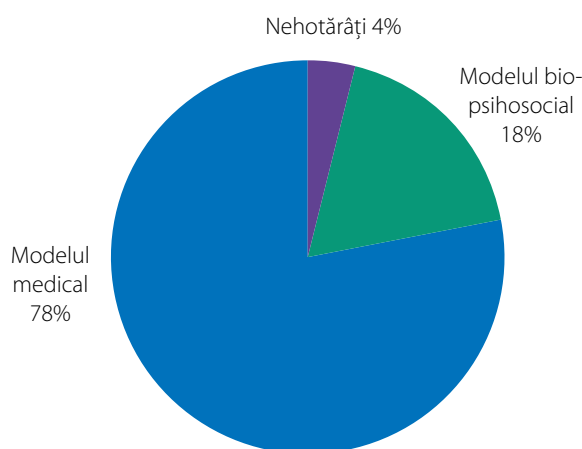
„o persoană în vârstă cu o boală degenerativă de vârstă, care a desfășurat activități lucrative, a fost implicată social, se încadrează în grad de handicap pe deteriorarea de vârstă biologică (diagnosticată de medicul psihiatru ca fiind demență mixtă), beneficiază de drepturi și facilități și poate lua și pensie de invaliditate. Iar o persoană de vârstă medie, fără venituri, fără asigurare medicală, cu afecțiune osteoarticulară, din perioada adolescenței, dar fără document medical justificativ, nu se încadrează în grad de handicap”;

„componenta socială vag reprezentată la cei care sunt condiționați la încadrare ca fiind fără venit, de exemplu, la unele afecțiuni psihiatrice”.

(Citate din chestionare Q3B)

Figura 32: Oricum, conform opiniei dominante în rândurile membrilor CEPAH, în prezent, modelul medical este încă dominant în încadrarea în grad și tip de handicap a persoanelor adulte

În prezent, ați spune că încadrarea în grad și tip de handicap urmează predominant ... (% membri CEPAH)

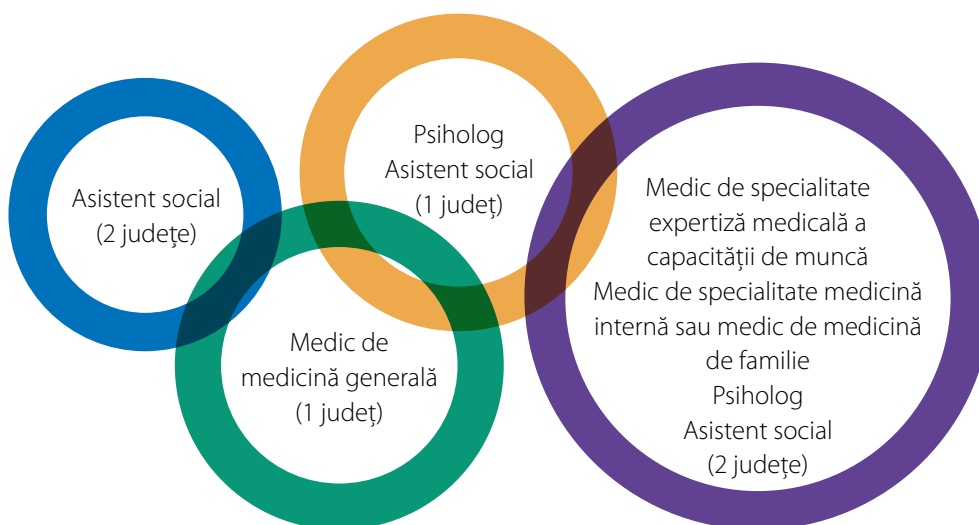


Sursa: Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=46), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Deciziile CEPAH se iau în echipă, în cadrul ședințelor, cu votul majorității, potrivit art. 9 (alin. 7) din HG nr. 430/2008. Cu toate acestea, Tabelul 10 arată că jumătate dintre președinții CEPAH care au răspuns la chestionarul Q3A au raportat că, în ceea ce privește deciziile referitoare la acordarea certificatului și la tipul de handicap, există un membru al comisiei care contribuie mai mult decât ceilalți, și anume un medic de specialitate. Mai precis, președintele comisiei, care este medic și care are acces la dosare înainte de ședințe, are mai mult timp să consulte dosarele și contribuie mai mult la

deciziile menționate, în baza evaluării medicale. Toate celelalte decizii ale CEPAH sunt stabilite în echipă, în majoritatea județelor, dar echipa nu include neapărat toți cei cinci membri ai comisiei, ci poate avea o componență variabilă de la un tip de decizie la alta și de la un județ la altul.

Spre exemplu, 6 președinți CEPAH arată că decizia privind stabilirea măsurilor de protecție, precum acordarea de servicii sociale în centre rezidențiale, poate fi luată cu precădere de următoarele tipuri de formații:



Tabel 10: Cum sunt stabilite deciziile CEPAH, conform președinților CEPAH (număr)

În procesul de determinare a ...	Există un membru al comisiei (cu o anumită specializare) care contribuie mai mult decât ceilalți?	
	Da	Nu
Încadrarea, respectiv neîncadrarea (acordarea certificatului)	9 (medic)	9
Tipul de handicap	8 (medic)	10
Gradul de handicap	5 (medic)	13
Acordarea Certificatului de orientare profesională	3	15
Luarea unei măsuri de protecție/ servicii sociale	6	12
Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS)	5	13
Acordarea asistent personal pentru persoana cu handicap grav	5	13
Acordarea asistent personal profesionist pentru persoana cu handicap grav	2	14

Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 17 județe și 1 sector al municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Suma celulelor pe linie trebuie să fie 18, acesta fiind numărul total de președinți CEPAH care au răspuns la aceste întrebări din Q3A. În cazul sumelor mai mici, diferența până la 18 reprezintă non-răspunsuri.

Situații de dezacord între membrii CEPAH cu privire la încadrarea în grad și tip de handicap a unui caz sunt raportate a fi foarte rare (20 județe) sau rare (3 județe), conform președinților comisiilor (în Q3A). Iar atunci când apar, votul majorității este modalitatea de rezolvare a diferendelor. Corespunzător, doar 3 CEPAH-uri au dezvoltat o procedură aprobată specifică (un paragraf în procedura generală) pentru gestionarea acestor situații. Totuși, în sondajul de opinie Q3B, membrii CEPAH au acordat un scor mediu foarte mare - de 4,5, pe o scală de la 1 la 5, pentru utilitatea unei astfel de proceduri pentru activitatea curentă a comisiei.³⁰¹

5.2.4. Erorile de excluziune și erorile de incluziune

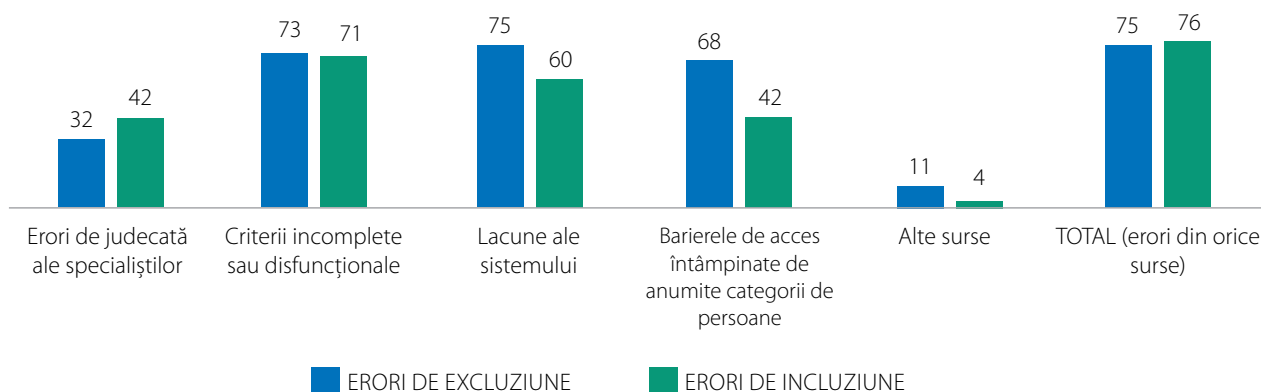
Erorile de excluziune se referă la cazuri în care funcționarea persoanei este afectată într-un grad semnificativ, dar persoanele nu primesc încadrare în grad de handicap. În opoziție, erorile de incluziune

se leagă de situații de persoane încadrate cu grad și tip de handicap, dar a căror funcționare nu este afectată într-un grad semnificativ. Trei sferturi dintre membrii CEPAH confirmă existența erorilor atât de excluziune, cât și de incluziune, în cadrul procesului de încadrare în grad și tip de handicap (Figura 33). Criteriile incomplete sau disfuncționale sunt percepute a reprezenta principala sursă de erori (de ambele tipuri), așa cum este subliniat și în secțiunea anterioară. Urmează lacunele sistemului, precum: medici care emit documente medicale cu diagnostice vagi/eronate; faptul că evaluarea în vederea încadrării în grad și tip de handicap „se face pe baza documentelor, nu se face evaluarea efectivă a persoanei” (vezi și secțiunea 5.2.2); „lipsa de corespondență între criteriile de la copii și adulți” din cauza căreia „apar frecvent situații în care copilul (sub 18 ani) este încadrat într-un grad de handicap și, la trecerea la adulți, brusc, se schimbă gradul în unul inferior, deși nevoile și limitările persoanei rămân aceleași” (vezi și capitolul 8).³⁰²

301 Vezi și secțiunea 9.3.4.

302 Citate din chestionare Q3B.

Figura 33: Ponderea membrilor CEPAH care confirmă existența erorilor de excluziune și de incluziune în cadrul procesului de încadrare în grad și tip de handicap, pe tipuri de surse de eroare (%)



Sursa: Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=45), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Barierile de acces întâmpinate de anumite categorii de persoane sunt menționate mai frecvent ca fiind o sursă de erori de excluziune, în special cu privire la persoanele fără venituri, fără asigurare medicală, din comunități izolate sau fără familie și rețea de suport (vezi și subcapitolul 3.2). Erorile de judecată sunt mai rar menționate, dar este relevant faptul că 42% dintre membrii CEPAH le percep ca sursă de erori de incluziune în încadrarea în grad și tip de handicap.

Oricum, spun peste 90% dintre membrii CEPAH, indiferent de sursă și de tip, erorile de încadrare sunt doar cazuri izolate, neasociate anumitor tipuri de deficiențe/afectări. De altfel, cred 92% dintre aceștia, hotărârile instanței nu reprezintă o dovadă a existenței erorilor de excluziune sau incluziune, căci deciziile judecătorești sunt luate preponderent în baza unor criterii „subiective” (vezi și capitolul 7, în special secțiunea 7.4.4).



„Criteriile medicale sunt totuși cele mai importante, pentru că ele au un grad mai mare de obiectivism. Criteriile sociale sunt mai subiective și interpretabile. Noi lăsăm justiția să se pronunțe asupra acestor cazuri. La noi, Departamentul Juridic de la CJ ne reprezintă în instanță, noi doar facem referate pentru acești juriști. Dar ei nu se pricep să apere aceste cazuri. Si pierd multe cazuri, ... vreo 10 pe lună.” (Focus grup CEPAH) 2)

Măsurile care ar fi necesare pentru a preveni erorile de excluziune/incluziune în stabilirea încadrării în grad și tip de handicap, recomandate de membrii CEPAH (în Q3B), includ, în primul rând, clarificarea criteriilor și completarea acestora, căci „pentru mai multe afecțiuni, încadrarea se face fără a avea în vedere afectarea funcționării”,³⁰³ plus aplicarea lor unitară la nivel național. În al doilea rând, „ar trebui să existe o procedură de consultare a datelor, a specialiștilor din domeniu și a reprezentanților persoanelor cu dizabilități, pentru a evalua permanent situația și de a corecta erorile

observate”. Iar, în al treilea rând, ar trebuie să existe mecanisme mai eficiente de a gestiona situațiile de suspiciuni de fraudă sau deformare intenționată a realității de către solicitanți. Preferabil, aceste mecanisme ar conține și interacțiunea directă cu solicitantul sau chiar posibilitatea unei evaluări propriu-zise, eventual în colaborare cu specialiști în afecțiunea în cauză. Iar, cu privire la erorile de judecată ale specialiștilor, câțiva reprezentanți CEPAH propun „reînființarea Comisiei Superioare, în vederea confirmării/informării unor diagnostice neclare”. În schimb, introducerea unui sistem de

303 Citatele din acest paragraf sunt extrase din chestionarele Q3B.

auditare exterior nu ar fi utilă, căi nu ar îmbunătăți performanțele comisiei de evaluare, consideră peste trei sferturi dintre membrii CEPAH participanți la sondajul de opinie Q3B.

5.2.5. Bucla de feedback a procesului decizional din cadrul CEPAH

Procesul decizional din cadrul CEPAH nu încorporează un mecanism de feedback, ceea ce încalcă principiul „nimic pentru noi, fără noi”, cu atât mai mult cu cât nu există interacțiune între evaluat și evaluator și demersul nu include o autoevaluare a solicitantului. Doar 7 președinți CEPAH (din 24 care au răspuns la întrebare, în Q3A) au raportat că înregistrează în mod sistematic feedback de la persoanele care solicită încadrarea în grad și tip de handicap. Reacțiile solicitanților sunt „diferite, bune și rele”, dar majoritar „contestații, conform Legii nr. 554/2004” sau „primim în mod direct expresia verbală a nemulțumirii vis a vis de încadrarea în grad de handicap, precaritatea pecuniară a indemnizațiilor etc. Este adevărat, am primit și mulțumiri cu ocazia prezentării lor la evaluare sau la ridicarea certificatului”. Iar măsurile de îmbunătățire a modului de lucru pornind de la feedback-ul primit se limitează, de obicei la „încercarea de a rezolva solicitarea, în limitele legii și bugetului”.³⁰⁴ Mai general, în România, întregul sistem de evaluare a dizabilității nu dispune de un mecanism³⁰⁵ de redresare a plângerilor care să completeze (nu să înlocuiască) canalele legale formale de gestionare a nemulțumirilor, precum sistemul judiciar sau mecanismul de audit

organizațional. Dar acest subiect este abordat pe larg în capitolul 7.

În percepția membrilor CEPAH:³⁰⁶ (i) solicitanții și aparținătorii/ reprezentanții acestora sunt în mică măsură implicați în procesul de soluționare a cazului de către CEPAH; (ii) iar informațiile (inclusiv preferințele, temerile etc.) oferite de persoanele solicitante, respectiv aparținătorii/ reprezentanții acestora, au o influență foarte mică asupra soluției de încadrare/neîncadrare dată de CEPAH (cu un scor mediu de 4,6, pe o scală de la 1-deloc la 10-total); (iii) dar persoana, respectiv aparținătorii/ reprezentanții care o însoțesc, sunt informați cu privire la motivarea soluției;³⁰⁷ (iv) și comisia de evaluare este percepută satisfăcător de către persoanele care solicită încadrarea în grad și tip de handicap (cu un scor mediu de 6,9, pe o scală de la 1-foarte negativ la 10-foarte pozitiv).³⁰⁸

Principalele dificultăți întâmpinate în interacțiunea cu persoanele solicitante respectiv aparținătorii/ reprezentanții acestora țin de faptul că „persoanele nu înțeleg diferența dintre boală și handicap” și, prin urmare, „nu acceptă că anumite boli nu se încadrează în grad de handicap”. În plus, sunt menționate dificultățile de a explica soluțiile, cu atât mai mult cu cât „în mod frecvent persoanele solicitante nu sunt dispuse să își dezvolte/ amelioreze abilitățile restante”. Doar câțiva membri CEPAH menționează absența interacțiunii directe, lipsa de consiliere sau de servicii integrate, în condițiile nevoilor complexe ale familiilor solicitanților.³⁰⁹

304 Citate din chestionarele Q3A completate de președinți CEPAH.

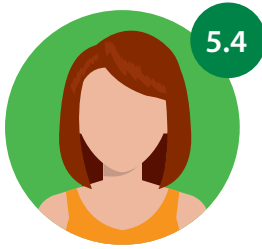
305 În acord cu UNDP (2017: 1), mecanismul de redresare a plângerilor este definit ca un sistem de proceduri și resurse organizaționale stabilite de agențiile guvernamentale naționale/județene/locale ca să primească și să abordeze nemulțumirile, plângerile sau îngrijorările cu privire la impactul politicilor, programelor și operațiunilor lor asupra părților interesate din afara organizației.

306 Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=42), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

307 În această privință, secțiunea 7.4.4 dovedește că lipsa motivării soluției din certificatul de încadrare în grad și tip de handicap reprezintă unul dintre cele două elemente principale pe care instanțele le rețin atunci când dau câștig de cauză reclamanților, persoane cu dizabilități. Mai mult, o motivare a soluției de încadrare/ neîncadrare în grad de handicap, accesibilă tuturor persoanelor la finalul demersului de evaluare, nu este disponibilă în toate județele. Iar, motivare care să conțină informații detaliate pentru fundamentarea soluției de încadrare sau neîncadrare și care să poată fi folosită în instanță este furnizată doar în 4 județe.

308 Spre comparație, cu privire la comisia de protecție a copilului (CPC) care evaluează copiii cu dizabilități, scorul mediu este de 8,1, pe scala de la 1-foarte negativ la 10-foarte pozitiv.

309 Citate din chestionarele Q3B completate de membri CEPAH.



„Eu am contract 3 ore/zi, ne-am impus o limită de 40 dosare/zi, pe lună avem 600 dosare și trebuie să fim foarte eficienți, ne întâlnim împreună. Când nu se poate, fiecare analizează dosarul, avem membri care s-au specializat și eu ca președinte trebuie să le văd pe toate. Avem o relație foarte bună cu SECPAH și ne punem de acord antejudecată. Redactarea o fac în afara programului, nu mă încadrez în cele 3 ore.” (Focus grup CEPAH 1)

5.3. Rezultatele demersului de încadrare în grad și tip de handicap

În mod obișnuit, comisiile de evaluare analizează un număr foarte mare de dosare pe parcursul unui an. De exemplu, în 2019, înainte de pandemie, numărul maxim de cazuri analizate de o comisie a fost de 12.807,³¹⁰ ceea ce înseamnă o medie de 1.067 de cazuri pe lună, în timp ce numărul minim a fost de 2.700 de dosare,³¹¹ cu o medie lunară de 225. În perioada pandemiei numărul de dosare a scăzut drastic. La nivelul eșantionului de 23 CEPAH-uri, numărul mediu de dosare pe județ s-a redus din 2019 în 2020 de la peste 6.100 la 4.800 dosare pe an. Deci, la nivel național, serviciile de evaluare complexă (SECPAH) și comisiile de evaluare (CEPAH) trebuie să analizeze și încadreze în grad și tip de handicap un număr mare de dosare ce variază semnificativ atât între județe, cât și în timp.

- În 2019 (pre-COVID), 19 județe și 2 sectoare ale municipiului București au evaluat în total peste 116 mii de dosare.³¹² O estimare brută indică la nivel național un număr de solicitanți care beneficiază de serviciile oferite de SECPAH/CEPAH de circa 250.000 persoane, în cadrul unui an.
- Din totalul de dosare soluționate într-un an, în jur de o treime (în 2019), respectiv 37% (în 2020), au reprezentat cazuri noi, adică persoane aflate la prima evaluare (de-a lungul vieții), celelalte fiind reevaluări pentru înnoirea certificatului.³¹³

În conformitate cu reglementările în vigoare, comisiile de evaluare nu iau doar deciziile legate de încadrarea/ neîncadrarea în grad și tip de handicap. Pe lângă acordarea certificatului, CEPAH

are obligația de a elabora PIRIS în colaborare cu persoana cu handicap sau cu reprezentantul legal al acesteia, acordă certificatul de orientare profesională (la cerere), stabilește măsurile de protecție a adultului cu dizabilități, activitățile și serviciile de care acesta are nevoie în procesul de integrare socială, de tip: asistent personal, asistent personal profesionist, servicii sociale la domiciliu sau centre de zi sau rezidențiale.

5.3.1 Încadrarea/neîncadrarea în grad și tip de handicap

Procesul decizional al CEPAH prezintă redundanță cu demersul de evaluare complexă realizată SECPAH. Soluțiile CEPAH sunt aceleași cu recomandările SECPAH pentru peste 90% din dosare,³¹⁴ în principal ca rezultat al volumului mare de muncă și al practicilor de lucru descrise în secțiunile anterioare ale acestui capitol. Această situație nu este specifică unor județe, ci este generalizată.

În România, peste 90% dintre solicitanți primesc soluții de încadrare/ menținere a încadrării în grad de handicap. Corespunzător, ponderea dosarelor cu soluții de neîncadrare în grad și tip de handicap este mai mică de 10%. La nivelul eșantionului de CEPAH-uri din 22 județe și 2 sectoare din București, chiar dacă numărul de dosare evaluate variază foarte mult, ponderea certificatelor cu încadrare/ menținere a încadrării în grad de handicap este mai mică de 90% (dar mai mare de 85%) în doar trei județe (NT, HD și BC).

310 CEPAH Olt.

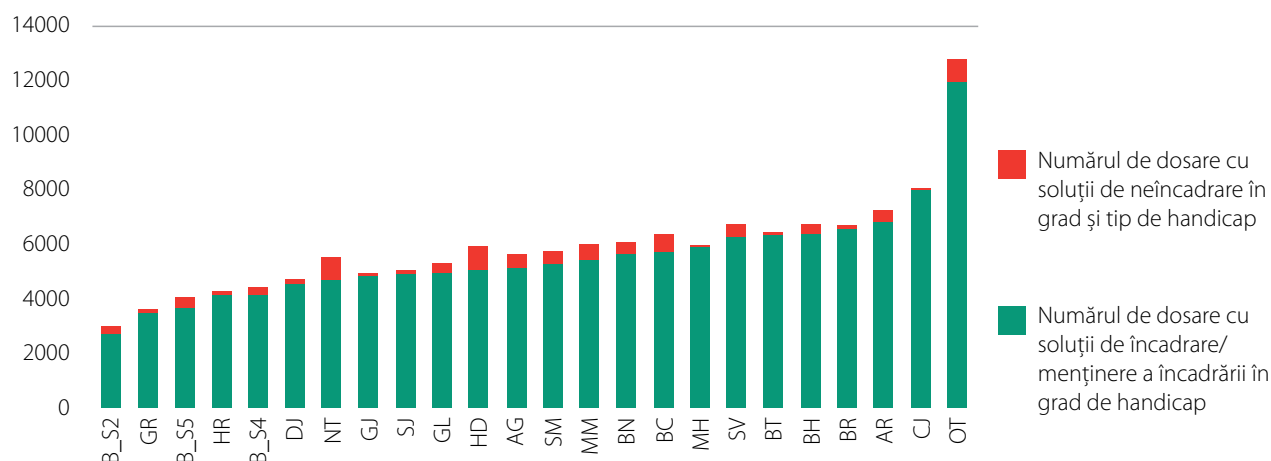
311 CEPAH din București, Sectorul 2, urmat de CEPAH Tulcea cu 2.846 de dosare. Date raportate în chestionarele Q3A.

312 Date furnizate de președinții CEPAH în cadrul chestionarelor Q3A, utilizând informațiile din registrele de evidență gestionate de secretariatele comisiilor. Celelalte județe nu au furnizat aceste date sau au oferit date discordante cu cele raportate de șefii SECPAH în cadrul studiului instituțional Q2A.

313 Estimări bazate pe datele furnizate de președinții comisiilor din 7 județe și un sector din București, în chestionarele Q3A; celelalte comisii nu au oferit date. Procentul persoanelor aflate la prima evaluare variază între județe, de la minim 27% la maxim 42%, atât în 2019, cât și în 2020.

314 Valoare medie estimată de președinții CEPAH. Abatere standard de doar 18%. Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 18 județe și 1 sector al municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Figura 34: Rezultatele procesului de determinare a dizabilității în România, pe județe, în anul 2019



Sursa: Date consolidate din studiile instituționale Q3A (CEPAH) și Q3C (Secretariatul CEPAH) pentru 22 județe și 2 sectoare ale municipiului București, referitor la anul 2019.

La polul opus, există județe cu ponderi mai mari de 98%, și anume GJ, MH, BT și CJ.

Deși fiecare țară este diferită, iar ratele de aprobare a acordării beneficiilor de dizabilitate variază de la o țară la alta, o rată de încadrare în grad de handicap atât de mare, de peste 90% din solicitări, este un motiv de îngrijorare.

- O posibilă explicație are la bază (auto)selecția solicitanților. Unele persoane cu probleme de sănătate (care se regăsesc în criteriile medico-psihosociale) nu solicită certificat, deși ar putea. Acest fapt se întâmplă pentru că potențialii solicitanți nu sunt familiarizați și informați sau nu sunt capabili, sprijiniți și încurajați să se implice în acest demers. Adică activitățile de conștientizare, informare inițială și comunicare cu potențialii solicitanți sunt insuficiente și/sau deficitare.³¹⁵ În continuare, procesul de întocmire și înregistrare a dosarului este dificil, lipsit de adaptări sau prea costisitor pentru ca potențialii beneficiari să se angajeze în demers. Spre exemplu, primăriile/SPAS refuză efectuarea anchetei sociale sau la înregistrarea dosarului la DGASPC/SECPAH persoanele sunt refuzate (în absența unei proceduri specifice) pe motiv că afecțiunile de care suferă nu se încadrează în criterii, înainte ca evaluarea complexă să aibă loc.³¹⁶ Demersul nu este simplu, ci cere capacități și eforturi substanțiale din partea potențialilor solicitanți, pentru că implică mulți

pași cu prea mulți actori instituționali cu reguli diferite, necoordonate și care nu comunică și nici nu transferă automat informații între ei. În schimb, la capătul întregului demers se pot obține beneficii bănești foarte mici,³¹⁷ dacă nu există speranța de a obține gradul grav cu asistent personal, iar servicii aproape deloc. Prin urmare, populația de potențiali beneficiari este descurajată și se reduce la persoanele în situații cu adevăratperate, fără ieșire, sau la persoanele mai curajoase dispuse să facă față tuturor provocărilor. Dată fiind această (auto) selecție a solicitanților înainte de evaluarea complexă SECPAH, este normal ca peste 90% dintre aceștia să primească încadrarea/ menținerea încadrării în grad de handicap.

- O altă explicație ține de modul în care se desfășoară evaluarea complexă și încadrarea în grad și tip de handicap la nivel de SECPAH și CEPAH. Deși criteriile medico-psihosociale conțin unele criterii disfuncționale și incomplete, totuși peste 90% dintre solicitanți primesc soluție de încadrare. Iar acest rezultat trebuie văzut în lumina faptului că erorile de excluziune și incluziune sunt rare, după cum susțin specialiștii implicați. Însă, atât evaluarea complexă, cât și determinarea dizabilității se realizează predominant în baza modelului medical, așa cum rezultă din secțiunile anterioare ale acestui capitol. În consecință, un solicitant cu o

315 Subiectul este tratat în capitolul 2.

316 Aceste aspecte sunt analizate în capitolul 3.

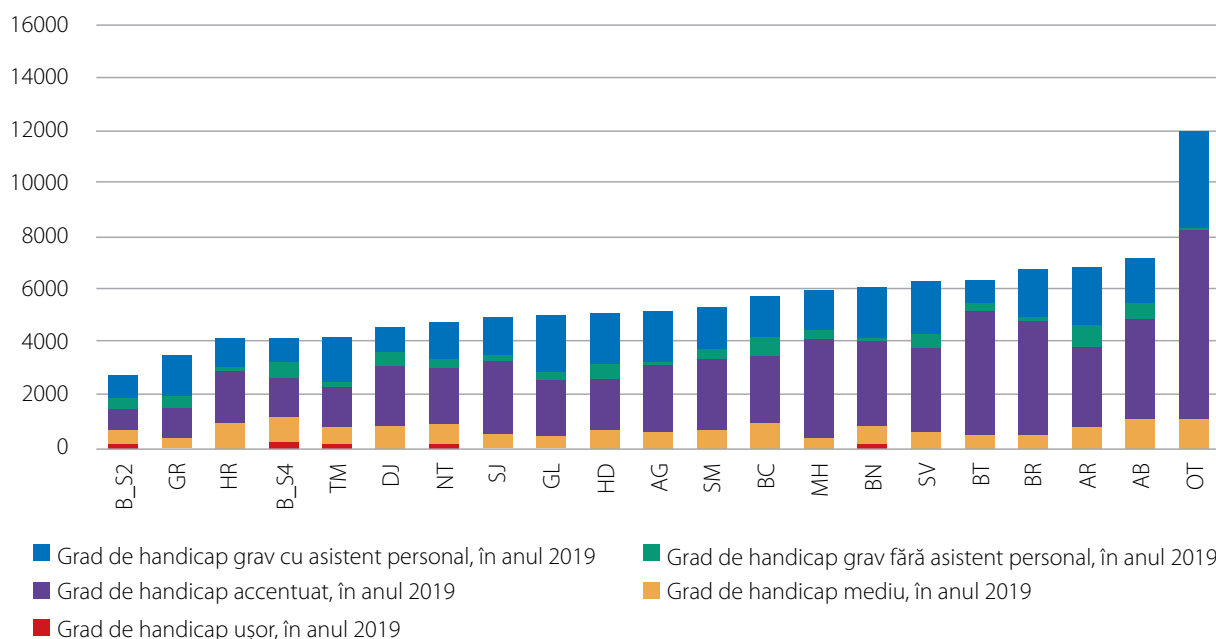
317 Spre exemplu, adultul cu handicap mediu beneficiază doar de buget personal complementar în cuantum de 60 de lei pe lună, conform ANDPDCA, nivelul beneficiilor sociale din data de 1 ianuarie 2021.

deficiență/afecțiune care se încadrează în criterii poate obține încadrarea chiar dacă funcționarea nu este semnificativ afectată, tocmai pentru că limitările de activitate și restricțiile de participare sunt încă prea puțin considerate în soluția finală a SECPAH/CEPAH. Rezultatul este rata mare de acordare a unui grad de handicap, care este însă acompaniată de un număr considerabil de contestații, atât de mare încât a fost necesară schimbarea aranjamentului instituțional prevăzut pentru contestarea certificatului, așa cum prezintă capitolul 7. Cele două fapte par contradictorii: dacă solicitanții încheie demersul cu succes (obținerea încadrării în grad de handicap), de ce sunt nemulțumiți atât de mulți? Pentru că nemulțumirea nu se referă doar la obținerea neîncadrării, ci mai ales la obținerea unui grad de handicap perceput ca fiind nesatisfăcător în raport cu nevoile și limitările persoanei. Așadar, demersul de determinare a dizabilității, așa cum se desfășoară în România în prezent, produce nemulțumire, frustrări și percepții de inechitate, deși are ca rezultat o rată

de peste 90% de aprobare a acordării beneficiilor de dizabilitate.

Conform reglementărilor,³¹⁸ comisiile de evaluare trebuie să se asigure că certificatele sunt acompaniate de o anexă cu caracter confidențial, iar în cadrul certificatului trebuie să motiveze soluția de neîncadrare în grad de handicap. Președinții CEPAH (în Q3A) și secretariatele comisiilor (în Q3C) raportează date care arată că aproape toate certificatele eliberate au anexa cu caracter confidențial completată. În schimb, motivarea neîncadrării este o practică doar în unele județe,³¹⁹ astfel încât, la nivel național, circa o treime dintre certificate nu au completată această rubrică din certificat. Acest fapt este cu atât mai relevant cu cât comisiile nu elaborează o motivare nici în afara certificatului, iar absența motivării reprezintă unul dintre cele două elemente principale pe care instanțele le rețin atunci când dau câștig de cauză reclamantilor în procesele de contestare a certificatului.³²⁰

Figura 35: Distribuția certificatelor în funcție de gradul de handicap, pe județe, în anul 2019



Sursa: Studiul instituțional Q3C: Indicatorii de rezultat ai procesului de determinare a gradului de handicap pentru Secretariatul CEPAH, pentru 19 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

318 HG nr. 430/2008, Anexa 1.

319 Și anume, 15 județe și 1 sector din București, din totalul de 22 județe și 2 sectoare incluse în cercetare.

320 Mai multe detalii se găsesc în secțiunea 7.4.4.

La nivelul agregat al eșanționului, gradul de handicap acordat de CEPAH-uri urmează tiparul național existent: grad ușor – 1%, grad mediu – 11,3%, grad accentuat – 51%, grad grav – 36,7%, în 2019.³²¹ Procentul de certificate cu grad de handicap grav cu asistent personal variază între 14% și 44% din totalul certificatelor eliberate de CEPAH la nivel de județ, în 2019. Doar 3 județe (AB, DJ și BT) și un sector din București au procente de certificate cu grad de handicap grav cu asistent personal mai mici de 25%. La polul opus, alte 3 județe (TM, GL și GR) au rate peste 40% din total certificate eliberate de-a lungul anului (Figura 35).

Dintre certificatele cu grad de handicap grav:

- 6,7% grad grav fără asistent personal
- 30% grad grav cu asistent personal din totalul certificatelor eliberate în 2019.

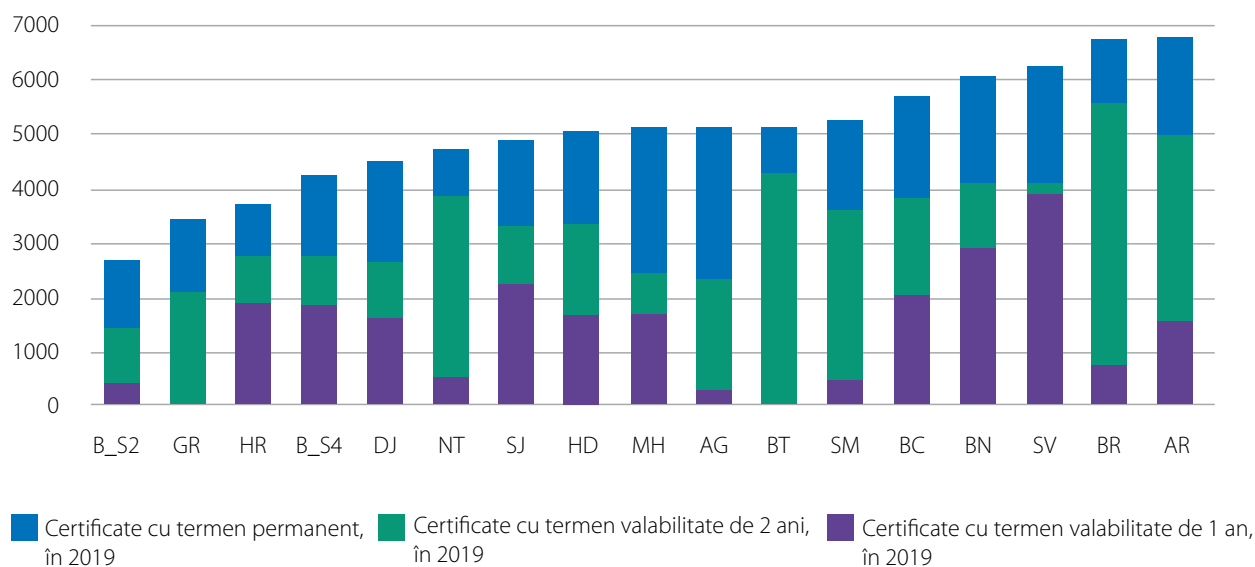
Persoanele adulte cu handicap grav cu asistent personal pot opta pentru asistent personal sau pentru indemnizație lunară de însoțitor, iar această opțiune se exprimă prin cerere scrisă înregistrată la DGASPC. Chiar și așa, doar secretariatele CEPAH

din 5 județe și 1 sector din București au furnizat date în acest sens, pentru că deși le colectează, aceste date nu sunt înregistrate într-o bază de date din care să poată fi extrase cu ușurință. Deși numărul de răspunsuri este mic, acestea indică discrepanțe majore între județe în modul în care tratează accesul la serviciul de asistent personal, care este cheie pentru viața independentă și calitatea vieții familiilor care au în grijă o persoană adultă cu dizabilități.³²² Astfel, între cele 6 DGASPC-uri, ponderea opțiunilor pentru indemnizații lunare se situează între 30% și peste 90% dintre persoanele cu handicap grav cu asistent personal din județ. Nici în această privință nu există o abordare unitară la nivel național.

Practicile CEPAH de stabilire a termenului de valabilitate a certificatelor de încadrare în grad de handicap diferă extrem de mult, așa cum se vede în Figura 36. La nivelul agregat al eșanționului, din totalul certificatelor eliberate în anul 2019:

- 30% au avut termen de valabilitate de 1 an
- 36% termen de 2 ani
- 34% termen permanent.

Figura 36: Distribuția certificatelor în funcție de termenul de valabilitate, pe județe, în anul 2019



Sursa: Studiul instituțional Q3C: Indicatorii de rezultat ai procesului de determinare a gradului de handicap pentru Secretariatul CEPAH, pentru 15 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

321 Date raportate de secretariatele CEPAH în chestionarele Q3C, pentru 19 județe și 2 sectoare ale municipiului București, referitoare la anul 2019. Spre comparație, conform Buletinului statistic MMPS, la 31 decembrie 2019, distribuția pe grade la nivel național a fost următoarea: grad ușor – 0,9%, grad mediu – 9,1%, grad accentuat – 51,9%, grad grav – 38,1%.

322 În multe cazuri, autoritățile locale încurajează opțiunile pentru indemnizații lunare pentru că acestea nu implică angajarea asistentului personal (de obicei, un membru de familie care îngrijește persoana cu dizabilități). Chiar dacă indemnizația lunară de însoțitor nu este mai mică decât salariul asistentului personal, dezavantajul este că membrul de familie care îngrijește persoana adultă cu dizabilități pierde drepturile asociate statutului de salariat, cum sunt asigurarea medicală, contribuțiile sociale pentru pensie etc.

Totuși, la nivel de județ, există comisii de evaluare pentru adulți care acordă certificate cu termen de valabilitate de 1 an pentru majoritatea solicitanților, precum cele din BT sau SV, pe când alte comisii le acordă doar în cazuri izolate (GR).³²³ În același timp, există județe în care comisiile au o preferință pentru certificatele cu termen de 2 ani (NT, BR sau SM), așa cum există și CEPAH care nu eliberează certificate cu valabilitate de 2 ani (BT).³²⁴ În fine, certificatele cu termen permanent nu mai variază extrem între județe, dar au totuși o variație semnificativă între 16% (în BT sau NT) și 55% (în AG sau MH) din total certificate în 2019. Acest tipar de disparități interjudețene extreme se verifică și pe datele pentru 2020, ceea indică stabilitate în timp.

- Cum doar 7 din 22 de CEPAH-uri³²⁵ dispun de o procedură specifică aprobată (paragraf în procedura generală) privind modul de încadrare în grad de handicap, temeiul și algoritmul în baza cărora comisiile de evaluare stabilesc termenul de valabilitate al certificatului nu sunt transparente și nici explicate beneficiarilor de certificat.

5.3.2 Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS)

PIRIS este analizat pe larg în subcapitolul 6.2 al acestui volum. Aici, este relevant să menționăm că, în practică, CEPAH este implicat în elaborarea PIRIS, singur sau în colaborare cu SECPAH, în doar 12 dintre cele 36 de județe și 4 sectoare ale municipiului București care au participat la studiu. Cel mai adesea, SECPAH pregătește primul proiect de PIRIS, care este de obicei aprobat de CEPAH fără modificări.³²⁶ În numai 10 județe, PIRIS este, de regulă, elaborat de CEPAH și de secretariatul acesteia.

- Redundanța dintre CEPAH și SECPAH nu se limitează la încadrarea în grad și tip ce handicap, ci se referă și la PIRIS.

În ceea ce privește beneficiarii de PIRIS, în 17 județe (din 40), toți solicitanții primesc un PIRIS anexat la certificatul de handicap, indiferent de decizia de încadrare sau de neîncadrare într-un anumit grad de handicap. În celelalte județe (23), numai beneficiarii unui certificat cu încadrare într-un grad de handicap primesc ca anexă PIRIS.

- Dată fiind practica de mai sus și faptul că rata soluțiilor de neîncadrare în grad de handicap este mai mică de 10%, la nivel național, ponderea dosarelor cu PIRIS se ridică la peste 95% din total dosare evaluate la nivelul unui an.
- Însă, pentru persoanele cu un certificat de handicap permanent (care nu se mai prezintă la evaluare), membrii CEPAH confirmă că peste 80% dintre acestea au un PIRIS care nu a fost revizuit de mai mult de 3 ani.³²⁷

Oricum, 42% dintre membrii CEPAH³²⁸ cred că actualul format standardizat al PIRIS³²⁹ ar trebui revizuit. Mai important, însă, 75% dintre membrii comisiilor semnaleză că PIRIS poate să devină un instrument cu adevărat util doar dacă va fi conectat și la alte beneficii sau servicii decât cele existente în prezent, pentru a răspunde nevoilor concrete identificate în cadrul evaluării complexe.³³⁰ Este necesară „inclusiunea unor acțiuni privind recuperarea care ar putea fi monitorizate și în funcție de care persoana să fie evaluată atunci când revine pentru reînnoirea certificatului”.³³¹ De asemenea, „ar trebui să conțină, după caz, recomandări de integrare socială, de orientare profesională sau școlară, precum și sprijin psihologic”. În același timp însă, toate aceste servicii trebuie să devină accesibile, pentru că altfel, simpla recomandare în PIRIS pentru servicii inexistente sau inaccesibile nu poate aduce nici un plus de valoare. Doar în jur de o treime dintre membrii CEPAH consideră că forma revizuită de PIRIS ar trebui să reflecte vocea persoanei evaluate.

323 Procentul certificatelor cu termen de valabilitate de 1 an variază între 1,6% și 83,9% din total certificate în 2019.

324 Ponderea certificatelor cu termen de valabilitate de 1 an ia valori în intervalul 0% și 71,7% din total certificate în 2019

325 Conform datelor raportate de președinții CEPAH în chestionarul Q3A.

326 Aceasta este situația în 30 dintre cele 40 de SECPAH/CEPAH-uri studiate. În sondajul de opinie Q3B, 82% dintre membrii CEPAH (cu răspunsuri valide) au raportat că proiectele SECPAH de PIRIS au fost acceptate în forma lor inițială. În celelalte cazuri, principalul motiv pentru modificarea proiectelor SECPAH de PIRIS se referă la planuri incomplete și/sau care nu reflectă situația solicitantului.

327 O proporție de 87% din respondenți au confirmat declarația. Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=45), din 15 județe și un sector al Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

328 Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=43), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

329 HG nr. 430/2008, Anexa 2.

330 Spre exemplu, fotoliul rulant pentru care persoana trebuie să facă o nouă solicitare și un nou dosar ce se depune la CNAS. Sau la programele naționale de sănătate.

331 Citatele din acest paragraf provin din chestionare Q3B.

5.3.3 Certificatul de orientare profesională

Numărul total de certificate de orientare profesională eliberate în 2019 și 2020, raportat de președinții CEPAH în cadrul studiului instituțional Q3A, a fost deosebit de mic. Din 24 de comisii participante la studiu, doar CEPAH din două județe (SB și BR) și un sector din București (sectorul 5) au raportat numere mai mici de 5 certificate eliberate pe an, în timp comisiile din 16 județe au raportat că nu au eliberat certificate de orientare profesională, iar 5 CEPAH-uri nu au răspuns.³³² Așadar, un număr extrem de mic de persoane cu dizabilități au beneficiat în ultimii ani de evaluare vocațională finalizată cu un certificat de orientare profesională.

Pe de o parte, acesta este rezultatul reglementării conform căreia CEPAH eliberează un certificat de orientare profesională doar la solicitarea persoanei cu dizabilități, în baza unei cereri pe care o depune la primăria din localitatea în a cărei rază teritorială își are domiciliul/reședința sau la registratura DGASPC.³³³ Pe de altă parte, președinții CEPAH afirmă că numărul de certificate de orientare profesională este atât de mic fie pentru că SECPAH-urile nu efectuează evaluarea vocațională, fie pentru că interesul persoanei față de orientare profesională (sau alte servicii legate de piața muncii) nu este o temă de analiză sistematică pentru specialiști (ci se consideră dovedit doar prin cererea expresă depusă la primărie).

Slaba participare a persoanelor cu dizabilități pe piața muncii se reflectă și într-un număr redus de certificate eliberate pentru aplicarea prevederilor art. 58 sau 59 din Legea 263/2010 privind sistemul de pensii publice. Persoanele cu dizabilități care, de-a lungul vieții, au contribuit la pensie, au dreptul la reducerea vârștelor standard de pensionare și a stagiilor complete de cotizare. În anii 2019 și 2020, circa jumătate din eșantionul (de 24) CEPAH-uri au eliberat certificate de handicap care să permită persoanelor solicitante să beneficieze de

drepturile menționate. Numărul acestor certificate este în creștere, iar CEPAH-urile care le acordă menționează dificultăți în eliberarea acestora.³³⁴ Totuși, doar 3 CEPAH au dezvoltat o procedură specifică referitoare la eliberarea acestor certificate.

5.3.4 Acordarea măsurilor de protecție

Cele mai multe județe raportează numere mici de dosare, sub 1% din total dosare evaluate pe an, în care CEPAH stabilește măsuri de protecție, precum și activitățile și serviciile de care acesta are nevoie în procesul de integrare socială (asistent personal, asistent personal profesionist, servicii sociale la domiciliu sau centre de zi sau rezidențiale). Recomandări de măsuri de protecție necesare persoanei sunt făcute de SECPAH în cadrul PIRIS. Însă, pentru admiterea în centre publice rezidențiale sau de zi, persoana cu dizabilități ori reprezentantul legal al acesteia trebuie să depună o cerere în acest sens, la primăria în a cărei rază teritorială își are domiciliul sau reședința.³³⁵

De regulă, asistența socială în centre rezidențiale este decisă de comisiile de evaluare în cazul persoanei cu dizabilități căreia nu i se poate asigura îngrijirea corespunzătoare la domiciliu, fie din cauze sociale precum lipsa domiciliului, lipsa aparținătorilor, stare materială precară, fie pentru că persoana are nevoie de servicii specializate care nu sunt disponibile în comunitate. Majoritatea președinților CEPAH consideră că documentele disponibile la dosar permit o argumentare solidă a faptului că tratamentul și îngrijirea socio-medicală se pot realiza la domiciliul persoanei sau sunt necesare servicii sociale în centre rezidențiale.³³⁶ În plus, cele mai multe comisii (16 din 21) solicită un referat/adeverință/dovadă de la primărie din care să reiasă situația serviciilor la nivel de localitate și demersurile întreprinse pentru a menține persoana în familie/comunitate.³³⁷

332 În cazul unui județ (SJ), CEPAH nu a răspuns, dar SECPAH a raportat certificate de orientare profesională pentru circa 15% din total dosare, atât în 2019, cât și în 2020.

333 Un singur județ (BC) a declarat că eliberează certificatul de orientare profesională și fără o cerere expresă depusă de persoana în cauză, în baza evaluării vocaționale și a abilităților profesionale realizată de SECPAH (ca parte a evaluării complexe) și a interesului exprimat de persoana în cauză în cadrul interviului/interacțiunii cu SECPAH.

334 În 2019, 12 CEPAH-uri au raportat că au eliberat astfel de certificate, între 1 și 30 pe județ/pe an. În 2020, 15 județe au oferit date, raportând între 5 și 63 certificate pe județ/pe an. Celelalte CEPAH-uri studiate fie nu au acordat astfel de certificate, fie nu dețin date privind numărul acestora. Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 22 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

335 HG nr. 430/2008, art. 17, alin. (1). Totuși, în majoritatea județelor (13 din 19 care au răspuns la întrebare) este posibil ca o persoană care vine la evaluare în vederea obținerii unui nou certificat să depună simultan și cererea pentru admiterea în centre publice rezidențiale sau de zi.

336 În studiul instituțional Q3A, 18 dintre cei 23 președinți CEPAH care au răspuns la întrebare au exprimat această opinie.

337 În studiul instituțional Q3A, 21 de președinți CEPAH au răspuns la întrebare, dintre care 16 au declarat că solicită dovezi concrete că au existat încercări de a menține persoana în familie/comunitate care au eșuat și acordarea de servicii sociale în centre rezidențiale este ultima soluție propusă.

Asistența socială în centre de zi are în vedere furnizarea directă de servicii de recuperare, socializare sau diferite terapii. De cele mai multe ori, SECPAH/CEPAH face doar o recomandare de asistență în centre de zi și nu o referire propriu-zisă către astfel de servicii. Oricum, pentru că aceste servicii sunt insuficiente, iar cele existente sunt supraaglomerate, numărul de recomandări către centre de zi este infim prin raportare la nevoile persoanelor cu dizabilități, sub 50 pe an în cele mai multe județe.

- Cu privire la admiterea persoanele cu certificate cu termen de valabilitate de 1-2 ani, doar 6 comisii au dezvoltat o procedură specifică. Prin urmare, de obicei, decizia în această privință

este luată „după caz”, „acolo unde e cazul”, „în funcție de nevoi”.³³⁸

O jumătate dintre județele studiate raportează că există o listă de așteptare a celor care au făcut cerere/dosar de admitere în centre publice rezidențiale sau de zi. La 31 decembrie 2020, se găseau pe listele de așteptare între 3 și 141 persoane. O treime dintre președinții CEPAH declară că există cazuri în care cererea de admitere în centre publice rezidențiale sau de zi nu a fost aprobată pe motiv de lipsă de locuri disponibile la nivel de județ. Numărul de cereri respinse din lipsă de locuri a fost între 5 și 113 pe județ, în anul 2020 (fără să se fi înregistrat o creștere în contextul pandemiei de COVID-19).

5.4. Nevoia de reformă a sistemului de evaluare și determinare a dizabilității în România

În concluzie, este necesară o schimbare reală de paradigmă în evaluarea dizabilității. În opinia membrilor CEPAH (în Q3B), necesitatea reformei este la un nivel de 7,4, pe o scală de la 1-deloc la 10-total.³³⁹ Obiectivul reformei ar trebui să fie o evaluare a dizabilității care să fie robustă din punct de vedere științific și care, în același timp, să identifice cu precizie nevoile persoanelor cu dizabilități. O posibilă soluție ar fi introducerea în România a unor criterii bazate pe CIF și pentru adulții cu dizabilități, nu doar pentru copii și tineri. Aceasta este opinia împărtășită de aproape 75% dintre membrii comisiilor de evaluare, exprimată în cadrul sondajului de opinie Q3B. Ceilalți 25% fie afirmă că nu cunosc ce este CIF,³⁴⁰ fie explică că orice reformă este aproape imposibilă în condițiile actuale - număr mare de dosare și personal insuficient atât la SECPAH, cât și la CEPAH.

Principalele schimbări necesare, menționate mai frecvent, includ:

1. Adoptarea unor noi criterii de încadrare în grad de handicap care să permită abordarea holistică a persoanei, în baza unui model integrat care ia în considerare și consecințele pe care deficiențele le generează în planul funcționalității, al limitărilor de activitate și al restricțiilor de participare;
2. Elaborarea unor proceduri, instrumente și metodologii care să asigure o abordare unitară la nivel național. Dar acestea ar trebui, pe de o

parte, să țină cont de starea de fapt din prezent și, pe de altă parte, ar trebui să încorporeze opiniile tuturor părților interesate și nu doar pe cele ale specialiștilor (asociații de pacienți, asociații ale persoanelor cu dizabilități, furnizorii de servicii etc.);

3. Asigurarea de personal suficient care să fie selectat pe baza unor condiții clare și transparente, atât la nivelul serviciilor de evaluare, cât și al comisiilor;
4. Formarea personalului în CIF, dar care să țină cont de credința împărtășită de o mare parte dintre specialiști conform căreia doar criteriile medicale pot fi măsurate riguros;
5. Creșterea beneficiilor și dezvoltarea serviciilor pentru persoanele cu dizabilități, astfel încât să devină posibilă elaborarea unor planuri individuale de intervenție în acord cu nevoile persoanelor. Aceste planuri ar trebui însă să includă acțiuni privind recuperarea ce să poată fi monitorizate și în funcție de care persoana să fie evaluată atunci când revine pentru reînnoirea certificatului;
6. Activități de informare, educare, comunicare pentru populația generală și factorii de decizie care să schimbe credința generalizată că boala este handicap, că handicapul este dizabilitate și că certificatului de încadrare în grad de handicap este o compensație pentru anumite afecțiuni medicale.

338 Citate din chestionare Q3A completate de președinți ai comisiilor de evaluare.

339 În sondajul de opinie Q3B, 80% dintre membrii CEPAH au răspuns la această întrebare. Abaterea standard de 2,1.

340 Secțiunea 9.3.2. arată că formarea privind CIF este extrem de limitată la toate nivelurile, SPAS, SECPAH și CEPAH. În rândurile membrilor comisiilor, din 120 de membri, doar 8 (din 8 județe) au participat vreodată la o formare privind CIF.



Concluziile capitolului 5

Spre deosebire de majoritatea țărilor, România are procese separate pentru evaluarea dizabilității și determinarea dizabilității. Evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap este efectuată de SECPAH, etapă analizată în capitolul 4, iar decizia finală privind încadrarea în grad de handicap (determinarea) este luată de CEPAH, așa cum arată capitolul de față.

1

România implementează o procedură multidisciplinară pentru încadrarea în grad de handicap. La nivel legislativ, procedura de încadrare (determinare a dizabilității) a fost elaborată pe baza premisei că dizabilitatea este un fenomen multidimensional și este un rezultat atât al factorilor sociali, cât și al celor medicali. Cu toate acestea, în practică, încadrarea în grad și tip de handicap este realizată predominant pe modelul medical. Criteriile psihosociale sunt luate în considerare în mai mare măsură pentru acordarea dreptului la servicii (orientare profesională, asistent personal, măsuri de protecție), dar nu în stabilirea gradului și tipului de handicap. Majoritatea specialiștilor din comisiile de evaluare consideră că este necesară reforma sistemului de evaluare a dizabilității din România, o soluție viabilă fiind adoptarea unor noi criterii, care să permită abordarea holistică a persoanei, în baza unui model integrat ce ia în considerare și consecințele pe care deficiențele le generează în planul funcționalității, al limitărilor de activitate și al restricțiilor de participare, adică pe modelul CIF. Dar pentru a implementa o astfel de reformă, membrii comisiilor de evaluare subliniază că trebuie asigurat personal suficient care să fie selectat pe baza unor condiții clare și transparente și care să fie format în utilizarea CIF, atât la nivelul serviciilor de evaluare, cât și al comisiilor.

2

În mod obișnuit, comisiile de evaluare analizează un număr foarte mare de dosare care variază considerabil de la un județ la altul și de la un an la altul.³⁴¹ Dat fiind volumul mare de dosare, decizia privind soluția de încadrare în grad și tip de handicap este luată într-un timp prea scurt pentru a fi temeinică. Încadrarea se bazează pe analiza documentelor, iar solicitanții sunt rareori văzuți de membrii CEPAH. Durata medie a procesului decizional al comisiilor pentru fiecare caz este atât de scurtă – aproximativ 5 de minute – încât nu este posibilă o deliberare adecvată și luarea unei decizii bazate pe dovezi.

3

În consecință, decizia CEPAH este, în esență, aceeași cu recomandările SECPAH în baza evaluării complexe. Redundanța nu se referă doar la încadrarea/neîncadrarea în grad de handicap, ci și la Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) care recomandă activitățile și serviciile de care adultul cu dizabilități are nevoie în procesul de integrare socială. Rolul și responsabilitățile îndeplinite de CEPAH, în raport cu SECPAH, în cadrul demersului în vederea încadrării în grad de handicap ar trebui clarificate și standardizate la nivelul județelor. Este necesară o revizuire generală a rolului și responsabilităților CEPAH și ale SECPAH, care să țină cont de nevoia ca evaluarea și încadrarea să fie realizate de o singură structură instituțională și, pe cât posibil, cu ajutorul unor instrumente și proceduri standardizate, la nivelul tuturor județelor din România. În cadrul acestei revizui, ar trebui să se urmărească

341 De exemplu, în 2019, înainte de pandemie, numărul maxim de cazuri analizate de o comisie a fost de 12.807, ceea ce înseamnă o medie de 1.067 de cazuri pe lună, în timp ce numărul minim a fost de 2.700, cu o medie lunară de 225 dosare. În perioada pandemiei numărul de dosare a scăzut drastic. La nivelul eșantionului de 23 CEPAH-uri, numărul mediu de dosare pe județ s-a redus din 2019 în 2020, de la peste 6.100 la 4.800 dosare pe an.

plusul de valoare pe care îl poate crea CEPAH și evitarea suprapunerii sau a redundanței cu SECPAH. Îmbunătățirea procedurilor și instrumentelor de lucru va asigura creșterea performanței sistemului.

4

În România, spre deosebire de alte țări, încadrarea în grad de handicap este obținută de peste 90% dintre persoanele solicitante. Cu alte cuvinte, în general, pentru a obține certificatul, este suficient să ai o afecțiune medicală relevantă (care se regăsește în criteriile medico-psihosociale) și să îți depui dosarul. Cu toate acestea, rata mare de acordare a unui grad de handicap este acompaniată de un număr considerabil de contestații, atât de mare încât a fost necesară schimbarea aranjamentului instituțional prevăzut pentru contestarea certificatului.³⁴² Cele două fapte par contradictorii: dacă solicitanții încheie demersul cu succes (obținerea încadrării în grad de handicap), de ce sunt nemulțumiți atât de mulți? Pentru că nemulțumirea nu se referă doar la obținerea neîncadrării, ci mai ales la obținerea unui grad de handicap perceput ca fiind nesatisfăcător în raport cu nevoile și limitările persoanei. Prin urmare, demersul de determinare a dizabilității, așa cum se desfășoară în România în prezent (preponderent în baza modelului medical), produce nemulțumire, frustrări și percepții de inechitate, deși are ca rezultat o rată de peste 90% de aprobare a acordării beneficiilor de dizabilitate.

5

În conformitate cu reglementările în vigoare, comisiile de evaluare, pe lângă acordarea certificatului, au obligația de a elabora PIRIS în colaborare cu persoana cu handicap sau cu reprezentantul legal al acesteia, de a acorda certificatul de orientare profesională (la cerere), de a stabili măsurile de protecție/activitățile și serviciile de care acesta are nevoie în procesul de integrare socială. În această privință, membrii CEPAH arată că PIRIS ar trebui revizuit și conectat și la alte beneficii sau servicii decât cele existente în prezent, pentru a răspunde nevoilor concrete identificate în cadrul evaluării complexe. O jumătate dintre județele studiate raportează că există o listă de așteptare a celor care au făcut cerere/dosar de admitere în centre publice rezidențiale sau de zi. De asemenea, o treime dintre președinții CEPAH declară că există cazuri în care cererea de admitere în centre publice rezidențiale sau de zi nu a fost aprobată pe motiv de lipsă de locuri disponibile la nivel de județ. Așadar, dezvoltarea serviciilor pentru persoanele cu dizabilități și creșterea accesului la serviciile existente reprezintă o prioritate.

6

În practică, procesul decizional din cadrul CEPAH nu este participativ, interacțiunea cu solicitanții fiind foarte limitată sau inexistentă și nici nu încorporează un mecanism de feedback, ceea ce încalcă principiul „nimic pentru noi, fără noi”. Mai general, în România, întregul sistem de evaluare a dizabilității nu dispune de un mecanism de redresare a plângerilor care să completeze (nu să înlocuiască) canalele legale formale de gestionare a nemulțumirilor, precum sistemul judiciar sau mecanismul de audit organizațional.³⁴³

342 Acest subiect este abordat pe larg în capitolul 7.

343 Vezi și capitolul 7.

7

Procesul decizional din cadrul CEPAH nu este transparent. Absența unor proceduri sau norme de orientare este însoțită de lipsa unei motivări privind modul de luare a deciziilor cu privire la încadrarea/neîncadrarea sau gradul de handicap. Includerea unui jurist în componența SECPAH/CEPAH ar putea aduce valoare în transparentizarea procesului decizional de încadrare în grad de handicap. Oricum, prezența unui jurist în cadrul SECPAH/CEPAH ar rezolva doar parțial transparentizarea procesului decizional. Pentru a reduce la minim interferențele (politice sau de altă natură) în evaluarea și luarea deciziei în determinarea dizabilității, ar trebui să fie asigurată autonomia științifică și profesională a structurilor responsabile de evaluare. Un model ce ar putea fi luat în considerare este cel al sistemului de invaliditate. Iar, la modul ideal, ar putea fi creat pe modelul de la invaliditate un sistem unic care să cuprindă atât invaliditatea, cât și dizabilitatea. În acest mod, s-ar putea și reduce fragmentarea atât de accentuată a sistemului.

Cu toată presiunea dată de suprasolicitare, în condiții de responsabilitate asumată de a lua decizii care influențează viața persoanelor cu dizabilități, în percepția membrilor comisiile, procesul decizional este lin și eficient, situațiile de dezacord între membrii comisiei sunt raportate a fi rare, iar erorile de excluziune sau incluziune sunt raportate a reprezenta doar cazuri izolate.

8

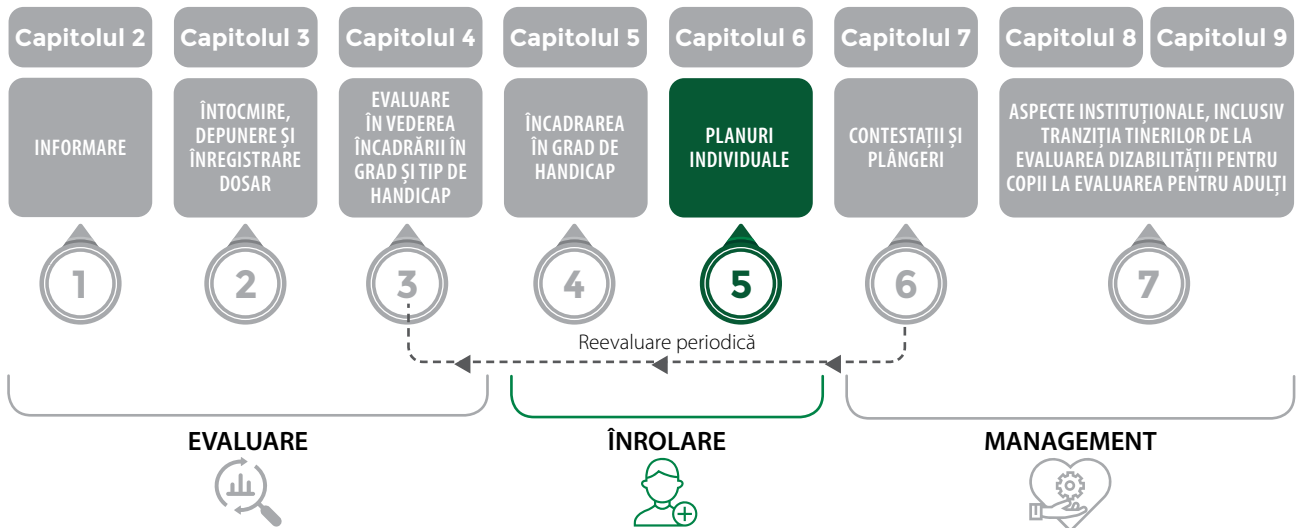
Practicile legate de modul de lucru al comisiilor de evaluare diferă considerabil între județe, în toți pașii demersului, de la cele referitoare la ședințele de lucru, cum și cine stabilește ce dosare intră într-o ședință, gestionarea și accesul la dosare pe parcursul demersului, până la stabilirea termenului de valabilitate a certificatelor de încadrare în grad și tip de handicap. Ceea ce au toate comisiile județene în comun este faptul că procedura de încadrare în grad și tip de handicap nu beneficiază de adaptări pentru grupurile vulnerabile.

Regândirea și punerea în aplicare a unei noi proceduri de lucru a CEPAH și a SECPAH, bazată pe principiile CIF, este necesară de urgență. Aceasta va oferi posibilitatea de a introduce un instrument de lucru mai relevant, mai robust din punct de vedere științific și mai comparabil, precum și o nouă abordare a procesului de determinare a handicapului. Noua procedură ar trebui elaborată prin coordonare între specialiști, asistenți sociali, experți internaționali ai CIF, factori de decizie politică și activiști din domeniul dizabilității. Acest lucru va oferi o ocazie unică de a reprojecța și introduce o abordare funcțională modernă pentru determinarea eficientă a dizabilității.





6. Identificarea nevoilor de servicii



Modul în care evaluarea handicapului este corelată cu sistemul de protecție socială pentru persoanele cu dizabilități reprezintă tema analizată în acest capitol. Identificarea nevoilor de servicii ale persoanelor cu dizabilități, pentru a planifica intervenția, este a-5-a etapă de bază a demersului de încadrare în grad de handicap. Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și Planul individual de servicii (PIS) sunt

instrumentele folosite în acest scop în România. Următoarele secțiuni examinează modul în care sunt întocmite planurile individualizate (PIRIS și PIS) și modul în care sunt puse în aplicare și monitorizate măsurile recomandate în aceste planuri. Într-o abordare centrată pe persoană, analiza combină datele instituționale cu feedback-ul persoanelor cu dizabilități referitor la experiențele lor în accesarea beneficiilor și a serviciilor sociale.

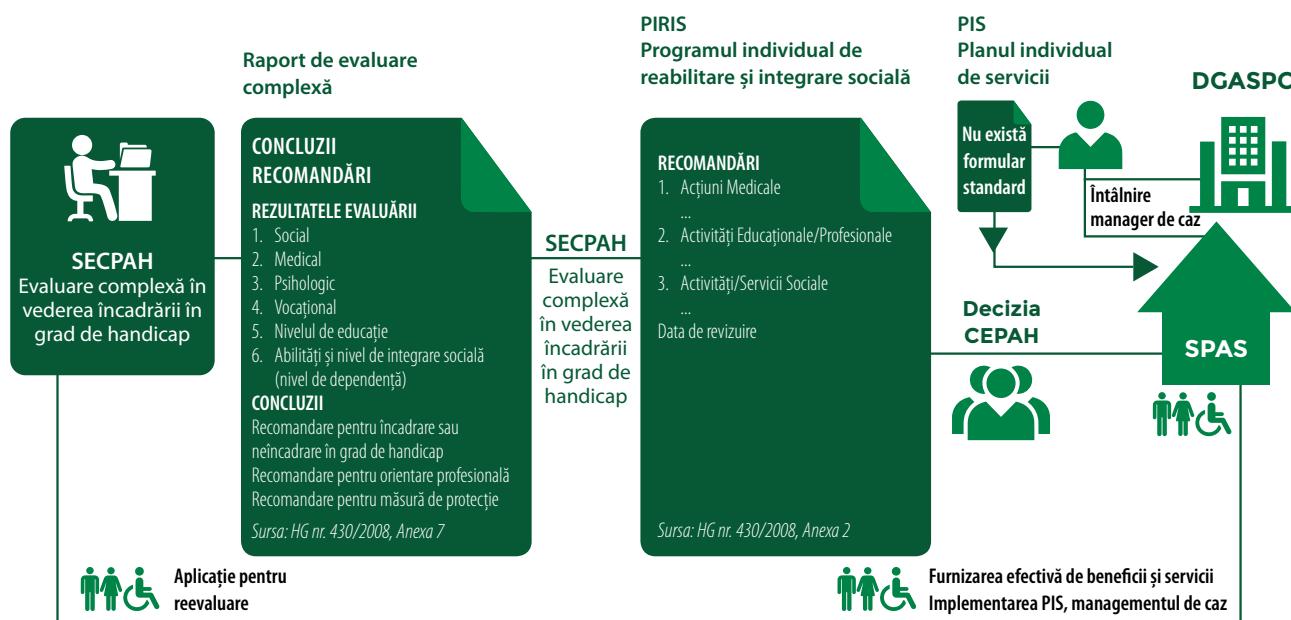
344 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

6.1. Identificarea nevoilor de servicii: O privire de ansamblu

După finalizarea etapei de evaluare complexă pe baza criteriilor medico-psihosociale,³⁴⁵ SECPAH elaborează raportul de evaluare complexă, care include rezultatele și recomandările cu privire la: încadrarea sau neîncadrarea într-un grad de handicap, orientarea profesională și măsurile de protecție (Schema 5). Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) include serviciile/acțiunile pe care le recomandă SECPAH pentru solicitant. Ulterior, dosarul solicitantului, însoțit de raportul de evaluare complexă și de PIRIS, este transmis secretariatului CEPAH. CEPAH ia decizia finală privind (1) încadrarea sau neîncadrarea într-un grad de handicap; (2)

certificatul de orientare profesională, pentru persoanele care solicită acest tip de evaluare; și (3) serviciile/acțiunile recomandate în PIRIS, inclusiv măsurile de protecție, cum ar fi asistentul personal/asistentul personal profesionist sau asistența socială prin centre rezidențiale sau centre de zi, publice sau private.³⁴⁶ Secretariatul CEPAH notifică persoanele privind eliberarea certificatului și trimite documentele aprobate prin poștă. În pasul următor, un manager de caz elaborează Planul individual de servicii (PIS), bazat pe PIRIS. Ulterior, SECPAH avizează PIS,³⁴⁷ iar managerul de caz coordonează și monitorizează punerea în aplicare a PIS și analizează progresele realizate de beneficiar.³⁴⁸

Schema 5: Etapa de identificare a nevoilor de servicii și legăturile acestora cu celelalte etape principale ale demersului de încadrare în grad de handicap: O privire de ansamblu



Mai jos, Figura 37, arată cum evoluează numărul de persoane de-a lungul etapelor demersului de încadrare în grad de handicap, de la evaluarea complexă și până la identificarea nevoilor de servicii, în 10 județe selectate, date la nivelul lunii noiembrie 2020. Astfel, din aproape 4.500 de solicitanți pentru care SECPAH elaborează un raport de evaluare complexă, numărul scade la

4.392 de beneficiari ai unui certificat de handicap stabilit de CEPAH, respectiv la mai puțin de 3.600 de beneficiari de PIRIS,³⁴⁹ mai puțin de 1.200 de beneficiari de PIS; și doar câțiva beneficiari de certificate de orientare profesională sau de măsuri de protecție (în conformitate cu reglementările, acestea sunt eliberate doar la cerere).

345 A se vedea mai multe detalii în capitolul 4, HG nr. 268/2007, art. 48.

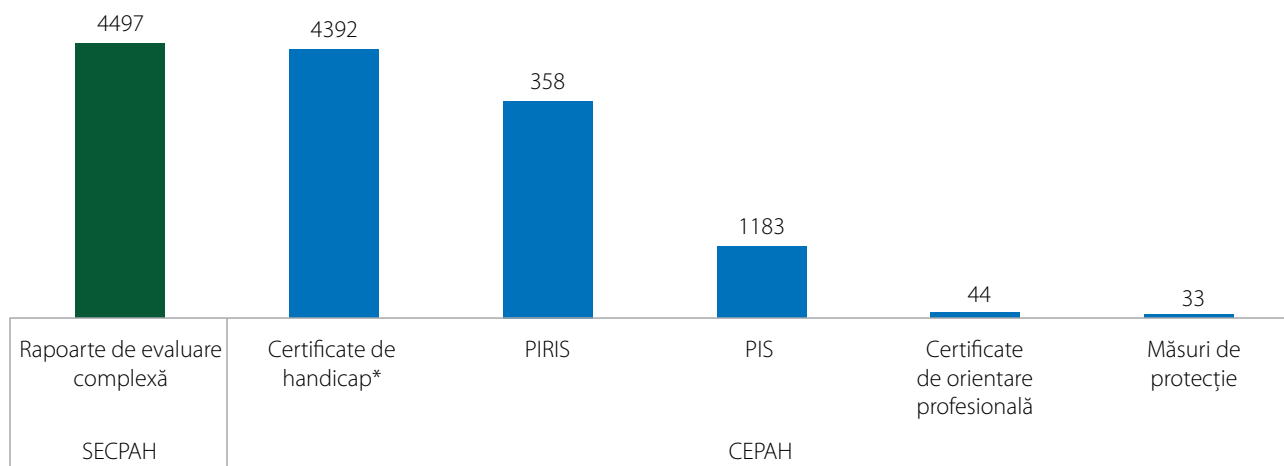
346 HG nr. 430/2008, art.2.

347 Ordinul nr. 2298/2012, art 5(d).

348 Legea nr. 448/2006, art. 5 (23).

349 Conform legislației, PIRIS se eliberează odată cu certificatul. Există însă atât situații în care PIRIS poate fi revizuit fără eliberarea unui nou certificat, cât și situații în care poate fi eliberat un nou certificat fără PIRIS (în cazurile în care este solicitată eliberarea certificatului pentru aplicarea prevederilor articolelor 58 sau 59 din Legea nr. 263/2010 când persoana, care are deja un certificat cu termen permanent, nu mai parcurge etapele evaluării complexe).

Figura 37: Demersul de încadrare în grad de handicap de la Etapa 3 de evaluare complexă până la Etapa 5 de identificare a nevoilor de servicii: Statistici generale, în noiembrie 2020 (număr de solicitanți/beneficiari)



Sursa: Date pentru noiembrie 2020 privind 10 județe care au raportat datele necesare în (1) Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) și (2) Studiul instituțional Q3C: Indicatorii de rezultat ai procesului de determinare a gradului de handicap pentru Secretariatul CEPAH, ianuarie-februarie 2021.

Notă: * Certificatele de handicap sunt eliberate atât în caz de încadrare, cât și în caz de neîncadrare într-un grad de handicap. Pentru neîncadrare, certificatul trebuie să conțină motivația.

În România, evaluarea nevoilor este realizată de SECPAH, potrivit art. 23 din HG nr. 268/2007, însă nu se realizează cu instrumente de evaluare adecvate și potrivit unei metodologii specifice.³⁵⁰ Singurele instrumente care cuprind concluzii privind nevoile persoanelor cu dizabilități sunt

Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și Planul individual de servicii (PIS). Următoarele secțiuni detaliază nivelurile și aspectele implementării și prezintă diferitele modele de operare elaborate la nivel județean pentru identificarea nevoilor de servicii.

6.2. Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS)

Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) este „documentul elaborat de Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (CEPAH), în care sunt precizate activitățile și serviciile de care adultul cu handicap are nevoie în procesul de integrare socială”.³⁵¹ În conformitate cu reglementările în vigoare, SECPAH formulează recomandările incluse în PIRIS pe baza concluziilor și recomandărilor din raportul de evaluare complexă,³⁵² în timp ce CEPAH are obligația să elaboreze PIRIS în colaborare cu persoana cu handicap sau cu reprezentantul legal al acesteia.³⁵³

Practica dominantă este ca echipa SECPAH să redacteze un proiect de PIRIS, specialiștii

completând (succesiv sau în echipă) capitolul corespunzător specializării lor (în 25 din 40 județe participante la sondaj). În alte județe, un singur specialist SECPAH, căruia i-a fost atribuit dosarul, completează toate capitolele acestuia (în 3 județe), în timp ce în altele, CEPAH sau secretariatul acesteia elaborează PIRIS, SECPAH nefiind implicat (5 județe). În sfârșit, există, de asemenea, șapte județe în care PIRIS este realizat de SECPAH sau CEPAH, fără să existe o practică specifică în acest sens. Oricum, potrivit șefilor SECPAH și președinților CEPAH, în 30 din cele 40 de județe studiate, SECPAH pregătește primul proiect de PIRIS, care este de obicei aprobat de CEPAH fără modificări.³⁵⁴

³⁵⁰ Art. 23. din HG nr. 268/2007: „Nevoile individuale ale persoanei cu handicap sunt evaluate în cadrul serviciului de evaluare complexă din cadrul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București, și vor fi precizate în planul individual de servicii”.

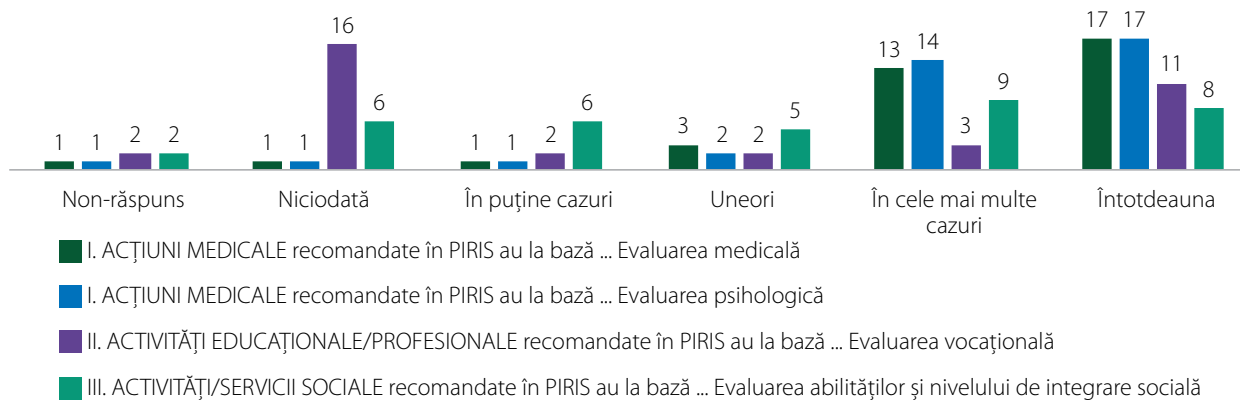
³⁵¹ Legea nr. 448/2006, art. 5 (25).

³⁵² HG nr. 268/2007, art. 50(c).

³⁵³ Legea nr. 448/2006, art 89 (1) (2).

³⁵⁴ În sondajul de opinie Q3B, 82% dintre membrii CEPAH (cu răspunsuri valide) au raportat că proiectele SECPAH de PIRIS au fost acceptate în forma lor inițială. În celelalte cazuri, principalul motiv pentru modificarea proiectelor SECPAH de PIRIS se referă la planuri incomplete și/sau care nu reflectă situația solicitantului.

Figura 38: Legătura dintre PIRIS și raportul de evaluare complexă: Date factuale (număr)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021. Suma barelor pe categorie este 36.

În celelalte 10 județe, PIRIS este cel mai adesea elaborat de CEPAH și de secretariatul acesteia.

În elaborarea și luarea deciziilor cu privire la PIRIS, nici în SECPAH, nici în CEPAH nu există un membru al echipei (cu o anumită specializare) care să contribuie mai mult decât ceilalți. De asemenea, nu există nici o arie de evaluare, nici o categorie de criterii care să cântărească mai mult decât celelalte.³⁵⁵ HG nr. 430/2008 reglementează raportul de evaluare complexă și PIRIS și oferă modele standardizate ale acestor instrumente (a se vedea și Schema 5). Prin design, acestea sunt corelate, raportul de evaluare complexă întocmit de SECPAH reprezentând datele de intrare în baza cărora sunt stabilite recomandările din PIRIS. Indiferent de autor (SECPAH sau CEPAH), PIRIS-ul se bazează pe modelul național standardizat în aproape toate județele.³⁵⁶

Totuși Figura 38 arată că legătura dintre concluziile raportului de evaluare complexă și recomandările incluse în PIRIS este mai slabă decât cea prevăzută în dispozițiile legale. Deoarece o parte semnificativă a SECPAH nu oferă o evaluare completă, serviciile și acțiunile incluse în PIRIS reflectă în mod adecvat rezultatele evaluărilor medicale și psihologice și, mai rar, rezultatele evaluărilor profesionale, educaționale și a abilităților și nivelului de integrare socială. În sondajul de opinie (Q3B), membrii CEPAH

furnizează informații similare, după cum arată Figura 39. Astfel, membrii CEPAH sunt mai degrabă critici și consideră că legătura dintre PIRIS și nevoile exprimate de solicitanți reprezintă doar 6, în medie, pe o scală de la 1 la 10. În schimb, în percepția specialiștilor SECPAH, serviciile și activitățile recomandate în cadrul PIRIS răspund în mod satisfăcător atât nevoilor identificate de evaluare, cât și celor exprimate de solicitant.³⁵⁷

În ceea ce privește beneficiarii de PIRIS, județele se împart în două grupuri. În 17 județe (din 40), toți solicitanții primesc un PIRIS anexat la certificatul de handicap, la sfârșitul demersului, indiferent de decizia de încadrare sau de neîncadrare într-un anumit grad de handicap. În celelalte județe (23), numai beneficiarii unui certificat cu încadrare într-un grad de handicap primesc ca anexă PIRIS (cei cu soluție de neîncadrare în grad de handicap primesc certificatul, dar nu și PIRIS). Însă, revizuirea PIRIS se face o dată cu prezentarea persoanei pentru o nouă evaluare. După ce o persoană obține un certificat cu valabilitate permanentă, PIRIS nu mai este actualizat. Prin urmare, pentru o parte considerabilă a persoanelor cu handicap, PIRIS nu are nicio relevanță. În sondajul de opinie, membrii CEPAH confirmă că peste 80% dintre persoanele cu un certificat de handicap permanent au un PIRIS care nu a fost revizuit de mai mult de 3 ani.³⁵⁸

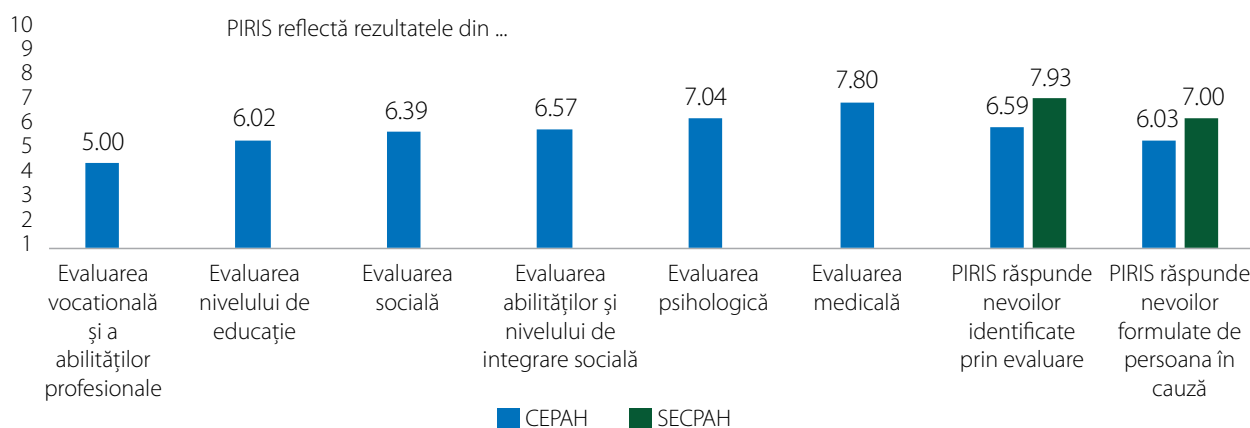
³⁵⁵ Date consolidate din studiile instituționale Q2A și Q3A pentru 35 județe și 5 sectoare ale Bucureștiului.

³⁵⁶ HG nr. 430/2008, Anexa 2. Cinci județe nu au răspuns.

³⁵⁷ În sondajul de opinie, au fost evaluate ambele aspecte cu scoruri medii de 7-8 (Figura 39), pe o scală de la 1-deloc la 10-total, și valorile abaterii standard mai mici de 2. Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=181), ianuarie-februarie 2021.

³⁵⁸ O proporție de 87% din respondenți au confirmat declarația. Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=45), din 15 județe și un sector al Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Figura 39: Legătura dintre PIRIS și raportul de evaluare complexă: Opinii ale specialiștilor din SECPAH și CEPAH (valori medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)



Surse: (1) Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=181), din 36 județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021; (2) Sondajul de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor comisiilor de evaluare pentru încadrarea persoanelor adulte în grad și tip de handicap (CEPAH, N=46), din 24 de județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Numărul total de PIRIS a urmat aceeași tendință ca și numărul de dosare evaluate de SECPAH.³⁵⁹ Acesta a scăzut considerabil în timpul pandemiei COVID-19, cu o variație semnificativă între județe.³⁶⁰ Pe ansamblu, în perioada pre-COVID (2019), la nivel național, SECPAH/CEPAH pregăteau, în medie, aproximativ 550 de PIRIS pe lună pe județ. Numărul minim de PIRIS pregătite într-un județ (în GR) a fost de peste șase ori mai mic decât cel maxim (în OT); aproximativ 150 comparativ cu peste 970. Din cauza măsurilor de prevenire și combatere a efectelor pandemiei COVID-19,³⁶¹ numărul mediu de PIRIS per județ a scăzut la 415 (sau cu 24%), în noiembrie 2020. Scăderea numărului de PIRIS a fost înregistrată în toate județele, dar reducerea a variat foarte mult, deoarece în unele județe aproape s-a înjumătățit, în timp ce în alte județe a scăzut cu numai 7%. În același timp, discrepanțele dintre județe au persistat.

De remarcat, există diferențe între datele privind PIRIS raportate de SECPAH și CEPAH. O analiză comparativă arată că diferențele de date nu urmează

un anumit model. În ceea ce privește cele 15 județe care au furnizat toate datele, diferența agregată dintre cele două seturi de date este de aproximativ 1.000 de PIRIS pe lună. Decalajul atinge peste 8.000 de PIRIS la nivelul unui an (2020).³⁶² Existența unor baze de date/înregistrări paralele care nu sunt verificate încrucișat de SECPAH și CEPAH este cauza principală a acestei inconsistențe în materie de date.³⁶³ Alte cauze se referă la prelucrările limitate de date pe care le permit aplicațiile software existente și gestionarea predominant manuală a datelor. După cum se menționează într-un chestionar Q2A: „Deoarece multe dintre date nu au putut fi obținute pe baza software-ului D-SMART, fiind prelucrate manual, pe baza altor indicatori de la nivelul SECPAH, pot exista mici erori în date.” După ce echipa de cercetare a verificat de două ori cu șefii SECPAH și președinții CEPAH, și a corectat și validat datele în colaborare cu acestea, din 15 județe (care au completat chestionarele Q2A și Q3A), 13 județe încă mai înregistrează discrepanțe.

359 A se vedea, de asemenea, capitolul 4 și secțiunea 9.2.1.

360 Estimările incluse în prezentul paragraf se bazează pe datele din 15 județe care au raportat datele necesare în (1) studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) și (2) studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea comisiilor de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (CEPAH), ianuarie-februarie 2021.

361 Legea nr. 55/2020, art. 4 (5).

362 O mică parte din această diferență provine din faptul că CEPAH (spre deosebire de SECPAH) poate emite PIRIS și la cerere. Totuși, astfel de situații au fost raportate (în cadrul sondajului Q3A) doar în trei județe și numai pentru anul 2020.

363 A se vedea, de asemenea, secțiunile 9.2.4 și 9.3.5 privind gestionarea datelor și sistemul informatic.

Elaborarea PIRIS nu este un proces participativ, cum se prevede în legislație.³⁶⁴ Majoritatea județelor studiate raportează că SECPAH colectează „opinia (feedback-ul) persoanelor cu privire la serviciile și acțiunile cuprinse în PIRIS, iar CEPAAH (și secretariatul acesteia) ajustează în consecință PIRIS”. Cu toate acestea, nici un județ studiat nu a elaborat o procedură de lucru cu privire la elaborarea și folosirea PIRIS-ului și nici, spre exemplu, pentru situațiile în care un solicitant nu este de acord cu reprezentantul său legal referitor la un anumit serviciu sau acțiune inclusă în PIRIS. În numai 8 județe (din 40), SECPAH și CEPAAH raportează că elaborează mai întâi o versiune a PIRIS, care este apoi discutată cu solicitantii și reprezentanții acestora, modificată și adaptată la nevoile specifice ale persoanei. Practica generală (în 29 județe) este aceea ca specialiștii (SECPAH sau CEPAAH) să elaboreze o singură versiune de PIRIS, implicarea persoanelor solicitante fiind limitată la a fi informate cu privire la acesta și a-l primi împreună cu certificatul de handicap, la finalul demersului. În plus, există, de asemenea, trei județe în care „feedback-ul solicitanților nu este colectat și nici încorporat în PIRIS”. Persoanele cu dizabilități intervievate au relatat același lucru. Cei mai mulți dintre ei nici măcar nu știau ce este PIRIS. L-au identificat doar după ce i-a informat cercetătorul.

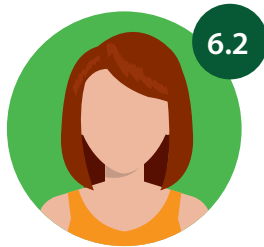
Nimeni nu le-a cerut vreodată părerea sau nu le-a explicat ce este PIRIS și la ce este util pentru ei.

Modelul actual al PIRIS se concentrează exclusiv pe nevoi și nu menționează resursele persoanei, modul în care persoana dorește să trăiască sau planurile sale de viitor. Prin urmare, PIRIS-urile, așa cum sunt acum, au o legătură slabă cu concluziile evaluării complexe și nu reprezintă nici măcar o schiță a unui plan de intervenție. Ca parte a studiului instituțional Q3A, CEPAAH din opt județe au trimis pachetul de documente aprobate pentru ultimele trei persoane evaluate în cadrul celei mai recente ședințe CEPAAH. Analiza acestui eșantion de PIRIS-uri arată că acestea sunt abia completate. Două exemple de PIRIS-uri ceva mai completate sunt oferite în Figura 40. Altele sunt goale, nici măcar data revizuirii nefiind menționată, sau conțin un singur cuvânt, cum ar fi „oncologie”. Persoanele cu handicap intervievate au furnizat unele specimene suplimentare de PIRIS, care sunt similare celor incluse în eșantion. Exemplele completate includ recomandări generale, cum ar fi tratamentul medical de specialitate sau medicamente „așa cum a prescris medicul,” sprijin familial sau loc de muncă „în funcție de starea de sănătate,” în timp ce secțiunile privind educația și activitățile profesionale sunt cel mai adesea necompletate.



„Am vrut să refac gradul să fac o cerere și să reevalueze certificatul Alexandrei din perspectiva încadrării în grad și din perspectiva programului de recuperare. Asta trebuie să existe acolo, chiar dacă este o hârtie fără nicio semnificație. Am vrut să fac asta... Când a venit asistentul social, am insistat să scriu că are nevoie de terapie ocupațională. Se pare că li se spune să nu scrie. În cele din urmă, când m-am dus a doua oară, am văzut că lipseau exact lucrurile pe care îi cerusem să le scrie pentru evaluare. I-am spus, doamnă, că fiica mea are nevoie de terapie ocupațională. Ea mi-a spus că nu au terapie ocupațională... Dar când faceți o evaluare și mă întrebați care sunt nevoile mele, vă rog să scrieți acolo că are nevoie de terapie ocupațională. Nu puteți să-mi scrieți că nu avem, dar nu mă interesează că nu aveți, nu aveți, asta e povestea dumneavoastră. Povestea mea este să fac o consemnare corectă și din acest motiv am vrut să refac astfel încât în certificatul din planul de intervenție personalizat sau cum i se mai spune... să fie introdusă nevoia copilului meu de terapie ocupațională.” (Interviu reprezentant ONG, București)

364 Legea nr. 448/2006, art. 89 (1) (2).



6.2

„În planurile de reabilitare, mi s-a spus doar să evit situațiile conflictuale, nu mi s-a recomandat să merg în anumite stațiuni. Mi-ar fi plăcut acest lucru. Ce se întâmplă? Alți psihiatri îmi spun că boala mea psihică nu recomandă să merg la munte - zona alpină, dar zona prealpină - până la 600-700 de metri altitudine. Aici, în PIRIS nu scrie așa ceva și ar fi trebuit să scrie. Ar fi trebuit să scrie și ce stațiuni sunt indicate pentru boli psihice: stațiuni și tratament. [...] PIS și PIRIS sunt capsate pe certificat. Pe unul dintre ele scrie doar atât: pentru evitarea situațiilor conflictuale, mi se recomandă ședințe de psihoterapie. Nu sunt de acord cu ele, doar dacă psihologul este foarte bun și doar dacă ședințele mi se par inteligente. Nu știu cum să zic și mi se recomandă să urmez și tratamentul medicamentos. Și asta fac oricum. Asta e tot ce îmi spune”. (Interviu cu PAH, femeie)



6.3

„ - Când ați primit certificatul de handicap, acesta avea atașate și alte documente. Cumva PIRIS? Poate PIS?

- Nu știu să vă spun. Așteptați puțin să vedeți ce am primit prin poștă. O să vă spun imediat. Deci, prin poștă am primit o adresă prin care eram informat că am fost evaluat și că pot să merg, ce este programul cu publicul și că drepturile bănești se realizează din oficiu, în funcție de gradul în care am fost încadrat. Urmat de certificatul propriu-zis, urmat de anexa la certificatul de încadrare, care sunt trei rânduri și anexa doi la certificatul de încadrare. Ah, asta e, am găsit. Mai este și Programul de reabilitare și integrare socială. O hârtie în care scrie: tratament antidrog, activități de educație profesională și activități de servicii sociale. Asta e tot.” (Interviu cu PAH, bărbat, 45 de ani)

Figura 40: Două exemple de PIRIS

COMISIA DE EVALUARE A PERSOANELOR ADULTE CU HANDICAP

PROGRAM individual de reabilitare si integrare sociala

Activități medicale (dispensarizare cu tratament medical chirurgical, ortopedic, în funcție de afecțiunea care a produs handicapul):

Tratament de specialitate .Dispensarizare psihiatrica si neurologica.

Activități educative:

Activități profesionale (unități protejate/centre de integrare prin terapie ocupațională; încadrarea în activități economice sau activități protejate coofte în reabilitarea funcțională, scolarizarea în unități specializate):

Activități sociale (terapie în centre de tratament și reabilitare; asistență socială prin comisiile locale, organizații neguvernamentale):

Asigurarea unui asistent personal prin primăria de domiciliu.Spriin familial pentru continuarea studiilor si implicarea in viata sociala.

Prezentul program individual de recuperare, readaptare și integrare socială însoțeste certificatul de încadrare în gradul de handicap a persoanei

COMISIA DE EVALUARE A PERSOANELOR ADULTE CU HANDICAP

PROGRAM INDIVIDUAL de reabilitare și integrare socială

Numele _____ Prenumele _____ C.N.P. _____

I. ACȚIUNI MEDICALE

- tratament medicamentos prescripția de medicament specializat
- tratament chirurgical / ortopedic la cabinet
- asistență medicală la domiciliu / în ambulatoriu
- kinetoterapie / fizioterapie
- gimnastică medicală
- ergoterapie / terapie ocupațională
- psihoterapie de suport
- meloterapie
- art - terapie
- altele chiaro-muscularitate în tratament neurologia

II. ACTIVITĂȚI EDUCATIONALE / PROFESIONALE

- orientare profesională / reorientare
- clarificare în muncă / recalificare
- învățământ în unități școlare obișnuite / speciale
- încadrare în muncă p. servicii protejate
- loc de muncă protejată
- atelier protejată
- muncă la domiciliu conservarea stării de sănătate
- unitate protejată
- unitate economică
- reducerea programului de lucru
- condiții ambientale bune

III. ACTIVITĂȚI / SERVICII SOCIALE

- asistență și îngrijire la domiciliu suport familial sprijin afectiv
- mijloace de autoservire
- asistent personal / însoțitor
- asistent personal profesionalist
- asistență socială prin centre de zi publice / private
- asistență socială prin centre rezidențiale publice / private

IV. DATA DE REVIZUIRE la cerșirea beneficiarului de handicap

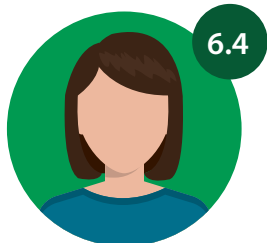
PREȘEDINTE, _____

Secretar, _____

Sursa: Modele extrase din eșantionul de PIRIS atașate la chestionare Q3A.

Prin urmare, „dezvoltarea PIRIS, care este acum o bucată de hârtie fără rost, este o necesitate”³⁶⁵ reprezintă opinia împărtășită de aproximativ o treime din specialiștii SECPAH și CEPAH care au participat la sondajele de opinie.³⁶⁶ Cu toate acestea, doar modificarea formularului standard nu ar face

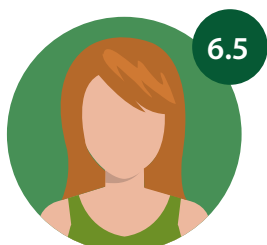
PIRIS eficient atâta timp cât pachetul de servicii conectat la evaluarea nevoilor nu este extins, serviciile nu devin disponibile, în special în zonele rurale, și nu este pus în funcțiune un mecanism de monitorizare a implementării PIRIS/PIS.



„Noi considerăm că aceste PIRIS sunt o muncă birocratică, în plus. Indicațiile din plan sunt respectate doar în 1% din cazuri. În orașele mici și comune, nu au [serviciile] unde să se ducă. Cu toate acestea, ei [solicitanții] sunt interesați doar de valoarea monetară.” (Focus grup CEPAH)

PIRIS-urile existente sunt de slabă calitate, iar conținutul lor nu este introdus în baza (bazele) de date SECPAH/CEPAH. Dintre cele 25 de județe care au extras informații din bazele lor de date în legătură cu PIRIS, doar trei CEPAH au fost în măsură să furnizeze date cu privire la persoanele cu recomandarea de îngrijire la domiciliu și doar șapte județe cu privire la serviciile de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă.³⁶⁷ De asemenea, din rapoartele SECPAH, doar între 4 și 11 județe (din 36) au putut furniza date (pentru perioada 2019-2020) privind numărul de PIRIS-uri care includ servicii de asistent personal, de

îngrijire în centre de zi publice/private sau în centre rezidențiale, recomandare de program de stimulare cognitivă, psihoterapie; sau orice tip de program de educație (formală și non-formală) pentru a completa educația persoanele care au abandonat sau care au părăsit timpuriu școala.³⁶⁸ În consecință, datele din PIRIS nu sunt înregistrate și analizate pentru a identifica nevoile de servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități la nivel județean. Așadar, în prezent, PIRIS nu reprezintă un instrument eficient nici la nivel individual, nici la nivel de politici publice.



„- PIRIS este alături de certificatul de handicap care este propus de SECPAH. Este doar un act administrativ, doar o hârtie. SECPAH să facă recomandări pentru că ei cunosc persoanele cu dizabilități. Ar fi necesar pentru evaluarea pentru permisul de conducere, apoi înregistrăm ce rezultă din documentele medicale. Dar ele rămân doar pe hârtie, nu le monitorizează nimeni. Dacă noi am recomandat ceva, de exemplu, recuperarea. Omul nu vine din anumite motive, pentru că îl costă, distanța este foarte mare, nu se acomodează, sau asistentul personal are un loc de muncă și nu are timp. Pe partea de reintegrare, nu depinde de comisie, ONG-urile trebuie să dezvolte anumite servicii. Nu au nici măcar manageri de caz pentru adulți.

- Avem un centru de recuperare, dar cei care obțin diploma nu vin. Cei de până la 45 de ani vor să muncească. Oamenii au PIRIS și noi, membrii comisiei, semnăm acest document, dar depinde de persoana respectivă dacă se recuperează sau nu. Nu sunt suficiente centre de recuperare în județ.

- La fel se întâmplă și în alte județe, mai eliberăm un document, fără niciun scop, mai consumăm niște toner”. (Focus grup CEPAH 1)

365 Focus grup SECPAH 3.

366 Aproximativ 30% nu au răspuns la întrebare și 37% consideră că PIRIS nu ar trebui schimbat.

367 Studiul instituțional Q3C: Indicatori de rezultat ai procesului de determinare a dizabilității pentru Secretariatul CEPAH (N=25), din 23 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

368 Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

6.3. Planul individual de servicii (PIS)

Planul individual de servicii (PIS) reprezintă „documentul care fixează obiective pe termen scurt, mediu și lung, precizând modalitățile de intervenție și sprijin pentru adulții cu handicap, prin care se realizează activitățile și serviciile precizate în Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS).”³⁶⁹ Conform reglementărilor actuale, pentru persoanele adulte cu dizabilități, un manager de caz³⁷⁰ întocmește PIS la nevoie și îl trimite spre avizare către specialiștii din cadrul SECPAH. De asemenea, managerul de caz înaintează PIS-ul către serviciul public de asistență socială (SPAS) din localitatea de domiciliu sau de reședință a persoanei, spre implementare, precum și persoanei vizate.³⁷¹ Beneficiarii utilizării metodei managementului de caz sunt: persoane adulte încadrate în grad de handicap aflate în sistem rezidențial și persoane adulte încadrate în grad de handicap aflate în familie, având în implementare un plan individual de servicii și alte măsuri de protecție.³⁷² Astfel, trebuie numit un manager de caz pentru a avea un plan individual de servicii (PIS). Cu toate acestea, un manager de caz este numit numai pentru persoanele adulte cu handicap aflate în familie, care au deja PIS în implementare. Această lipsă de claritate a cadrului juridic actual lasă loc pentru interpretări și practici de aplicare diferite, atât în ceea ce privește PIS, cât și în ceea ce privește managementul de caz pentru persoane adulte cu handicap. Această secțiune se concentrează asupra modului în care este elaborat PIS-ul și în care sunt puse în aplicare și monitorizate măsurile/acțiunile propuse.

În toată țara, există trei practici în elaborarea Planului individual de servicii (PIS) pentru persoanele adulte cu dizabilități. Dintre cele 40 de județe cuprinse în sondaj,³⁷³ 21 SECPAH nu

utilizează PIS, 13 SECPAH elaborează PIS cel puțin pentru anumite categorii de persoane cu dizabilități, iar șase SECPAH doar avizează PIS-uri elaborate de managerii de caz pentru beneficiarii serviciilor sociale (publice sau private). Practica de a nu utiliza PIS nu depinde de dimensiunea populației de persoane cu dizabilități înregistrate în județ.³⁷⁴ În județele cu un număr mare de persoane cu dizabilități (peste 20.000 de persoane), practica comună SECPAH este să se limiteze la avizarea PIS-urilor prezentate de managerii de caz, de obicei doar pentru persoanele care trăiesc în centre rezidențiale. În județele cu mai puține persoane cu dizabilități, mai des SECPAH elaborează PIS fie pentru toți beneficiarii unui certificat cu încadrare într-un grad de handicap, fie pentru categorii largi, cum ar fi persoanele cu un grad de handicap cel puțin accentuat sau persoanele cu handicap grav și cu asistent personal.

Utilizarea PIS-ului nu este distribuită echitabil în întreaga țară. După cum s-a arătat mai sus, în mai mult de jumătate din țară, nicio persoană cu dizabilități nu beneficiază de un PIS. În schimb, în 13 județe aproape toate persoanele cu handicap au un PIS, în timp ce în șase județe doar persoanele instituționalizate îl au. Mai mult, revizuirea PIS nu este reglementată. Conform standardelor minime obligatorii de calitate, managerul de caz elaborează PIS la nevoie și îl revizuieste tot la nevoie.³⁷⁵ De obicei, revizuirea PIS se face o dată cu reevaluarea certificatului și reînnoirea PIRIS. Odată ce o persoană obține un certificat cu valabilitate permanentă sau este încadrată în gradul de handicap ușor, PIS nu mai este actualizat. Prin urmare, pentru o mare parte a persoanelor cu handicap, PIS fie lipsește, fie este depășit.

369 Legea nr. 448/2006, art. 5 (24).

370 Managerul de caz este „membrul echipei pluridisciplinare care coordonează, monitorizează și evaluează îndeplinirea planului individual de servicii (PIS), precum și măsurile luate în legătură cu adultul cu handicap în conformitate cu Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, art. 5, alin. (23)”.

371 HG nr. 268/2007, art. 50 (d); Ordinul nr. 2298/2012, art. 5 (e).

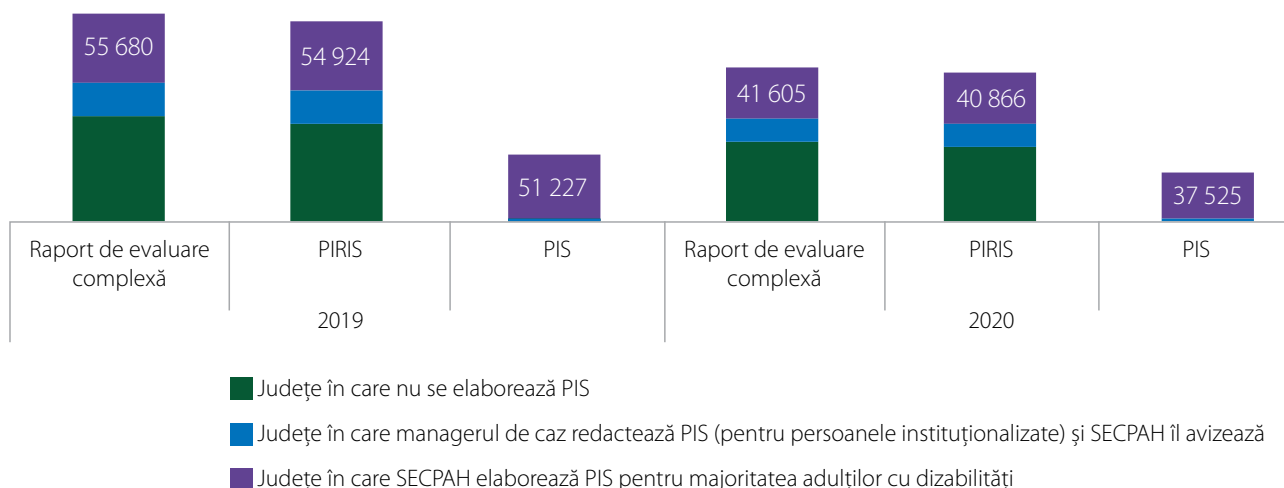
372 Numirea unui manager de caz este responsabilitatea furnizorului de servicii sociale publice/private. Ordinul nr. 1218/2019 pentru aprobarea Standardelor specifice minime obligatorii de calitate privind aplicarea metodei managementului de caz în protecția persoanelor adulte cu dizabilități, Standardul 1, cerința minimă 3.

373 Date consolidate din studiile instituționale Q2A și Q3A pentru 35 județe și 5 sectoare ale Bucureștiului.

374 A se vedea secțiunea 1.3.

375 Managerul de caz trebuie să reevalueze periodic planul de acțiune și, în funcție de nevoile beneficiarului, să decidă revizuirea PIS sau a altor documente și să facă propuneri concrete pentru completarea/modificarea acestuia. Ordinul nr. 1218/2019 Standard 3, Cerință minimă 9.

Figura 41: Numărul total de PIS-uri pentru 29 de județe, după strategia pe care o are SECPAH referitor la elaborarea PIS-ului pentru adulții cu dizabilități



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 26 județe și 3 sectoare ale Bucureștiului, care au raportat datele necesare, ianuarie-februarie 2021.

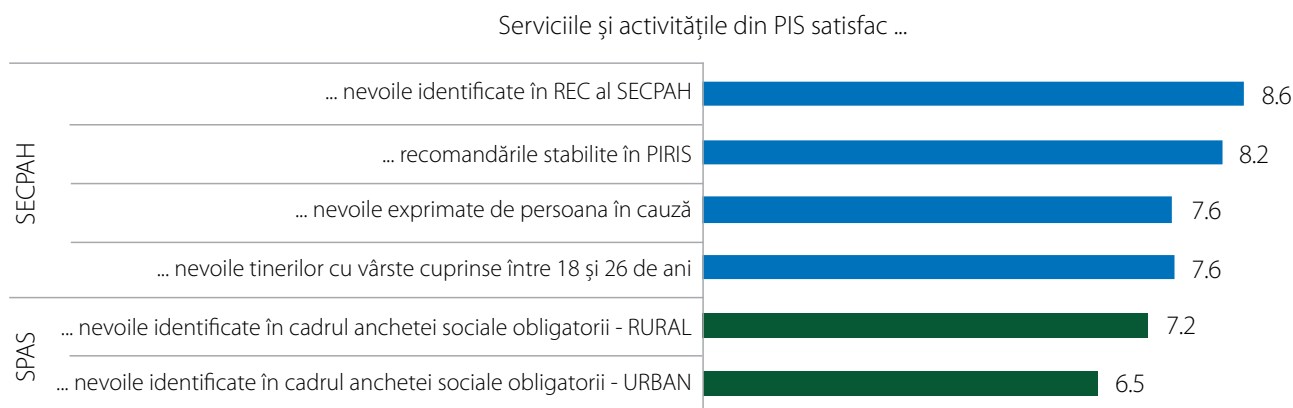
Numărul total de PIS-uri a urmat aceeași tendință ca și numărul de dosare evaluate de către SECPAH sau ca și numărul de PIRIS-uri (Figura 41).³⁷⁶ Acesta a scăzut considerabil în timpul pandemiei COVID-19, cu o variație semnificativă între județe. Figura 41 arată cum a evoluat numărul agregat de PIS-uri în 2019-2020 pentru 26 județe și 3 sectoare ale Bucureștiului, din care 14 nu folosesc PIS, 4 au doar PIS întocmit de managerii de caz și 11 unde SECPAH elaborează PIS pentru majoritatea persoanelor cu dizabilități. La nivel agregat, aproximativ o treime din toate dosarele evaluate au un PIS corespunzător, atât în 2019, cât și în 2020. Cu toate acestea, aproximativ 95% din totalul PIS provin din județele în care SECPAH elaborează PIS, în timp ce celelalte 5% reprezintă PIS elaborate de managerii de caz și avizate de SECPAH. În județele în care SECPAH elaborează PIS, numărul mediu de PIS pe lună pe județ a scăzut de la 500 în noiembrie 2019, la 300 în noiembrie 2020. În schimb,

în județele în care doar managerii de caz întocmesc PIS (de obicei pentru persoanele cu handicap instituționalizate), numărul mediu de PIS pe lună a rămas fix la aproximativ 50, în medie. Același lucru este valabil și în județele în care SECPAH nu a utilizat PIS.

Prin design, PIS este instrumentul care ar trebui să arate modalitățile prin care se realizează efectiv activitățile și serviciile recomandate în PIRIS. Nu numai legătura dintre PIS și PIRIS, ci și cea dintre PIS și raportul de evaluare complexă este satisfăcătoare, în opinia specialiștilor SECPAH. De asemenea, este destul de adecvată legătura dintre PIS și nevoile exprimate de persoane (fie că este vorba de tineri, fie că nu). Reprezentanții SPAS sunt mai critici și cred că PIS ar putea fi îmbunătățit pentru a răspunde mai adecvat nevoilor identificate prin intermediul anchetei sociale obligatorii, mai ales pentru adulții cu dizabilități din mediul urban.

376 A se vedea, de asemenea, capitolul 4 și secțiunea 9.2.1.

Figura 42: Legătura dintre PIS și raportul de evaluare complexă (REC), PIRIS și nevoile identificate în ancheta socială: Opinii ale specialiștilor din SECPAH și SPAS (valori medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)



Surse: (1) Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=139), ianuarie-februarie 2021. (2) Sondajul SPAS cu răspunsurile oferite doar de asistenții sociali care au văzut vreodată un PIS/PIRIS din 33 de localități (N=20 rurale și 13 urbane) situate în 18 județe; sectoarele din București nu sunt incluse, deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Fapt este că, din 32 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului care au participat la studiul instituțional Q2A, doar cinci SECPAH dețin o procedură de lucru aprobată pentru elaborarea PIS. Doar un singur SECPAH a furnizat echipei de cercetare procedura specifică de lucru privind PIS. Aceasta se referă numai la relația dintre PIS și PIRIS. În mod special, în acest județ, aprobarea PIS determină necesitatea de a elabora un nou PIRIS aliniat la PIS. Nu se menționează implicarea persoanei vizate.³⁷⁷

PIS-urile existente sunt doar liste de recomandări generale care nu respectă nici măcar standardele de bază ale informării adecvate, cu atât mai puțin orientarea sau îndrumarea persoanelor cu dizabilități către serviciile necesare. Nu există un format național standardizat pentru PIS. Doar șase SECPAH (dintre cele 36 studiate) au elaborat un model specific pentru PIS. Ca parte a studiului instituțional Q3A, CEPAH din opt județe au trimis pachetul de documente aprobate pentru ultimele trei persoane evaluate în cadrul celei mai recente ședințe CEPAH. Analiza acestui eșantion de PIS-uri arată că acestea sunt completate în mod aleatoriu, fără elemente specifice pentru tineri sau vârstnici, sau orice alt grup vulnerabil. Cu sau fără un anumit model, cel mai adesea, PIS este un tabel

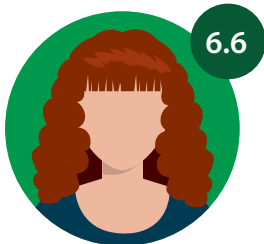
care reproduce structura PIRIS. Un exemplu este prezentat în Anexa 6.

Cel mai adesea, „obiectivele pe termen scurt, mediu și lung” impuse în legislație³⁷⁸ sunt activități sau servicii precum „îngrijirea și supravegherea specializată permanentă” sau „activități de socializare și terapie ocupațională gratuite”. Activitățile sunt organizate pe capitole, de obicei servicii medicale, psihologice, profesionale și sociale (asistență sau protecție), în timp ce serviciile/activitățile sunt prezentate în liste cu căsuțe de bifat. Modelul specifică perioada pentru furnizarea tuturor serviciilor/activităților pe capitol, cu categorii de răspuns, cum ar fi șase luni, 12 luni sau permanente. Persoanele/instituțiile responsabile nu sunt alocate pentru fiecare serviciu/activitate, ci pe capitole și includ de la medic de familie la medic de specialitate, psihologi, consilieri sau angajatori.

În legislație, nu există o cerință expresă privind elaborarea PIS pe baza interacțiunii cu persoana cu dizabilități în cauză. La fel ca PIRIS, PIS-ul se concentrează exclusiv pe nevoi și nu menționează resursele persoanei, modul în care persoana dorește să trăiască sau factorii de mediu. În același timp, câteva persoane cu dizabilități intervievate care au primit PIS au menționat că nimeni nu le-a explicat semnificația sau utilizarea acestuia.

377 Procedura generală SECPAH, secțiunea 7.3.2.2 privind particularitățile evaluării gradului de handicap pe baza criteriilor medico-psihosociale, județul IS.

378 Legea nr. 448/2006, art 5(24).



„Da, în acel document se recomandă să merg la recuperare, la...dar nu am primit o foaie cu...de exemplu să mi se zică există serviciul respectiv unde poți să apelezi ca să poți să beneficiezi de ajutor la domiciliu sau nu știu de...asta nu am primit și cred că mi-ar prinde bine să știu exact cine oferă servicii și unde și cum. Sau ce mi-ar mai plăcea să existe... știu că după ce mi-am făcut gradul de încadrare mă gândeam eventual să știu ce organizații se ocupă sau cum suntem noi Ceva de Spus, suntem o Asociație de auto-reprezentanți...mi-ar fi plăcut să știu că există un fel de grupuri de suport sau un fel de grupuri unde poți să mergi să faci diferite activități, îndrumări de genul acesta.” (Interviu cu PAH, femeie, 33 de ani)

Nu există niciun mecanism de monitorizare și evaluare legat de PIS și de PIRIS. Conform cadrului legal, managerii de caz trebuie să coordoneze, să monitorizeze și să evalueze punerea în aplicare a PIS pentru persoanele adulte cu dizabilități. De asemenea, managerii de caz ar trebui să analizeze progresele realizate de beneficiar. Cu toate acestea, în 24 din cele 36 județe studiate, nu există manager de caz pentru adulții cu dizabilități. Datele disponibile necesare pentru monitorizare și evaluare sunt, de asemenea, foarte limitate. La fel ca în cazul PIRIS, PIS este considerat mai degrabă o formalitate și, în consecință, conținutul său nu este înregistrat sau nu este introdus în baza de date/aplicația software a SECPAH/CEPAH. Din 27 de județe, doar trei au putut furniza informații

selectate despre serviciile și activitățile incluse în PIS și beneficiarii acestora.³⁷⁹ În plus, doar patru (din 36) SECPAH dintre cele care au făcut obiectul studiului au raportat că monitorizează / măsoară în mod sistematic progresele înregistrate în punerea în aplicare a serviciilor și activităților recomandate în PIS, însă doar două dintre acestea au o metodologie specifică în acest sens.³⁸⁰ La nivel comunitar,³⁸¹ jumătate din SPAS studiate au raportat că au văzut vreodată un PIS/PIRIS, fără vreo diferență între SPAS rurale și cele urbane. Dintre acestea, un sfert susțin că monitorizează în mod sistematic punerea în aplicare a serviciilor și activităților cuprinse în PIS/PIRIS de către adulții cu handicap și îngrijitorii acestora. Însă, doar trei SPAS folosesc o metodologie specifică în acest sens.

Prevederile legale stipulează obligația persoanelor cu dizabilități și a îngrijitorilor acestora de a utiliza pe deplin serviciile și activitățile incluse în PIS, dar nerealizarea acestora nefiind urmată de aplicarea de sancțiuni.³⁸² Doar două SECPAH (din 36) și trei CEPAH (din 24) declară că au elaborat o procedură de soluționare a neîndeplinirii PIS de către persoanele cu handicap și îngrijitorii acestora.³⁸³ În plus, atât șefii SECPAH, cât și președinții CEPAH intervievați raportează că, în perioada 2018-2020, nu a fost sancționat niciun manager de caz sau niciun specialist SECPAH pentru că a elaborat un PIS imposibil de realizat și nicio persoană nu și-a pierdut încadrarea în grad de handicap din cauza neefectuării PIS.

Chiar și în absența unui sistem de monitorizare sau a unor proceduri clare, ONG-urile și persoanele cu dizabilități interviuate au furnizat dovezi anecdotice că, cel puțin în unele județe, au existat persoane care și-au pierdut încadrarea în grad de handicap sau au primit un grad mai redus din cauza nepunerii în aplicare a (unora sau a tuturor) activităților din PIS. Membrii CEPAH, în cadrul sondajului de opinie, au oferit dovezi suplimentare în acest sens.³⁸⁴

379 Studiul instituțional Q3C: Indicatori de rezultat ai procesului de determinare a dizabilității pentru Secretariatul CEPAH (N=27), din 25 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

380 Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

381 Sondajul SPAS cu răspunsuri din 71 localități (N=43 rurale și 28 urbane) situate în 26 de județe; sectoarele din București nu sunt incluse deoarece DGASPC joacă și rolul SPAS, ianuarie-februarie 2021.

382 În conformitate cu Legea nr. 448/2006, persoana cu handicap trebuie să urmeze activitățile și serviciile prevăzute în planul individual de servicii al adultului cu handicap [art. 59 (1)(e)]; Persoana care are în îngrijire, supraveghere și întreținere un adult cu handicap este obligată să respecte și/sau să urmeze activitățile și serviciile prevăzute în planul individual de servicii (PIS) al adultului cu handicap (art. 60); asistentul personal și, respectiv, asistentul personal profesionist trebuie să presteze toate activitățile și serviciile din PIS (art. 38b) și c) și art. 49b) și c). În plus, asistentul personal al adultului cu handicap grav este obligat să semneze un angajament, ca act adițional la contractul individual de muncă, prin care își asumă răspunderea de a realiza integral planul individual de servicii al persoanei adulte cu handicap grav (art. 38a). Se aplică și pentru asistentul personal profesionist (art. 49).

383 Studiile instituționale Q2A_SECPAH și Q3A_CEPAH, ianuarie-februarie 2021.

384 Aproximativ jumătate din membrii CEPAH din județele care utilizează PIS au furnizat tipul de răspuns menționat în text. Sondajul

Aceștia explică faptul că, deși lipsește un sistem de monitorizare, ei efectuează o verificare rapidă a modului în care PIS a fost pus în aplicare în perioada dintre evaluări, iar în cazul persoanelor care nu aduc dovezi solide (documente) că au urmat recomandările PIS/PIRIS (în special reabilitarea), unele comisii au tendința de a decide, într-adevăr, perioade de valabilitate mai scurte pentru certificat sau un grad mai redus de handicap. Astfel de

decizii au în principal un rol educativ, consideră membrii CEPAH, pentru ca sunt „o modalitate de a forța oamenii să facă ceea ce este mai bine pentru ei.”³⁸⁵ O astfel de abordare este susținută de opinia răspândită în rândul specialiștilor SECPAH și CEPAH că multe persoane cu dizabilități nu urmează programul de reabilitare tocmai pentru că nu doresc să-și piardă beneficiile pentru handicap.



„Evaluarea complexă pentru încadrarea în grad și tip de handicap trebuie să fie centrală în activitatea SECPAH, pentru a oferi calitate în loc de cantitate, pentru a face ca persoana să iasă mai încurajată decât a intrat la noi. Dar dacă în sarcinile noastre intră și PIRIS, PIS, asistentul personal profesionist (APP), acest lucru va rămâne un deziderat. [...] Acreditarea APP sau PIRIS și PIS pot fi sarcini distribuite serviciilor care gestionează serviciile sociale și le cunosc, le monitorizează, dezvoltă aceste servicii. SECPAH se concentrează pe criterii, CIF, interpretarea documentelor, programare, evaluare la sediu sau la domiciliu, relația UMANĂ cu persoana adultă cu handicap, asigurarea unui nivel profesional de evaluare. Dacă rămâne sarcina SECPAH, noi propunem ca la reevaluare să conteze dacă persoana a respectat sau nu recomandările PIRIS; de aceea persoana nu face recuperare motorie, nu face proteze pentru că știe că dacă recuperează din funcționalitatea corpului, pierde gradul de handicap! Ce poate fi mai trist? Vrem ca el să-și recâștige autonomia, ceea ce înseamnă că va primi mai puțini bani”. (Extras din observațiile furnizate de un șef SECPAH într-un chestionar Q2A)



„PIRIS, noi [CEPAH] doar semnăm! Compensăm neputința societății de a oferi servicii prin faptul că le dăm bani! Iar persoanele cu dizabilități sunt interesate de bani, nu de recuperare. Atâta timp cât societatea a scăpat de responsabilități, respectiv de dezvoltarea serviciilor, și oferă doar bani, asta este situația! În străinătate, oamenii li se oferă servicii, nu bani! Și cum o parte din bani se duc pe alcool, atunci aparținătorii sunt fericiți! Doar o formalitate, astea sunt PIRIS și PIS, nu ajută cu nimic”. (Focus grup CEPAH)

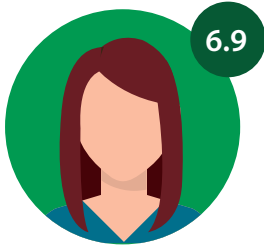
În schimb, ONG-urile și persoanele cu dizabilități au subliniat în interviuri că PIS/PIRIS-urile conțin doar recomandări generale și nu sunt legate de nevoile, posibilitățile și preferințele lor. Că nu beneficiază de informații adecvate, de orientare, de trimiteri sau de sprijin adecvat resurselor lor financiare sau de timp. Mulți au explicat că serviciile fie nu sunt disponibile, fie sunt prea departe sau sunt atât de costisitoare încât nu și le pot permite. De altfel, șefii SECPAH au confirmat, în cadrul

sondajului instituțional Q2A, că din totalul de aproape 40.000 de PIS-uri din 2020, doar 37 de PIS-uri conțin servicii clar specificate, inclusiv informații despre locație, contact, tipuri de servicii furnizate pentru persoanele cu handicap, programare sau alte astfel de informații concrete.³⁸⁶ Prin urmare, există o slabă corelare a recomandărilor din PIS (și PIRIS) atât cu nevoile specifice ale persoanei, cât și cu harta serviciilor existente în județ (care, măcar teoretic, ar trebui să fie disponibilă și actualizată permanent).

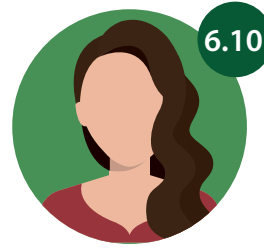
de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=40), din 16 județe și un sector din București care utilizează PIS, ianuarie-februarie 2021.

385 Citat din comentariile unui medic, membru CEPAH, într-un chestionar Q3B.

386 Date agregate pentru 32 județe și 4 sectoare ale Bucureștiului care au participat la studiul instituțional Q2A.



„Știu că sunt scrise acolo, da. Este un plan de recuperare. Dar eu nu am beneficiat de el. Nu m-am dus să profit de ele. Pentru că ar trebui să mă duc să aflu mai multe, știu, dar nu m-am dus. Faptul că trebuie să mă duc, să întreb, trebuie să iau pe cineva cu mine tot timpul, m-a făcut să renunț. Mi-aș dori să existe o persoană, fie că e vorba de un psiholog... o persoană care să-ți dea informații mai complexe și să nu trebuiască să alergi dintr-o parte în alta, ci să spună de ce acte ai nevoie, ce presupune, ce beneficii ai după aceea. A fost destul de dificil pentru mine să accept acest lucru [dizabilitatea]. Așa că ar fi fost bine să am un psiholog. Cred că e util să existe o persoană care îți poate spune anumite lucruri mai în detaliu, astfel încât să nu trebuiască să întreb în stânga și în dreapta ca să poți afla informații despre tot acest proces.” (Interviu cu PAH, femeie, 33 de ani)



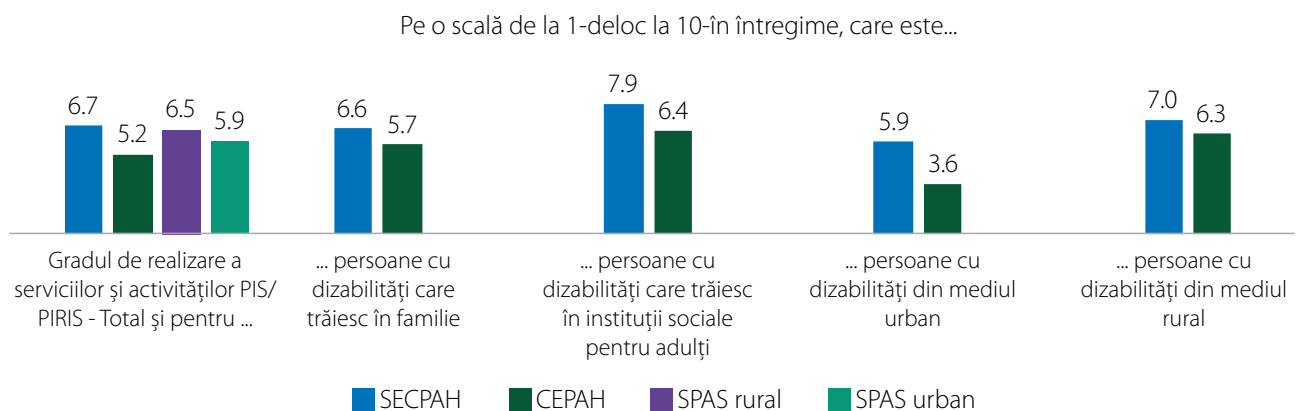
„- În ceea ce privește Planul Individual de Servicii, vă poate folosi ceva din el, vă este util?”

- Nu mi-au menționat nimic și chiar la un moment dat mă gândeam dacă există centre de recuperare, neuro... mă rog... centre de recuperare de fizioterapie, centre de recuperare neuro-locomotorie pentru adulți. Adică, nici măcar nu mi-au recomandat dacă există așa ceva. Bănuiesc că sunt și private, dar mă gândeam la cele de stat pe care mi le pot permite. Acel plan este doar o bucată de hârtie fără nicio informație utilă în el.” (Interviu cu PAH, femeie, 24 de ani)

Gradul general de realizare a serviciilor și activităților recomandate în PIS/PIRIS este destul de scăzut, conform estimărilor prin consens ale reprezentanților principalelor instituții implicate în sistemul de evaluare a dizabilității (Figura 43). Este mai scăzut pentru persoanele cu dizabilități care se află în familie în comparație cu cele din instituții. Este, de asemenea, mai mic pentru persoanele cu

dizabilități din zonele urbane în comparație cu cele din comunitățile rurale. Persoanele cu handicap care trăiesc în familie într-un oraș par a fi în situația cea mai vulnerabilă. Prin urmare, PIS și PIRIS nu își îndeplinesc rolul pentru care au fost create de a îmbunătăți viața persoanelor cu dizabilități prin asigurarea unui acces mai facil la sprijinul de care au acestea nevoie.

Figura 43: Opiniile principalilor actori instituționali privind gradul de realizare a serviciilor și activităților incluse în PIS/PIRIS de către persoanele cu dizabilități (valori medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)



Surse: (1) Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=130), ianuarie-februarie 2021. (2) Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=31), din 16 județe și un sector din București care utilizează PIS, ianuarie-februarie 2021. (3) Sondajul SPAS cu răspunsurile oferite doar de asistenții sociali care au văzut vreodată un PIS/PIRIS din 33 de localități (N=20 rurale și 13 urbane) situate în 18 județe; sectoarele din București nu sunt incluse, deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Modificarea PIS împreună cu a PIRIS, precum și cu dezvoltarea managementului de caz pentru adulții cu dizabilități, este considerată o necesitate a reformării sistemului de protecție a persoanelor cu handicap de către toți specialiștii din sistem. Cu toate acestea, modul în care să fie schimbat PIS-ul, respectiv PIRIS-ul și managementul de caz, reprezintă un subiect de dezbateră. Sondajul de opinie Q3B a testat în rândul membrilor CEPAH patru opțiuni pentru modificarea PIS. Niciuna dintre acestea nu a fost considerată atât o idee bună, cât și realistă, întrucât membrii CEPAH au evaluat toate cele patru opțiuni cu scoruri medii mai mici de 8, pe o scală de la 1 la 10. În opinia acestora, cea mai bună opțiune ar fi introducerea la nivel național a obligației de a elabora PIS precum și PIRIS pentru toate persoanele cu încadrare în grad de handicap, pe baza unui model standardizat pentru PIS și a unui format revizuit de PIRIS. Celelalte opțiuni - extinderea rețelei de manageri de caz sau dezvoltarea unui sistem de monitorizare și evaluare legat de responsabilități specifice, atât pentru persoanele cu dizabilități, cât și pentru managerii de caz sau specialiștii SECPAH care elaborează PIS-urile - sunt percepute ca fiind nerealistice, dacă nu chiar imposibil de implementat, în circumstanțele actuale.³⁸⁷

Cu toate acestea, doar elaborarea unui PIS pentru toate persoanele cu dizabilități nu ar spori eficacitatea PIS (și nici a PIRIS), după cum subliniază membrii SECPAH și membrii CEPAH în cadrul sondajelor și al focus grupurilor. Planurile individualizate de intervenție PIS și PIRIS nu sunt eficiente, deoarece managementul de caz pentru adulții cu dizabilități lipsește. Nu sunt eficiente deoarece nu sunt monitorizate și evaluate. Nu sunt eficiente pentru că nu este efectuată revizuirea progreselor realizate de beneficiari și nu sunt legate de reevaluarea pentru înnoirea certificatului. În primul rând, planurile de intervenție individualizate PIS și PIRIS nu sunt nici elaborate în mod corespunzător de către specialiști și nici implementate în mod adecvat de către beneficiari din cauza problemei structurale majore a subdezvoltării serviciilor pentru persoanele cu dizabilități. În mod specific, din acest motiv, specialiștii SECPAH și CEPAH percep PIS și PIRIS

ca pe o povară administrativă, fără finalitate și fără impact real asupra vieții persoanelor cu dizabilități.



„- PIRIS și PIS sunt formale, nu pot obliga persoana să îmi aducă dovada de recuperare. Nu există o colaborare între medicii de recuperare și medicii specialiști. Aceasta este problema! Primarul ar trebui să se implice și aici, ar trebui să existe echipe mobile în loc să plătim atâția asistenți personali. Serviciile comunitare lipsesc cu desăvârșire. SECPAH face PIRIS/PIS, CEPAH îl semnează, dar este null
- În județul nostru există o clinică de recuperare, dar este privată și are o listă de așteptare de un an. Cu toate acestea, pe partea de recuperare, un rol important îl are și asistentul social de la primărie și familia. În zadar, persoana stă în centru 18 zile pentru recuperare, dar după aceea... ce se întâmplă?.” (Focus grup CEPAH)

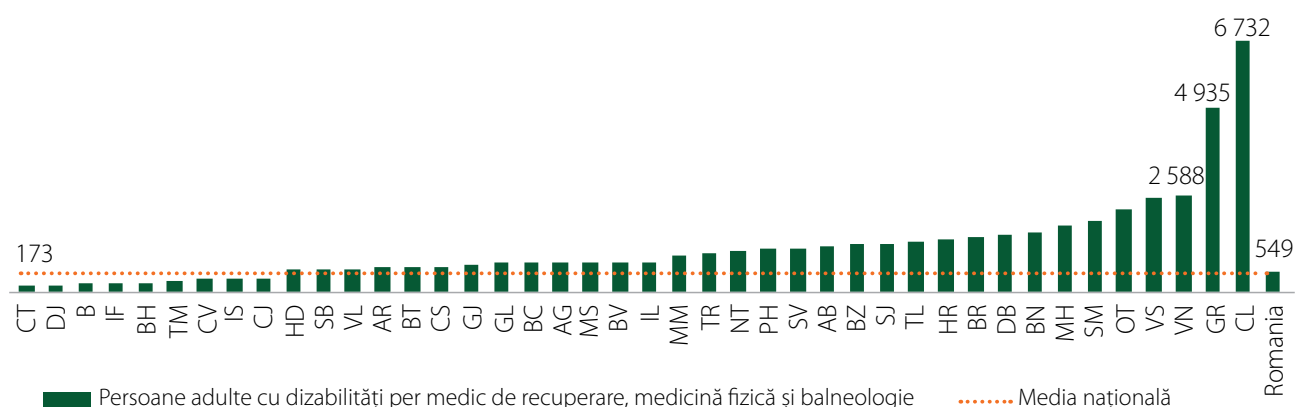
Dezvoltarea serviciilor de reabilitare bazate pe CIF reprezintă o prioritate de vârf pentru reformarea sistemului de protecție a persoanelor cu dizabilități și pentru realizarea unor planuri individualizate eficiente (PIS, PIRIS). Figura 44 prezintă disponibilitatea medicilor de medicină fizică și reabilitare (MFR) pe județ. Cei 1.417 de medici MFR din țară reprezintă 2% din numărul total de medici din România și sunt distribuiți neuniform în teritoriu.³⁸⁸ În general, serviciile de reabilitare sunt insuficiente și nu sunt dezvoltate în mod egal în întreaga țară. Conform CIF, serviciile de reabilitare sau recuperare medicală pot stabiliza, îmbunătăți sau restabili structurile și funcțiile corpului, compensează pentru absența sau pierderea funcțiilor sau structurilor corpului, îmbunătățesc activitatea și participarea și previn afectările, complicațiile și riscurile medicale.³⁸⁹

387 Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=41), din 18 județe și un sector din București, ianuarie-februarie 2021.

388 La nivel național, există doar 13 medici MFR pentru copii, dar în cadrul curriculumului de rezidențiat fiecare rezident de MFR trebuie să efectueze un stagiu de 6 luni în reabilitarea pediatrică. În plus, există 368 de medici rezidenți MFR, majoritatea grupați în centrele universitare. (1) Institutul Național de Statistică (2020) Activitatea unităților sanitare în anul 2019.

389 Serviciile de reabilitare se bazează (acolo unde este posibil) pe o evaluare funcțională și diagnostic pentru a determina obiectivele și planul de reabilitare. Acestea sunt urmate de intervenții convenite (inclusiv abordări biomedicale și tehnologice, precum și de sprijin inter pares) pentru a optimiza capacitatea unei persoane. Planurile de reabilitare sunt monitorizate și adaptate în conformitate cu

Figura 44: Raportul dintre persoanele adulte cu handicap și medicii de recuperare, medicină fizică și balneologie, pe județe



Surse: (1) Institutul National de Statistică (2020) Activitatea unităților sanitare în anul 2019. Tabelul 13. (2) Buletinul statistic al MMPS pentru 31 decembrie 2019.

Pe lângă reabilitarea medicală, reabilitarea profesională este la fel de importantă.³⁹⁰ Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CDPD) este clară în ceea ce privește importanța serviciilor, întrucât reabilitarea profesională este un proces care permite persoanelor cu dizabilități (handicap funcțional, psihologic, de dezvoltare, cognitiv și emoțional, deficiențe sau dizabilitate medicală) să poată depăși barierele întâlnite în accesarea, menținerea sau reîncadrarea în muncă sau în alte activități utile. În trecut, la fel ca majoritatea țărilor în curs de dezvoltare, România s-a concentrat mai mult pe combaterea bolilor, comparativ cu țările dezvoltate, cum ar fi America, Anglia și Australia, care dispun de sisteme pentru servicii de reabilitare de mulți ani. În consecință, serviciile de reabilitare profesională sunt chiar și mai puțin dezvoltate decât cele medicale. Specialiștii SECPAH au confirmat în sondajul de opinie că în județele lor/sectoarele lor din București, serviciile de suport pentru persoanele cu dizabilități care doresc să lucreze într-un mediu protejat sau pe piața liberă a muncii lipsesc sau sunt insuficient dezvoltate.³⁹¹

Îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile existente este la fel de importantă ca și dezvoltarea de noi servicii de reabilitare. Dacă PIRIS-ul se poate limita la recomandarea tipului de servicii și activități care ar fi adecvate nevoilor identificate prin evaluarea complexă, PIS-ul ar trebui să conțină informații specifice cu privire la serviciile disponibile (denumire, adresă, contact, locuri disponibile etc.). Deoarece PIS este, de asemenea, înmănat persoanei în cauză, el reprezintă și un mijloc de informare și orientare a persoanei în identificarea celui mai potrivit serviciu dintre cele disponibile. În acest scop, specialiștii SECPAH și managerii de caz care elaborează PIS ar trebui să aibă acces la informații actualizate privind serviciile disponibile. În acest sens, mai puțin de jumătate din SECPAH interviuate (15 din 36) raportează că DGASPC a alcătuit o listă, o bază de date, sau o hartă cu instituțiile/organizațiile publice și private care furnizează servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități, pentru a se asigura că serviciile și activitățile incluse în PIS sunt accesibile

nevoile și resursele unui individ. Monitorizarea atentă a rezultatelor legate de intervenții specifice poate contribui la stabilirea îmbunătățirilor intervenției, astfel încât să se optimizeze funcționarea și să se reducă la minimum afectarea. (OCDE, Eurostat și OMS, 2017: 87)

390 Modelul conceptual de reabilitare bazat pe CIF este o strategie care integrează diverse abordări (a) pentru a evalua funcționalitatea în lumina afecțiunilor de sănătate, (b) pentru a optimiza capacitatea unei persoane, pentru a construi și consolida resursele persoanei, (d) pentru a oferi un mediu de facilitare, (e) pentru a dezvolta performanțele unei persoane, și (f) pentru a îmbunătăți calitatea vieții unei persoane privind sănătatea; în parteneriat între persoană și furnizor și apreciind percepția persoanei asupra poziției sale în viață, pe parcursul unei afecțiuni la starea de sănătate și în toate grupele de vârstă; și în toate sectoare, inclusiv sănătate, educație, muncă și activități sociale; cu scopul de a permite persoanelor cu probleme de sănătate care se confruntă cu un handicap sau care ar putea să se confrunte cu unul să-și atingă și să-și mențină funcționarea optimă. (Meyer et al., 2011, p. 768, Tabelul II)

391 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=139), ianuarie-februarie 2021.

în mod efectiv persoanei respective.³⁹² Aceleași județe beneficiază de acorduri de colaborare între DGASPC/SECPAH și alți furnizori de servicii care ar putea furniza servicii persoanelor cu handicap, pentru a putea trimite acolo (referi) persoanele care au nevoie. Cu toate acestea, în doar 11 județe (din 15), sunt actualizate în timp real informațiile privind tipul și disponibilitatea locurilor la aceste servicii, în timp ce doar cinci DGASPC au o persoană desemnată să stabilească legături cu alți furnizori de servicii în domeniul dizabilității.

În plus, în cadrul focus grupurilor, specialiștii SECPAH au arătat că datele despre serviciile

disponibile fie fac parte din cunoștințele tacite (și nu din memoria instituțională) - „cunoaștem majoritatea acestora [servicii], le avem în cap” - fie sunt limitate la servicii rezidențiale - „avem o listă de servicii unde pot fi instituționalizați și le oferim o listă unde pot apela”.³⁹³ Prin urmare, ar trebui să se depună mai multe eforturi la nivel județean pentru a dezvolta parteneriatele, comunicarea și colaborarea între DGASPC/SECPAH și ceilalți furnizori de servicii (publici și privați), pentru a crea o rețea funcțională în locul grupărilor de servicii izolate existente.

392 Toate datele din prezentul paragraf provin din studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

393 Citate din Focus grup SECPAH 4.



Concluziile capitolului 6

Identificarea nevoilor de servicii ale persoanelor cu dizabilități reprezintă a-5-a etapă de bază din cadrul demersului de încadrare în grad de handicap. Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și Planul individual de servicii (PIS) sunt instrumentele folosite în acest scop în România.

1

Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) specifică activitățile și serviciile de care au nevoie adulții cu handicap în procesul de integrare socială. Practicile de completare a PIRIS variază de la un județ la altul. Numărul total de PIRIS a urmat aceeași tendință ca și numărul de dosare evaluate de SECPAH, scăzând considerabil în timpul pandemiei COVID-19, cu o variație semnificativă între județe. Însă, PIRIS este relevant numai pentru o mică parte a persoanelor cu dizabilități. Peste 80% dintre persoanele cu un certificat de handicap permanent au un PIRIS care nu a fost revizuit de peste 3 ani.

2

Deoarece o parte semnificativă a SECPAH nu oferă o evaluare completă, serviciile și acțiunile incluse în PIRIS reflectă în mod adecvat rezultatele evaluărilor medicale și psihologice și, mai rar, ale evaluărilor vocațională, educațională și cea a abilităților și nivelului de integrare socială. PIRIS-urile existente sunt de slabă calitate, iar conținutul lor nu este introdus în baza (bazele) de date SECPAH/CEPAH. În consecință, datele din PIRIS nu sunt înregistrate și analizate pentru a identifica nevoile de servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități la nivel județean. Prin urmare, în prezent, PIRIS nu reprezintă un instrument eficace nici la nivel individual, nici la nivel de politici publice.

3

Planul individual de servicii (PIS) specifică modalități de intervenție și de sprijin pentru adulții cu dizabilități, prin care să fie realizate efectiv activitățile și serviciile recomandate în PIRIS. Reglementările actuale necesită revizuirii pentru a clarifica cine și când este responsabil să elaboreze PIS, precum și relația dintre PIS și managementul de caz pentru adulții cu dizabilități. Utilizarea PIS nu este distribuită echitabil în țară. Aproximativ jumătate din județe nu utilizează PIS, în timp ce aproximativ 95% din totalul PIS existente în țară sunt furnizate de doar 13 județe. Prin urmare, pentru o mare parte a persoanelor cu handicap, PIS fie lipsește, fie este depășit. Numărul total de PIS-uri a urmat aceeași tendință ca și numărul de dosare de cerere evaluate de SECPAH sau numărul de PIRIS-uri, în scădere considerabilă în timpul pandemiei COVID-19, cu o variație semnificativă între județe.

4

Doar cinci SECPAH (dintre cele 36 participante la sondaj) au elaborat o procedură de lucru specifică aprobată pentru elaborarea PIS și doar șase SECPAH un model specific pentru PIS. În consecință, PIS existente sunt doar liste de recomandări generale, care nu respectă nici măcar standardele de bază ale informării adecvate, cu atât mai puțin orientarea sau îndrumarea persoanelor cu dizabilități către serviciile necesare. Corelarea recomandărilor din PIS și PIRIS atât cu nevoile specifice ale persoanei, cât și cu harta serviciilor existente în județ este încă deficitară.

5

În cadrul modelului conceptual bazat pe CIF, elementele cheie includ un parteneriat între persoană și furnizor, apreciind percepția persoanei asupra poziției sale în viață, indiferent de starea de sănătate și vârsta persoanei, precum și referitor la toate sferile de viață (sănătate, educație, muncă și activități sociale). Astfel, din perspectiva CIF, ambele tipuri de planuri individualizate utilizate în România (PIRIS și PIS) sunt încă prea concentrate pe aspectele medicale, insuficient de participative și bazate pe modele care trebuie revizuite pentru a include resursele persoanei, felul în care dorește să trăiască, și factorii de mediu, pe lângă nevoile identificate prin evaluarea complexă.

6

Nu există niciun mecanism de monitorizare și evaluare legat de PIS și de PIRIS. De asemenea, lipsește monitorizarea atentă a rezultatelor legate de intervenții specifice. Gradul general de realizare a serviciilor și activităților recomandate în PIS/PIRIS este destul de scăzut, conform estimărilor prin consens ale reprezentanților principalelor instituții implicate în sistemul de evaluare a dizabilității. Chiar și în absența unui sistem de monitorizare sau a unor proceduri clare, ONG-urile și persoanele cu dizabilități intervievate au furnizat dovezi că, cel puțin în unele județe, au existat persoane care și-au pierdut încadrarea în grad de handicap sau au primit un grad mai redus din cauza nepunerii în aplicare a (unora sau a tuturor) activităților din PIS. O astfel de abordare este susținută de credința răspândită în rândul specialiștilor SECPAH și CEPAH că multe persoane cu dizabilități nu urmează programul de reabilitare tocmai pentru că nu doresc să-și piardă beneficiile pentru handicap.

7

Modificarea PIS împreună cu a PIRIS, precum și cu a managementului de caz pentru adulții cu dizabilități, este considerată o necesitate a reformării sistemului de protecție a persoanelor cu handicap. În opinia membrilor CEPAH, cea mai bună opțiune ar fi introducerea la nivel național a obligației pentru SECPAH de a elabora PIS precum și PIRIS pentru toate persoanele cu încadrarea într-un anumit grad de handicap, pe baza unui model standardizat pentru PIS și a unui format revizuit de PIRIS. Cu toate acestea, numai elaborarea de PIS pentru toate persoanele cu handicap nu ar spori eficacitatea PIS (și a PIRIS).

În orice țară, autoritatea de evaluare a dizabilității poate însoți evaluarea gradului de handicap cu o evaluare a nevoilor de servicii/beneficii. Numai că autoritatea de evaluare a handicapului poate doar să recomande și nu să asigure accesul la serviciile/beneficiile necesare. În mod ideal, evaluarea nevoilor împreună cu recomandările sunt împărtășite electronic cu furnizorii de servicii/beneficii relevanți, ca o contribuție la procesul de testare a eligibilității pentru a spori accesul persoanelor cu dizabilități la programele de sprijin. Cadrul legal din România este conceput tocmai în acest sens. Cu toate acestea, în practică, atât PIRIS, cât și PIS par să se bazeze mai mult pe ceea ce există decât pe ceea ce este necesar. PIRIS/PIS, par mai degrabă un instrument care se limitează la identificarea ofertei disponibile (în mod inegal pe teritoriu), dar identificarea și gestionarea ofertei indisponibile nu sunt prevăzute. Această sarcină de management privind serviciile necesare și ajustările care trebuie operate la serviciile disponibile nu este stabilită sau realizată, ceea ce limitează relevanța PIRIS/PIS pentru sprijinirea acoperirii nevoilor, dezvoltării și integrării efective a persoanelor cu dizabilități. Prin urmare, PIRIS/PIS vor rămâne puțin utilizate până la extinderea și diversificarea ofertei disponibile de prestații și servicii care acoperă varietatea nevoilor persoanelor cu handicap, până când serviciile devin disponibile, în special în zonele rurale, și până la instituirea unui mecanism de monitorizare a punerii în aplicare a PIRIS/PIS. Pachetul de servicii conectat la demersul de evaluare a dizabilității poate fi extins prin dezvoltarea sistemului de referiri, în special către programele naționale relevante implementate de Ministerul

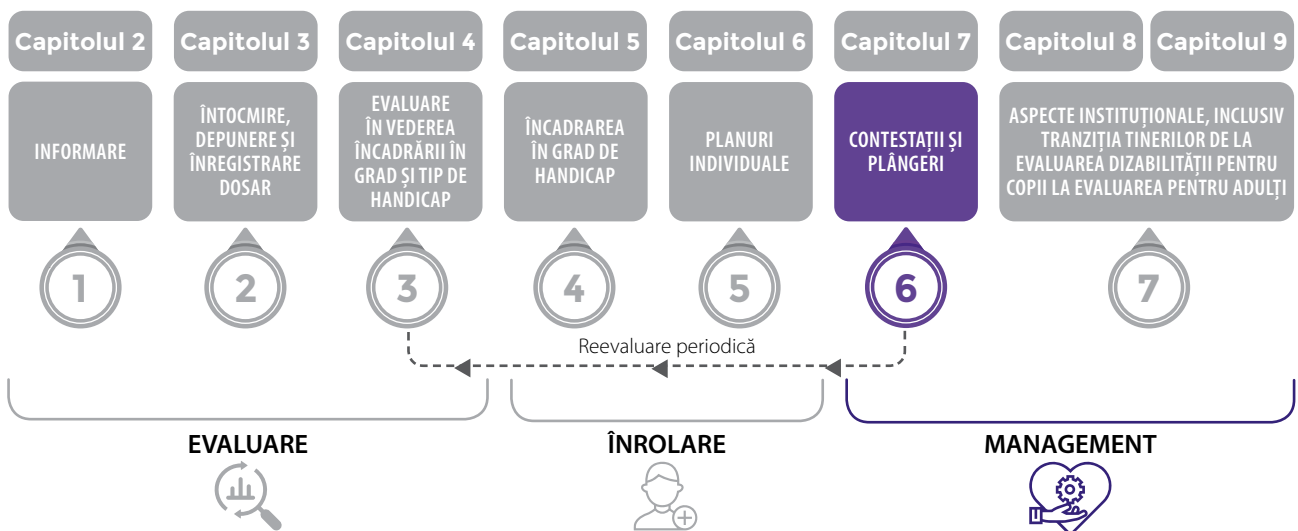
Sănătății. ANDPDCA ar trebui, de asemenea, să analizeze posibilitatea introducerii unor noi măsuri de sprijin, cum ar fi programele de subvenții pentru adaptarea locuințelor sau a automobilelor, astfel încât să răspundă nevoilor individuale ale persoanelor cu handicap.³⁹⁴

Dezvoltarea serviciilor de reabilitare bazate pe CIF, atât medicale, cât și profesionale, reprezintă o prioritate de vârf pentru reformarea sistemului de sprijin al persoanelor cu dizabilități și pentru realizarea unor planuri individualizate eficiente (PIS, PIRIS). Însă, îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile existente este la fel de importantă ca și dezvoltarea de noi servicii de reabilitare. Ar trebui să se depună mai multe eforturi la nivel județean pentru a dezvolta parteneriatele, comunicarea și colaborarea între DGASPC/SECPAH și ceilalți furnizori de servicii (publici și privați), pentru a crea o rețea funcțională în locul grupărilor existente de servicii izolate. Dezvoltarea unei platforme integrative cu informații despre beneficiile și serviciile pe tot parcursul vieții disponibile pentru persoanele cu handicap, coordonată de ANDPDCA, ar putea aduce o valoare adăugată considerabilă în acest sens.

394 Grigoraș et al. (coord.), Banca Mondială (2020: 122-123).



7. Contestarea certificatului de încadrare în grad de handicap



Acest capitol are în vedere analiza demersului de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap, principalele sale caracteristici, puncte tari și puncte slabe. Analiza are la bază datele factuale raportate de Secretariatul CEPAAH din 24 de județe și două sectoarele din București, alături de opiniile exprimate în interviurile cu judecători, avocați, ONG-uri și persoane cu încadrare în grad și tip de handicap.³⁹⁵

În forma inițială a Legii nr. 448/2006, persoanele cu dizabilități nemulțumite de rezultatul evaluării transpus în certificatul de încadrare în grad de

handicap dispuneau de un mecanism de contestație care era gestionat de Comisia Superioară de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap, din cadrul fostei ANPD.³⁹⁷ Începând cu anul 2017, deși Ordinul nr. 1261/2016 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei superioare de evaluare a persoanelor adulte cu handicap nu a fost revizuit, dispozițiile referitoare la contestațiile privind certificatul de încadrare în grad de handicap au fost modificate în fapt prin OUG nr. 51/2017 de modificare a Legii nr. 448/2006 privind protecția și drepturile persoanelor

395 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

396 Pentru mai multe informații vezi secțiunea Date și metodă.

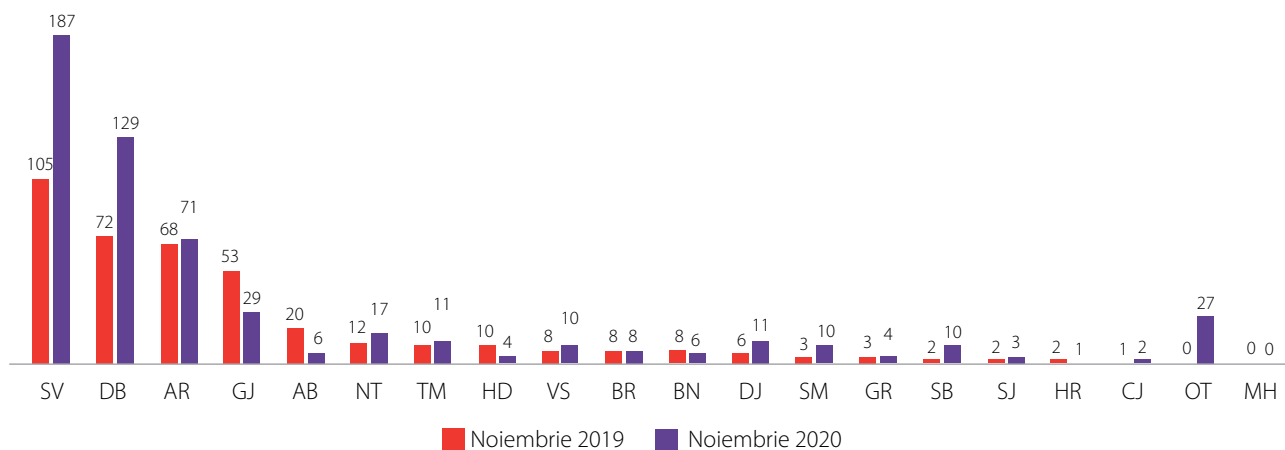
397 Legea nr. 448/2006, art. 90.

cu handicap, care prevede că certificatele emise de comisiile de evaluare „pot fi contestate de titularii acestora, în termen de 30 de zile calendaristice de la comunicare, la instanța de contencios administrativ competentă, potrivit Legii contenciosului administrativ nr. 554/2004, cu modificările și completările ulterioare, cererile adresate instanței fiind scutite de taxa judiciară de timbru.”

Justificarea pentru această modificare legislativă a ținut de dificultățile generate de numărul insuficient al membrilor din Comisia superioară în raport cu volumul mare al contestațiilor. Ca rezultat, demersul de contestare a certificatului la Comisia superioară reprezenta „doar o acțiune intermediară care se întinde conform procedurii pe o perioadă de 60 de zile, după care, marea majoritate

a persoanelor cu handicap recurg la introducerea acțiunii în instanță”.³⁹⁸ Prin urmare, scopul declarat al introducerii noii reglementări a fost simplificarea procedurii de contestare, „prin facilitarea dreptului persoanelor cu handicap care sunt nemulțumite de încadrarea în grad de handicap de a se adresa direct instanțelor de contencios”.³⁹⁹ Dacă, în ce mod și în ce măsură a fost facilitat demersul de contestare este analizat în secțiunile următoare. Cert este că în prezent, în România, sistemul de evaluare a dizabilității nu dispune de un mecanism⁴⁰⁰ de redresare a plângerilor care să completeze (nu să înlocuiască) canalele legale formale de gestionare a nemulțumirilor, precum sistemul judiciar sau mecanismul de audit organizațional.

Figura 45: Distribuția contestațiilor privind certificatul de încadrare în grad de handicap din noiembrie 2019, respectiv noiembrie 2020, pe județe (număr contestații/lună)



Sursa: Sondaj instituțional Q3D: Contestațiile privind certificatul de încadrare în grad și tip de handicap (Secretariatul CEPAN), din 20 de județe, ianuarie-februarie 2021. Celelalte 4 județe și două sectoare din București care au participat la sondaj nu au răspuns la aceste întrebări.

Oricum, una dintre consecințele acestei schimbări legislative, este reducerea semnificativă a numărului de contestații de la nivel național. Înainte de introducerea OUG nr. 51/2017, la 30 iunie 2017,⁴⁰¹ săptămânal erau înregistrate 500 de contestații formulate împotriva certificatelor de încadrare în grad de handicap la Comisia superioară de evaluare a persoanelor adulte cu handicap. Iar la Serviciul Contencios, Resurse

Umane din cadrul ANPD se înregistrau peste 700 dosare aflate pe rolul instanțelor de judecată, care aveau ca obiect acțiuni de contestare a deciziilor eliberate de Comisia superioară. Deci, la nivel național, erau înregistrate aproximativ 26.000 de contestații anual, ceea ce implica un volum de muncă atât de mare încât Comisia superioară, de dimensiunea și componența prevăzute în lege, nu avea cum să îl soluționeze în termenul prevăzut de

398 Nota de fundamentare a OUG nr. 51 din 30 iunie 2017, publicată pe <https://www.gov.ro/ro/guvernul/procesul-legislativ/note-de-fundamentare/nota-de-fundamentare-oug-nr-51-30-06-2017&page=7>

399 Nota de fundamentare a OUG nr. 51 din 30 iunie 2017.

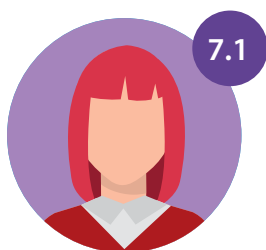
400 În acord cu UNDP (2017: 1), mecanismul de redresare a plângerilor este definit ca un sistem de proceduri și resurse organizaționale stabilite de agențiile guvernamentale naționale/județene/locale ca să primească și să abordeze nemulțumirile, plângerile sau îngrijorările cu privire la impactul politicilor, programelor și operațiunilor lor asupra părților interesate din afara organizației.

401 Nota de fundamentare a OUG nr. 51 din 30 iunie 2017, publicată pe <https://www.gov.ro/ro/guvernul/procesul-legislativ/note-de-fundamentare/nota-de-fundamentare-oug-nr-51-30-06-2017&page=7>

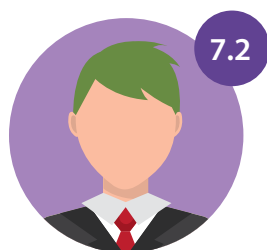
lege. Prin urmare, nevoia unui alt fel de mecanism de redresare a contestațiilor devenise stringentă în 2017. Soluția a fost OUG nr. 51/2017 prin care a fost eliminată această atribuție a Comisiei superioare, iar contestațiile au început să fie îndrumate către instanțele de contencios administrativ.

Prin comparație cu situația de până în 2017, datele raportate pe baza documentelor disponibile la Secretariatele CEPAH din 20 județe totalizează doar aproximativ 400 de contestații, în noiembrie 2019, respectiv 550, în noiembrie 2020. O estimare brută arată că, la nivel național, numărul de contestații despre care au cunoștință DGASPC-urile pentru o lună în prezent este mai mic decât

era cel al contestațiilor care erau înregistrate în circa două săptămâni în anul 2016-2017, la Comisia superioară. În contrast, unii președinți și membri CEPAH au afirmat în focus grupuri că, în județul lor, numărul de contestații este în prezent mai mare decât era în 2017, așa cum arată citatele 7.1 și 7.2 de mai jos. Cele două tipuri de informații nu sunt neapărat contradictorii, căci este posibil ca numărul de contestații la nivel național să fi scăzut, deși în unele județe au fost înregistrate creșteri. Așadar, validitatea și completitudinea datelor cu privire la contestații furnizate de județe nu poate fi probată, mai ales că actuala legislație nu mai impune înregistrarea și nici monitorizarea contestațiilor la nivel județean sau național (vezi secțiunea 7.3).



„De exemplu, pe lună avem cam 50 de cazuri în instanță, cu mult mai multe decât înainte, când exista Comisia superioară.” (Focus grup CEPAH 1)



„În raport cu contestațiile, este o problemă pentru că instanța empatizează cu persoana cu handicap. Aici este vorba de o credibilitate a serviciului (SECPAH), modul în care se face evaluarea în cadrul serviciului, inclusiv dacă ar exista o Comisie superioară sau altă instituție atunci când ai neconcordanțe să poți orienta acolo, până la instanță... Când era Comisia Superioară erau mult mai puține cazuri de contestații.” (Focus grup CEPAH 3)

Figura 45 arată că discrepanțele între județe sunt substanțiale. Mai mult, în 2020, în unele județe pare că au fost înregistrate creșteri marcante ale numărului de contestații, în timp ce în alte județe a rămas același sau a scăzut. Numărul de contestații raportat de patru județe – Suceava, Dâmbovița, Arad și Gorj – reprezintă aproximativ 75% din totalul contestațiilor. Nu există studii și nici date prin care să aflăm dacă aceste patru județe au într-adevăr rate de contestare mult mai ridicate decât celelalte județe sau sunt doar mai active în înregistrarea contestațiilor, fiind în realitate tipice la nivel național. Prin urmare, statisticile prezentate în acest capitol trebuie privite cu prudență, dar reprezintă singura imagine despre realitatea din teritoriu care poate fi reconstituită în baza datelor existente.

O condiție principală a accesului tuturor persoanelor cu dizabilități la proceduri judiciare și/sau administrative eficiente, în cazul de față la procedura de contestare a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap, o reprezintă existența mecanismelor eficiente și accesibile de reclamație, oferite în timp util. Accesibilitatea efectivă implică participarea persoanelor în toate etapele procedurale și include: furnizarea de informații într-o manieră inteligibilă și accesibilă; recunoașterea și adaptarea diverselor forme de comunicare; accesibilitate fizică în toate etapele procesului; și asistență financiară în cazul asistenței juridice. În plus, pentru a oferi transparență, statul trebuie să se asigure că toate informațiile relevante sunt accesibile și disponibile și că există înregistrarea și raportarea adecvată a tuturor cererilor, cazurilor și hotărârilor judecătorești relevante.⁴⁰² Toate aceste aspecte sunt analizate în secțiunile ce urmează.

402 Pct. 51, 52 lit a, b,c, d, pct 54 & 73, lit h) , pg. 12-13, Comentariul General nr. 6 – Articolul 5 Egalitate și Nediscriminare, 2018, CDPD/C/GC/6.

7.1. Informarea cu privire la contestații

Prima condiție pentru ca persoanele cu dizabilități să aibă acces facil la procesul de contestare este ca acestea să primească informații la timp și într-un limbaj adecvat. Aceste informații trebuie furnizate din oficiu și nu la cerere deoarece persoanele interesate se pot teme să le solicite pentru a nu crea „un conflict” cu reprezentanții instituționali (DGASPC, SECPAH, CEPAH) sau să nu aibă capacitatea de a formula cererea, în mod special la persoanele cu dificultăți de înțelegere sau cu un nivel redus de educație ori care au crescut în mediul instituțional sau izolate. Conform actualelor reglementări,⁴⁰³ informațiile privind modalitatea de încadrare în grad de handicap pot fi obținute de la Secretariatul CEPAH de orice persoană fizică sau juridică interesată. Însă nu există nici o prevedere explicită referitoare la informarea privind procedura de contestare a certificatului. Informația explicită că „prezentul certificat poate fi contestat în termen de 30 de zile de la comunicare” este parte din formatul standard al certificatului de încadrare în grad de handicap, conform HG nr. 430/2008, Anexa 1.

O informare detaliată cu privire la modul în care se face o contestație, accesibilă tuturor persoanelor care contestă sau care vor să conteste certificatul, nu este disponibilă în toate județele. În eșantionul de 24 județe și 2 sectoare din București,⁴⁰⁴ șase Secretariate CEPAH au raportat că nu este disponibilă o astfel de informare. Totuși, în majoritatea județelor/sectoarelor studiate (20 din 26), Secretariatul CEPAH raportează că furnizează o astfel de informare detaliată tuturor persoanelor interesate.⁴⁰⁵ Informarea este disponibilă în limbaj simplificat în cele mai multe cazuri (18 dintre cele 20). Însă, doar în două județe informarea este realizată de persoane care au beneficiat de formare specifică cu privire la demersul de contestare. Cu alte cuvinte, articolul 9 al Convenției pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități este inegal implementat la nivel național.

Predictibilitatea demersului de contestare este redusă, iar informarea furnizată în cadrul DGASPC nu contribuie întotdeauna la creșterea predictibilității. Doar în șase dintre cele 20 județe în care este disponibilă o informare detaliată cu privire la modul în care se face o contestație, DGASPC/Secretariatele CEPAH dispun de o procedură specifică aprobată (sau secțiuni/capitole ale procedurii generale) în această privință. Dintre aceste șase județe, doar trei județe au pus la dispoziția echipei de cercetare procedura de informare. Analiza celor trei proceduri pune în evidență discrepanțe majore între județe. Una dintre proceduri este foarte generală, citează textul din legislație și menționează îndrumarea petenților către instanțele competente, fără alte detalii. O a doua procedură include două măsuri în funcție de rezultatul evaluării pentru încadrarea în grad de handicap, fără informații concrete despre modul în care persoana cu dizabilități nemulțumită este îndrumată și asistată pentru depunerea unei contestații. Însă, procedura prevede în plus instrucțiuni în sensul colaborării cu Serviciul Juridic pentru pregătirea motivării „medico-psiho-socială a gradului acordat pentru contestațiile depuse în instanță”.⁴⁰⁶ A treia procedură aparține CEPAH Sălaj și poate fi considerată o bună practică (Caseta 9). Procedura operațională din Sălaj specifică:⁴⁰⁷

- informarea persoanei în legătură cu modul în care a fost realizată încadrarea în grad și tip de handicap;
- explicarea motivării care însoțește certificatul de încadrare/neîncadrare în grad de handicap;
- consilierea persoanelor cu privire la pașii ce trebuie făcuți pentru a contesta certificatul;
- sprijin cu o cerere (tipizat) și, la nevoie, ajutor în completarea acesteia, ce poate fi depusă la registratura Tribunalului Sălaj în vedere înregistrării contestației
- ajutor pentru copierea tuturor documentelor, spre exemplu dosarul medical;

403 HG nr. 430/2008, art. 6.

404 Sondajul instituțional Q3D.

405 Toate cele 20 județe declară că informarea cu privire la contestarea încadrării în grad de handicap cade în principal în responsabilitatea Secretariatului CEPAH. Însă există și 3 județe în care membrii CEPAH sau președintele comisiei sunt co-responsabili, 3 județe în care informarea este realizată și de specialiști din cadrul SECPAH, precum și un județ în care Serviciul Prestații din cadrul DGASPC participă, de asemenea, la această activitate.

406 Extras din Procedura Operațională, Consiliul Județean Cluj, CEPAH, pg. 1, pct. 6.

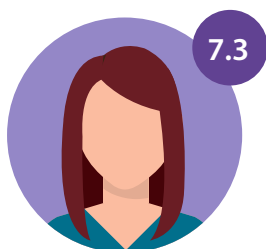
407 Procedura Operațională Sălaj, DGASPC Sălaj, P.O.10.01, Ediția II, Revizia 2.

- abordarea unui limbaj adecvat, folosind termeni și expresii simple, pe înțelesul persoanei interesate;
- informarea asupra faptului că Cererile adresate instanței sunt scutite de taxa de timbru.

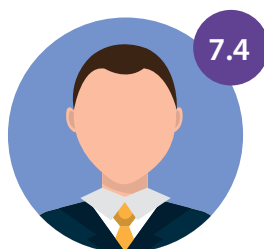
Un document tipizat care să descrie în pași simpli demersul de contestare, cum este cel din Caseta 9, este însă disponibil doar în 7 dintre cele 26 județe/sectoare studiate. Acest document este disponibil la Secretariatul CEPAH și doar 4 dintre cele 7 județe dispun de el și îl distribuie și altor servicii, precum SECPAH, Registratura SECPAH, Registratura DGASPC sau alte compartimente ale DGASPC. Mai mult, acest tipizat este înmănat din oficiu, tuturor

solicitanților, doar de 5 Secretariate CEPAH, în timp în celelalte două județe este oferit doar persoanelor care solicită în mod expres aceste informații. Oricum, în toate cele 7 județe tipizatului este furnizat doar după evaluarea CEPAH, eventual trimis împreună cu certificatul, și nu încă de la momentul înregistrării cererii de evaluare pentru încadrarea în grad și tip de handicap.

Din interviurile cu persoanele cu dizabilități a reieșit că nu au beneficiat de informații și/sau îndrumare înainte de depunerea contestației la tribunal, cu excepția informației referitoare la termenul de 30 de zile înscris pe certificatul de încadrare în grad de handicap.



„Chiar în ziua respectivă, cu actele la mine, m-am dus la tribunal. Doamna de la un ghișeu mi-a zis că e foarte simplu să depun o cerere. Am întrebat dacă e o cerere tip dar mi-a zis „Ce cerere, doamnă? Intrați pe internet și găsiți acolo o cerere.” Am întrebat și dacă e nevoie de avocat: „Ce avocat doamnă, că e o simplă cerere făcută și atașați actele”. (Interviu cu mama unei PAH, femeie)



„- Când și de unde ați aflat despre modul în care se face efectiv contestația? Ați avut de la bun început o imagine globală asupra tuturor pașilor ce trebuie făcuți sau ați învățat pe măsură ce treceați de la un pas la altul?
- Am învățat pe parcurs pentru că nu te informează nimeni exact. Rămâi așa puțin în plop și plopu în aer dacă nu încerci să te descurci individual sau prin cunoștințe sau prin...nu știi...e destul de complicat și pașii sunt destul de greoi”. (Interviu cu PAH, bărbat, 18 ani)

Opiniile membrilor comisiilor de evaluare sunt concordante cu cele ale persoanelor cu dizabilități. Sub 40% dintre membrii CEPAH intervievați raportează că pe site-ul DGASPC se găsesc publicate la loc vizibil și în format ușor de înțeles informații (complete sau parțiale) despre modalitatea de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap cu detalii referitoare la titularul contestației, instituția unde se depune și în ce format, obținerea asistenței avocațiale gratuite, modalitatea de retragere a contestației, durata procesului, etc.⁴⁰⁸ Mai mult, accesibilizarea

informațiilor existente este foarte redusă. Pe o scală de la 1-deloc la 10-total accesibilizată, informația existentă pe site-urile DGASPC este evaluată de membri CEPAH cu un scor mediu de 4.7 cu privire la cât de ușor este de utilizat de către persoanele cu dizabilități vizuale, respectiv cu un scor mediu de doar 3.2 referitor la cât de ușor de utilizat este de către persoanele cu dizabilități intelectuale și de înțelegere. Aceste scoruri de accesibilizare arată că, în multe dintre județe, informațiile existente pe site-urile DGASPC nu sunt deloc accesibilizate pentru aceste categorii de persoane cu dizabilități.

⁴⁰⁸ O pondere de 25% declară că informațiile sunt complete, iar 14% că informațiile sunt parțiale. Ceilalți 31% dintre respondenți susțin că site-ul DGASPC din județul/sectorul lor nu conține aceste informații, iar 30% nu răspund la întrebare. Sondaj de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor CEPAH (N = 65), din 24 de județe și 2 raioane din București, ianuarie-februarie 2021.

CASETA 9

Un exemplu de bună practică. Procedura operațională privind contestațiile a CEPAH Sălaj

Către,

Domnul Președinte al Tribunalului Salaj,

Subsemnatul(a) , domiciliat(ă) în localitatea (comuna) , str. nr. , bl. ap. , județul. , posesor al actului de identitate seria . . . nr. , eliberat de la data de , contest Certificatul de încadrare în gradul de handicap/neîncadrare în grad de handicap nr..... eliberat de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap din județul Salaj la data de __/__/__, din următorul/rele motiv/e:

.....
.....
.....

Atașez copiile Certificatului de încadrare în grad de handicap și a documentelor medicale depuse la registratura D.G.A.S.P.C. Salaj în vederea evaluării și încadrării în grad de handicap.

Având în vedere cele prezentate, vă rog respectuos să dispuneți admiterea cererii de chemare în judecată, anularea certificatului de handicap și obligarea comisiei la emiterea unui nou certificat de încadrare în grad de handicap.

În speranța unei rezolvări favorabile, vă mulțumesc anticipat.

Data
.....

Semnătura
.....

Pași de urmat pentru Contestație împotriva Certificatului de încadrare/neîncadrare În grad de handicap

- 1.Completarea formularului contestatie (model Anexa)
- 2.Copii ale documentelor medicale care au fost depuse la registratura DGASPC Salaj, anchetei sociale și cartii de identitate
- 3.Dosar cu sina

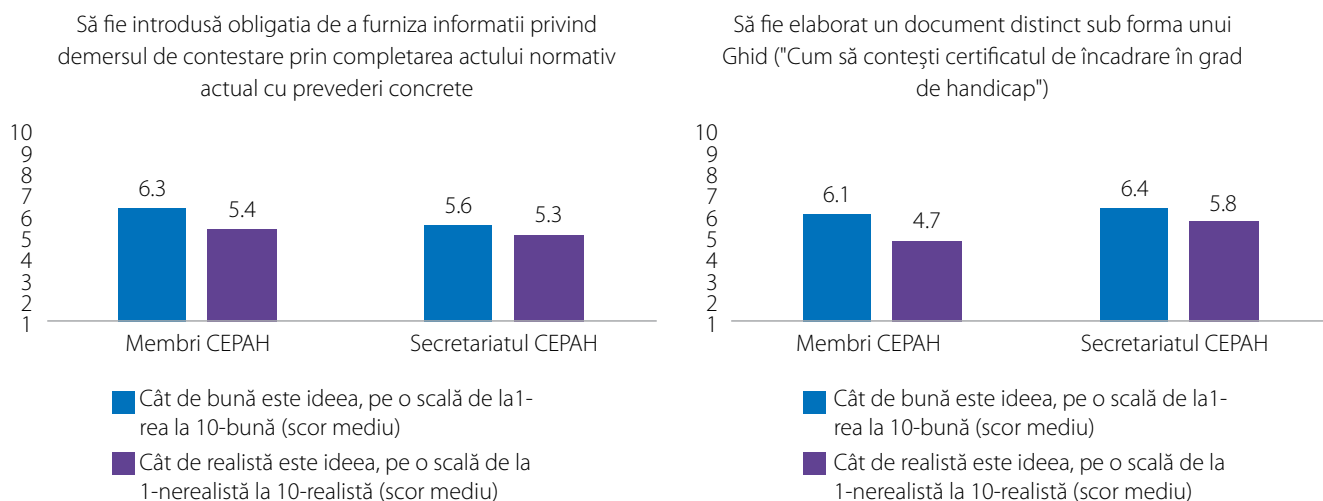
Dosarul se depune la registratura Tribunalului Sălaj în **termen de 30 de zile calendaristice de la comunicarea Certificatului**, conform OUG nr. 51/2017.

Nu se percepe taxa judiciară de timbru!!!

Prin urmare, susțin membrii CEPAH, majoritatea persoanelor află despre dreptul și posibilitatea de a contesta certificatul de handicap de la serviciile publice de asistență socială (SPAS) sau chiar din certificat. Iar principalele două surse de informare cu privire la etapele și documentele necesare în procesul de contestare sunt SPAS și Secretariatul CEPAH. În percepția membrilor CEPAH, rudele,

prietenii, vecinii, rețelele sociale și ONG-urile reprezintă surse de informare marginale referitor la contestarea CH. În contrast, interviurile cu persoane cu dizabilități realizate pentru acest raport au arătat că în majoritatea cazurilor, rudele, prietenii, vecinii, rețelele sociale și ONG-urile au reprezentat sursele principale de informare și de suport pentru demersul de contestare a certificatului.

Figura 46: Opiniile dominante ale practicienilor cu privire la două posibile măsuri de îmbunătățire a informării referitoare la contestare, pe o scală de la 1 la 10 (scoruri medii)



Sursa: Sondaj de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor CEPAH (N = 65), din 24 de județe și 2 raioane din București, Sondaj instituțional Q3D: Contestațiile privind certificatul de încadrare în grad și tip de handicap (Secretariatul CEPAH), din 24 de județe și două sectoare din București, ianuarie-februarie 2021.

Asigurarea unei informări accesibile și echitabile este o condiție cheie pentru orice mecanism de redresare a plângerilor și contestare, fără de care nu poate crește accesul persoanelor cu dizabilități la justiție. Toate persoanele cu dizabilități nemulțumite de soluția din certificatul de încadrare în grad de handicap trebuie să aibă acces, în mod rezonabil, la surse de informații, sfaturi și expertiză necesare pentru a se angaja într-un proces de plângere în condiții de informare corectă și tratare a persoanei cu demnitate și respect.

De asemenea, instituțiile responsabile de evaluarea dizabilității (DGASPC, SECPAH, CEPAH, ANDPDCA) trebuie să asigure asistență adecvată pentru persoanele nemulțumite care se pot confrunta cu anumite bariere în calea accesului, de la lipsa conștientizării mecanismului, la bariere de comunicare, nivel redus de educație, costurile asociate demersului, mediul de rezidență sau temerile de un eventual tratament pârținitor la viitoarele evaluări pentru înnoirea certificatului.

În acest scop, sondajele cu practicieni au testat două măsuri pentru a îmbunătăți accesibilitatea și echitatea informării cu privire la contestații. (1) Prima măsură are în vedere introducerea obligației de a furniza informații privind demersul de contestare prin completarea actului normativ actual cu prevederi concrete – cine trebuie să realizeze sarcina, în ce condiții, cu ce informații etc. (2) A doua măsură propune elaborarea unui document distinct sub forma unui Ghid („Cum să contesti certificatul de încadrare în grad de handicap”) care să cuprindă o descriere, în limbaj ușor de înțeles, a pașilor concreți prin care poate fi contestat certificatul și care să fie obligatoriu transmis persoanelor, împreună cu certificatul și celelalte documente, de către Secretariatul CEPAH. De asemenea, în mod obligatoriu, acest document ar trebui să fie disponibil pe toate paginile web ale instituțiilor relevante, cel puțin ANDPDCA, CJ, Spitale, DGASPC și SPAS. Reacțiile membrilor CEPAH și a Secretariatelor CEPAH la cele două măsuri este arătată în Figura 46.

Conform practicienilor din sistem, cele două măsuri propuse reprezintă „o idee bună” într-o oarecare măsură (cu scoruri medii între 5,6 și 6,4, pe o scală de la 1-idee rea la 10-idee bună), dar sunt în mică măsură realiste (cu scoruri medii între 4,7 și 5,8, pe o scală de la 1-idee nerealistă la 10-idee realistă). Din experiența lor, astfel de măsuri au șanse reduse de a fi puse în practică. O schimbare legislativă în actualele condiții, fără a crește resursele instituționale disponibile, nu ar face decât

să crească stresul și nivelul de non-conformare la reglementări. Elaborarea unui Ghid care să fie distribuit tuturor persoanelor ar putea funcționa dacă acesta ar fi elaborat la nivel național și pus la dispoziția județelor/sectoarelor. Dacă reprezintă doar o nouă cerință delegată la nivel județean, șansele de a fi pusă în practică ar fi limitată la cel mult câteva județe care au deja dezvoltate astfel de materiale (precum buna practică din județul Sălaj prezentată mai sus).

7.2. Principalele motive ale contestațiilor

Mecanismul de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap din România nu are încorporată o dimensiune de învățare continuă. Un mecanism⁴⁰⁹ bun de redresare a plângerilor și contestațiilor folosește măsuri relevante pentru identificarea lecțiilor pentru îmbunătățirea mecanismelor și prevenirea nemulțumirilor și prejudiciilor viitoare. Cu acest scop, se analizează periodic frecvența, modelele și cauzele nemulțumirilor, strategiile și procesele utilizate pentru soluționarea plângerilor, precum și eficacitatea acestora. În cazul sistemului de evaluare a dizabilității din România, nu doar că persoanele cu dizabilități au la dispoziție doar calea legală de rezolvare a nemulțumirilor, dar instituțiile responsabile nu se implică nici măcar în identificarea principalelor lecții și măsuri pentru îmbunătățirea mecanismelor și prevenirea nemulțumirilor. Din 2017, de la introducerea noului cadru legislativ, și până în prezent, nici unul dintre județele care au participat la cercetare nu a realizat o analiză riguroasă a motivelor contestațiilor.

La nivelul opiniilor, conform reprezentanților CEPAH, cele mai frecvente trei motive pentru care persoanele cu dizabilități contestă certificatul sunt: (1) nemulțumiri legate de gradul de handicap; (2) nemulțumiri legate de termenul de valabilitate a certificatului; (3) scăderea în grad de la o evaluare la alta sau în cazul trecerii de la minori la adulți. Nemulțumiri referitoare la gradul de handicap sau scăderea acestuia sunt în principal legate de impactul asupra veniturilor persoanei

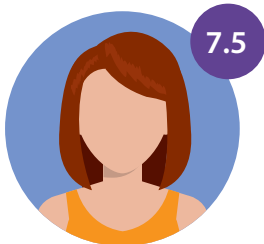
cu dizabilități,⁴¹⁰ respectiv pierderea/reducerea beneficiilor la care persoana are dreptul, precum și la pierderea dreptului la asistent personal. Aceste situații par să fie frecvente la tranziția de la copil la adult, din cauza diferențelor între criteriile de încadrare în grad de handicap pentru copil și adult.

Interviurile cu persoane cu dizabilități confirmă cele trei motive menționate de reprezentanții CEPAH, însă aduc în discuție și alte motive pentru contestații, cum ar fi: percepția că dosarul nu a fost suficient analizat; că nu au fost luate în considerare toate afecțiunile din dosarul medical, ci a fost selectată aleatoriu tocmai afecțiunea pentru care criteriile prevăd un grad de handicap mai ușor; problemele de încadrare întâmpinate în cazul unor afecțiuni cu manifestări temporare sau care nu pot fi investigate sau diagnosticate în cadrul sistemului medical din România;⁴¹¹ că există cazuri de persoane adulte care au certificat de handicap grav cu drept de asistent personal însă nu au aparținători, în comunitate în care trăiesc SPAS nu reușește să identifice persoane care să fie angajate în acest scop de primărie, iar DGASPC nu dispune de un serviciu public de asistenți personali pentru astfel de situații; că nu se poate contesta PIRIS, ci doar certificatul, iar persoanei nu îi sunt recomandate în PIRIS diferite tipuri de servicii, deși persoana ar avea nevoie, pentru că acestea fie nu există, fie nu au locuri vacante; sau existența unor situații de încălcare a eticii profesionale sau de corupție de la nivelul CEPAH sau DGASPC.

409 UNDP (2017: 1).

410 Conform ANDPDCA, din data de 1 ianuarie 2021, nivelul beneficiilor sociale prevăzute la art. 58, alin. 4 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap este următorul: adultul cu handicap grav beneficiază de o indemnizație lunară de 350 lei, la care se adaugă bugetul personal complementar lunar în cuantum de 150 lei, indiferent de veniturile persoanei. Valoarea totală lunară este de 500 lei. Dacă adultul cu handicap grav are drept la asistent personal, atunci poate opta pentru o indemnizație de însoțitor în cuantum de 1.386 lei lunar sau asistent personal angajat de primăria din localitatea de rezidență. Spre deosebire, pentru adultul cu handicap accentuat valorile corespunzătoare se reduc la indemnizație lunară de 265 lei, buget personal complementar în cuantum de 110 lei, respectiv o valoare totală de 375 de lei pe lună. În contrast, adultul cu handicap mediu beneficiază doar de buget personal complementar în cuantum de 60 de lei pe lună.

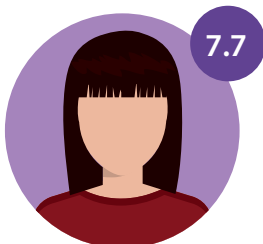
411 Spre exemplu, din cauza lipsei anumitor tehnologii, echipamente sau specialiști.



„Am știut de exemplu în 2017, fata avea 17 ani, și am fost conștienți că va avea probleme cu diagnosticul de epilepsie temporară. Este un diagnostic specific pe trauma lobului temporal. Aici în țară la toate RMN-urile nu se vedea nimica dar nici la EEG-uri nu se vedea nimica. Totul părea ok și totuși ea făcea crizele astea. Ca să se poată valida, demonstra că diagnosticul este real, am făcut RMN-ul cu spectroscopie tocmai ca să ne pregătim pentru 18 ani când trecem la adulți. Și când am văzut că totuși atunci au scos-o din grad v-am zis că am cerut reevaluarea și am mers în Italia. Am mers în Italia pentru reevaluare. (...) pentru că epilepsia conform baremelor care sunt, așa mi s-a spus cel puțin, că se încadrează maxim la accentuat. Problema este cum demonstrezi de exemplu o criză de epilepsie care durează trei zile continuu în care crește în intensitate și scade în intensitate. Cum faci lucrul ăsta?” (Interviu cu mama unei PAH, femeie)



„Prima contestație a fost în 2019 iar a doua în 2020. [...] Pentru că din ce am citit în lege, scrie că la cei cu epilepsie, când se prezintă a doua oară la comisie se dă permanent. Având în vedere că el de atâția ani de zile, de 19 ani de zile el nu a avut nicio altă îmbunătățire, boala este tot acolo, nu a dispărut. Tu de ce nu i-ai dat permanent? Că ei spun la fel: dacă ai înainte de 16 ani parcă sau 26 de ani...epilepsie...deci au mers pe epilepsie, nu au mers pe boala lui pe scleroză tuberoasă ceea ce ar fi trebuit pentru că este o boală rară și gravă, ar fi trebuit să meargă pe ea, au spus că nu este în codurile lor. Bun. Dar în codurile lor este și boală rară. Ei nu au luat lucrul acesta au mers pe epilepsie. [...] De ce nu i-a dat permanent?! Nu a dat nici instanța, i-au dat pe doi ani. Dar vă închipuiți că în 2021 trebuie să merg din nou la comisie. Mă lupt cu sistemul. Mă lupt să ce? Îi vor da iar pe un sau doi, îi vor da iar accentuat și vom merge iar în instanță și instanța iar îi va da grav și uite așa mă plimb între comisie și tribunal...în primul rând că e un stres și pentru mine și pentru copil. Dar eu...poate mâine nu mai sunt că am avut în 2016 un accident vascular și poate mâine nu mai sunt. Cine va umbla cu acest băiat că el nu va umbla. Ce se va alege de el? Deși sunt puțini acei 500 de lei măcar îi are acolo...” (Interviu cu tatăl unei PAH, bărbat)



„În Timișoara este un centru de zi de stat pentru adulți care este supraaglomerat. Și este unul privat care se ocupă de cei cu retard grav și de cei cu Down... care nu au cum să facă față. E imposibil să facă față. La cel de la stat sunt liste pe 3 ani de zile. Despre așa ceva vorbim. E absurd să aștepti să se îmbolnăvească careva atâta de rău încât să nu mai poată să meargă la terapie ca să te duci tu în locul lui, sau să moară. Aici...merg mână în mână toate. Dacă ar fi un centru de zi unde eu aș putea să o duc...sau să fie unități protejate...dar să fie nu una, două pe un județ că nu ai ce să faci cu alea. Să fie unități protejate unde să poți să-i angajezi. Sincer? Nici nu am mai fi contestat gradul dacă ar fi fost așa ceva. Așa nu are nimic. Nici venit, nici posibilitatea să se angajeze...nici nimic. Nimic. Și aici...nu e vorba numai de ea. E vorba de toată familia că și restul familiei este implicată în lucrul ăsta și atunci toate lucrurile se răsfrâng pe familie. Cât rezistă familia? Când nu mai rezistă familia e jale.” (Interviu cu mama unei PAH, femeie)

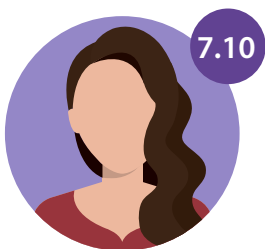


„Avocata dă din umeri și spune că nu are ce să facă, ea trebuie să facă demersurile pentru că i se cere să facă aceste demersuri și efectiv nu are ce să facă. Imaginați-vă că noi ne judecăm acum de atâta timp (din 2019), iar acum în toamnă la Timișoara, sigur ați aflat, directorul de la adulți a fost săltat pentru șpagă. Cinci mii de euro pe certificat, pe grad, cu asistent personal. Adică...alții care au nevoie nu intră la grav și... Inclusiv avocata a spus că putem să mergem și să contestăm...cât de integră a fost comisia. Inclusiv lucrul ăsta...” (Interviu cu tatăl unei PAH, bărbat)

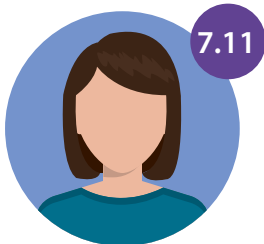
Alte persoane cu dizabilități intervievate și ONG-urile arată că există persoane care renunță la contestație din cauza procedurii greoaie și costurilor implicate, mai ales în cazul persoanelor cu gradul mediu de handicap și a celor din mediul rural sau cu nivel redus de educație.



„Am fost cu analizele făcute, cu tot dosarul la centrul de persoane cu dizabilități din Timișoara. Și am primit o indemnizație de tot râsul. Pur și simplu și-au bătut joc de mine: 39 de lei pe lună și în fiecare an să mă duc cu analizele proaspete. Atunci mi-am zis că nu are rost. Pentru bănuții ăia cât umblu eu pe drum și cât fac analizele nici nu are rost să mă mai duc. Și am renunțat. Am făcut contestație, dar nu am primit niciun răspuns. [...] Vă dați seama cu bănuții pe care îi iau eu să mă mai duc și prin Tribunal chiar nu avea rost. Mă fac de râs pentru niște bănuți amărâți acolo...dacă ăsta este sistemul. [...] Eu știu doar cum am fost eu nemulțumit. Să te duci să faci o analiză la sânge este 30 de lei și ceva...totul e de bani...dacă te duci să faci analizele la stat, prin Casa de Asigurări, nu se poate numai la începutul lunii, iar când te duci la începutul lunii îți spune că nu mai sunt locuri, că au fost programați și tot trebuie să scoți bani din buzunar. Nu știu dacă merită...nu scoți nici măcar bănuții ăia pe care îi dai pe analize, nu-i scoți într-un an de zile.” (Interviu cu PAH, bărbat, 60 ani)

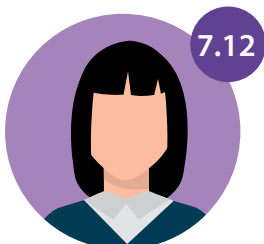


„Persoana sprijinită de organizație are leucemie și probleme grave de vedere. Până anul trecut a avut certificat cu încadrare în grad grav cu însoțitor. La ultima evaluare i s-a dat handicap grav, fără însoțitor. După ce organizația a analizat toate aspectele, a constatat că nu au fost luate în considerare toate criteriile medico-psihosociale, așa cum prevede legea. A contestat, a arătat ceea ce nu s-a luat în considerare. Acuitatea vizuală nu ar fi fost pentru handicap grav cu însoțitor, dar celelalte criterii, cum ar fi câmpul vizual și altele, da. Instanța a dat dreptate ONG-ului. Procesul continuă doar dacă partea adversă depune recurs. Organizația noastră depune contestație de câte ori consideră că nu s-au respectat criteriile de încadrare. Dacă un membru consideră că este nedreptățit, organizația îi explică dacă s-au respectat criteriile. Sunt situații în care membrii cer sprijin în instanță, chiar dacă li s-au dat explicații că s-au respectat criteriile. Obțin sprijin și în astfel de situații.” (Interviu reprezentant ONG, Brașov)



„Foarte multe persoane nu fac contestație datorită procedurii greoaie și a costurilor aferente.” (Interviu reprezentant ONG, București)

În opinia membrilor CEPAH, cazurile de persoanele cu dizabilități care nu contestă certificatul pentru că se tem că membrii comisiei se vor „supăra” și asta va afecta următoarea evaluare sunt practic inexistente.⁴¹² Însă în interviurile cu persoane cu dizabilități, ONG-uri și avocați, astfel de cazuri au fost menționate. Nu se poate estima cât de numeroase sunt astfel de cazuri sau dacă se concentrează la nivelul anumitor județe sau anumitor categorii de persoane cu dizabilități, dar există și nu trebuie neglijate.



„Psihologul – vă dau o situație din alt județ, din județul Sibiu, este situația tatălui meu care a avut o amputație și în anul următor i-au retras însoțitorul și dacă făceam contestație putea să nu mai obțină nici gradul acela.” (Interviu reprezentant ONG, Mureș)



„Doamna a fost nemulțumită când a primit certificatul de handicap și le-a zis că e nemulțumită și trebuia să îi dea alt grad... și atunci i-au spus să nu mai vocifereze și să nu conteste că dacă o va face o să-i taie și gradul pe care ea deja l-a primit, mă rog, pe care l-a primit soțul. [...] Prea multe nu i-au spus despre cum să conteste din moment ce au descurajat-o. Dar, mai multe detalii nu știu despre conversația respectivă, dar știu că doamna era dezorientată.” (Interviu avocat)

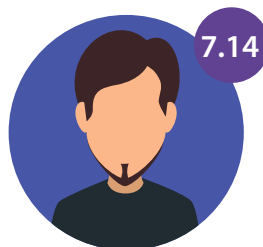
412 Pe o scală de la 1-deloc la 10-total, scorul mediu pe total eșantion este de 1,8. Sondaj de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor CEPAH (N = 47 de răspunsuri valide), din 24 de județe și 2 raioane din București, ianuarie-februarie 2021.

7.3. Înregistrarea contestațiilor

Mecanismul de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap din România nu respectă principiul de transparență care trebuie să definească orice mecanism⁴¹³ bun de redresare a plângerilor și contestațiilor. Principiul transparenței prevede informarea periodică a persoanelor cu dizabilități, reclamante, cu privire la stadiul evaluării contestației și publicarea unor informații referitoare la performanța mecanismului de plângere/contestare pentru a crește încrederea în eficacitatea acestuia și pentru a satisface orice interes public în joc. Aceasta se poate realiza prin publicarea de statistici, studii de caz sau informații mai detaliate despre tratarea anumitor cazuri, aspect important pentru a demonstra legitimitatea mecanismului și a contribui la creșterea încrederii în eficiența acestuia. Niciuna dintre aceste condiții nu este îndeplinită de mecanismul existent în prezent.

În condițiile noului cadru legislativ stabilit prin OUG nr. 51/2017 privind modificarea și completarea Legii nr. 448/2006, Secretariatul Comisiei Superioare de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap nu mai primește și înregistrează contestațiile formulate împotriva certificatelor. Ca urmare, în majoritatea județelor, Secretariatele CEPAH nu mai înregistrează cererile, ci îndrumă petenții către instanțele de judecată competente. În eșantionul de 24 județe și 2 sectoare din București,⁴¹⁴ doar trei județe au raportat că încă se depun contestațiile privind încadrarea în grad și tip de handicap la Secretariatul CEPAH. De asemenea, Secretariatul CEPAH are responsabilitatea legală de a gestiona un registru de contestații.⁴¹⁵ Însă, nu doar că nu mai înregistrează cererile, dar majoritatea județelor nu mai păstrează nici registrul de contestații. Datele din sondajul instituțional arată că în 13 județe și

două sectoare din București Secretariatele CEPAH nu mai dețin un registru de contestații. Într-un județ, registrul există dar nu a mai fost completat după apariția OUG nr. 51/2017. Doar în 10 județe Secretariatul CEPAH a păstrat și completat în continuare registrul de contestații. Totuși chiar și în aceste 10 județe datele pot fi incomplete, din moment ce au început să funcționeze mai multe mecanisme de înregistrare care nu sunt coordonate și nici nu comunică între ele (cu precădere, tribunale și consilii județene). Consecințele sunt lipsa de transparență alături de lipsa unor date solide care să permită monitorizarea și analiza fenomenului de nemulțumire cu evaluarea dizabilității și încadrarea în grad de handicap sau proiectarea unor măsuri corective bazate pe evidențe.



„Când am depus plângerea? Pur și simplu nu am fost băgat în seamă. Parcă nici nu ar fi ajuns acolo. ... Păi, am întâlnit două persoane. Persoana care era acolo la intrare, om de ordine...de pază...de ce era...a întrebat cu ce probleme pe la ei. I-am zis că am de depus o plângere și omul m-a îndrumat, mi-a arătat unde să mă duc. M-am dus la ghișeu, am dat-o...mi-au zis că...să așteptați...în termen de 3 luni veți primi punctul nostru de vedere. Și am tot așteptat până am renunțat.” (Interviu cu PAH, bărbat, 60 ani)

7.4. Demersul de contestare a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap

Pe lângă informarea insuficientă și inadecvată a persoanelor cu dizabilități cu privire la demersul de contestare (secțiunea 7.1), analiza datelor colectate pentru acest raport a evidențiat următoarele aspecte problematice: durata lungă a litigiilor, lipsa asistenței juridice sau insuficienta reprezentare în

fața instanței, aspecte procedurale neadaptate și absența sprijinului informațional sau de specialitate la nivelul instanțelor pentru explicarea criteriilor medico-psihosociale. Aceste aspecte sunt examinate în secțiunile următoare.

413 UNDP (2017: 2).

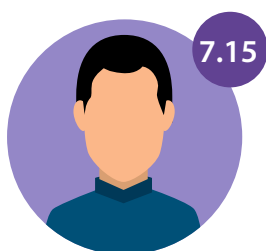
414 Sondajul instituțional Q3D.

415 HG 430/2008, art. 15 (2) lit. g.

7.4.1. Durata litigiilor

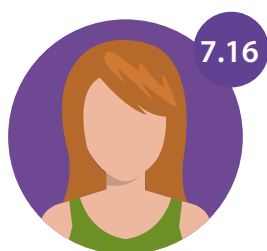
Contrar cerinței legale,⁴¹⁶ aceste cauze nu par să se judece cu celeritate. În condițiile lipsei de date subliniată anterior, majoritatea Secretariatelor CEPAH din județele studiate nu știu să estimeze durata demersului de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap.⁴¹⁷ Doar 9 județe (din eșantionul de 26) au oferit estimări pe baza documentelor existente la Secretariatul CEPAH. Astfel, litigiile legate de certificatul de încadrare în grad de handicap pot dura între 15 zile și 1.000 de zile, cu o durată medie de aproximativ un an.

Există diferențe considerabile între județe. Spre exemplu, în județul Bistrița-Năsăud, litigiile sunt raportate a dura între 15 și 30 de zile. În județul Neamț, intervalul crește la 90-150 de zile, în timp ce în județul Cluj, durata litigiilor variază între 200 și 1.000 de zile. Interviuurile cu persoane cu dizabilități și cu ONG-uri confirmă durata lungă a procedurii de contestație, unele persoane ajungând la o nouă evaluare pentru înnoirea certificatului înainte să obțină o hotărâre definitivă cu privire la certificatul existent.



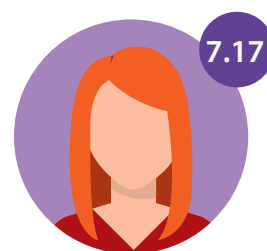
7.15

„Procedura a durat foarte mult, peste un an și ceva. Tot dosarul nu s-a mai terminat. Am făcut contestație în martie 2019, în 2020 am primit Decizia de la Buftea, apoi Curtea de apel a făcut contestație. Termenul de la Curtea de apel a fost în noiembrie 2020. S-a amânat pronunțarea de trei ori, trei săptămâni la rând, în cazul lui. Din cauza pandemiei multe procese s-au amânat, nefiind penale”. (Interviu cu PAH, bărbat, 41 ani)



7.16

„Ne judecăm din iulie 2019, chiar acum ne dăm în cap cu medicina legală, în 5 zile trebuie să le facem pe toate, pe toate, e foarte greu. Dacă ar fi făcut tot acolo la sediul medicinei legale ar fi fost mai ușor, dar ne-au pus niște hârtii în brațe și ne-au spus rezolvați-le, foarte greu merge pentru că este nebunia asta în spital cu COVID-ul, astăzi am făcut neurochirurgia”. (Interviu cu PAH, femeie, 20 ani)



7.17

„Contestația pe care ONG-ul nostru a depus-o în octombrie, s-a judecat pe 20 ianuarie, până vine hotărârea durează 30 de zile. Dacă se face recurs, se ajunge în martie. Până se programează recursul, se ajunge în mai. Concluzia – termenele lungi de soluționare”. (Interviu reprezentant ONG, Brașov)

7.4.2. Asistența juridică în fața instanței

Cele mai multe persoane cu dizabilități nu au acces la asistență juridică în etapa de formulare a cererii de chemare în judecată și nici în susținerea motivelor în fața instanței, susțin ONG-urile. Din datele disponibile la Secretariatele CEPAH/DGASPC rezultă că cele mai multe persoane cu dizabilități contestă certificatul la instanța competentă prin

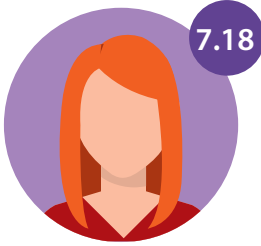
avocat ales (plătit de persoana cu dizabilități/tutore/familie), în unele județe, și singure, fără ajutor specializat, în alte județe.⁴¹⁸ Nu există date solide pe baza cărora să se verifice aceste afirmații. Însă, este cert că asistența juridică gratuită este menționată foarte rar de toate părțile interesate.⁴¹⁹

416 Art. 25 alin 7, Legea nr. 448 din 2006.

417 Durata este măsurată de la înregistrarea contestației la Secretariatul CEPAH/tribunal până la primirea hotărârii judecătorești cu soluția contestației care rămâne definitivă. Deci, dacă este cazul, include atât prima instanță, cât și recursul.

418 Din eșantionul de 24 județe și două sectoare din București, 18 Secretariate CEPAH nu dețin date cu privire la asistența avocațială de care beneficiază cele mai multe persoane cu dizabilități în contestațiile împotriva certificatului de încadrare în grad și tip de handicap. Celelalte opt județe oferă răspunsuri diferite. Astfel, patru județe raportează că cele mai multe persoane cu dizabilități contestă certificatul la instanța competentă prin avocat ales (plătit de persoana cu dizabilități/tutore/familie). Trei județe declară că persoanele cu dizabilități aplică singure, fără sprijin specializat. Un singur județ susține că cele mai multe persoane beneficiază de asistență juridică gratuită. Sondajul instituțional Q3D.

419 Ajutorul public judiciar se acordă, potrivit OUG nr. 51/2008, independent de starea materială a solicitantului, dacă prin lege



7.18 „- Considerați că accesul la asistență avocațială este o problemă pentru persoanele cu dizabilități?

- Da. Nu își permit și nu știu. Nu au acces pentru că nu știu să ajungă până acolo, dar dacă s-ar duce și ar cere, cred că ar primi. Asta vreau să punctez. Că autoritățile le-ar da asistență juridică gratuită...dacă ar ajunge la Barou sau în fața judecătorului să ceară, eu cred că le-ar da. Dar nu știu cum să ajungă până acolo și nu există organisme de suport. [...] Persoanele cu dizabilități nu își cunosc drepturile, nu are cine să le explice și nu sunt reprezentate efectiv. În cele două dosare pe care le-am lucrat, cei care au contestat nu aveau o situație financiară care să le permită să-și angajeze un avocat, să-l plătească. Iar în cazul cu Parkinson...cred că doamna nici nu știa că există ajutor public judiciar pentru că ea a fost foarte intrigată că există ACTEDO-organizație care asigură avocat pro-bono.... probabil că nu se gândea că cineva poate să o ajute pe gratis”. (Interviu avocat)

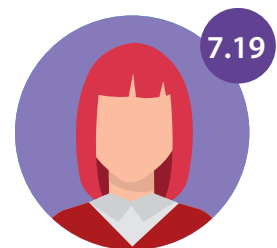
Din perspectiva reprezentanților sistemului judiciar (judecători și avocați), subutilizarea ajutorului public judiciar este în primul rând efectul lipsei de informare cu privire la existența acestuia și a modului în care poate fi obținut. În opinia acestora, DGASPC ar trebui să se asigure că aceste informații ajung la toate persoanele cu încadrare/ neîncadrare în grad și tip de handicap, alături de informația că certificatul poate fi contestat în termen de 30 zile.

Servicii de consultanță juridică pentru persoanele care contestă certificatul de încadrare în tip și grad de handicap sunt oferite și de ONG-uri.⁴²⁰ Majoritatea acestor ONG-uri nu dispun de buget pentru un departament specializat, ci

furnizează aceste servicii cu ajutorul unui membru al organizației, care este la rândul său părinte sau membru de familie al unei persoane cu dizabilități înscrisă în organizație: „Am avut și consiliere juridică, din păcate a plecat din lumea asta prea devreme, era un tătic. Am început să lucrăm cu un alt jurist și încet, încet vom reveni, noul jurist nu era familiarizat cu domeniul, dar acum a început să se acomodeze.”⁴²¹

Opiniile persoanelor cu dizabilități intervievate care au beneficiat de asistență avocațială cu privire la importanța acesteia în bunul mers al demersului de contestare variază de la „fără avocat nu ne-am fi descurcat” la „nu ne-a fost de nici un folos”.

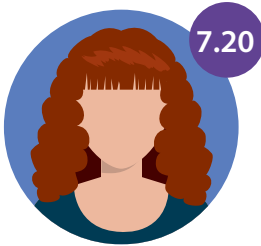
„Vreau să vă spun că fără avocat n-am fi făcut absolut nimic, [...] am mers automat la o doamnă avocat, am avut și noroc pe de altă parte. Aici este o doamnă care are și dânsa un nepoțel cu dizabilități. Mi-a spus că dânsa nu știe nimic despre genul acesta de procese pentru că sunt foarte puține la nivel de țară și, având în familie un caz, vrea tare mult să se implice pentru că este și spre binele ei personal și profesional. Nici măcar nu mi-a luat comision, am plătit procentul respectiv în ziua în care mergea la proces, i-am plătit de fiecare dată transportul [...] Fără avocat mi-ar fi fost greu, a fost totul așa plin de aspecte care nouă ne sunt total necunoscute, ei sunt obișnuiți să facă recurs pe orice chichiță, pe orice portiță să o deschidă, ar fi trebuit să fiu consiliată permanent”. (Interviu cu mama unei PAH, femeie)



specială se prevede dreptul la asistență judiciară sau dreptul la asistență juridică gratuită, ca măsură de protecție, în considerarea unor situații speciale, precum minoritatea, handicapul, un anumit statut și altele asemenea. În acest caz, ajutorul public judiciar se acordă fără îndeplinirea criteriilor prevăzute la art. 8, dar numai pentru apărarea sau recunoașterea unor drepturi sau interese rezultate ori aflate în legătură cu situația specială care a justificat recunoașterea, prin lege, a dreptului la asistență judiciară sau la asistență juridică gratuită. De asemenea, conform Codului de procedură civilă (Art. 58), în anumite situații, instanța, la cererea părții interesate, poate numi un curator special dintre avocații anume desemnați în acest scop de barou pentru fiecare instanță judecătorească, care are toate drepturile și obligațiile prevăzute de lege pentru reprezentantul legal.

420 Dintre cele 20 de ONG-uri intervievate, șase au declarat că oferă servicii de consultanță juridică.

421 Interviu ONG.

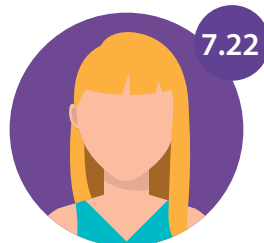


„Pentru procesul la tribunal nu a fost nevoie, am câștigat fără avocat. La apel da, am apelat la un avocat care cunoștea și ce implică partea medicală. Am cerut o doamnă și am plătit-o. Pe Timișoara un onorariu pentru un proces de genul ăsta este în jur de 2500 lei, doamna avocat ne-a luat doar 800 lei, de și judecătoarea s-a mirat. Anume ne-am dus la ea pentru că doamna a fost înainte asistenta medicală, m-am interesat înainte să mă duc, nu m-am dus la oricine, e vorba de niște diagnostice medicale”. (Interviu cu PAH, femeie, 20 ani)



„- Credeți că rezultatele ar fi fost altele? Termenele ar fi fost mai scurte...dacă ați fi avut un avocat?

- Nu știu...eu...nici nu știu dacă asta este problema până la urmă. După părerea mea nu ar trebui să ajungă persoanele cu handicap prin justiție prin tribunale... ar trebui...așa cum a fost pe vremuri: puteai face o contestație la Autoritatea Națională a Persoanelor cu Handicap, la București. Acum te simți așa ca o frunză pe apă, așa. Adică a nimănu. Nu-i pasă nimănu ce se întâmplă cu tine...se dau gradele astea...asta mi se pare cel mai revoltător: cum îți poate face cineva o evaluare pentru prima oară fiind trecerea asta de la minor la adulți, să-ți dea un grad de handicap fără să te vadă?! Pe ce bază? Doar pe niște referate pe care le-am primit de la medicul specialist.” (Interviu cu PAH, bărbat, 18 ani)



„- Dacă ar fi să o luați de la capăt, ce ați face diferit?

- Nu mi-aș mai luat avocat deloc, ar fi forțați să stea de vorbă cu ea [ficia sa cu dizabilități]. În primul rând sunt convinsă că dacă am fi avut avocat de la început, nu câștigam pentru că vorbea avocatul în locul meu sau al ei. Cumva, ar fi bine ca să fie în contestațiile astea, să fie impus judecătorilor să stea de vorbă cu persoana cu dizabilități, exact ca la copii când hotărâsc că trebuie să stea cu unul dintre părinți, ca la divorț. [...] Dar, la apel am luat avocat pentru că nu le înțeleg termenii și nu au stat deloc de vorbă cu ea, am cerut eu să stau de vorbă cu ei, dar nici asta nu au acceptat, așa am luat avocat”. (Interviu cu PAH, femeie, 20 ani)

7.4.3. Lipsa probațiunii uniformizate la nivelul instanțelor de judecată

Demersul de contestare a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap este caracterizat de o mare variație a adaptărilor procedurale de la o instanță la alta. Aceeași persoană poate depune două contestații la secția de contencios administrativ din cadrul aceluiași Tribunal județean și să aibă două experiențe foarte diferite. Global, în evaluarea reprezentanților CEPAH, procedurile judiciare sunt într-o mică măsură adaptate de o manieră care să permită persoanelor cu dizabilități să se adreseze în instanță pentru a contesta certificatul, în

conformitate cu CDPD (art. 13).⁴²² Lipsa probațiunii uniformizate la nivelul instanțelor de judecată acoperă aspecte cum ar fi admisibilitatea excepției tardivității sau a probei cu martori, declararea nepublică a ședinței de judecată, termene scurte de judecată sau motivarea judecătorului. Acestea sunt discutate în continuare.

Excepția tardivității formulării contestației: Persoanele cu dizabilități reușesc, în cele mai multe cazuri, să înregistreze contestația la instanța competentă în termenul legal de maximum 30 de zile de la comunicare, conform Secretariatelor CEPAH.⁴²³ Există însă și situații, precum spitalizarea sau instituționalizarea,⁴²⁴ în care persoanele nu

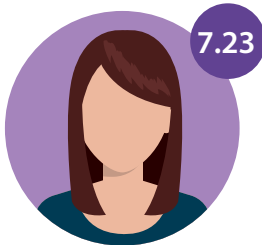
422 Jumătate dintre membrii CEPAH care au participat la sondajul de opinie nu au răspuns la această întrebare. Cealaltă jumătate dintre ei au evaluat cu un scor mediu de 5,2, pe o scală de la 1-deloc la 10-total, măsura în care procedurile judiciare sunt adaptate la nevoile persoanelor cu dizabilități. Sondaj de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor CEPAH (N = 65), din 24 de județe și 2 raioane din București, ianuarie-februarie 2021.

423 Sondajul instituțional Q3D.

424 Persoanele cu dizabilități instituționalizate pot fi lipsite de calea accesului la justiție atunci când comunicarea certificatului se realizează la șeful de centru sau la managerul de caz.

reuşesc să respecte termenul legal. Adeseori, în astfel de situații, pârâta (Consiliul Județean – CEPAN) solicită instanței să admită excepția tardivității deoarece reclamantul a depus cererea de chemare în judecată peste termenul legal prevăzut. Unele instanțe de judecată acceptă cererea CEPAN, în timp ce altele resping excepția tardivității introducerii

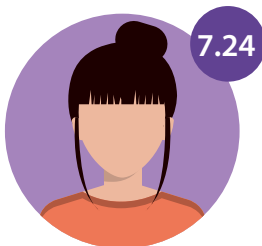
acțiunii.⁴²⁵ Ambele practici sunt menționate în interviurile cu persoane cu dizabilități și cu ONG-uri, dar dacă ONG-urile sunt capabile să găsească diferite soluții, persoanele care trec prin astfel de experiențe sunt, cel puțin în unele cazuri, lipsite de calea accesului la justiție.



„Am și întâlnit situații, persoane care nu au reușit să facă contestație la grad. A existat o modă, ca să nu mai aibă acces la contestație persoanele care au primit certificatul prin poștă, să nu se considere perioada de la sosirea plicului. Am avut această surpriză acum doi ani, așa că anul trecut, am avut grijă la toate mamele care au mers pentru certificat să nu mai aștepte certificatul să vină prin poștă și am avut o mamă care mi-a spus - știți, m-au certat că nu am așteptat să îl ridic prin poștă.” (Interviu reprezentant ONG, asociație națională)

Ședințele de judecată sunt adesea publice: Cu toate că în decursul procesului, persoana cu dizabilități trebuie să prezinte aspecte care țin de viața privată și în plus aspecte care țin de starea de sănătate fizică sau mentală, ședința este publică, astfel că în unele cazuri persoanele cu dizabilități și familiile lor sunt puse în dificultate. Persoana poate cere ca ședința să fie nepublică,⁴²⁶ dar ar putea fi luată în considerare și modificarea reglementărilor (Legea nr. 448/2006, art. 25 Asistență Juridică) în sensul introducerii

unei prevederi exprese în acest sens: „poate chiar să devină ședința nepublică fără cerere, sau să pună în discuție judecătorul fără să fie cerută de persoana în cauză, pentru că poate persoana în cauză nu știe că are acest drept, mai ales dacă se reprezintă singură”.⁴²⁷ În unele țări, ședințele sunt desfășurate fără public, în spații special amenajate și în condiții care să nu intimideze sau pună în dificultate persoana cu dizabilități, cel puțin în cazuri selectate pe baza evaluării unui asistent social.



„Pe urmă mai e o problemă cu faptul că ar avea probleme să meargă în instanță. În cazul cu Parkinson chiar discutam cu soția [cadru medical] că nu putem să-l ducem la proces, că nu face față pentru că sunt prea mulți oameni, l-ar agita statul în sala de judecată. Clar dacă ar fi fost să vină, ar fi trebuit să fie numai el cu judecătorul fără alte persoane. Și poate chiar într-o încăpere mai mică...într-un birou special amenajat ca la copii...adică ceva să fie o atmosferă relaxată, plăcută, nimic care să-l intimideze. Deci...da, poate ar fi bine să fie modificate procesele. Total. Adică să nu fie într-o ședință normală de judecată. Omul cum ajunge la proces să fie singur”. (Interviu cu un avocat)

*Alte adaptări procedurale:*⁴²⁸ Multe alte modificări de procedură care au lipsit sau care ar fi fost necesare au fost aduse în discuție în interviurile cu persoane cu dizabilități care au contestat certificatul sau cu reprezentanți ai sistemului juridic, cu privire la modul în care s-a desfășurat demersul de contestare în instanțele de judecată. Începând de la faptul că în multe județe nu sunt disponibile cereri

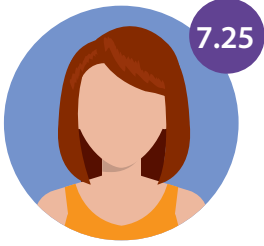
tip de formulare a contestației pe care persoanele cu dizabilități doar să le completeze, nici la DGASPC și nici la instanțe. Că, de asemenea, în majoritatea județelor, persoanele care contestă și familiile acestora nu sunt consiliate nici înainte de a depune contestația, nici înainte de a se prezenta în instanță și nici pe parcursul procesului.

425 În baza prevederilor din legea contenciosului administrativ nr. 554/2004, Art. 11 (2), pentru motive temeinice, în cazul actului administrativ unilateral, cererea poate fi introdusă și peste termenul prevăzut la alin. (1), dar nu mai târziu de un an de la data emiterii actului.

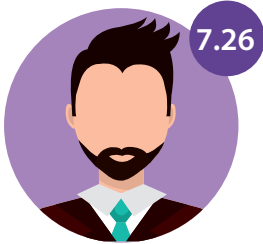
426 Codul de Procedură Civilă, Art. 213: Desfășurarea procesului fără prezența publicului. (1) În cazurile în care cercetarea procesului sau dezbaterile fondului în ședință publică ar aduce atingere moralității, ordinii publice, intereselor minorilor, vieții private a părților ori intereselor justiției, după caz, instanța, la cerere sau din oficiu, poate dispune ca acestea să se desfășoare în întregime sau în parte fără prezența publicului.

427 Interviu cu un avocat.

428 OHCHR, International Principles and Guidelines on Access to Justice for Persons with Disabilities.



„Ok, se face consiliere cu persoana cu dizabilități, da? Dar trebuie făcută consiliere și cu familia. Familiile nu mai au viață personală și aici nu mă refer la viață personală de cuplu... dar dacă mai există frați, surori în familie, copiii ăia aproape nu mai există deloc. Pentru că toată energia se concentrează...și tot, tot, tot...pe persoana cu dizabilități”. (Interviu cu PAH, femeie, 20 ani)



„- A existat vreun specialist care v-au pregătit pentru proces sau v-au oferit suport de-a lungul procesului (psiholog, asistent social, medic)?

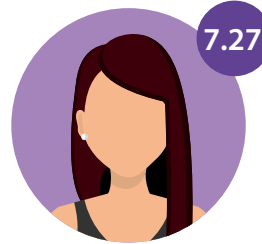
- Nu, nu.

- Ați fi avut nevoie?

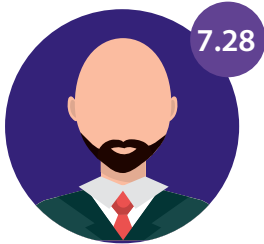
- Nu ne-a fost simplu pentru că stai tot timpul într-un stres, în emoții...acum copilul e ferit de lucruri ăstea...el nu realizează lucrurile astea, dar pentru noi părinții e un stres cum să nu.

- De-a lungul procesului, considerați că ați primit informații suficiente privind toate aspectele importante pentru proces?

- Nu, ne-au întrebat doar ce documentația am adus în plus. Păi, stai puțin întâi trebuie să știi ce documentație să aduc...de unde...am aflat întâmplător că uite se pot aduce referate și de la un medic neurolog pentru că sunt niște scale în care se poate încadra sau nu se poate încadra...acolo specifică foarte clar toate nevoile lui. Dar nu ne-a recomandat nimeni treaba asta. Doar așa ce am aflat și eu de la alți părinți cu copii cu probleme”. (Interviu cu PAH, bărbat, 18 ani)

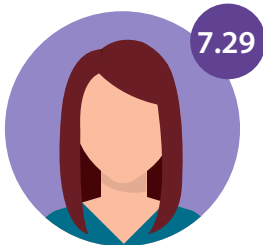


„Dacă eu am fost convinsă că sunt anumite drepturi, nu am renunțat la acele drepturi. Să știți că la început nu am fost așa. Cât ne-am permis, ne-am descurcat singuri. Am vândut tot ce a fost în casă...tot ce nu a fost legat cu ață pe românește. Tot am vândut. Dar când nu am mai avut ce face, atunci am apelat practic la drepturile care sunt. Atunci am intrat în contact cu drepturile persoanelor cu dizabilități și cu drepturile asistenților personali. Pentru mine atunci a fost prima oară (2017). Norocul meu a fost că eu am lucrat pe resurse umane și am înțeles anumite lucruri: când vine vorba de salarizare, de...am știut cum să caut în legi. Eu sunt una din mamicile care ne-am zbatut pentru majorarea de 50 la sută la copiii cu CES. Am umblat cu un tricou pe mine...inclusiv în Parlament am vorbit despre chestia asta...am avut un tricou alb în față scria „grevă” și pe spate „respectați drepturile copiilor cu dizabilități și CES”. Așa am umblat din decembrie 2017 până în iulie 2018 pentru că toată lumea îmi spunea nu ai acest drept, dacă nu îți convine, du-te în instanță. Și atunci am zis stai puțin că nu e chiar așa...pentru orice te duci în instanță? ...Lucrul ăsta a tras consecințe foarte mari: drepturile asistenților personali pe Timiș, sporul de 15 la sută, norma de hrană, gradațiile și banii de concedii...eu sunt de vină. De aia vă spun că și cu procesul, cu contestația, am avut ceva habar, dar nu am știut ce înseamnă”. (Interviu cu mama unei PAH, femeie)



„În cazul surzilor, când li se înmânează documente ar fi potrivit să fie prezent un interpret în limbaj mimico gestual. Dacă ei nu înțeleg, pot pierde termenul în care se poate contesta certificatul”. (Interviu cu PAH, bărbat, 41 ani)

Alte adaptări procedurale menționate în interviuri au făcut referire la faptul că nu există un serviciu de suport pe perioada procesului, care ar putea fi furnizat și de ONG-uri sau voluntari: „o persoană de suport care să îi sune înainte de proces, să-i întrebe cum se simt, dacă au întrebări în legătură cu modul în care se va derula procesul...dacă vor să vină la instanță, să vadă sala de judecată, dacă au nevoie de măsuri speciale cum ar fi poate un scaun, să stea pe scaun, să nu stea în picioare, să stea numai cu judecător, să nu aibă public și alte asemenea”.⁴²⁹ Altă problemă vine din faptul că persoana nu poate fi reprezentată în instanță și de un tutore cu un mandat special strict pe procesul respectiv,⁴³⁰ ci este necesară punerea persoanei sub interdicție și instituirea curatei, ceea ce solicită reevaluarea la Institutul de Medicină Legală și eforturi deosebite din partea familiei.



„- V-a informat cineva de la comisie sau serviciul de evaluare că aveți acest drept de a contesta dacă nu sunteți nemulțumită sau v-a îndrumat altcineva?

- Nu. Nici de la comisia de încadrare în grad nu ne-au spus lucrul ăsta și nici de la asistență socială nu ne-a zis nimeni lucrul ăsta. Pot să spun că din fericire, am fost eu la curent cu lucrurile astea pentru că cu doi ani înainte [ca fiica sa să împlinească 18 ani] am început să mă interesez eu personal de lucrurile astea, dar nici așa nu am fost la curent cu toate. [...] Am știut că trebuie să facem contestație în instanță dacă nu primim același grad...am știut lucrul ăsta dar nu am știut ce înseamnă asta. [...] În contestație am scris că o reprezint eu pentru că ea are dificultăți de vorbire. Vă dați seama că nu am știut că am nevoie de împuternicire, nu am știut că am nevoie de curatelă sau de tutelă...nu am știut nimic de lucrurile astea...și am ajuns acolo, ne-am ridicat amândouă în picioare și am înaintat și bineînțeles că judecătoarea m-a întrebat dar cine sunteți? Păi sunt mama. Păi și ce căutați, ce vreți? [...] Mi-a spus foarte frumos că va sta de vorbă cu mine dar că ceea ce spun eu nu va putea fi consemnat pentru că nu am nicio împuternicire nimic. Ea este considerată adult...ne-a sfătuit atunci doamna judecător să facem curatela...de curatelă ne-a mai spus doamna neurolog și doamna de la psihiatrie dar nu ne-a spus că este o urgență. Ne-a spus numai că ar trebui să o facem...nici nu am luat-o în calcul. După ce ne-a spus-o doamna judecător, am făcut-o și pe aia. [...] Încă suntem în instanță. Am contestat gradul în instanță, ne judecăm din iulie 2019 pe tema asta. Chiar acuma ne dăm în cap cu Institutul de Medicină Legală...maraton...în cinci zile trebuie să le facem pe toate, pe toate, pe toate. E foarte greu.” (Interviu cu PAH, femeie, 20 ani)

Alte adaptări lipsă se referă la faptul că, în instanță, nu sunt citați și experți independenți, cum ar fi psihologi sau asistenți sociali, mai ales în cazul persoanelor cu dizabilități intelectuale și

psihosociale. De altfel, nu sunt clar reglementate nici probele admise în aceste cauze și nici dacă sunt sau nu admiși martori, acestea aspecte rămânând strict la decizia instanței.

429 Interviu cu un avocat.

430 Spre exemplu, în Marea Britanie, există instituția „prieten de litigiu” (litigation friend) care poate reprezenta în instanță o „parte protejată” (copil sau adult). Prieten de litigiu poate fi un părinte sau un tutore, un membru al familiei sau un prieten, un avocat, un reprezentant al Curții de protecție sau o persoană care deține o împuternicire de durată sau permanentă. Pentru cauze civile, „prietenul de litigiu” este numit la cerere, prin hotărâre judecătorească, după ce instanța verifică că poate lua decizii cu privire la caz într-un mod corect și competent, iar interesele sale nu intră în conflict cu cele ale părții protejate. După verificarea din partea instanței, prietenul de litigiu primește un certificat de adecvare în baza căruia reprezintă partea protejată în audierile din sala de judecată. Prietenul de litigiu poate fi numit la începutul procesului sau oricând în timpul desfășurării procesului. Mandatul său poate înceta de îndată ce partea protejată se poate reprezenta singură (spre exemplu, copilul împlinește 18 ani sau adultul se recuperează) sau la finalul procesului. Dacă este nevoie, prietenul de litigiu poate fi înlocuit în timpul procesului.



„... în cazul cu boala Parkinson, am cerut probă testimonială și judecătorul a zis că respinge proba cu martori pentru că situația de sănătate nu se dovedește cu martori, numai cu înscrisuri medicale... numai că în astfel de dosare cum ziceam, trebuie să dovedești viața de zi cu zi, gradul de autonomie... lucruri pe care numai cei din familie sau persoanele apropiate le cunosc. Deci trebuie dovedite mai multe lucruri, nu doar situația privind starea de sănătate”. (Interviu cu avocat)

Rezolvarea adaptărilor procedurale insuficiente și neuniforme presupune schimbări legislative și dezvoltarea serviciilor de suport de pe lângă tribunalele de contencios administrativ. Însă și DGASPC ar putea să joace un rol mai activ. De la asigurarea unei informări corecte, complete și în timp util cu privire la demersul de contestare, la elaborarea unei motivări în detaliu a soluției de încadrare/neîncadrare din certificat, la suport pentru pregătirea cererii de contestare și consiliere a persoanei nemulțumite și familiei. Dezvoltarea unui mecanism de redresare a plângerilor și contestațiilor propriu-zis, care să respecte principiile de accesibilitate, echitate, predictibilitate, transparență și învățarea continuă, ar putea reprezenta o modalitate de a veni în sprijinul persoanelor nemulțumite de încadrare și ar putea reduce numărul de contestații depuse în instanță. Iar, pentru persoanele nemulțumite care totuși ar depune contestația în instanță, DGASPC, printr-un compartiment dedicat, ar putea furniza servicii de orientare și referire pentru asistența avocațială gratuită, poate în baza unui protocol de colaborare cu Baroul și cu ONG-urile, și ar putea pregăti pentru instanțe o listă a adaptărilor procedurale necesare fiecărei persoane, în baza datelor de la dosar și prin interacțiune cu persoana în cauză și

familia sa. Astfel, DGASPC ar putea asigura un tip de intermediere între persoanele cu dizabilități și instanțele de judecată și ar sprijini desfășurarea demersului de contestare a certificatului de handicap în condiții de informare corectă și tratare a persoanei cu demnitate și respect.

7.4.4. Motivările judecătorești când persoanele cu dizabilități au câștig de cauză

Analiza documentară⁴³¹ a unui eșantion de motivări judecătorești din cauze de contestare a certificatului de handicap a evidențiat două elemente principale pe care instanțele le rețin atunci când dau câștig de cauză reclamantilor, persoane cu dizabilități. Acestea sunt: (1) lipsa motivării soluției din certificatul de încadrare în grad și tip de handicap (vezi exemplul din Caseta 10) și (2) aspecte de procedură sau de interpretare a Ordinului nr. 762/1.992/2007 privind criteriile medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap. Nevoia de motivare detaliată a soluției de încadrare/neîncadrare din certificat „și nu doar copy-paste din ordin”⁴³² a fost menționată, de asemenea, în toate interviurile cu judecători și avocați ca fiind o condiție esențială pentru a asigura un proces corect.

(1) Lipsa unei motivări a soluției de încadrare/neîncadrare în grad de handicap

O motivare a soluției de încadrare/neîncadrare în grad de handicap, accesibilă tuturor persoanelor la finalul demersului de evaluare, nu este disponibilă în toate județele (vezi și capitolul 5). În eșantionul de 24 județe și 2 sectoare din București,⁴³³ șase secretariate CEPAAH au raportat că nu oferă o motivare a soluției nici pentru cazurile de încadrare și nici în cele de neîncadrare. Celelalte 20 județe emit o motivare a soluției. În majoritatea cazurilor, motivarea este elaborată de CEPAAH (16 din cele 20 județe).⁴³⁴ Însă motivarea este un document scris, anexă la certificatul de handicap, care conține informații detaliate pentru fundamentarea soluției de încadrare sau neîncadrare și care poate fi folosită în instanță doar în 4 județe.

431 În cadrul sondajului instituțional Q3D, Secretariatele CEPAAH au fost solicitate să pună la dispoziția echipei de cercetare, după anonimizare: (a) cele mai recente două hotărâri judecătorești rămase definitive privind contestații ale certificatelor de încadrare în grad de handicap, indiferent de rezultatele acestora și (b) cea mai recentă hotărâre judecătorească prin care este schimbat gradul de handicap (fără a se solicita reevaluarea de către SECPAAH sau CEPAAH). Un număr de 11 județe au furnizat una sau două hotărâri judecătorești definitive. Acest eșantion, a fost completat cu alte hotărâri judecătorești disponibile online.

432 Interviu cu avocat.

433 Sondajul instituțional Q3D.

434 În celelalte 4 județe, motivarea este elaborată de SECPAAH și aprobată de CEPAAH.

De cele mai multe ori, motivarea este cuprinsă într-o rubrică din certificat,⁴³⁵ care se completează doar în cazurile de neîncadrare în grad de handicap (în 8 județe), în timp ce în alte județe se completează pentru toate persoanele, indiferent de încadrare/neîncadrare (6 județe). Există însă și județe care oferă doar o informare verbală pe care persoana o primește la finalul ședinței CEPAH, în cazul în care s-a prezentat la comisie, sau în alt context (1 județ), precum și județe care eliberează o motivare a soluției doar la solicitarea

beneficiarului (1 județ). Mai mult, motivarea soluției este acompaniată de o explicație oferită de un specialist doar în 11 județe. Specialiștii care oferă explicația motivării ce însoțește certificatul de încadrare/neîncadrare în grad de handicap sunt fie președintele sau alt membru CEPAH, fie medicul SECPAH, fie ambii.⁴³⁶ Cele mai multe dintre județe (9 din 11 județe) raportează că explicația motivării soluției este oferită în limbaj simplificat.

CASETA 10

Extras dintr-o hotărâre judecătorească definitivă

Motivarea actului administrativ constituie o condiție esențială de validitate a acestuia, lipsa motivării ducând la nulitatea actului.

În spetă, o motivare concludentă și detaliată se impunea întrucât, așa cum s-a învederat anterior, același cod boală a fundamentat într-un interval relativ scurt de 7 luni un alt grad de handicap. Motivarea se impunea și pe considerentul puterii de apreciere al părților. Câtă vreme au o putere de apreciere a criteriilor medicopsihosociale, încadrarea într-un grad de handicap trebuie fundamentată pe o analiză concretă a acestor criterii.

Așadar, un document scris care să conțină informații detaliate pentru fundamentarea soluției de încadrare sau neîncadrare și care să poată fi folosit în instanță lipsește în majoritatea județelor. Absența unui astfel de document îngreunează procesele de contestare a certificatului atât din perspectiva petenților, cât și din cea a judecătorilor care trebuie să decidă în astfel de cauze. Cu atât mai mult cu cât motivarea în detaliu a soluțiilor de încadrare/neîncadrare sunt înregistrate în procesele verbale ale ședințelor CEPAH doar în trei județe.⁴³⁷ Dar chiar și în cazul acestor trei județe, o persoană care contestă certificatul poate solicita și primi un extras din procesul-verbal al ședinței CEPAH, dar acest document nu ar fi de nici un folos în instanță.

Prin urmare, uniformitatea deciziilor date de instanțe nu este posibilă în lipsa unor fundamentări ale soluțiilor din certificatele care să fie elaborate de specialiștii din SECPAH și CEPAH implicați în procesul de evaluare și determinare a dizabilității.

Un posibil scenariu pentru rezolvarea lipsei fundamentării soluțiilor din certificatul de handicap ar fi următorul: (a) introducerea unui model tip de motivare a soluției de încadrare/neîncadrare în baza căreia să se poată formula în instanță contestarea certificatului de handicap; (b) acest document de motivare ar trebui să fie emis de CEPAH (în corelare cu concluziile și recomandările din Raportul de evaluare de la SECPAH), alături de certificatul de încadrare în grad de handicap; (c) la

435 Rubrica II din CH, conform HG nr. 430/2008, Anexa 1.

436 Dintre cele 11 Secretariate CEPAH, 8 au raportat că explicația este de obicei furnizată de președintele sau alt membru CEPAH, 2 au menționat medicii din SECPAH, iar unul a declarat că explicația este oferită de un membru CEPAH sau medicul SECPAH, după caz.

437 Secretariatul CEPAH: (d) întocmește procesele-verbale privind desfășurarea ședințelor și (f) gestionează registrul de procese-verbale (HG nr. 430/2008, art. 15 (2)). O analiză a proceselor verbale ale ședințelor CEPAH se găsește în secțiunea 5.1.2.

finalul demersului de evaluare, acest document de motivare ar trebui să fie trimis persoanei solicitante în pachetul de documente aprobate. Figura 47 arată că opiniile membrilor și Secretariatelor CEPAH cu privire la scenariul descris anterior sunt împărțite. Scorurile medii, pe scala de la 1-idee rea/nerealistă la 10-idee bună/realistă, arată că practicienii consideră scenariul oarecum „o idee bună”, dar nerealistă.

Rezultatele analizelor din capitolul 5 și subcapitolul 9.3 privind activitatea și resursele instituționale ale CEPAH oferă și explicația. Dacă, în medie, membrii comisiilor de evaluare au circa 5 minute să decidă soluția per dosar, este de înțeles de ce extinderea responsabilităților ar putea fi realistă doar în unele județe, dar greu sau imposibil de realizat pentru majoritatea județelor. Așadar, pentru a eficientiza procesul de contestare, este necesară în primul rând eficientizarea procesului de încadrare în grad și tip de handicap. Cu resursele și aranjamentele instituționale existente la nivel de CEPAH, nu pare rezolvabilă problema fundamentării soluțiilor din certificatele de încadrare în grad și tip de handicap care să servească ca input pentru instanțele de judecată.

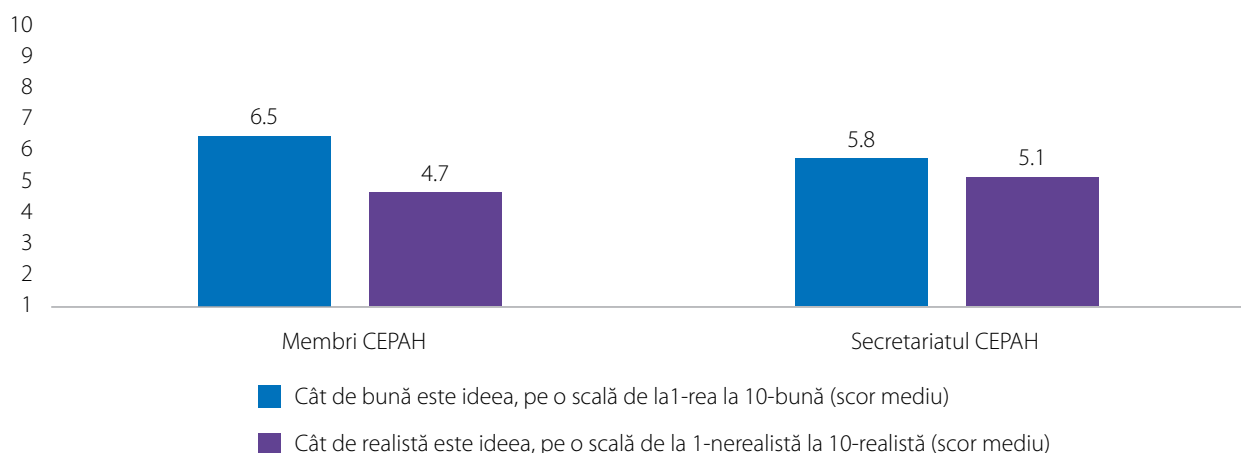
(2) Aspecte de procedură sau interpretare a criteriilor medico-psiho-sociale de încadrare în grad de handicap

Legat de criteriile medico-psiho-sociale, analiza documentară a eșantionului de motivări judecătorești a pus în evidență următoarele elemente pe care instanțele le rețin atunci când dau câștig de

cauză reclamanților, persoane cu dizabilități: (1) documente medicale incomplete sau completate eronat, din dosarul pe baza căruia CEPAH a luat decizia, așa cum ilustrează Casetă 11; (2) interpretare a criteriilor medico-psiho-sociale non-conformă cu Ordinul nr. 762/1.992/2007, așa cum se poate observa în Casetă 12; (3) trecerea de la Comisia pentru copii la CEPAH, când părinții copiilor cu handicap grav pierd statutul de asistent personal și alte beneficii, cauza fiind diferențele între criteriile folosite de cele două comisii pentru evaluarea și încadrarea în grad de handicap; (4) atunci când CEPAH ia decizia de încadrare într-un grad de handicap doar pe baza evaluărilor medicale și nu ia în considerare alte dovezi furnizate de solicitantul cu dizabilități, precum evaluarea psihosocială. Cu alte cuvinte, câștigul de cauză pentru persoanele cu dizabilități este stabilit, în general, ca urmare a încălcării de către SECPAH/CEPAH a unor aspecte de procedură sau legat de acordarea dreptului la beneficii sau servicii (în special, asistent personal) în funcție de circumstanțele și caracteristicile sociale (și nu doar medicale) ale cazului.

Din perspectiva judecătorilor și avocaților intervievați, toate documentele de la dosar trebuie analizate pentru a fundamenta soluția de încadrare/neîncadrare. Ancheta socială care reflectă situația persoanei și gradul său de autonomie sau nevoile specifice sunt aspecte care trebuie combinate cu documentele medicale pentru a obține o evaluare medico-psiho-socială.

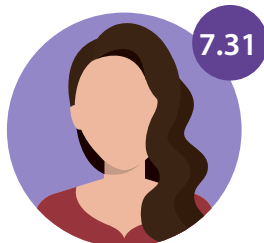
Figura 47: Opiniile dominante ale practicienilor cu privire la introducerea unui model tip de motivare a soluției de încadrare/neîncadrare în baza căreia să se poată formula în instanță contestarea certificatului de handicap, pe o scală de la 1 la 10 (scoruri medii)



Sursa: Sondaj de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor CEPAH (N = 65), din 24 de județe și 2 raioane din București, Sondaj instituțional Q3D: Contestările privind certificatul de încadrare în grad și tip de handicap (Secretariatul CEPAH), din 24 de județe și două sectoare din București, ianuarie-februarie 2021.

În plus, „cei care fac încadrarea ar trebui să motiveze de fiecare dată de ce se impune respectivul grad... să explice. Și să cunoască mai bine cuprinsul ordinului⁴³⁸ ca să facă încadrarea corectă, să se perfecționeze sau să trateze cu mai multă seriozitate, să analizeze mai cu atenție

documentele de la dosar și să asculte familiile”.⁴³⁹ În contrast, din perspectiva membrilor CEPAH, anchetele sociale au în general „o calitate slabă a informațiilor”, testele psihologice au adeseori „o relevanță scăzută” și doar documentele și criteriile medicale „au un grad mai mare de obiectivism”.⁴⁴⁰



7.31

„JUD1: Există anumite probleme,⁴³⁹ locuiește singură, familia este în altă localitate, nu există servicii de îngrijire la domiciliu... toți văd doar încadrarea în grad de handicap. Pentru noi nu contează veniturile persoanei, dar dacă primește [gradul] accentuat și merge în instanță, această persoană câștigă! Pe de altă parte, anchetă socială nu spune nimic despre context! Noi avem multe procese pierdute în instanță DOAR din cauza anchetei sociale! Contextul social nu este luat în considerare suficient! Unele persoane au fost încadrate de instanță doar pe criteriile sociale, pe imposibilitatea persoanei de a se autogospodări. Lipsesc serviciile dezvoltate de primăriile locale. Lumea vine pentru acești bani, respectiv indemnizația de handicap. Nimeni la primărie nu urmărește cum sunt cheltuiți acești bani. Anchetă socială nu surprinde ce servicii a primit persoană, cum este îngrijită. [...]

JUD 2: Criteriile medicale sunt totuși cele mai importante, pentru că ele au un grad mai mare de obiectivism. Criteriile sociale sunt mai subiective și interpretabile. Noi lăsăm justiția să se pronunțe asupra acestor cazuri. La noi, Departamentul Juridic de la CJ ne reprezintă în instanță, noi doar facem referate pentru acești juriști. Dar ei nu se pricep să apere aceste cazuri. Si pierd multe cazuri, ... vreo 10 pe lună”. (Focus grup CEPAH 2)

CASETA

11

Extras dintr-o hotărâre judecătorească definitivă

În continuare, Curtea constată că din cuprinsul raportului de evaluare complexă întocmit de Serviciul de Evaluare Complexă a persoanelor Adulte cu Handicap și avut în vedere la eliberarea certificatului de încadrare în grad de handicap nr. [REDACTAT] din [REDACTAT] 2015 lipsește numele psihologului care a efectuat evaluarea medicală a recurentului–reclamant și a stabilit valorile GAFS -80 și MMSE-23. Totodată, Curtea mai observă că la rubrica „Psiholog” din cuprinsul raportului arătat nu apare semnătura persoanei care a efectuat evaluarea psihologică.

În aceste condiții, Curtea apreciază că lipsind datele menționate cu privire la persoana care a efectuat evaluarea psihologică în cauză, valorile de GAFS și MMSE cuprinse în acest raport nu pot retinute ca fiind reale.

De asemenea, Curtea reține că, evaluarea psihologică efectuată de psiholog Florea [REDACTAT] (fila 42 în dosarul Curții de Apel [REDACTAT]), la testul MMSE și la care reclamantul a obținut un scor de 10 puncte nu are relevanță în cauză întrucât nu rezultă data efectuării acestui test.

438 Ordinul nr. 762/1.992/2007 privind criteriile medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap.

439 Interviu cu un judecător.

440 În focus grup se discuta cazul unei femei în vârstă de 68 de ani, cu demență în boala Alzheimer, aflată la prima evaluare pentru încadrare în grad de handicap. Ancheta Socială avea concluzia „Se recomandă încadrarea în grad de handicap și obținerea facilităților prevăzute de lege” și includea următoarele informații: Persoana locuiește singură într-un apartament de două camere aflat la etajul VIII, se deplasează, se descurcă greu în realizarea activităților instrumentale, se rătăcește des, a uitat apa deschisă de câteva ori, se întâmplă să plece la cumpărături și să nu mai știe să se întoarcă, uită să își administreze medicamentele, nu se mai spală și nu este interesată de felul în care arată, are o singură prietenă care locuiește în același bloc, dar care are mari probleme de sănătate. Fiica se află în altă localitate și țin legătura telefonic.

CASETA 12

Extras dintr-o hotărâre judecătorească definitivă

Prima instanță a reținut în mod corect că actul administrativ în litigiu este nelegal dat fiind faptul că acesta nu este motivat. Astfel cum rezultă din cuprinsul certificatului de încadrare în grad de handicap nr.1110/22.02.2018, la rubrica „Motivare”, nu se menționează motivele pentru care comisia a optat pentru încadrarea reclamantului în gradul de handicap „grav”, respectiv de ce nu se impune încadrarea acestuia în gradul de handicap „grav cu asistent personal”.

Ori, motivarea unui act administrativ trebuie să conțină elementele de fapt și de drept care să permită destinatarilor să cunoască și să evalueze temeiurile și efectele deciziei și să facă posibilă exercitarea controlului de legalitate, motivarea unui act administrativ fiind o condiție de legalitate a acestuia.

În condițiile în care certificatul de încadrare în grad de handicap nr. nr.1110/22.02.2018 nu conține elemente de fapt care să îndeplinească exigențele unei motivări, acesta este nelegal.

Referitor la încadrarea intimatului în gradul de handicap grav cu asistent personal, Curtea reține că potrivit referatului medical – fila 57, încheiat de un medic primar boli infecțioase, biletului de ieșire din spital(f.58) și scrisorii medicale(f.60), intimatul prezintă diagnosticul de imunodeficiență dobândită stadiul B3.

Potrivit art. 85 alin. 3 și alin. 10 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, încadrarea în grad și tip de handicap a adulților cu handicap se face de comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, pe baza criteriilor medicopsihosociale aprobate prin ordin comun al ministrului muncii, familiei și protecției sociale și al ministrului sănătății.

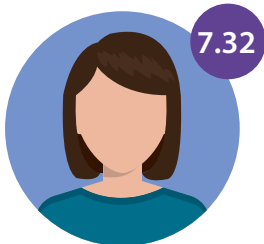
Potrivit criteriilor prevăzute de Ordinului nr. 762/2007, Cap. 4, subcap. III, punctul C-Funcțiile sistemului imunitar; Evaluarea gradului de handicap în sindromul imunodeficient cronic dobândit, în stadiile A3,B3,C1,C2,persoanele vor fi încadrate în grad de handicap grav. Necesită asistent personal. Supraveghere medicală permanentă.

Intrucât, din probele administrate rezultă că intimatul prezintă imunodeficiență dobândită stadiul B3, stadiu al bolii avut în vedere de pârâtă numai că pârâtă a invocat că doar în stadiul C3 al bolii, când își va pierde total capacitatea de a efectua activități de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire, va avea dreptul la asistent personal, sunt întrunite condițiile pentru a fi încadrat la gradul de handicap grav cu asistent personal, cum corect a reținut prima instanță.

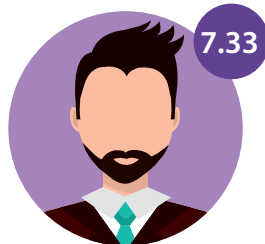
7.4.5. Absența sprijinului informațional sau de specialitate la nivelul instanțelor

Unul dintre efectele faptului că încadrarea în grad de handicap este bazată predominant pe criteriile/evaluarea medicală (capitolele 4 și 5) este și faptul

că practicienii din SECPAH și CEPAN împărtășesc credința că instanțele de judecată dau câștig de cauză reclamantilor, persoane cu dizabilități, tocmai pentru că nu au cunoștințe medicale și, prin urmare, „nu înțeleg criteriile”, pe lângă faptul că sunt „ușor impresionabili”.



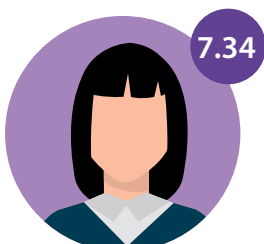
„În instanță Ancheta Socială are foarte mare importanță în aprecierea judecătorului. De multe ori pacientul acolo, merge în cărucior și creează altă impresie judecătorului, deși cu o zi înainte mergea în picioare. Îl crede pe pacient și nu pe comisie. Sistemul anterior cu Comisia superioară, unde erau practicieni, era la o cu totul altă valoare. Nu pot cere unui judecător ale cărui cunoștințe medicale nu sunt complete să judece ... Ar trebui să existe un corp de specialiști, așa cum în caz de malpraxis se cere o certificare medico-legală, și în acest caz, acest corp de experți la nivel județean la care judecătorul să apeleze și să beneficieze de expertiză. Am asistat la gradul de impresionabilitate al unui judecător care a dat gradul grav, cu asistent personal și diagnosticul nici nu există în criterii.” (Focus grup CEPAAH 3)



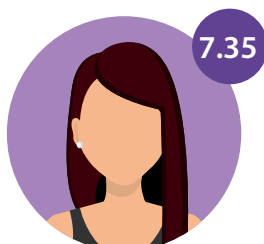
„Cu ani în urmă, se lua în considerare boala plus sechele ale bolii (afectări). Dar în ultimii ani, a trebuit să ne schimbăm acest mod de lucru, din pricina multelor acțiuni la instanță. Judecătorul nu înțelege criteriile. Am avut un caz care nu se încadra în gradul cerut de persoană. Instanța ne-a cerut să încadrăm în grad grav permanent. Ni s-a spus că dacă nu încadrăm astfel, intrăm sub incidența penală. Nu ne speriem noi de încadrarea unui judecător, dar profesional, noi dăm răspunsurile conform legii. Dar sunt situații în care ni se cer banii înapoi... și plătim noi, din buzunarul nostru. Nu avem avocat al instituției. Direcția [DGASPC] zice că SECPAAH e al lor, al CJ, și nu ne apără nicicum. Ne-am plătit noi un avocat, pare că suntem ai nimănu... Dar ulterior, am început să dăm mai multă importanță problemelor sociale, ca să nu mai apară situații de felul ăsta. Dar atunci, devenim obligați să cerem mai multe documente, ca să fim siguri că nu greșim.” (Focus grup SECPAAH 4)

Pe această temă, persoanele cu dizabilități au exprimat păreri diverse în interviuri, așa cum arată citatele 7.34-7.37 de mai jos. Totuși, opinia dominantă este că persoanele cu dizabilități „nu ar trebui plimbate prin săli de judecată”, ci ar trebui

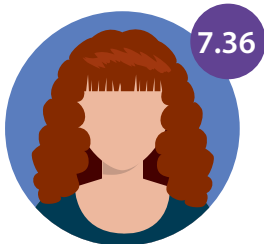
să fie „corect evaluate de specialiști”. Și aceste opinii tind să pună accent tot pe criteriile medicale și pe lipsa de cunoștințe medicale de la nivelul instanțelor.



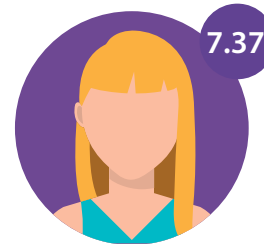
„Acum când ne-am întors pe tribunal, am nimerit un judecător care și-a dat seama foarte repede și chiar am tras-o de mână pe avocată și am întrebat-o cum de știe și mi-a spus că soția lui este cadru medical”. (Interviu cu mama unei PAH, femeie)



„[Cadru medical, mama a unui băiat de 18 ani cu sindromul Down] Eu zic că totul este foarte subiectiv acolo [în instanță]. Deci nu cred...eu nu înțeleg de ce trebuie să ajungă...vă spun din nou: de ce trebuie să ajungă o persoană cu handicap în fața unui judecător...ce abilități are omul respectiv pentru persoana cu dizabilitate? E total aiurea, nu văd logică”. (Interviu cu mama unei PAH, femeie)



„Ar trebui să existe încă o comisie [cum era Comisia superioară] sau un medic în instanță. Nu are cum să fie un medic în instanță, știu, dar un expert...un judecător nu are de unde să știe toți acei termeni medicali, nu are de unde să știe toate bolile...noi am cerut o contraexpertiză și nu ni s-a acceptat de către instanță. Corect ar fi fost să fie pentru că judecătorul nu are decât din acele documente pe care le duce un bolnav, o persoană cu handicap, nu are cum să-și dea seama exact de gravitatea bolii...nu avea de unde...nu a auzit în viața ei judecătoarea de scleroză tuberoasă cum nu au auzit nici medicii din comisie, nici cei care erau în comisie, nu au auzit. La fel de bine când noi am fost la comisie, sincer vă spun, nu era niciun medic în comisie”. (Interviu cu mama unei PAH, femeie)



„Contestațiile să nu se depună la tribunal, nu are logică, acolo nu sunt oameni competenți pentru a citi niște referate medicale”. (Interviu cu mama unei PAH, femeie)

În răspuns, avocații și judecătorii intervievați declară că, cel puțin uneori, se confruntă cu provocări în a înțelege limbajul specific medicilor, psihologilor, asistenților sociali, cu privire la dizabilitate. Absența sprijinului informațional sau de specialitate la nivelul instanțelor pentru „traducerea” criteriilor medico-psihsociale îi forțează pe judecători și avocați să solicite „ajutor de la prieteni care lucrează în domeniul medical, ajutor informal”. Dar acest fapt, cel mai adesea, se întâmplă pentru că de la dosar lipsește o motivare care să explice de ce se impune gradul de handicap decis de CEPAH, motivările existente în certificat fiind adeseori doar o trimitere la Ordinul nr. 762/1.992/2007 (vezi secțiunea 7.4.4).

Oricum, toți avocații și judecătorii intervievați cunosc și resping opinia general împărtășită în rândul practicienilor din domeniul dizabilității conform căreia un judecător nu ar trebui să decidă altfel decât membrii comisiilor de evaluare. La această opinie, avocații și judecătorii răspund că orice specialist din sistemul juridic poate să identifice documente incomplete sau incorect completate, poate să observe interpretările neconforme cu legea, poate să înțeleagă dacă dosarul a fost tratat cu seriozitate sau nu, dacă au fost analizate cu atenție toate documentele, nu doar cele medicale, sau dacă persoana în cauză și reprezentantul/familia acesteia au fost sau nu ascultați de comisie. Iar în cazurile mai complexe, se poate dispune o expertiză judiciară și dosarul este trimis la un

expert medical sau la Institutul de Medicină Legală (IML). Prin urmare, judecătorul trebuie să decidă doar în baza dovezilor, indiferent dacă decizia sa confirmă sau infirmă soluția CEPAH din certificatul de încadrare în grad de handicap. Altfel, ar însemna „să îngrădești accesul la justiție al persoanelor cu dizabilități. Sub nici o formă acest lucru nu este acceptabil.”⁴⁴¹

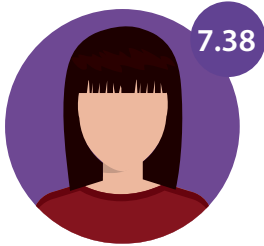
Există însă un consens general între toate părțile interesate asupra a două teme. Prima temă de consens este lipsa în instanțe a sprijinului informațional sau de specialitate pe tema dizabilității și a criteriilor medico-psihsociale. Tocmai din această perspectivă, opinia conform căreia „sistemul anterior cu Comisia superioară, unde erau practicieni, era la o cu totul altă valoare” este dominantă nu doar printre practicieni, ci și printre persoanele cu dizabilități interievate. Toți aceștia subliniază necesitatea unui mecanism de redresare a plângerilor și contestațiilor, fie „reînființarea Comisiei superioare”, „încă o comisie”, „altă comisie”, fie „un corp de experți” la nivel județean și național care „să funcționeze ca un tampon” între SECPAH/CEPAH și justiție și să reprezinte „un factor de verificare a noastră, ca și comisie, dacă lucrăm corect”. În plus, persoanele cu dizabilități nemulțumite de încadrarea în grad de handicap ar avea oportunitatea de a apela „la a doua opinie fără a umbla prin sălile de judecată”.

Apelul la justiție trebuie să fie o alegere liberă a fiecărei persoane, dar de regulă nu reprezintă

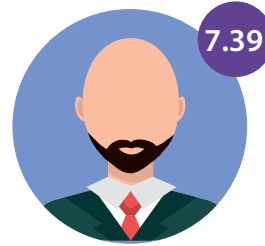
441 Interviu cu un judecător.

singura opțiune pe care persoanele nemulțumite o au la dispoziție. În acest scop, toate sistemele moderne care furnizează servicii către populație, mai ales grupurilor vulnerabile precum persoanele cu dizabilități, au dezvoltat mecanisme de redresare a plângerilor și contestațiilor care nici nu împiedică

cetățenii să își urmărească drepturile și interesele pe orice altă cale (proceduri de drept administrativ sau alte mecanisme oficiale de soluționare a litigiilor), de la nivel național sau local, și nici nu este destinat să înlocuiască sistemul judiciar sau alte forme de recurs legal.



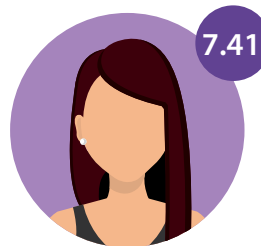
„O altă problemă de fond este desființarea Comisiei Superioare. Este și o chestiune de eficiență financiară și era și un factor de verificare a noastră, ca și comisie dacă lucrăm corect. De exemplu, pe lună avem cam 50 de cazuri în instanță, cu mult mai multe decât înainte când exista Comisia superioară. Evaluările din exterior nu sunt obiective, nu avem mecanisme de verificare a acestora, noi chiar am încercat să dezvoltăm niște proceduri. Destul de frecvent chemăm persoana la interviu. Legislația noastră este ca și cum toți sunt corecți și nu avem mecanism de control, că tot ce vine din exterior este corect evaluat. Cel mai frecvent este cazul demențelor unde se simulează masiv, persoanele aveau MMSE mai bun decât noi.” (Focus grup CEPAH 1)



„JUD1: Persoană cu boală nu este egal cu persoană cu handicap. Reînființarea Comisiei Superioare. În plus, să existe un plan de recuperare pentru persoană, să vedem de ce servicii a beneficiat. Monitorizarea recuperării. Toate aceste măsuri sunt absolut necesare. JUD2: Comisia superioară - când certificatele erau contestate acolo, Comisia era ca un tampon și acum primul instinct este reprezentat de instanță. La noi, în contencios administrativ, lucrurile sunt diferite spre deosebire de expertizarea capacității de muncă unde cazurile intră pe instanța de muncă, ne-ar decongestiona activitatea.” (Focus grup CEPAH 2)



„Mi s-ar părea foarte simplu să existe acolo, în cadrul DGASPC, să fie cineva care să ia în considerare contestația, să nu mai trebuiască să faci tu atâtea demersuri, am făcut mii de copii după toate actele. Aștia de la DGASC ar putea trimite la IML și să se convingă acolo între ei. Ce atâta timp pierdut și bani. [...] E foarte îngreunat totul, costisitor pentru ei, pentru noi. Nici eu nu știu ce să zic, momentele în care noi nu ne simțim oameni”. (Interviu cu PAH, femeie, 22 ani)



„Instanța nu are nicio competență să emită nicio încadrare în grad, practic instanța hotărăște ceva care poate fi real sau nu... Nu au luat în calcul baremele psihosociale, au luat în calcul doar baremele medicale. De la contestația noastră că nu s-a luat în calcul baremul psihosocial, au ajuns să ia în calcul baremul medical și practic se verifică accidentul. Fiecare medic se duce și pune mâna să vadă cât lipsește din os, dar pentru persoana în cauză este foarte supărător. Ei pun oamenii pe drumuri în loc să colaboreze toate ministerele și social și educațional”. (Interviu cu PAH, femeie, 20 ani)

Cu alte cuvinte, creșterea numărului de specialiști în aplicarea criteriilor medico-psihosociale rămâne o constantă, indiferent dacă ne raportăm la sistemul prezent sau dacă avem în vedere dezvoltarea unui mecanism de redresare a contestațiilor și plângerilor la nivel de DGASPC. În ambele scenarii, numărul de experți existenți este insuficient pentru a asigura soluționarea nemulțumirilor într-o manieră corectă și conform unei proceduri accesibile pentru toate persoanele cu dizabilități.

A doua temă de consens se referă la lipsa unei formări pe aceste subiecte atât în rândul judecătorilor, cât și al avocaților: „Din experiența ta cum se pregătesc avocații pentru a lucra cu persoane cu dizabilități? Nu au nici o pregătire în plus. Se pregătesc singuri. Nu țin minte, exceptând cursurile și activitățile făcute prin proiecte, dar nu țin minte de alte programe/cursuri de pregătire profesională în acest domeniu.”⁴⁴² Institutul National pentru Pregătirea și Perfecționarea Avocaților (INPPA) și Institutul de National al Magistraturii (INM) nu oferă cursuri de formare în domeniul drepturilor persoanelor cu dizabilități.

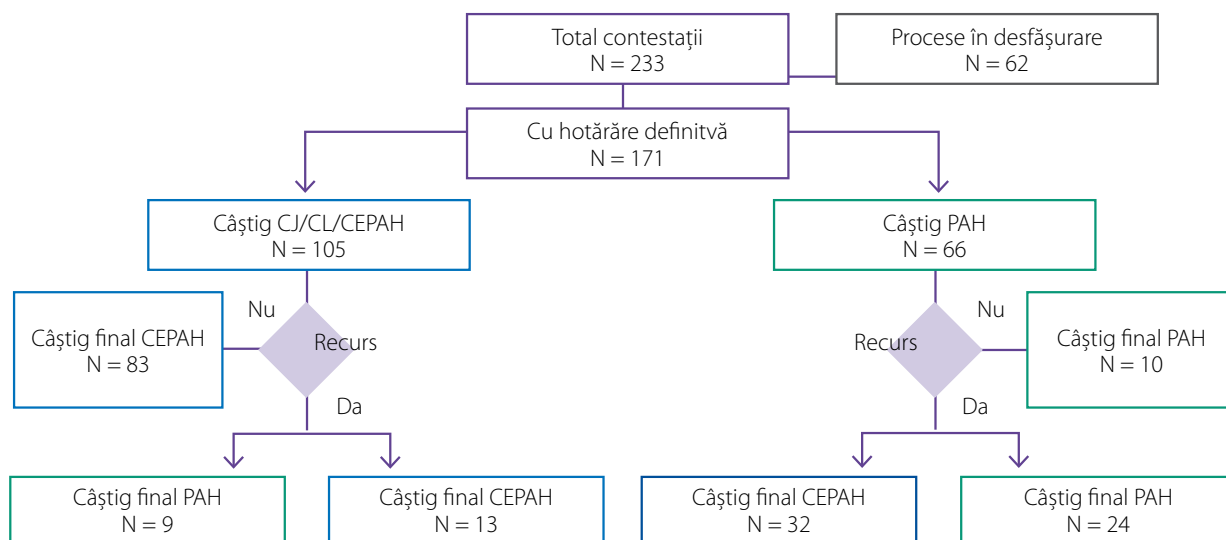
Primul aspect problematic ține de înțelegerea defectuoasă a modului în care persoanele cu dizabilități au nevoie de adaptări procedurale atunci când atacă certificatul de încadrare în grad de handicap. Al doilea, de organizarea instanței și a faptului că instanța de contencios administrativ nu este pregătită pentru a lucra cu reclamanți, persoane cu dizabilități, cum ar putea fi (chiar dacă nu întotdeauna) instanța de minori și familie. Al

treilea aspect ține de accesul la resurse de informare a avocaților și a magistraților – toate informațiile sunt preponderent tehnice, medicale și atunci sunt necesare clarificări. Mai mult, mulți judecători au nevoie să înțeleagă că nevoile persoanelor cu dizabilități merg dincolo de diagnosticul medical și că ajutorul personal pentru ca acestea să ducă o viață independentă în comunitate este primordial.

7.4.6. Statistici privind demersul de contestare a certificatului

Această secțiunea prezintă o analiză a statisticilor privind contestațiile legate de certificatul de încadrare în grad de handicap, așa cum au fost raportate de Secretariatele CEPAH în cadrul sondajului instituțional Q3D. Dintre cele 24 județe și două sectoare din București care au răspuns la sondaj, doar 10 județe au oferit statistici detaliate pentru noiembrie 2019 și noiembrie 2020. Statisticile agregate sunt furnizate în Schema 6. Analiza este focalizată pe statisticile din noiembrie 2019 din două motive. În primul rând, ponderea contestațiilor pentru care se primise o hotărâre definitivă până în februarie 2021 era de 73% din total contestații din noiembrie 2019, dar de doar 39% dintre cele din noiembrie 2020, celelalte fiind procese încă în desfășurare la momentul sondajului. În al doilea rând, statisticile din 2020 sunt cel mai probabil afectate de evoluțiile cauzate de pandemia COVID-19.

Schema 6: Statistici privind contestațiile din noiembrie 2019 din zece județe



Sursa: Sondaj instituțional Q3D: Contestațiile privind certificatul de încadrare în grad de handicap (Secretariatul CEPAH), din 10 județe care au furnizat statistici, ianuarie-februarie 2021. Câștig final = câștig prin hotărâre definitivă.

442 Interviu cu un avocat.

Existența unui registru de contestații la nivelul Secretariatului CEPAH nu asigură existența unor statistici care să permită monitorizarea fenomenului. Registrele de contestații existente nu doar că nu mai sunt folosite sau actualizate în majoritatea județelor, dar chiar și atunci când sunt folosite nu înregistrează date relevante care să permită monitorizarea demersului (contestații admise/respinse, stadiul în care se află contestațiile, rezultatele proceselor etc.), pentru a asigura învățarea continuă și transparența mecanismului. Astfel, dintre cele 10 județe care încă dețin și completează un registru de contestații, doar trei județe au furnizat statisticile solicitate. Celelalte au răspuns că nu dețin aceste date sau au oferit informații parțiale.

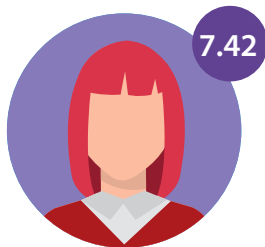
Prin urmare, datele pe care se bazează analiza de față nu sunt colectate sistematic sau analizate de DGASPC/CEPAH. Rezultatele analizei sunt mai degrabă orientative, din moment ce validitatea și completitudinea datelor furnizate de județe nu poate fi probată. Dintre cele zece județe care au furnizat statistici, șase Secretariate CEPAH au raportat cel mult 10 contestații. Trei județe au raportat chiar mai puțin de trei contestații pentru lunile de referință, și anume Cluj, Harghita și Satu Mare. În consecință, trei sferturi dintre contestațiile analizate în această secțiune provin din doar două județe, Suceava și Arad.⁴⁴³

Statisticile privind contestațiile confirmă informațiile referitoare la durata medie a demersului de contestare din secțiunea 7.4.1. Astfel, dintre contestațiile înregistrate în noiembrie 2019, mai mult de un sfert (27%) se aflau încă în proces de desfășurare în februarie 2021. Procentul crește la 61% dintre contestațiile înregistrate în noiembrie 2020. Cu alte cuvinte, durata medie a demersului este cel mai probabil de peste un an de zile, în

condițiile în care mulți dintre contestatari trebuie să își reînnoiască certificatele la un an.

O mică parte dintre persoanele cu dizabilități care contestă încadrarea în grad de handicap câștigă procesul. Pentru contestațiile înregistrate în noiembrie 2019 care au fost finalizate, ponderea persoanelor cu dizabilități care au avut câștig de cauză în prima instanță a fost de doar 39%, iar procentul celor cu hotărâre definitivă de câștig a fost și mai mic, de doar 25% (vezi Schema 6). Iar dintre contestațiile înregistrate în noiembrie 2020 care au fost finalizate, procentele corespunzătoare coboară și mai mult, la 30% dintre reclamânți, în primă cauză, respectiv 16%, prin hotărâre definitivă. În toate celelalte cazuri, adică în marea majoritate a contestațiilor împotriva certificatului de încadrare în grad de handicap, instanțele au dat câștig de cauză, CJ/CEPAH. Acest rezultat pare concordant cu faptul constatat din analiza documentară a motivărilor judecătorești (secțiunea 7.4.4) care arată că, în general, câștigul de cauză pentru reclamantul persoană cu dizabilități este stabilit doar pentru încălcarea de către SECPAH/CEPAH a unor aspecte de procedură sau legat de acordarea dreptului la servicii și beneficii stabilit în funcție de circumstanțele și caracteristicile sociale (și nu doar medicale) ale cazului.

DGASPC/CJ/CEPAH nu formulează recurs în toate cazurile în care persoanele cu dizabilități au câștig în prima instanță (vezi Schema 6). De altfel, din interviurile cu avocați și judecători se observă că, cel puțin în unele județe, prezența juriștilor DGASPC/CJ în instanțe nu este predictibilă. Nu este clar nici în ce bază și nici pe ce criterii se stabilește la nivel de DGASPC/CJ în ce dosare de contestații se prezintă și nici în care dintre acestea formulează recurs. O mai mare claritate în această privință ar putea veni în sprijinul instanțelor.

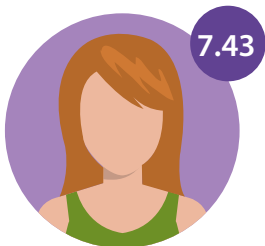


„... pentru că nu este trecută boala în codul de clasificare, [fiului] nu i-au dat gradul grav, i-au dat accentuat. [...] Gândiți-vă că noi am făcut contestație de două ori. La a doua contestație, am început undeva în februarie contestația, anul trecut, 2020, și s-a finalizat abia în septembrie. Nu au mai făcut ei [DGASPC/CEPAH] recurs că și-au dat seama că și prima dată, la prima contestație, am câștigat chiar și la recurs. Așa că în al doilea an, când au văzut că e același lucru, am cerut cheltuielile de judecată. În primul an nu am cerut nimic, în al doilea an am cerut și cheltuielile de judecată și s-au gândit că nu au de unde să dea ei [DGASPC/CEPAH] atâția bani înapoi. În afara diferenței de grad, că și pe aia trebuia să o dea”. (Interviu cu mama unei PAH, femeie)

443 Așa cum am precizat și la începutul acestui capitol, nu există studii și nici date prin care să aflăm dacă aceste județe au într-adevăr rate de contestare mult mai ridicate decât celelalte județe sau sunt doar mai active în înregistrarea contestațiilor, fiind în realitate tipice la nivel național.

Persoanele cu dizabilități formulează foarte rar recurs, odată ce au pierdut în prima instanță (vezi Schema 6). Doar circa 20% dintre persoanele cu dizabilități care nu au avut câștig de cauză în prima instanță fac recurs și continuă la instanța superioară. Motivele exprimate în interviuri sunt diverse. Unii renunță pentru că sunt descurajați, nu au încredere că „sistemul ne va da vreodată nouă dreptate” sau costurile financiare și de timp și energie sunt considerate a fi deja prea mari încă

de la prima cauză. Mai multe opinii însă fac referire la „procedurile greoaie”, mai ales cele care implică reevaluarea la Institutul de Medicină Legală (IML). Singurul avantaj al reevaluării la IML perceput de persoanele cu dizabilități este în cazurile în care doctorul implicat în IML face parte și din CEPAH, ceea ce poate ajuta persoana la evaluarea ulterioară pentru înnoirea certificatului, așa cum arată și citatul 7.43 de mai jos.



„Deci am făcut și recurs, clar... A fost o luptă continuă. Da, da, da. Mult a fost. [...] Ne-au trimis la IML, acolo au reevaluat-o sub toate aspectele: neurologic, psihologic, psihiatric și au dat ei diagnosticul și tot ce trebuie de la IML și în urma...am fost cu ea acolo, a stat internată o zi, au evaluat-o. A fost cumplit. Într-o primă fază, când am ajuns la IML mersul problemei este așa...ciudat...că ia dosarul o asistentă, îl evaluează, aștepți vreo oră-două-trei până îți vine rândul și te evaluează un doctor specialist care nu a vrut...deci doctorița respectivă putea și atunci pe baza referatelor noastre medicale de la medicii specialiști să-și dea un consimțământ și nu a vrut. A preferat să ne trimită la specialiștii lor din cadrul IML-ului să o reevalueze. Mie sincer mi-a convenit pentru că mi s-a părut cel mai corect lucru posibil și a fost culmea că doamna doctor care a văzut-o acolo la...inițial la IML, a fost și în comisia de evaluare...ulterior...că ne-a reprogramat în 2 săptămâni...asta a fost așa de lungă durată. Deci în 2 săptămâni ne-a reprogramat acolo [...] și dânsa era acolo, în comisie, în momentul în care ei s-au pronunțat. M-am bucurat până la urmă a fost așa cum a trebuit să fie...pentru că asta este realitatea, nu avem de ce să ne ascundem. Am avut eu o hemoragie în timpul sarcinii și o porțiune din cerebelul ei, a rămas nedevelopată. [...] Ea nu este, dacă o vedeți, aparent nu zici că are un retard doar că tot ce ține de funcțiile acelea de care era responsabilă partea de cerebel cu motilitate fină, de mâini, de vorbire, de mers...tot ce ține de motilitatea noastră fină sunt afectate. Am făcut recuperare agresivă până în jurul vârstei de 14 ani, după care nu am mai păstrat același ritm. Am fost 5 ani în Ungaria, Budapesta. Am făcut tot ce a stat în putința noastră...” (Interviu cu mama unei PAH, femeie)

Toate celelalte experiențe cu reevaluările IML vorbesc doar despre cât de greoi și impersonal a fost demersul. În plus, din perspectiva CIF, precum și din cea a CDPD, tipul de evaluare efectuată de IML are marele dezavantaj că este pur medicală. Deci, în

condițiile trecerii la noua paradigmă a evaluării din perspectiva CIF, o astfel de reevaluare ar putea duce la neconcordanțe marcante cu evaluarea realizată de SECPAH/CEPAH în concordanță cu criteriile bazate pe CIF.

7.5. Profilul persoanelor cu dizabilități care contestă certificatul de handicap și al celor care câștigă

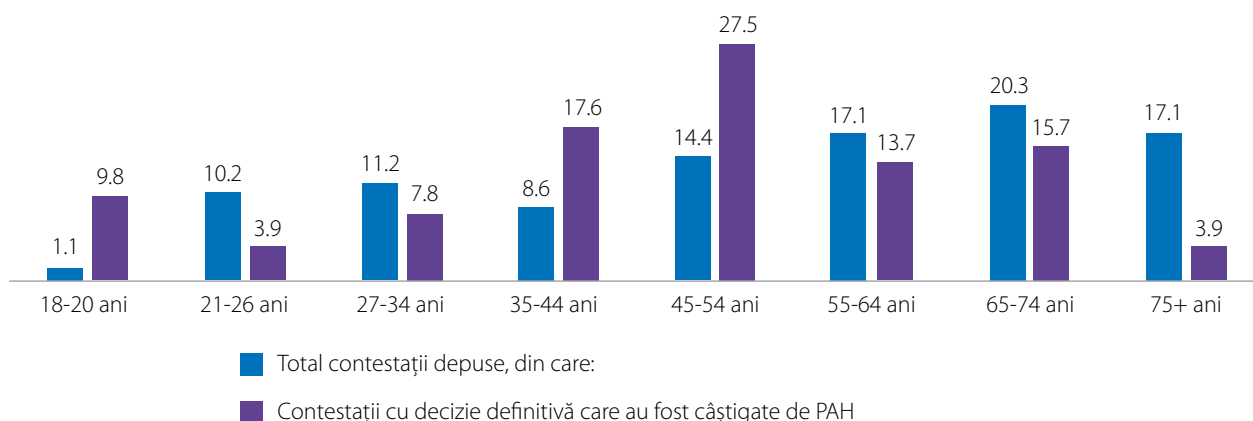
Un singur județ a furnizat date complete pentru analiza profilului persoanelor care contestă încadrarea în grad și tip de handicap și al celor care câștigă.⁴⁴⁴ În consecință, această secțiune oferă un studiu de caz al petenților din județul Suceava, în conformitate cu datele disponibile la Secretariatul CEPAN privind contestațiile din noiembrie 2020. Tabelul cu toate datele este disponibil în Anexa 7.

Adulții cu dizabilități care formulează contestații împotriva certificatului de încadrare în grad și tip de handicap sunt femei și bărbați, de toate vârstele, cu precădere din mediul rural (65%). Majoritatea acestora au obținut gradul grav de handicap (în special, grav cu asistent personal), din tipurile de handicap fizic (46%), mintal (15%) sau somatic (14%). Aproape toți au certificate cu termen de valabilitate de un an (96%) și trăiesc în familie (68%). Cu privire la asistența avocațială, persoanele care contestă certificatul de încadrare în grad și tip de handicap se distribuie aproape egal între cele care au un avocat pe care l-au ales (46%) și persoane care se reprezintă singure (51%), în timp ce petenții

cu asistență avocațială gratuită reprezintă mai puțin de 4% din total.

Analiza comparativă între profilul persoanelor care au depus o contestație și cel al persoanelor care au avut câștig de cauză prin hotărâre definitivă a instanței arată care sunt categoriile cu șanse disproporționate de mari de câștig (vezi datele în Anexa 7). Cel puțin în județul Suceava, categoriile cu șanse semnificativ mai mari de câștig în instanță includ: tinerii de 18-20 ani și adulții de 35-54 ani (Figura 48), în egală măsură femei sau bărbați, din rural sau urban, care trăiesc în familie; persoanele cu handicap somatic, cu un certificat permanent; persoanele puse sub interdicție cu tutore un membru de familie; persoane cu cel mult 8 clase; persoane nedepasabile; și persoanele care se prezintă singure în instanță, fără asistență avocațială. Pe de altă parte, persoanele de 55 ani și peste reprezentate în instanță de un avocat pe care l-au ales au șanse semnificativ mai mari să nu câștige contestația împotriva certificatului de încadrare în grad și tip de handicap.

Figura 48: Distribuția pe categorii de vârstă a persoanelor care au depus și câștigat contestații împotriva certificatului de încadrare în grad de handicap, din noiembrie 2020, studiu de caz pe județul Suceava (% din total)

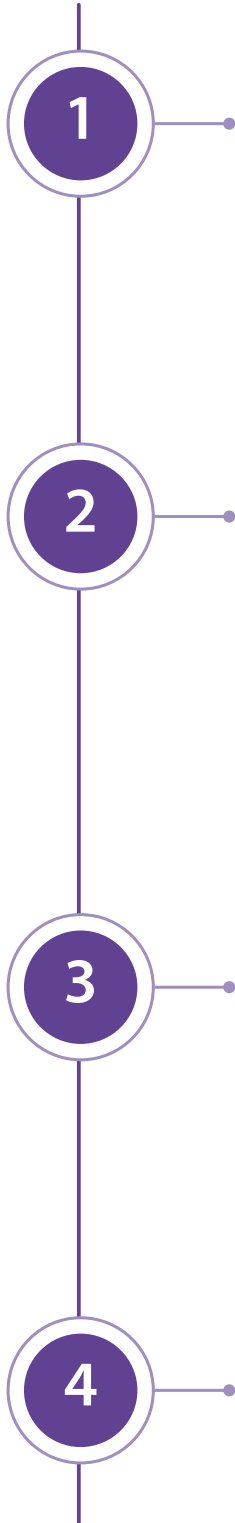


Sursa: Sondaj instituțional Q3D: Contestațiile privind certificatul de încadrare în grad de handicap (Secretariatul CEPAN), ianuarie-februarie 2021 (N=187 total contestații depuse, din care 51 câștigate de PAH).

444 Sondajul instituțional Q3D: Contestațiile privind certificatul de încadrare în grad de handicap (Secretariatul CEPAN), din 24 județe și două sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.



Concluziile capitolului 7



1 Asigurarea unei informări accesibile și echitabile este o condiție cheie pentru orice mecanism de redresare a plângerilor și contestare, fără de care nu poate crește accesul persoanelor cu dizabilități la justiție. În prezent, o informare detaliată cu privire la modul în care se face o contestație, accesibilă tuturor persoanelor care contestă sau care vor să conteste certificatul, în conformitate cu CDPD (art. 9), nu este disponibilă în toate județele.

2 Predictibilitatea demersului de contestare este redusă, iar informarea furnizată în cadrul DGASPC nu contribuie la creșterea predictibilității în cele mai multe cazuri, deși câteva comisii de evaluare au dezvoltat o bună practică de informare, consiliere și sprijin. Prin urmare, rudele, prietenii, vecinii, rețelele sociale și ONG-urile reprezintă sursele principale de informare și de suport pentru demersul de contestare a certificatului. Cele două măsuri pentru a îmbunătăți accesibilitatea și echitatea informării cu privire la contestații, care au fost testate prin sondaj, sunt considerate de practicienii din sistem ca fiind oarecum „idei bune”, dar puțin realiste. O schimbare legislativă în actualele condiții, fără a crește resursele instituționale disponibile, nu ar face decât să crească stresul și nivelul de non-conformare la reglementări. Elaborarea unui Ghid („Cum să contești certificatul de încadrare în grad de handicap”) care să fie distribuit tuturor persoanelor cu dizabilități (alături de certificat) ar putea funcționa dacă acesta ar fi elaborat la nivel național și pus la dispoziția DGASPC-urilor din țară.

3 Mecanismul de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap din România nu are încorporată o dimensiune de învățare continuă. Nu doar că persoanele cu dizabilități au la dispoziție doar calea legală de rezolvare a nemulțumirilor, dar instituțiile responsabile nu se implică nici măcar în identificarea principalelor lecții și măsuri pentru îmbunătățirea mecanismelor și prevenirea nemulțumirilor. Din 2017 și până în prezent, nici unul dintre județele care au participat la cercetare nu a realizat o analiză riguroasă a motivelor contestațiilor. La nivelul opiniilor, cele mai frecvente trei surse de nemulțumire față de încadrarea în grad și tip de handicap țin de aprecierea: (1) gradului de handicap; (2) termenului de valabilitate a certificatului; și (3) scăderea în grad de la o evaluare la alta sau în cazul trecerii de la minori la adulți.

4 Mecanismul de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap din România nu respectă principiul de transparență care trebuie să definească orice mecanism⁴⁴⁵ bun de redresare a plângerilor și contestațiilor. În condițiile modificării procedurii de contestare a certificatelor de încadrare în grad de handicap, modificare introdusă prin OUG nr. 51/2017 privind modificarea Legii nr. 448/2006, Secretariatul Comisiei Superioare de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap și Secretariatele CEPAH județene nu mai primesc și înregistrează contestațiile formulate împotriva certificatelor. În plus, nici nu culeg date în baza cărora să asigure publicarea de

statistici, studii de caz sau informații mai detaliate despre tratarea anumitor cazuri, aspect important pentru a demonstra legitimitatea mecanismului și a contribui la creșterea încrederii în eficiența acestuia.

5

Datele colectate pentru acest raport arată că, în prezent, instanțele de contencios administrativ nu soluționează cu celeritate contestațiile împotriva certificatului de încadrare în grad și tip de handicap, contrar cerinței legale. Asistența juridică publică gratuită este disponibilă, dar este puțin cunoscută și foarte puțin utilizată. Demersul de contestare a certificatului de încadrare în grad de handicap este caracterizat de lipsa probațiunii uniformizate la nivelul instanțelor de judecată, cu privire la aspecte precum admisibilitatea excepției tardivității, a probei cu martori sau cu experți independenți, declararea nepublică a ședinței de judecată, serviciu de suport pe perioada procesului, termene scurte de judecată sau motivarea judecătorului. Per ansamblu, procedurile judiciare sunt într-o mică măsură adaptate la nevoile specifice ale persoanelor cu dizabilități, în conformitate cu CDPD (art. 13). Persoanele cu dizabilități și ONG-urile își exprimă nemulțumirea sau chiar renunță la contestație din cauza procedurii greoaie și costurilor implicate. Deci, încă este necesară o metodologie clară și unitară pentru a facilita accesul la justiție al persoanelor nemulțumite de încadrarea în grad de handicap, pentru ca demersul de contestare să se desfășoare cu informarea corectă și tratarea persoanei cu demnitate și respect.

6

Principalele două elemente pe care instanțele le rețin atunci când dau câștig de cauză reclamantilor, persoane cu dizabilități, sunt (1) lipsa motivării soluției din certificatul de încadrare în grad și tip de handicap și (2) aspecte de procedură sau de interpretare a Ordinului nr. 762/1.992/2007 privind criteriile medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap, cu modificările și completările ulterioare. Câștigul de cauză pentru persoanele cu dizabilități este stabilit, în general, ca urmare a situațiilor de nerespectare de către SECPAH/CEPAH a unor aspecte privind procedura de evaluare sau legat de acordarea dreptului la beneficii sau servicii (în special, asistent personal) în funcție de circumstanțele și caracteristicile sociale (și nu doar medicale) ale cazului. Introducerea unui model tip de motivare a soluției de încadrare/neîncadrare din certificatul de handicap, care să fie completată de CEPAH, este o măsură care ar putea fi realistă doar în unele județe, dar greu sau imposibil de realizat pentru majoritatea județelor, ținând cont că, în medie, membrii comisiilor de evaluare au circa 5 minute să decidă soluția per dosar. Așadar, pentru a eficientiza procesul de contestare, este necesară în primul rând eficientizarea procesului de încadrare în grad și tip de handicap. Cu resursele și aranjamentele instituționale existente la nivel de CEPAH, nu pare rezolvabilă problema fundamentării soluțiilor din certificatele de încadrare în grad și tip de handicap care să servească ca input pentru instanțele de judecată.

7

În prezent, deciziile instanțelor referitoare la contestațiile împotriva certificatului de încadrare în grad de handicap au un nivel ridicat de subiectivitate, din două motive principale agreate de toate părțile interesate implicate în demersul de contestare. În primul rând este lipsa unui sprijin, informațional sau de specialitate pe tema dizabilității și a criteriilor medico-psihosociale, care să fie acordat la nivelul instanțelor. În al doilea rând, un alt motiv este lipsa instruirii pe aceste subiecte atât în rândul judecătorilor, cât și al avocaților. Totuși, îmbunătățirea demersului de contestare nu se poate realiza prin schimbări doar la nivelul tribunalelor de contencios administrativ, ci sunt necesare schimbări majore și la nivelul DGASPC și ANDPDCA.

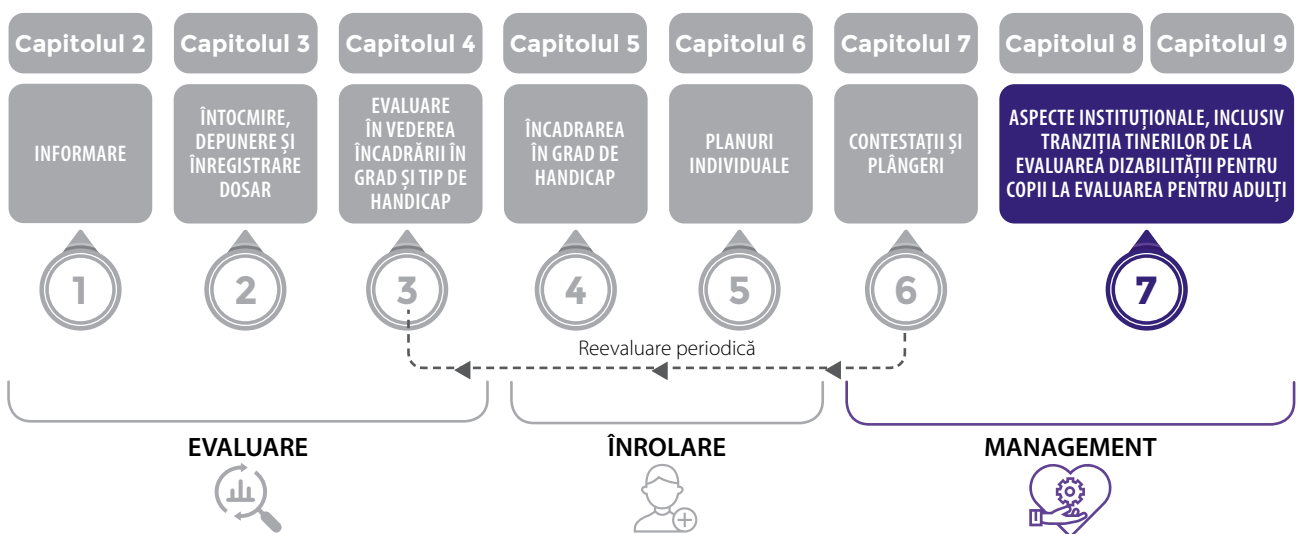
Astfel, toate părțile interesate subliniază necesitatea unui mecanism de redresare a plângerilor și contestațiilor ca „factor de verificare” pentru SECPAH/CEPAH și cale alternativă pentru persoanele cu dizabilități nemulțumite de încadrare. DGASPC ar putea să joace un rol mai activ de la asigurarea unei informări corecte, complete și în timp util cu privire la demersul de contestare, la elaborarea unei motivări în detaliu a soluției de încadrare/neîncadrare din certificat, la suport pentru pregătirea cererii de contestare și consiliere a persoanei nemulțumite și familiei. Dezvoltarea unui mecanism de redresare a plângerilor și contestațiilor propriu-zis, care să respecte principiile de accesibilitate, echitate, predictibilitate, transparență și învățare continuă, ar putea reprezenta o modalitate de a veni în sprijinul persoanelor nemulțumite de încadrare și ar putea reduce numărul de contestații depuse în instanță. Iar, pentru persoanele nemulțumite care totuși ar depune contestația în instanță, DGASPC, printr-

un compartiment dedicat, ar putea furniza servicii de orientare și referire pentru asistența avocațială gratuită, poate în baza unui protocol de colaborare cu Baroul și cu ONG-urile, și ar putea pregăti pentru instanțe o listă a adaptărilor procedurale necesare fiecărei persoane, în baza datelor de la dosar și prin interacțiune cu persoana în cauză și familia sa. CEPAH-urile ar putea include un membru cu pregătire juridică care să coopereze cu serviciul juridic al DGASPC. Acest nou mecanism de redresare nu trebuie să fie o întoarcere la situația anterioară anului 2017, cu o comisie unică la nivel național, fără resurse suficiente. De asemenea, noul mecanism nu trebuie să împiedice cetățenii să își urmărească drepturile și interesele pe orice altă cale (proceduri de drept administrativ sau alte mecanisme oficiale de soluționare a litigiilor), de la nivel național sau local, și nici nu este destinat să înlocuiască sistemul judiciar sau alte forme de recurs legal.





8. Tranziția tinerilor cu dizabilități la viața de adult



Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilității, Copii și Adopții (ANDPDCA) este instituția responsabilă pentru elaborarea politicilor în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități (copiilor și adulților cu dizabilități). În ultimii ani, copiii cu dizabilități au devenit unul dintre principalele grupuri țintă ale reformei sistemului de protecție specială a copiilor, reforme substanțiale fiind promovate în procesul și metodologia de evaluare a handicapului pentru copii. Legislația privind stabilirea gradului de handicap pentru copii și tineri se bazează pe Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, versiunea pentru copii și tineri (CIF-CT),⁴⁴⁷ adoptată de OMS în 2007, și, de asemenea, pe Convenția Națiunilor

Unite cu privire la drepturile copilului ratificată prin Legea nr. 18/1990 republicată și Convenția Națiunilor Unite privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, ratificată prin Legea nr. 221/2010.

Obiectivul principal al acestui capitol este de a prezenta principalele diferențe dintre procesele de evaluare a gradului de handicap pentru copii și adulți, de a identifica blocajele în tranziția de la sistemul de protecție a copilului la sistemul de protecție a persoanelor adulte cu dizabilități. Capitolul explorează, de asemenea, accesul la servicii pentru persoanele cu dizabilități în momentul tranziției de la copilărie la maturitate, concentrându-se pe provocările cu care se confruntă în prezent tinerii cu dizabilități.

⁴⁴⁶ În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

⁴⁴⁷ Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, versiunea pentru copii și tineri (CIF-CT) este o clasificare aprobată de OMS «derivată» din Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF). https://www.who.int/docs/default-source/classification/icf/whoficresolution2012icfcy.pdf?sfvrsn=2c8e5e9b_4

CASETA 13

Legislația care reglementează determinarea handicapului la copii și tineri

Handicapul la copii nu mai este evaluat pe baza modelului medical, ci pe baza modelului social și al drepturilor omului, precum și pe principiile fundamentale ale CIF. Viziunea biopsihosocială a CIF (adoptată de OMS în 2001) a fost preluată în legislație din 2002, proiectând evaluarea complexă a copiilor și întregul proces de management de caz și introducând criteriile psihosociale, care au fost inspirate de componenta de Activități și Participare. Ulterior, criteriile psihosociale au fost revizuite în două rânduri: în 2012, prin alinierea la CIF-CT și în 2016 prin introducerea factorilor de mediu. Spre deosebire de procesul de evaluare a persoanelor adulte, procesul de evaluare a copiilor se bazează pe principiile cheie ale CIF.

Principalele acte normative care vizează stabilirea gradului de dizabilitate pentru copii sunt:

- HG nr. 502/2017 privind organizarea și funcționarea Comisiei pentru protecția copilului
- Ordinul nr. 1306/1883/2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora, cu modificările și completările ulterioare
- Ordinul comun al Ministrului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Ministrului Sănătății și Ministrului Educației Naționale și Cercetării Științifice nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale.

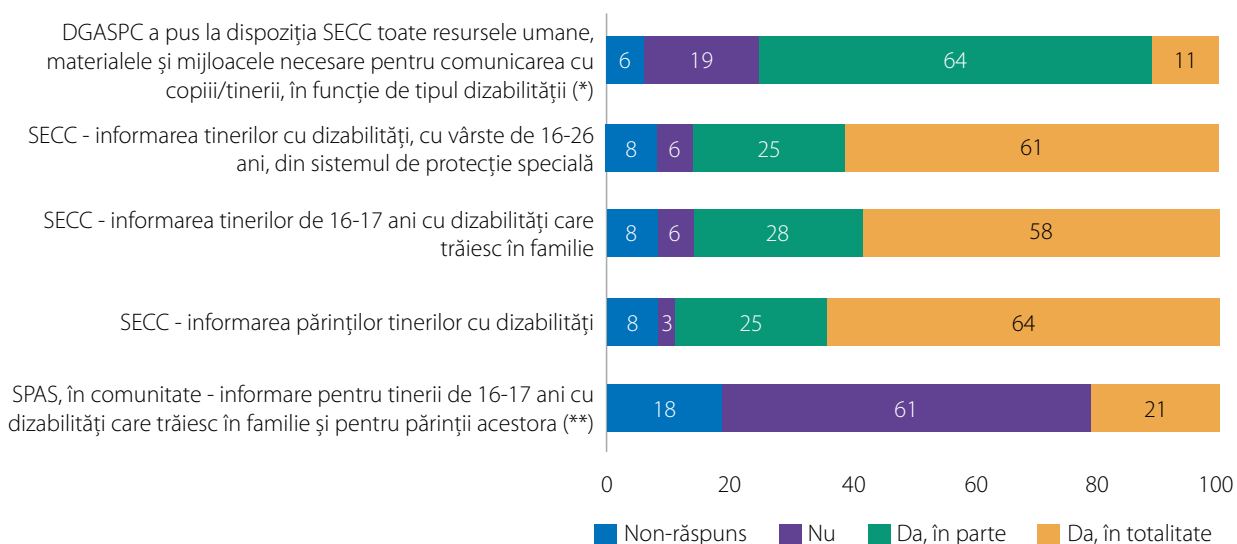
8.1. Informarea pentru pregătirea tranziției la viața de adult și întocmirea dosarului

În România, odată ce un copil împlinește 18 ani, este considerat adult din perspectiva Codului civil, a drepturilor copilului și a dizabilității. Chiar dacă din punct de vedere legal schimbarea de statut de la copil la adult are loc în ziua în care tânărul împlinește 18 ani, în realitatea trecerea la viața de adult implică o perioadă de tranziție la noul ciclu de viață marcată de schimbări majore, precum încheierea școlii sau plecarea de acasă și începerea unei vieți independente.⁴⁴⁸ Pentru tinerii cu dizabilități, una dintre schimbările majore este trecerea de la

încadrarea în grad de handicap pe baza criteriilor folosite pentru copii, la încadrarea folosind criteriile pentru adulți. Datele actuale, inclusiv cele culese pentru acest raport, indică faptul că tranziția către vârsta adultă a tinerilor cu dizabilități implică o serie de provocări. Această tranziție este dificilă, deoarece procesul de determinare a dizabilității este substanțial diferit pentru copii față de adulți. Deși există provocări personale semnificative, barierele de mediu reprezintă adesea cele mai importante provocări pentru tranziția tinerilor la viața de adult.

448 Art. 83 din Ord. 1985/1305/5805/2016, alin. 2, lit. b menționează „tranziția la viața de adult”.

Figura 49: Informarea tinerilor cu dizabilități cu privire la tranziția la viața de adult (%)



Sursa: Sondaj SPAS cu răspunsuri din 26 de județe ce corespund unui număr de 71 SPAS, ianuarie-februarie 2021. Studiu instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) și a copiilor (SECC, N=36), din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Note: Vârsta tinerilor 16-17 ani se apreciază statistic până la împlinirea vârstei de 18. (*) În conformitate cu Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016, art. 51 alin. (2). (***) Categoria non-răspuns include 11% dintre SPAS-urile din eșantion care nu au răspuns la întrebare și 7% care au declarat că nu există tineri de 16-17 ani cu dizabilități pe raza localității lor.

În mod frecvent, tinerii nu dispun în comunitățile lor, din partea SPAS, de informații ușor accesibile și cuprinzătoare cu privire la tranziția către viața de adult; de menționat, nici nu există cerințe legislative în această privință. Pentru tinerii de 16-17 ani cu dizabilități care trăiesc în familie și pentru părinții acestora, doar 21% dintre SPAS-urile din eșantion furnizează un tip special de informare cu privire la tranziția la viața de adult (Figura 49),⁴⁴⁹ iar majoritatea acestora sunt din orașe mari (cu peste 20 de mii de locuitori). Spre deosebire, în orașele mici și în comunitățile rurale acest tip de informare este aproape inexistentă.⁴⁵⁰

Pentru a pregăti tranziția copilului la viața adultă, Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016 cuprinde prevederi referitoare la informarea părinților și a copiilor, ca parte a evaluării complexe efectuate de către SECC, începând de la vârsta de 16 ani.⁴⁵¹ În ceea ce privește aplicarea acestei prevederi, Figura 49 arată că nu toți tinerii cu dizabilități din

țară beneficiază de informare și pregătire pentru tranziția la viața de adult. Între cele 36 de județe care au participat la studiul instituțional Q2A, doar circa 60% de SECC-uri furnizează acest tip de informare pentru toți tinerii cu dizabilități și părinții acestora, într-o lună tipică, în timp ce în jur de 25% dintre SECC-uri oferă astfel de serviciu doar pentru o parte dintre tineri, indiferent dacă aceștia trăiesc în familie sau sunt separați de familie și trăiesc în sistemul de protecție specială. De asemenea, în două județe, șefii SECC au declarat că nu pun în aplicare această prevedere. Mai mult, în contextul pandemiei de COVID-19 (în anul 2020), ponderea SECC-urilor care au asigurat pregătirea pentru viața de adult pentru toți tinerii cu dizabilități, cu vârste de 16-17 ani, a scăzut de la circa 60% la aproximativ 50%. Oricum, atât înainte de pandemia COVID-19, cât și în timpul acesteia, aproape două treimi dintre șefii SECC au raportat în chestionarele Q2A faptul că au întâmpinat dificultăți în desfășurarea acestor

449 Din eșantionul de 71 de SPAS-uri, 61% raportează că nu furnizează o informare specială a tinerilor cu dizabilități din familie cu privire la tranziția la viața de adult, 7% susțin că pe raza localității nu au tineri de 16-17 ani cu dizabilități care trăiesc în familie, iar 11% nu au răspuns la întrebare.

450 Dintre cele 18 SPAS-uri din orașele mari din eșantion, 10 SPAS-uri (sau 55%) declară că oferă tinerilor cu dizabilități din familie un tip special de informare cu privire la tranziția la viața de adult. Spre deosebire, doar 5 SPAS-uri dintre cele 53 din orașe mici și comune (sau 10%) furnizează acest tip de serviciu.

451 De asemenea, planul de abilitare/reabilitare este schimbat în programul de abilitare, reabilitare și tranziție a copilului cu handicap la viața adultă. Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016, art 55 (4), art 65 (6) și Anexa 3.

activități și pentru că DGASPC a pus la dispoziție doar resurse umane și materiale insuficiente pentru comunicarea cu copiii, în funcție de tipul dizabilității (vezi și figura 49).

Informarea disponibilă pentru pregătirea tranziției la viața de adult este foarte inegal distribuită pe cuprinsul țării, are un caracter general și nu vine în mod real în sprijinul tinerilor cu dizabilități și familiilor acestora. Potrivit interviurilor cu persoane cu dizabilități, mulți au dat ocazional peste informațiile privind necesitatea de a depune o cerere pentru certificatul de handicap pentru persoanele adulte sau au aflat atunci când au fost informați prin telefon că s-au oprit plățile beneficiilor.⁴⁵² Astfel, în cadrul activităților de informare:⁴⁵³

- Pentru aproape toți tinerii cu dizabilități, SECC informează părinții/ reprezentanții cu privire la faptul că la împlinirea vârstei de 18 ani de către copil vor trebui să solicite încadrarea în tip și grad de handicap la un alt serviciu (SECPAH/ CEPAH) care folosește criterii diferite atât pentru evaluare, cât și pentru acordarea de servicii. Între cele 31 de SECC studiate, 19 SECC informează părinții/ reprezentanții tuturor tinerilor de 16-17 ani evaluați anual. Există însă și județe în care doar o parte dintre părinții/ reprezentanții tinerilor primesc aceste informații. Prin urmare, în unele județe ponderea tinerilor cu părinți/ reprezentanți informați scade, spre exemplu, la 85% (în AG), 73% (în BV), 46% (în VL) sau chiar 6% (în SV) dintre toți tinerii de 16-17 ani evaluați de SECC de-a lungul unui an.
- În mod similar, SECC informează nu doar părinții/ reprezentanții, ci și majoritatea tinerilor cu dizabilități, de 16-17 ani, că la împlinirea vârstei de 18 ani vor trebui să solicite încadrarea în tip și grad de handicap la serviciul pentru persoane adulte (SECPAH/ CEPAH) care folosește criterii diferite atât pentru evaluare, cât și pentru acordarea de servicii. Ponderea tinerilor informați variază, de asemenea, între un minim de circa 5% (în SV) și un maxim de 100% (în 20 județe).

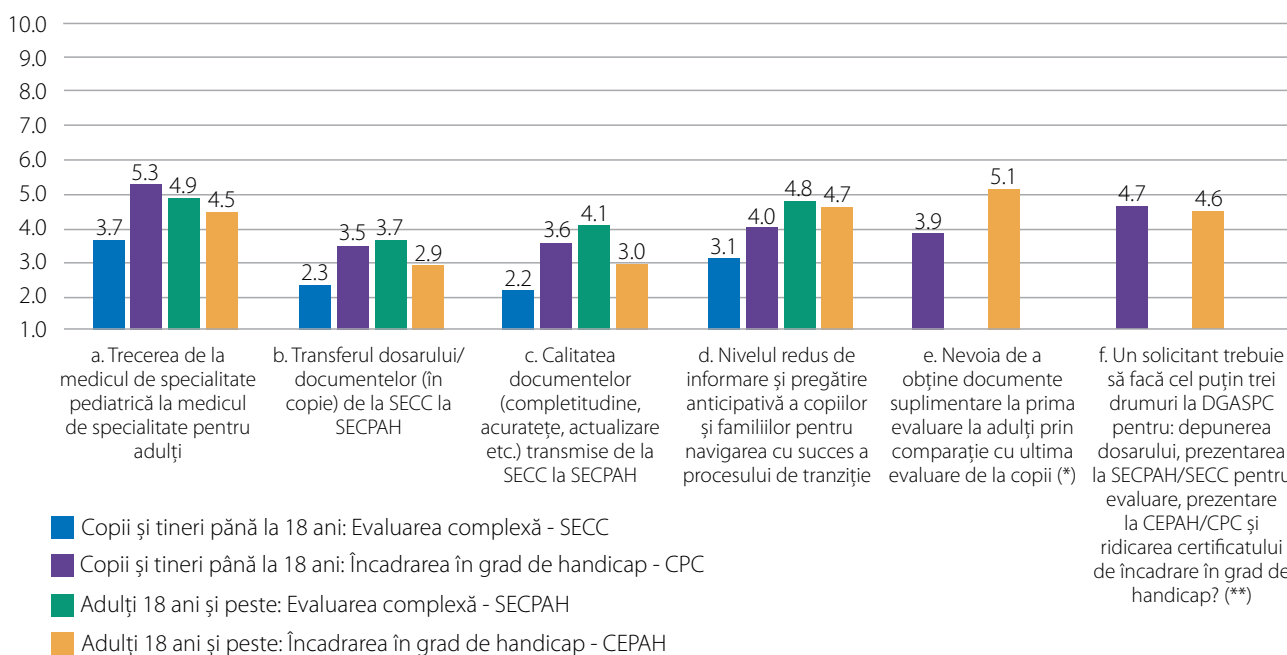
Pentru tinerii cu dizabilități, trecerea la categoria de adulți înseamnă schimbarea conținutului dosarului pentru încadrarea în grad de handicap, precum și nevoia de a obține documentele medicale necesare la dosar de la un medic de specialitate pentru adulți (în loc de un medic pediatru). Însă, în opinia specialiștilor din SECC, CPC, SECPAH și CEPAH, aceste aspecte nu afectează negativ asigurarea continuității serviciilor și viața copiilor cu dizabilități atunci când împlinesc 18 ani. Conform Figurii 50, și alte aspecte, precum transferul dosarului de la copii la adulți, calitatea documentelor de la dosar sau nivelul redus de informare și pregătire anticipativă a copiilor și familiilor, afectează negativ doar în mică măsură tranziția copiilor cu dizabilități la viața de adult (cu medii de maxim 5,3 pe o scală de la 1-deloc la 10-total). Demersul ce trebuie urmat de copii și tineri de la diagnostic la obținerea certificatului este bine conturat în legislație, inclusiv numărul de vizite/drumuri ale copilului și ale familiei sale la SPAS/SECC pentru a primi gradul de handicap și numărul de documente necesare, ambele fiind reduse la minimum, accentul fiind pus mai degrabă pe colaborarea interinstituțională decât pe intensificarea/duplicarea eforturilor familiei. În plus, se oferă facilități pentru copiii nedepasabili și pentru cei care provin din familii cu venituri mici, astfel încât copiii să poată beneficia de evaluarea complexă care, în cele din urmă, le asigură drepturile în temeiul legii.

Modificările recente ale reglementărilor și procedurilor în contextul pandemiei de COVID-19 au simplificat demersul de obținere a certificatului pentru copii. La începutul anului 2021, în cadrul sondajelor de opinie, specialiștii din majoritatea județelor arătau că, în cazul copiilor, în prezent, este suficient un singur drum/vizită la DGASPC pentru a obține certificatul, așa cum arată citatul 8.1 (ceea ce este concordant și cu opiniile din Figura 50). Totuși, citatele 8.2 arată că punerea în aplicare a noilor reglementări este inegală la nivel național, demersul fiind simplificat, dar nu pentru toți copiii.

452 Înainte de aprobarea pachetului legislativ în decembrie 2016, aceasta informare nu era obligatorie.

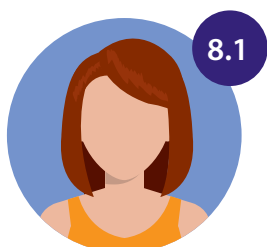
453 Datele din următoarele paragrafe au fost raportate de șefii SECC din 28 județe și 3 sectoare ale municipiului București, cu privire la anii 2019 și 2020. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a gradului de handicap pentru adulți (SECPAH) și copii (SECC), ianuarie-februarie 2021.

Figura 50: Măsura în care diverse aspecte afectează negativ asigurarea continuității serviciilor și viața copiilor cu dizabilități și a familiilor lor, pe o scală de la 1-deloc la 10-total, conform opiniilor practicienilor

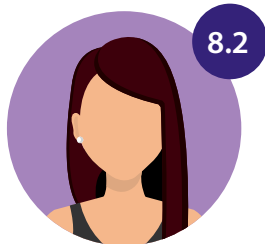


Surse: (1) Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=185) și a copiilor (SECC, N=165), din 39 județe și 6 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021; (2) Sondajul de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor comisiilor de evaluare pentru încadrarea persoanelor adulte în grad și tip de handicap (CEPAH, N=46) și a copiilor (CPC, N=26), din 24 de județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Graficul prezintă valorile medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total pentru fiecare aspect și categorie de specialiști. (*) Cerințele de întocmire a dosarului nu sunt armonizate, la adulți fiind necesare în plus față de copii: ancheta socială de la SPAS, evaluare psihologică - document cu valabilitate de doar 3 luni, adeverință de venit de la primărie sau adeverință de elev. (**) Afirmație extrasă din Analiză națională de etapă a situației abilitării / reabilitării persoanei cu tulburări din spectrul autist (copil și adult), în vederea elaborării Planului Național pentru Autism 2020-2024 (SGG, oct. 2019).



„Informații legate de actele necesare la dosar se găsesc pe site-ul DGASPC și la primăria de domiciliu care are responsabilitatea de a susține familia în completarea dosarului, precum și numărul de contact de la DGASPC unde pot suna zilnic între 7.30 și 16 pentru informații legate de completarea dosarului. La data depunerii dosarului (la DGASPC/SECC) are loc și evaluarea complexă a copilului, în aceeași zi. Prezentarea la CPC are loc doar în cazuri speciale, în caz de schimbare de grad, dacă solicitantul dorește să-și exprime părerea sau nemulțumirea. În cazul în care dosarul este incomplet, începând din martie 2020, solicitantul poate trimite actele în completare prin e-mailul SECC. Evaluările au loc online și doar cazurile noi (care aplică prima dată pentru obținerea certificatului) vin personal pentru depunerea dosarului. Hotărârile de încadrare se trimit prin poștă, pentru cazurile de handicap accentuat, mediu și ușor”. (Specialist SECC, citat dintr-un chestionar Q2B)



„Aparținătorul se prezintă cu actele medicale pentru a solicita informații privind încadrarea în grad de handicap. Odată obținute aceste informații, merge la SPAS și înaintează demersurile privind obținerea anchetei sociale. Apoi, merge la medici pentru a obținute toate actele de care are nevoie. Cu aceste documente, se prezintă la sediul DGASPC pentru a depune dosarul”. [...]

„Apoi, este necesară verificarea fizică a actelor și, mai ales, oferirea de informații suplimentare în cazul în care actele sunt întocmite greșit sau sunt incomplete. Prezentarea copilului la sediul SECC este necesară, fiind mai utilă specialiștilor SECC în cadrul evaluării decât evaluarea online în mediul său de viață”. [...]. „Și apoi nu toți aparținătorii au acces la Internet. Este nevoie de prezența copilului și a părinților/reprezentantului acestuia la SECC pentru evaluare. Apoi, trebuie să vină la ridicarea certificatului și depunerea lui la serviciul de facilități, ca să obțină beneficiile”. (Specialiști SECC, citate din chestionare Q2B)

Potrivit interviurilor cu tineri de 18-26 ani cu dizabilități și reprezentanții acestora, pregătirea unui nou dosar de evaluare este considerată consumatoare de mult timp și ineficientă, mai ales când au aplicat prima oară pentru încadrarea în grad de handicap ca adulți. În plus, aceștia au subliniat că procesul este stresant pentru tinerii cu

dizabilități și familiile lor, iar informațiile despre acest proces adesea nu sunt clare. Mai multe detalii referitoare la dificultățile întâmpinate de tineri în obținerea documentelor medicale, întocmirea și înregistrarea dosarului, precum și barierele de acces la încadrarea în grad de handicap se găsesc în capitolul 3.

8.2. Evaluarea complexă a tinerilor cu dizabilități comparativ cu cea pentru adulți

Există o lipsă de date dezagregate pe grupe de vârstă despre dizabilitate în România, în special pentru grupa de vârstă 18-26 de ani, așa cum este descris în detaliu în capitolul 9. Aceasta contribuie la o impresie eronată că tinerii cu dizabilități care fac trecerea la viața de adult reprezintă un „grup foarte mic”.⁴⁵⁴ Drept urmare, factorii de decizie politică și specialiștii sunt mai dispuși să lase deoparte tranziția de la copilărie la maturitate, mai ales că legislația existentă se referă doar la tinerii de 16-17 ani,⁴⁵⁵ la nivel de SECC. Mai mult, în studiul instituțional Q2A,⁴⁵⁶ un singur șef SECC a declarat că dispune de o procedură aprobată specifică privind activitățile desfășurate cu tinerii și părinții în vederea tranziției la viața de adult. Celelalte SECC din eșantion ca și SECPAH-urile nu au dezvoltat vreo procedură în acest sens.

La nivelul unui an,⁴⁵⁷ sunt înregistrați la SECC, în total, circa 3.800 de tineri cu dizabilități de 16-17

ani doar în cele 31 de județe participante la studiul instituțional Q2A. Deci, la nivelul tuturor celor 47 de SECC-uri din țară, numărul total de tineri cu dizabilități cu vârste de 16-17 ani, cel mai probabil, depășește 5.500 pe an. Diferențele între județe sunt marcante, variind între în jur de 30 și peste 300 de tineri pe județ. Printre acești tineri, fetele reprezintă mai puțin de 45%, în medie, cu variații semnificative atât de la un județ la altul, cât și de la un an la altul. Majoritatea acestor tineri trăiesc în familie, 84%, în medie, în timp ce 16% sunt separați de familie și provin din sistemul de protecție specială. Și în această privință sunt înregistrate discrepanțe considerabile între județe. Ponderea tinerilor cu dizabilități de 16-17 ani care trăiesc în familie ia valori la nivel de județ între un minim de aproximativ 70% și peste 95% din total.

Evaluarea dizabilității pentru copii/tineri are caracteristici comune cu evaluarea pentru

454 De altfel, și Figura 2c din secțiunea 1.3 arată că în statisticile naționale, categoria de vârstă de 18-19 ani este disproporționat de mică prin comparație cu toate celelalte grupe de vârstă (spre exemplu, circa jumătate din grupa de vârstă de 15-17 ani și sub 40% din cea de 20-24 ani).

455 Vârsta tinerilor 16-17 ani se apreciază statistic până la împlinirea vârstei de 18 ani.

456 Studiu instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) și a copiilor (SECC), din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

457 Datele din acest paragraf au fost raportate de șefii SECC din 28 județe și 3 sectoare ale municipiului București, cu privire la anii 2019 și 2020. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a gradului de handicap pentru adulți (SECPAH) și copii (SECC), ianuarie-februarie 2021.

adulti. Evaluarea complexă a copiilor/tinerilor se realizează în două etape. Prima este o evaluare multidisciplinară efectuată de medici și psihologi, asistenți sociali și specialiști din domeniul educației din afara SECC. În această etapă, părinții/reprezentanții pot să aleagă specialiștii pe care îi consideră cei mai buni pentru copilul lor, ceea ce este un drept fundamental al copilului. A doua evaluare este realizată de specialiștii serviciului de evaluare complexă (SECC), care aplică criteriile biopsihosociale și formulează propunerea pentru încadrare și recomandările, și de Comisia de Protecție a Copilului (CPC) care stabilește gradul de handicap. În general, echipa SECC îl vede pe solicitant în persoană când efectuează evaluarea.

Deși procesul este în general asemănător pentru copii/tineri și persoane adulte, evaluările pot să difere în mod semnificativ în ceea ce privește modul în care se realizează încadrarea în grad și tip

de handicap. Criteriile biopsihosociale pentru copii sunt de două tipuri: medicale/medico-psihologice și sociale/psihosociale. În baza principiilor CIF, aplicarea criteriilor medicale evaluează deficiențele/afectările funcționale și calificatorul corespunzător, iar aplicarea criteriilor psihosociale evaluează limitarea activității și restricțiile privind participarea copilului și calificatorul aferent. Spre deosebire, evaluarea complexă pentru adulți se bazează preponderent pe criteriile medicale, cu o pondere importantă acordată evaluării psihologice în cazul unor afecțiuni, în timp ce evaluarea socială este utilizată în situația stabilirii nevoii de asistent personal. În consecință, rezultatele evaluării pot fi substanțial diferite pentru adulți în comparație cu copiii, astfel încât aceeași persoană, la împlinirea vârstei de 18 ani, poate obține seturi foarte diferite de servicii, ceea ce semnifică lipsa unei continuități în asigurarea serviciilor și a măsurilor de protecție.

Schema 7: Evaluarea gradului de handicap - Copii și Adulți

	Copii	Adulți
Criteriile utilizate pentru evaluare	Viziunea biopsihosocială: introducerea criteriilor psihosociale în 2012, prin alinierea la CIF-CT și în 2016 prin introducerea factorilor de mediu.	Șase domenii obligatorii de evaluare, dar decizia este luată aproape în întregime pe baza criteriilor medicale
Prima este o evaluare pluridisciplinară efectuată de profesioniști din domeniul sănătății/social, iar a doua etapă are loc în cadrul serviciului de evaluare complexă (SECC/SECPAH) la nivelul DGASPC.	Da	Da
Evaluarea în persoană. Este solicitantul văzut de serviciul de evaluare (SECC și SECPAH)?	Da*	Da*
Criterii medicale. Criteriile medicale și rezultatele evaluării medicale sunt în general identice pentru adulți și copii?	Da, dar, în unele cazuri pentru aceeași boală se pot determina grade de handicap diferite, dacă factorii sociali sunt diferiți.	Da, pentru aceeași boală se determină același grad de handicap, pentru că factorii sociali nu sunt luați în considerare pentru determinarea gradului.
Medical vs. Social (funcțional)	Atât factorii medicali, cât și cei psihosociale (funcționali) sunt luați în considerare și utilizați în recomandare.	Evaluarea complexă include atât factori medicali, cât și sociali, dar criteriile medicale joacă un rol vital în determinare.
CIF. Criteriile sociale și psihosociale sunt corelate cu codurile CIF/CIF-CT pentru ca specialiștii să aibă o înțelegere comună a acestora.	Da. Criteriile sociale și psihosociale sunt corelate cu codurile CIF-CT, inclusiv barierele de mediu și de atitudine obținute prin evaluare socială.	Factorii medicali definesc evaluarea. Principiile CIF nu sunt utilizate.
Standardizarea. Formularul standardizat de evaluare este utilizat pentru examenul non-medical.	Da	Nu

	Copii	Adulți
Algoritm de decizie. Un algoritm simplu, care nu lasă loc pentru interpretare.	Da	Da
Două persoane cu o anumită afecțiune ar putea obține grade de handicap diferite.	Da, deoarece factorii funcționali joacă un rol.	Nu
Formare CIF. Formarea CIF este realizată pentru toți specialiștii.	Da	Nu
Decizia. Cum se face recomandarea de evaluare a gradului de handicap?	Decizia comună a medicilor și a altor specialiști.	În teorie, decizia comună, dar elementul medical este esențial.
Managementul cazurilor. Principiile CIF guvernează managementul cazurilor	Da	Nu
Plan de servicii. Evaluarea complexă se efectuează nu numai pentru a determina gradul de handicap, ci și pentru a planifica beneficiile.	Da, întotdeauna (PAR)	Da, în unele cazuri (PIRIS se întocmește întotdeauna, dar PIS doar în unele cazuri)**

Sursa: Compilația autorilor. Notă: * Pe perioada pandemiei de COVID-19, interacțiunile cu solicitanții s-au redus semnificativ, ca efect al măsurilor de prevenire și combatere a efectelor pandemiei. ** Vezi capitolul 6.

Evaluările medicale pentru adulți și copii se bazează pe criterii asemănătoare, care folosesc aproximativ aceeași listă de afecțiuni ce sunt însă structurate și aplicate în mod diferit, ceea ce duce la diferențe în evaluare. Analiza criteriilor medicale pentru adulți, prezentată în detaliu în capitolul 4, arată că acestea sunt, în general, robuste în ceea ce privește încadrările medicale, dar gradul de handicap este definit inconsecvent și discutabil. Situația este similară în ceea ce privește criteriile medicale pentru evaluarea dizabilității la copii. Acestea, alături de criteriile medico-psihologice, sunt avizate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății și sunt corelate și au aceleași valori de măsurare cu criteriile pentru adulți, în cazul afecțiunilor medicale care sunt comune. Atât pentru adulți, cât și pentru copii/tineri, pot fi solicitate investigații paraclinice sau referate medicale/psihologice suplimentare, în faza de evaluare complexă, în situațiile în care se constată neconcordanțe între documentele de la dosar sau în timpul interviului.

Un rezumat detaliat al diferențelor în evaluarea gradului de handicap între copii și adulți este prezentat în Schema 7. Principalele diferențe ar putea fi rezumate după cum urmează:

- Spre deosebire de evaluările adulților, criteriile sociale și psihosociale pentru copii sunt

concepute având în vedere principiile CIF-CT.⁴⁵⁸ Partea funcțională a evaluării are în vedere barierele legate de factorii de mediu și atitudini, identificate prin evaluarea socială. Evaluarea utilizează calificatori pentru a lua în considerare factorii funcționali. Criteriile psihosociale evaluează performanța copilului – așa cum este definită de CIF – subliniind abilitatea copilului de a face față și de a interacționa cu mediul său.

- Deși criteriile medicale se raportează la aproximativ aceeași listă de afecțiuni, în cazul copiilor, sunt stabilite norme de aplicare clare, astfel încât absența unei boli pe lista de criterii să nu constituie un motiv de neinclușare dacă, prin impactul său asupra organismului se înscrie între deficiențele/afectările funcționale descrise la criterii. În schimb, normele de aplicare utilizate în evaluarea adulților sunt încă neclare și nestandardizate, ceea ce lasă loc la interpretări ce pot duce la decizii discreționare.
- Evaluarea funcțională a adulților nu se bazează pe proceduri standardizate și instrumente unificate.⁴⁵⁹ Spre deosebire de procesul de evaluare a adulților, evaluarea gradului de handicap la copii se realizează pe baza unor instrumente standardizate bine articulate. În evaluarea copiilor, procedura și instrumentele

458 Este important să subliniem faptul că evaluarea criteriilor utilizate pentru copii depășește domeniul de aplicare al acestui raport. Analiza prezentată aici presupune că evaluarea copiilor utilizează principiile CIF pe baza evaluării expertului ministerului.

459 Acest rezultat al echipei de cercetare (vezi și capitolul 4) este susținut și de specialiștii SECPAH care în cadrul sondajului de opinie Q2B au fost de acord cu afirmația „Deși există un model de completare al Raportului de evaluare complexă, precum și instrucțiuni de asigurare al unui mod de lucru unitar la nivel național, în prezent nu există instrumente de evaluare care să poată fi utilizate pe cele șase paliere de evaluare complexă: social, medical, psihologic, vocațional, educațional, evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială” într-o măsură egală cu un scor mediu de 6,7, pe o scală de la 1-deloc la 10-total. Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=186), din 39 județe și 6 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

standardizate iau în considerare aspectele medicale și funcționale. Disponibilitatea procedurii și a instrumentelor standardizate este un concept important preluat din CIF-CT. Evaluarea se bazează pe documentele din prima etapă (multidisciplinară), inclusiv pe rezultatele analizelor de laborator și ale investigațiilor paraclinice, precum și pe interviurile cu copiii și părinții/reprezentanții legali ai acestora. Formularele sunt standardizate și au perioada de valabilitate prevăzută de lege.

- Copiii cu același diagnostic medical ca adulții pot avea grade de handicap diferite decât aceștia. Boala nu constituie deficiență/afectare funcțională, nici handicap, cu puținele excepții stabilite de comisiile medicale, cum ar fi diabetul, sindromul Down. Copiii sunt evaluați holistic și individual; prin urmare, copiii cu același diagnostic medical pot avea grade de handicap diferite. În același timp, în dinamică, același copil poate avea un alt grad de handicap în funcție de progrese sau regresii. Cazurile nerecuperabile nu sunt recunoscute la copii, deoarece copiii au un potențial de recuperare/reabilitare mai mare decât adulții. Numai în cazul îngrijirii paliative se acordă un certificat de încadrare valabil până la 18 ani, termenul de valabilitate tipic la copii/tineri fiind de 1-2 ani.

Specialiștii SECPAH au raportat în mai mare măsură decât specialiștii SECC că tipurile de handicap nu sunt clar definite și există dificultăți în ceea ce privește aprecierea și raportarea acestora la ANDPDCA: „Nefiind clar definite, tipurile de handicap sunt interpretate și consemnate după cum înțelege fiecare specialist, motiv pentru care nu se poate realiza o raportare corectă, așa cum solicită ANDPDCA”.⁴⁶⁰ De altfel, ANPDCA⁴⁶¹ a pus definițiile tipurilor de handicap la dispoziția SECC-urilor încă din cadrul sesiunilor de formare (SECC și

CPC) din anul 2017.⁴⁶² Deci, metodologia de stabilire a tipului de handicap este mai clar definită pentru copii prin comparație cu cea pentru adulți. Însă necesită unele completări, subliniază specialiștii SECC, cum ar fi codarea bolilor rare, afectarea neurologică fără deficiență motrică, precum și toate afecțiunile asociate întârzierii mentale care se încadrează în tip de handicap asociat, neputând să reiasă care este afectarea cea mai gravă.

Pentru a formula propunerea de handicap, calificatorii sunt corelați, în concordanță cu un algoritm care a fost revizuit în 2016, pe baza a peste 15 ani de experiență, de către specialiștii ANDPDCA și SECC. Este important de reținut că algoritmul permite determinarea gradului de handicap în baza aspectelor psihosociale ale vieții copilului. Astfel, în cazul în care limitarea activității și restricțiile privind participarea copilului au o calificare mai mare decât cea a deficienței/afectării funcționale, atunci gradul de handicap va fi mai mare decât dacă ar fi evaluat doar pe baza deficienței/afectării funcționale, adică prin aplicarea exclusivă a criteriilor medicale. Singurul punct slab al algoritmului, evidențiat de unii specialiști SECC în cadrul sondajului de opinie Q2B, se referă la faptul că „deși există grila cu itemii din CIF pentru determinarea limitărilor de activitate, notarea acestor itemi cu un calificator între 1 și 4 se face mai degrabă subiectiv, pentru că nu există un instrument specific care să determine stabilirea acestor calificatori”.⁴⁶³

În concluzie, pentru copii, evaluarea complexă este aliniată la CIF și respectă o abordare modernă de evaluare a dizabilității, chiar dacă ar putea beneficia de unele îmbunătățiri. Spre deosebire, pentru adulți, încadrarea în grad de handicap a rămas predominant medicală, deși evaluarea se face în baza criteriilor medico-psihosociale, rezultat confirmat și de opiniile specialiștilor SECPAH și SECC (vezi și capitolul 4).⁴⁶⁴

460 Citat și date din Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=187) și a copiilor (SECC, N=143), din 39 județe și 6 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

461 Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție – instituție preluată de actuala ANDPDCA, prin OUG nr. 68/2019.

462 Definițiile tipurilor de handicap pentru copii sunt orientative, pentru că nu sunt prevăzute de legislație.

463 Specialist SECC, citat dintr-un chestionar Q2B.

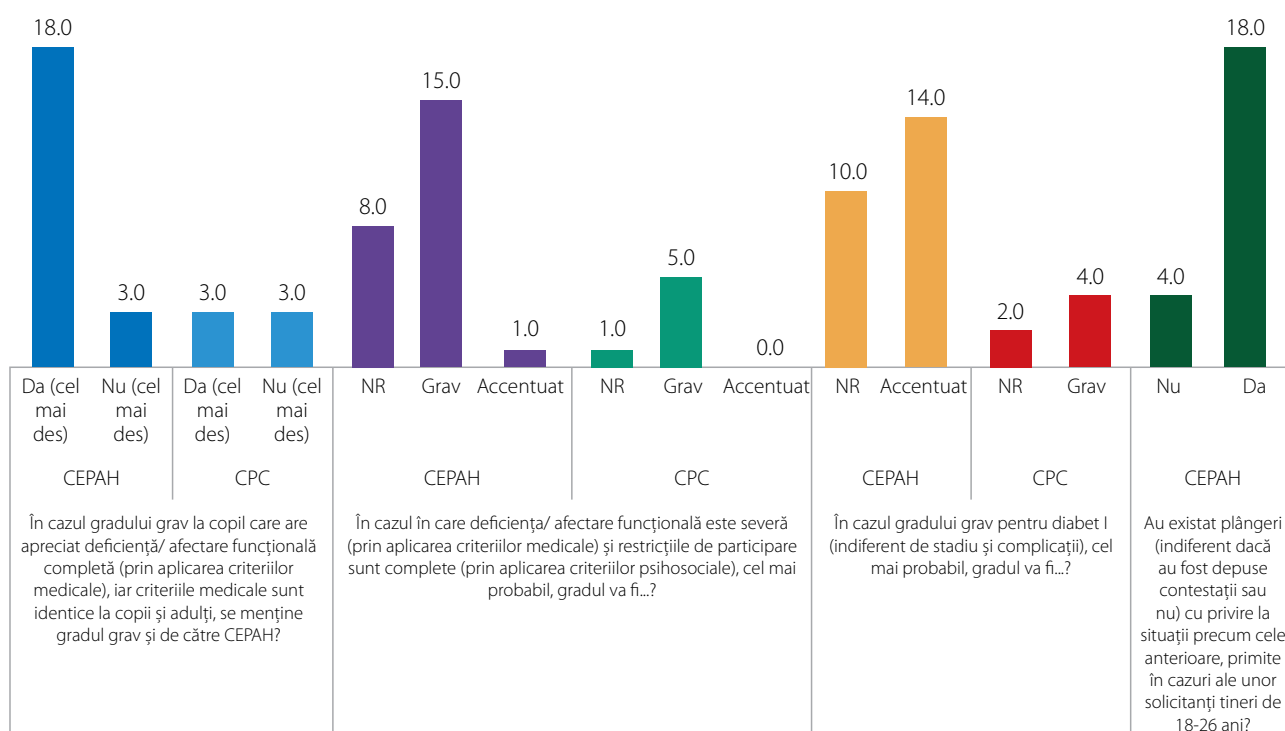
464 Pe o scală de la 1-deloc la 10-total, specialiștii SECPAH au acordat un scor mediu mai mare de 8 față de un scor mediu de doar 4 acordat de specialiștii SECC cu privire la măsura în care sunt de acord cu afirmația „încadrarea în grad (și tip pentru 18+) de handicap a rămas predominant medicală, deși evaluarea se face în baza criteriilor medico-psihosociale”. Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=192) și a copiilor (SECC, N=83), din 39 județe și 6 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

8.3. Determinarea dizabilității la tineri

Procesul de determinare a dizabilității este diferit pentru copii față de adulți. O comparație între rezultatele determinării realizate de CEPAH și CPC pentru câteva exemple de cazuri sunt prezentate în Figura 51. Astfel, conform președinților comisiilor de evaluare în cadrul studiului instituțional Q3A, pentru cazurile de copii în care CPC apreciază deficiență/afectare funcțională completă, prin aplicarea criteriilor medicale, adică un grad grav de handicap, CEPAH nu neapărat va menține

gradul grav la împlinirea vârstei de 18 ani, chiar și pentru criteriile medicale identice la copii și adulți. În cea mai mare parte a județelor (dar nu în toate), concluziile CPC și CEPAH sunt similare în cazurile de deficiență funcțională severă (conform criteriilor medicale) și restricții de participare complete (conform criteriilor psihosociale). În aceste cazuri, atât CPC cât și CEPAH vor acorda, cel mai probabil, un grad grav de handicap, în majoritatea județelor studiate (15 din 24 CEPAH, respectiv 5 din 6 CPC).

Figura 51: Exemple de cazuri și cele mai probabile soluții: comparație între comisiile de evaluare pentru copii (CPC) și adulți (CEPAH) (număr răspunsuri ale președinților CEPAH/CPC)



Sursa: Studiu instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea comisiilor de evaluare a persoanelor adulte cu handicap (CEPAH, N=24) și a copiilor (CPC, N=6), din 22 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Note: NR = Non-răspuns. Suma barelor corespunzătoare CEPAH trebuie să fie egală cu N=24. Dacă suma este mai mică, cazurile lipsă sunt non-răspunsuri din partea președinților CEPAH.

Spre deosebire, diferențele de determinare dintre CEPAH și CPC pot fi substanțiale pentru cazurile de diabet zaharat de tip I, în care pentru copii se acordă de obicei un grad grav, în timp ce majoritatea președinților CEPAH declară că, cel mai probabil, vor acorda doar un grad de handicap accentuat pentru adulți (14 dintre cele 24 CEPAH studiate). Deci, există diferențe semnificative între

rezultatele încadrării în grad de handicap efectuate de CPC, pentru copii, și de CEPAH, pentru adulți. Iar aceste diferențe sunt cauzate în principal de faptul că evaluarea adulților în vederea încadrării în grad de handicap se realizează în baza unor criterii mai restrictive decât la copii, conform specialiștilor SECPAH și SECC.⁴⁶⁵ Prin urmare, în majoritatea județelor studiate (18 din 24) se înregistrează

465 Pe o scală de la 1-deloc la 10-total, specialiștii SECPAH și SECC au răspuns că sunt de acord cu afirmația „membrii comisiei de

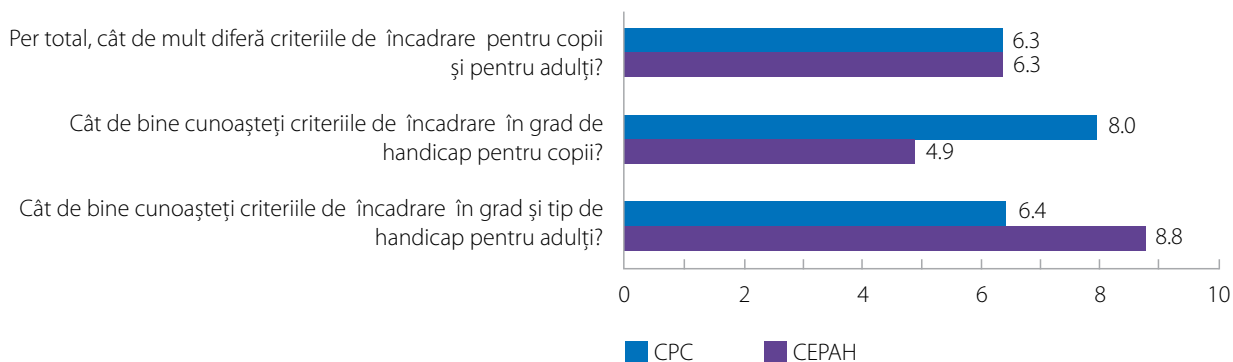
plângeri (indiferent dacă au fost sau nu depuse contestații) cu privire la aceste discrepanțe (Figura 51), fapt ce arată că această problemă are un impact important asupra unui anumit procent de tineri cu dizabilități la momentul tranziției la viața de adult.

Colaborarea dintre CEPAH și CPC ar putea fi îmbunătățită în mod semnificativ. Lipsa cooperării și a înțelegerii reciproce a muncii depuse poate avea un impact negativ asupra tinerilor cu dizabilități. După cum arată Figura 52, CEPAH și CPC consideră că știu bine criteriile pe care le folosesc pentru încadrarea în grad de handicap, însă cunoștințele privind criteriile de evaluare ale omologilor lor sunt limitate. Astfel, pe o scală de 1 la 10, scorul mediu al evaluării cunoștințelor este mai mare de 8 cu privire la propriile criterii, în timp ce pentru cunoștințele despre omologi este 6,4 pentru CPC și numai 4,9 pentru CEPAH. În consens, membrii CEPAH și CPC consideră că există diferențe semnificative în ceea ce privește criteriile de încadrare pentru copii și adulți, dar aceasta este mai degrabă o opinie subiectivă,

dat fiind nivelul mai degrabă scăzut de cunoașterea a criteriilor celeilalte comisii.

Fragmentarea între sistemul pentru copii și cel pentru adulți alături de slaba integrare de la nivelul cunoștințelor sunt acompaniate de o foarte slabă cooperare între cele două comisii. Dintre cele 22 județe și 2 sectoare ale municipiului București incluse în studiul instituțional Q3A, președinții CEPAH și CPC dintr-un singur județ au raportat că cele două comisii organizează ședințe comune de consultare și schimb de experiență, cu privire la unele spețe sau pe alte teme.⁴⁶⁶ Și chiar și în acest caz, întâlnirile CEPAH – CPC au loc doar uneori, când se poate. Cu alte cuvinte, în nici un județ, cele două comisii nu au dezvoltat un tipar de cooperare bazat pe întâlniri organizate cu regularitate, în cadrul cărora să discute și să găsească soluții comune pentru a simplifica și a face mai lină tranziția tinerilor cu dizabilități la viața de adult. Aceste constatări au fost confirmate și de interviurile cu specialiști în evaluare și cu persoane cu dizabilități.

Figura 52: Nivelul de cunoaștere a criteriilor de încadrare în grad de handicap, așa cum este autoevaluat de către membrii CEPAH și CPC (valori medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)



Sursa: Sondaj de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor comisiilor de evaluare pentru încadrarea persoanelor adulte în grad și tip de handicap (CEPAH, N=46) și a copiilor (CPC, N=30), din 24 de județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

evaluare pentru adulți (CEPAH) au criterii mai restrictive de încadrare în grad de handicap decât la copii” într-o măsură egală cu scoruri medii în jur de 7. Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=184) și a copiilor (SECC, N=61), din 39 județe și 6 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

466 Acesta este județul Argeș.

8.4. Măsurile de sprijin pentru tranziția tinerilor cu dizabilități la viața de adult

Trecerea la maturitate este un proces problematic pentru tinerii cu dizabilități. Cu toate acestea, în România lipsește o procedură clară și o bună planificare a tranziției la viața de adult, în special după 18 de ani. Primele dispoziții legale referitoare la această tranziție au apărut în Legea nr. 448/2006 (art. 30) privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap. Deși aceste dispoziții aveau în vedere „asigurarea corelării serviciilor din sistemul de protecție a copilului cu handicap cu serviciile din sistemul de protecție a persoanelor adulte cu handicap”, majoritatea măsurilor de sprijin prevăzute erau aplicabile pentru toți tinerii cu dizabilități și nu doar pentru cei separați de familie și aflați în sistemul de protecție.

Oricum, mai recent, a fost emis Ordinul Comun nr. 1985/1305/5805/2016⁴⁶⁷ care cuprinde printre alte măsuri de intervenție integrată și o serie de prevederi pentru îmbunătățirea planificării tranziției la viața de adult (alături de alte tipuri de tranziții). Astfel, conform art. 65 (1), măsurile de sprijin pentru pregătirea și adaptarea copilului în diferitele etape de tranziție se includ în planul de abilitare-reabilitare (sau planul de servicii individualizat), în funcție de tipul tranziției. Mai multe detalii privind măsurile de sprijin pentru tranziție ce pot fi cuprinse în planul de abilitare-reabilitare (PAR) sunt oferite în Anexa 8. Pentru tinerii cu dizabilități cu vârste de 16 ani și peste, obiectivul PAR include și tranziția la viața adultă, iar numele planului se modifică în plan de abilitare-reabilitare și tranziție a copilului cu dizabilități la viața de adult. În afară de prevederile din Legea nr. 448/2006 și din Ordinul Comun nr. 1985/1305/5805/2016, nu sunt prevăzute alte măsuri pentru a asigura tranziția cu succes la viața adultă a tinerilor cu dizabilități de peste 18 de ani.

Legislația existentă nu oferă orientări clare cu privire la modul în care ar trebui să se realizeze tranziția. Multe dispoziții sunt generale și nu clarifică procesul sau responsabilitățile, deși măsurile de sprijin pentru tinerii cu dizabilități ar trebui puse în aplicare prin cooperarea dintre mai multe părți interesate, cum ar fi familia, școala, inclusiv consilierul școlar, alături de diferiți furnizori de servicii educaționale, de sănătate sau sociale și sub coordonarea unui manager de

caz. De asemenea, nu este clar specificat cine este responsabil pentru furnizarea de informații, sprijin, sau pregătirea copilului pentru tranziția de la copilărie la maturitate, doar că managerul de caz ar trebui să includă aceste măsuri în cadrul planului de abilitare-reabilitare. Întrucât măsurile sunt foarte largi și nu sunt concrete, procesul de tranziție nu este sprijinit de autorități și, în majoritatea cazurilor, este abrupt și perturbator pentru tinerii cu dizabilități și familiile lor.

Măsurile prevăzute în legislație nu sunt aplicate pe deplin și nici pentru toți tinerii cu dizabilități. Pentru a argumenta acest rezultat prezentăm principalele constatări ale cercetării de teren, organizate în ordinea măsurilor specifice prevăzute în Legea nr. 448/2006 (art. 30) ca fiind obligația autorităților responsabile ale administrației publice:

- a. **Să planifice și să asigure tranziția tânărului cu handicap din sistemul de protecție a copilului în sistemul de protecție a persoanei adulte cu handicap, în baza nevoilor individuale identificate ale acestuia.** Pentru tinerii cu dizabilități din sistemul de protecție specială a copilului (separați de familie), managerii de caz planifică și asigură tranziția la sistemul de protecție a persoanelor adulte cu handicap.

Însă, pentru tinerii cu dizabilități din familie:

- La nivel național, pentru doar 2-3% dintre tinerii de 16-17 ani evaluați de-a lungul unui an, SECC a obținut din partea părinților/ reprezentanților o declarație de intenție (în scris) cu privire la planurile familiei de a continua cu solicitarea încadrării ca adult cu handicap. În fapt, doar două SECC (din VL și IL) au dezvoltat o astfel de practică. Deși nu există o cerință legală în acest sens, practica este utilă pentru a ajuta tinerii/ părinții/ reprezentanții să conștientizeze și să se organizeze în vederea tranziției, dar și SECC și SECPAH pentru a planifica activitățile asociate pregătirii și trecerii acestor cohorte de tineri de la evaluarea la copii cu dizabilități la evaluarea pentru persoane adulte.
- Dintre cele 31 de SECC participante la studiul instituțional Q2A, doar 4 SECC au declarat că realizează, la cererea părinților, o simulare a posibilelor rezultate ale evaluării pentru

⁴⁶⁷ Ordin privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/ sau cerințe educaționale speciale.

încadrare în grad de handicap pe criteriile și procedurile folosite pentru adulți (de SECPAH/CEPAH), însă fără să fi dezvoltat un instrument dedicat (de orice tip) în acest scop. Mai general, nici un SECC și nici un SECPAH, precum nici ANDPDCA, nu a realizat vreodată vreo simulare pe un lot de tineri (indiferent de mărimea și criteriile de selecție ale lotului) pentru a înțelege efectele trecerii de la copil la adult atât în ceea ce privește scăderea în beneficii și servicii per copil, cât și dacă există grupuri cu șanse disproporționate de mari de a pierde mai mult decât media.

- Un singur SECC dintre cele 31 din eșantionul Q2A (din VS) a raportat că organizează întâlniri de acomodare și cunoaștere reciprocă între tinerii de 16-17 ani și părinții acestora cu reprezentanții SECPAH/CEPAH. SECC din celelalte județe nu desfășoară activitățile de planificare considerate.
- b. Să asigure continuitatea serviciilor acordate persoanelor cu handicap.** Pentru tinerii din sistemul de protecție specială a copilului, continuitatea serviciilor este asigurată pentru cei care sunt transferați în sistemul de protecție a persoanelor adulte cu handicap, dar nu neapărat și pentru cei care revin în familie/comunitate.

Astfel, pentru tinerii cu dizabilități din familie:⁴⁶⁸

- Până la 18 ani, copiii/tinerii cu dizabilități au asigurat managementul de caz de către SECC, iar un reprezentant SPAS este responsabil de caz cu obligația de a monitoriza implementarea planului de abilitare-reabilitare (PAR).⁴⁶⁹ Desi această prevedere nu este respectată în toate comunitățile,⁴⁷⁰ se poate spune că majoritatea tinerilor cu dizabilități beneficiază de servicii de management de caz. Spre exemplu, circa 90% dintre tinerii de 16-17 ani cu dizabilități au un

PAR de tranziție la viața de adult completat, conform datelor raportate de șefii SECC. Atunci când copilul împlinește 18 ani, Ordinul Comun nr. 1985/1305/5805/2016 prevede că SECC transferă cazul de încadrare în grad de handicap la SECPAH, odată cu o copie a ultimului dosar de reîncadrare în grad de handicap. După transfer, doar o mică parte dintre adulții cu încadrare în grad de handicap care trăiesc în familie (și doar din unele județe) beneficiază de manager de caz sau de un Plan individual de servicii (PIS), așa cum este demonstrat în capitolul 6. Prin urmare, continuitatea serviciilor de management de caz este deficitară în cazul tinerilor cu dizabilități din familie.⁴⁷¹

- Discrepanțele în determinarea gradului de handicap la copii și adulți pot duce la o schimbare bruscă a beneficiilor și serviciilor acordate odată cu împlinirea vârstei de 18 ani. Dintre serviciile disponibile,⁴⁷² pierderea dreptului la asistent personal reprezintă o provocare majoră a tranziției de la copii la adulți. Până la 18 ani, toți copiii/tinerii cu încadrare de handicap grav au dreptul la asistent personal.⁴⁷³ Astfel, datele raportate de șefii SECC indică faptul că aproape jumătate dintre tinerii de 16-17 ani beneficiază de asistent personal. Când copilul împlinește 18 ani și este transferat de la SECC la SECPAH, conform criteriilor și procedurii pentru adulți, poate fi încadrat cu un alt grad decât grav și chiar dacă i se acordă gradul grav poate primi dreptul la asistent personal sau nu. Pierderea dreptului la asistent personal înseamnă, în cele mai multe cazuri, pierderea locului de muncă pentru părintele angajat ca asistent personal și, în consecință, o reducere semnificativă a veniturilor familiei. De aceea, pierderea dreptului la asistent personal a fost menționată

468 Datele din paragrafele de mai jos au fost raportate de șefii SECC din 27 județe și 3 sectoare ale municipiului București, cu privire la anii 2019 și 2020. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a gradului de handicap pentru adulți (SECPAH) și copii (SECC), ianuarie-februarie 2021.

469 Planul de abilitare-reabilitare (PAR) este o anexă la certificatul de încadrare în grad de handicap emis de Comisia pentru Protecția Copilului și este monitorizat semestrial pentru copiii din familie și trimestrial pentru copiii din sistemul de protecție a copilului.

470 Pentru detalii, vezi secțiunea 9.1.1 din capitolul 9.

471 În general, pentru tinerii din sistemul de protecție specială a copilului care se transferă în sistemul de protecție pentru persoanele adulte cu handicap, managementul de caz este asigurat, iar recomandările din PAR sunt preluate/continuate prin măsurile incluse în Plan individual de servicii (PIS), Plan personalizat pentru beneficiarii din centre rezidențiale (PP), Plan personal de viitor pentru beneficiarii din locuințe protejate (PPV) sau în alte tipuri de planuri individualizate menționate în legislație.

472 Persoanele cu dizabilități din România primesc un pachet de bază de servicii medicale, inclusiv examene periodice ale stării de sănătate și asistență medicală pe baza handicapului. De asemenea, în funcție de gradul și tipul de handicap, o persoană poate primi îngrijire la domiciliu de la un asistent personal, îngrijire la centrele de zi, îngrijire la centre rezidențiale, sau o indemnizație pentru însoțitor.

473 Conform art. 35, alin 1, din legea nr. 448/2006 privind protecția și drepturile persoanelor cu handicap, modificată prin OUG nr. 51/2017. Totuși, există unele restricții. Spre exemplu, copiii plasați în asistență maternală nu au dreptul la asistent personal, chiar dacă au gradul grav. De asemenea, pentru a beneficia de asistent personal, pe certificatul de încadrare în grad de handicap al copilului trebuie să apară gradul grav cu asistent personal.

în interviurile cu tinerii cu dizabilități ca o sursă principală de nemulțumire și anxietate. Pe de altă parte, în sondajele de opinie, toți specialiștii au menționat schimbarea condițiilor referitoare la serviciul de asistent personal ca fiind un factor ce influențează considerabil în mod negativ asigurarea continuității beneficiilor și a serviciilor, precum și viața copiilor și familiilor lor.⁴⁷⁴ Cu atât mai mult cu cât, schimbarea nu este realizată treptat, ci abrupt, iar sprijinul disponibil pentru ajustarea la noua situație este foarte limitat.

- Niciunul dintre cele 31 de SECC participante la studiul instituțional Q2A nu desfășoară cu părinții tinerilor de 16-17 ani ședințe de consiliere, după un calendar sistematic, cu privire la avantajele și dezavantajele trecerii de la copil la adult și sprijin în identificarea unor scenarii alternative de urmat. Și nici un SECC nu organizează pentru părinții tinerilor de 16-17 ani programe de mediere și integrare anticipativă pe piața muncii (posibil în colaborare cu specialiști ai agențiilor județene de ocupare a forței de muncă) pentru eventualitatea pierderii statutului de asistent personal odată cu încadrarea copiilor la adulți.
- c. **Să instituie măsuri menite să asigure pregătirea tânărului pentru viața adultă și pentru viața independentă.** Tranziția la viața adultă nu este asociată cu un program de evaluare sau de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă care să fie aplicat unitar la nivelul țării pentru toți tinerii cu dizabilități. Prin urmare, nu există date nici privind nivelul de referință al deprinderilor de viață independentă la o anumită vârstă, nici evoluția în timp și nici potențialul. Iar lipsa datelor se referă atât la tinerii din sistemul de protecție a copilului, cât și la cei din familie.
- d. **Să desfășoare, în colaborare sau în parteneriat cu persoanele juridice, publice ori private, programe de pregătire pentru viața de adult.** Referitor atât la tinerii din sistemul de protecție specială a copilului, cât și la cei din familie:

- Doar în cazuri izolate programele de pregătire pentru viața de adult și măsurile de tranziție pentru tinerii cu dizabilități sunt desfășurate în colaborare sau în parteneriat cu persoanele juridice, publice ori private. De-a lungul unui an, la nivelul țării, doar în jur de 2% dintre tinerii de 16-17 ani evaluați de SECC participă în astfel de programe, iar aceștia provin din doar patru județe și un sector din București.⁴⁷⁵ În celelalte județe, SECC nu desfășoară astfel de programe în parteneriat.
- e. **Să desfășoare activități de informare a tânărului cu handicap în ceea ce privește oportunitățile de educație, angajare, acces la viața familială și viața socială, la diferite mijloace de petrecere a timpului liber.** Referitor atât la tinerii din sistemul de protecție specială a copilului, cât și la cei din familie:
 - În secțiunea 8.1, am arătat deja că informarea disponibilă pentru pregătirea tranziției la viața de adult este foarte inegal distribuită pe cuprinsul țării, are un caracter general și nu vine în mod real în sprijinul tinerilor cu dizabilități și familiilor acestora. Reglementările în vigoare nu oferă detalii cu privire la tipul de informații care trebuie incluse sau cine ar trebui să furnizeze aceste informații. Prin urmare, adesea informarea se limitează faptul că la împlinirea vârstei de 18 ani vor trebui să solicite încadrarea în tip și grad de handicap la un alt serviciu (SECPAH/CEPAH).
 - La nivel național, mai puțin de 20% dintre tinerii de 16-17 ani evaluați de SECC de-a lungul unui an beneficiază de informare în ceea ce privește oportunitățile de educație, angajarea, accesul la viața familială și viața socială sau la diferite mijloace de petrecere a timpului liber. Iar acești tineri se află în doar 9 județe dintre cele 31 studiate.⁴⁷⁶ În majoritatea județelor SECC nu oferă astfel de informații.
- f. **Să evalueze, la cerere, elevii cu handicap și cu cerințe educaționale speciale (CES).** Evaluarea cu privire la CES este furnizată tuturor copiilor și tinerilor, la cerere, de către CJRAE și nu de SECC.⁴⁷⁷

474 Pe o scală de la 1-deloc la 10-total, scorurile medii de influență negativă au fost de 6,9 – SECC, 7 – CPC, 8 – SECPAH, respectiv 8,4 – CEPAH. Surse: (1) Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=184) și a copiilor (SECC, N=165), din 39 județe și 6 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021; (2) Sondajul de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor comisiilor de evaluare pentru încadrarea persoanelor adulte în grad și tip de handicap (CEPAH, N=43) și a copiilor (CPC, N=24), din 24 de județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

475 Aceste județe sunt SB, CT, B-Sector 6, IL și SV. Ponderile la nivel județean variază între aproximativ 6% și 26% dintre tinerii de 16-17 ani evaluați de SECC anual.

476 Ponderile la nivel județean ale tinerilor care au primit informațiile menționate variază de la circa 10% la peste 90% în patru județe, și anume BH, VN, NT și B_Sector 4.

477 CJRAE - Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională.

Pentru tinerii cu dizabilități cu vârste de peste 18 ani, SECPAH are obligația să facă evaluarea educațională, chiar dacă tânărul/reprezentantul legal nu o solicită:

- În cazul tinerilor de peste 18 ani care încă urmează o formă de învățământ preuniversitar, SECPAH colaborează cu consilierii școlari din rețeaua CJRAE, pentru realizarea evaluării nivelului de educație, în doar 4 județe și un sector din București,⁴⁷⁸ dintre cele 36 care au luat parte la studiul instituțional Q2A.
- Majoritatea comisiilor de evaluare nu eliberează certificate de orientare profesională, așa cum se arată în secțiunea 5.2.6. Prin urmare, cel puțin în ultimii ani, extrem de puțin tineri de 18-26 de ani au beneficiat de evaluare vocațională finalizată cu un certificat de orientare profesională.

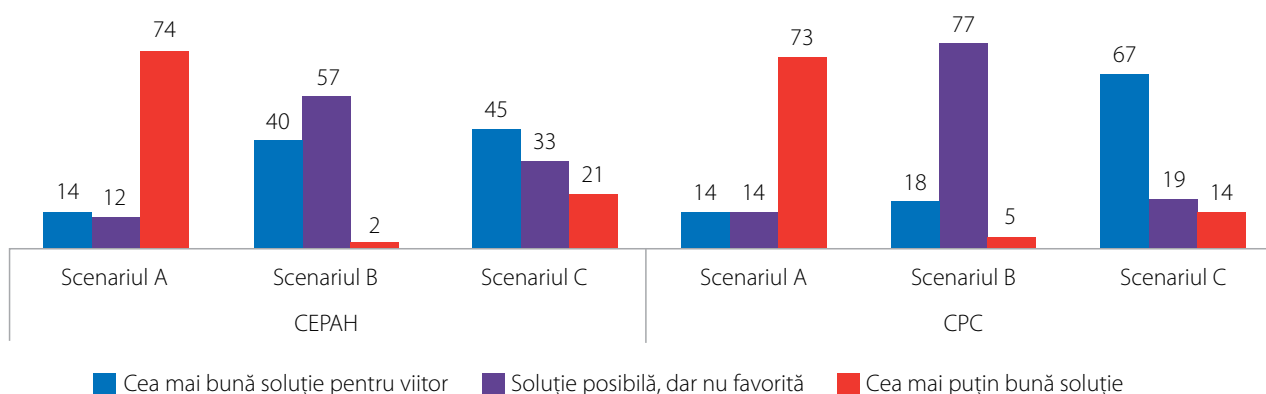
În concluzie, analiza de mai sus arată că măsurile de sprijin pentru tinerii cu dizabilități nu asigură o trecere coerentă și lină la viața de adult. Din contră, cele mai multe măsuri sunt disponibile doar în puține județe și pentru un număr mic de tineri. Lipsa de corelare și cooperare între sistemul pentru copii și cel pentru adulți lasă tinerii și familiile acestora să se descurce singuri, cu resursele pe care le pot mobiliza personal. Insuficienta informare și pregătire anticipativă, lipsa de consiliere și îndrumare de-a lungul demersului transformă tranziția la maturitate într-un punct de turnură cu consecințe negative în mai toate sferele vieții, nu doar pentru tineri, ci și pentru familiile acestora. Potrivit interviurilor cu tineri cu dizabilități, tranziția la viața de adult este „bruscă”, „frustrantă” și „chinuitoare”.

8.5. Scenarii pentru reforma tranziției de la copilărie la maturitate

După cum au arătat secțiunile anterioare, este imperativ să se răspundă provocărilor cu care se confruntă tinerii cu dizabilități în momentul tranziției la viața de adult, prin asigurarea unei planificări timpurii și coordonate, a unui schimb eficient de informații și a unei comunicări eficiente, precum și a unor proceduri clare și transparente. De altfel, în cadrul cercetării realizate pentru acest volum, majoritatea specialiștilor, factorilor de decizie politică și tinerilor cu dizabilități au exprimat necesitatea de a reforma tranziția.

Trei scenarii posibile de reformare a procesului de tranziție la viața de adult au fost testate în cadrul sondajului de opinie Q3B cu membrii CPC și CEPAH. În scenariul A, nu sunt elaborate criteriile noi de încadrare nici pentru copii și nici pentru adulți și, ca soluție, tinerii de 18-26 ani continuă să fie evaluați și încadrați de SECPAH/CEPAH însă în baza criteriilor și procedurilor pentru copii (utilizate în prezent de SECC/CPC).

Figura 53: Cea mai bună soluție pentru viitor pentru a asigura o tranziție lină de la de la copilărie la maturitate pentru tinerii cu dizabilități, în opinia membrilor CEPAH și CPC (%)



Sursa: Sondaj de opinie Q3B: Practici și experiențe ale membrilor comisiilor de evaluare pentru încadrarea persoanelor adulte în grad și tip de handicap (CEPAH, N=42) și a copiilor (CPC, N=22), din 24 de județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Note: Scenariul A: Situația actuală se menține, însă tinerii cu vârste între 18 și 26 de ani să fie evaluați pe baza aceluiași criterii ca și copiii (în spiritul CIF-CT). Scenariul B: Modificare încadrării pentru persoanele adulte prin elaborarea unor noi criterii care să fie în spiritul CIF și, prin urmare, armonizate cu criteriile folosite pentru copii. Scenariul C: Să existe un program special de tranziție de la copilărie la maturitate pentru tinerii cu vârste cuprinse între 16 și 26 ani, cu un set distinct de criterii și o procedură care să implice atât SECPAH și CEPAH, cât și SECC și CPC.

478 Acestea sunt BC, BN, DJ, TR și B-Sector 6.

Există un consens la nivelul specialiștilor că aceasta este „cea mai puțin bună soluție” (Figura 53).

Scenariul B presupune elaborarea de noi criterii pentru persoanele adulte, care să fie în spiritul CIF și, prin urmare, armonizate cu criteriile folosite pentru copii. În plus, în acest scenariu, pentru copiii și tinerii cu vârste de 16-26 ani este elaborat un program de informare, consiliere, mediere și sprijin de găsimă a unui loc de muncă (în eventualitatea pierderii dreptului la asistent personal) atât pentru copii și tineri, cât și pentru părinții lor. Reforma sistemului conform scenariului B este considerată „cea mai bună soluție pentru viitor” de 40% dintre membrii CEPAN, dar doar de o mică parte (18%) dintre membrii CPC. Dezvoltarea măsurilor de sprijin este considerată a fi cheie, dar în același timp este percepută a fi puțin realistă în condițiile și cu resursele pe care le au la dispoziție în prezent atât serviciile de evaluare, cât și comisiile de evaluare.

Scenariul C propune o abordare diferită. Indiferent de ce decizii se iau cu privire la criteriile și procedurile de evaluare și încadrare în grad de handicap pentru copii și adulți – fie păstrarea statu-quo-ului, fie schimbarea – scenariul C propune elaborarea și implementarea unui program special de tranziție de la copilărie la maturitate pentru tinerii cu vârste cuprinse între 16 și 26 ani, cu un set

distinct de criterii și o procedură care să implice atât SECPAN și CEPAN, cât și SECC și CPC. Iar acest program special ar trebui să conțină și componente de informare, consiliere, mediere și sprijin de găsimă a unui loc de muncă (în eventualitatea pierderii dreptului la asistent personal) atât pentru copii și tineri, cât și pentru părinții lor. Scenariul C este considerat „cea mai bună soluție pentru viitor” de majoritatea membrilor CEPAN (45%) și CPC (67%). În același timp însă, majoritatea susțin că implementarea unui astfel de program special nu este realistă dacă nu sunt alocate resurse suplimentare, în special resurse umane și expertiză.

Cele trei opțiuni de reformă reprezintă doar scenarii ilustrative provizorii pentru testarea opiniei practicienilor. Pentru reforma propriu-zisă trebuie însă proiectate și explorate și alte alternative. Spre exemplu, opțiunile B și C pot include o componentă de reducere graduală a beneficiilor/serviciilor care să se desfășoare de la vârsta de 16 ani până la 26 de ani. Această reducere graduală ar putea fi aplicată tuturor tinerilor sau ar putea fi ținută către anumite categorii de tineri, spre exemplu în funcție de nivelul de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă sau către acele grupuri care sunt identificate printr-o simulare că au șanse disproporționat de mari de a suferi o scădere în beneficii și servicii mai mare decât media.



Concluziile capitolului 8

1

Evaluarea copiilor în vederea încadrării în grad de handicap nu se mai face exclusiv pe baza modelului medical, ci pe baza modelului social, al modelului bazat pe drepturile omului și ținând cont de principiile fundamentale ale CIF. Analiza prezentată în acest capitol a evidențiat existența unor discrepanțe majore între evaluarea și încadrarea în grad de handicap pentru copii și tineri până la 18 ani și cea pentru tinerii de peste 18 ani. Ca o consecință a acestor discrepanțe, tranziția de la copilărie la maturitate este adeseori asociată cu modificări ale gradului de handicap sau chiar neîncadrarea în grad de handicap, ceea ce poate duce la o scădere a beneficiilor, inclusiv cu un efect negativ asupra veniturilor familiei și serviciilor acordate tinerilor, cu un impact negativ semnificativ asupra calității vieții tinerilor cu dizabilități și familiilor acestora.

2

Procesul de tranziție al tinerilor cu dizabilități la evaluarea complexă pentru adulți este deficitar în informații, sprijin și consiliere. În momentul în care împlinesc 18 ani, tinerii cu dizabilități constată adesea că nu mai au acces la sprijinul și serviciile de care au nevoie și se pierd prin breșele unui sistem ineficient de protecție a persoanelor adulte. Informarea inițială insuficientă cu privire la procesul de tranziție, neînțelegerea schimbărilor de la nivelul sistemului de evaluare și absența consilierii generale pentru tineri și familiile lor, cu precădere a tinerilor care trăiesc în familie, îngreunează procesul de tranziție pentru numeroase familii, pentru că nu este transparent și nu este nici perceput ca fiind corect (sau „drept”).

3

În România, procesul de tranziție la viața de adult nu este unul echitabil și transparent, iar diferențele înregistrate în ceea ce privește încadrarea în grad de handicap creează discrepanțe la nivelul sistemului. Pentru mulți tineri cu dizabilități, tranziția este una abruptă și confuză. Reglementările în vigoare prevăd o diversitate de măsuri de sprijin pentru tinerii cu dizabilități în vederea tranziției la viața de adult. Însă, în practică, sprijinul este aproape inexistent, lăsând tinerii cu dizabilități și familiile lor să se descurce singuri în fața noii lor realități. Sunt necesare reforme pentru a eficientiza procesul de tranziție, prin dezvoltarea unor servicii adecvate de sprijinire a tinerilor și a familiilor acestora pe parcursul perioadei dificile de tranziție.

4

Procesul de tranziție al tinerilor cu dizabilități la evaluarea pentru adulți ar trebui simplificat de către ANDPDCA și clar articular în cadrul unor legi și proceduri noi, în baza următoarelor principii directoare:

- Ar trebui introdusă o nouă procedură, eventual comună între SECC/CPC și SECPAH/CEPAH, de care să beneficieze tinerii cu dizabilități de 16-26 ani și familiile lor. Atât serviciile de evaluare complexă, cât și comisiile pentru copii și adulți ar trebui să comunice mai mult, să aibă întâlniri consultative periodice și să își transmită toate documentele de evaluare pentru a facilita procesul de tranziție. În același timp, ar fi utilă organizarea unor întâlniri de acomodare și cunoaștere reciprocă între tinerii de 16-17 ani și părinții acestora cu reprezentanții SECPAH/CEPAH.

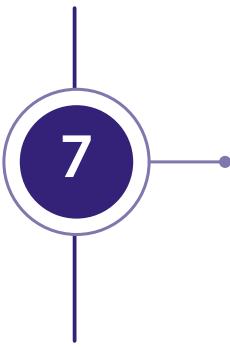
- Extinderea perioadei oficiale de tranziție de la copil la adult, cu titlu provizoriu, de la 16 ani la 20 de ani. În cazul tinerilor înscriși într-o formă de învățământ, perioada ar trebui prelungită până la obținerea diplomei sau împlinirea vârstei de 26 de ani. Pe întreaga perioadă a studiilor ar trebui asigurată menținerea aceleiași încadrări în grad de handicap, astfel încât tinerii care studiază să continue să primească aceleași beneficii.
- Începând de la vârsta de 16 ani, alături de evaluările periodice, tânărul și familia ar trebui să beneficieze și de informații în legătură cu posibilul rezultat al unei simulări a evaluării și cu criteriile și procedurile aplicate în cazul persoanelor adulte (de către SECPAH/CEPAH). Ar trebui create instrumente dedicate, de către specialiștii în evaluarea persoanelor adulte, care să asiste SECC/CPC în realizarea simulărilor.
- Pe lângă informare, ar trebui să fie desfășurate activități de consiliere cu tinerii cu dizabilități și familiile lor pentru înțelegerea efectelor tranziției de la copil la adult, în legătură cu o posibilă reducere a beneficiilor și a serviciilor acordate copilului și de eventualitatea unei scăderi semnificative a venitului în urma tranziției. De asemenea, sesiunile de consiliere ar putea avea în vedere și furnizarea de sprijin în identificarea scenariilor alternative ce ar putea fi urmate.
- În fine, pentru a formula noi politici fundamentate pe date, datele privind tinerii cu dizabilități cu vârste de 16-17 ani și 18-26 de ani ar trebui colectate în mod sistematic, asigurându-se o monitorizare permanentă și adecvată a evoluțiilor acestor grupuri, cu precădere referitor la accesul lor la sprijinul de care au nevoie pentru a realiza cu succes tranziția la viața de adult și cea la viață independentă.

5

Ar trebui intensificate eforturile de a furniza programe de pregătire pentru viața de adult desfășurate în colaborare sau în parteneriat cu persoanele juridice, publice ori private. Aceste programe ar trebui să vizeze cu prioritate creșterea participării tinerilor cu dizabilități atât la educație, cât și la piața muncii. În acest scop, serviciile de orientare educațională și profesională ar trebui dezvoltate pentru fi cât mai ușor de accesat și a putea cuprinde un număr cât mai mare de tineri cu dizabilități de 16-26 ani atât din sistemul de protecție specială, cât și din familie. De asemenea, în cadrul unor astfel de programe ar putea fi disponibile servicii de mediere și integrare pe piața muncii (posibil în colaborare cu specialiști ai agențiilor județene de ocupare a forței de muncă) atât pentru tinerii cu dizabilități, cât și pentru părinții acestora, în special în eventualitatea pierderii de către tineri a dreptului la asistent personal.

6

Tranziția la viața adultă ar trebui asociată cu un program de evaluare a nivelului de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă care să fie aplicat unitar la nivelul țării pentru toți tinerii cu dizabilități, cu precădere pentru tinerii care trăiesc în familie, atât înainte de împlinirea vârstei de 18 ani, cât și după. Și serviciile pentru dezvoltarea deprinderilor de viață independentă sunt insuficiente, mai ales pentru tinerii cu dizabilități din familie. Pentru a facilita trecerea tinerilor cu dizabilități la viața independentă, este necesară introducerea de măsuri specifice începând cu etapa de tranziție la viața de adult, pentru a reduce povara îngrijirii pentru familie. Spre exemplu, un program de monitorizare sistematică în vederea identificării timpurii a unor eventuale riscuri/vulnerabilități sau programe de consiliere și pregătire educațională pentru părinți și familie.

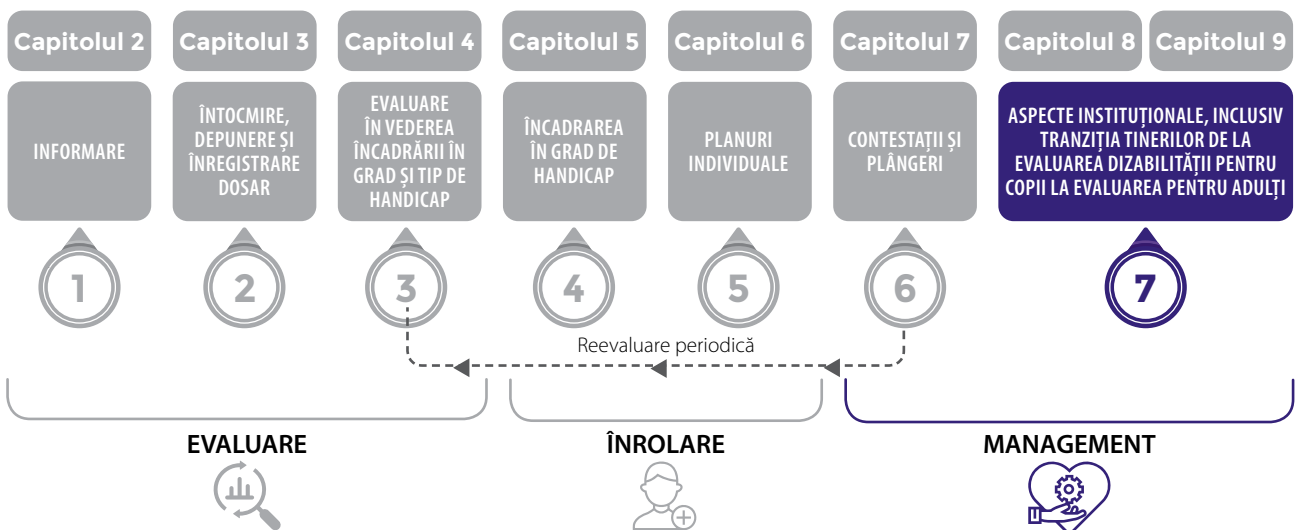


Măsurile de sprijin pentru tinerii cu dizabilități nu asigură o trecere coerentă și lină la viața de adult. Cele mai multe dintre măsuri sunt disponibile doar în puține județe și pentru un număr mic de tineri. Dezvoltarea măsurilor de sprijin este considerată a fi cheie, dar în același timp nu este posibilă în condițiile și cu resursele pe care le au la dispoziție în prezent atât serviciile de evaluare complexă, cât și comisiile pentru copii și adulți. Factorii de decizie politică, structurile responsabile de evaluare a dizabilității și ONG-urile trebuie să coopereze pentru a identifica principalele dificultăți ale tranziției la viața de adult pentru tinerii cu dizabilități în România și pentru a susține soluții și adoptarea ulterioară a unei noi legislații.





9. Aspecte instituționale



Capitolul 9 prezintă o analiză a aspectelor instituționale ale principalilor actori implicați în evaluarea dizabilității și încadrarea în grad și tip de handicap. Capitolul începe cu serviciile publice de asistență socială de la nivel comunitar (SPAS), continuând cu serviciile de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) și cu comisia de evaluare (CEPAH).⁴⁸⁰ Pentru fiecare actor-cheie, secțiuni separate analizează în profunzime resursele umane, managementul datelor și sistemul

informatic, procedurile, logistica și alte aspecte care pot afecta eficacitatea procesului de evaluare și de determinare a gradului de handicap. Cu privire la resursele umane implicate în toate etapele principale ale demersului de încadrare în grad de handicap, următoarele secțiuni analizează profilul acestora, modul în care funcționează în echipe multidisciplinare, rolurile/ fișele posturilor, volumul de muncă, precum și nevoile de formare.

479 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

480 Serviciile de evaluare complexă și comisia de protecție a copilului (SECC și CPC) nu sunt acoperite, deoarece nu au fost colectate date în acest sens.

9.1. SPAS Servicii publice de asistență socială din cadrul comunităților

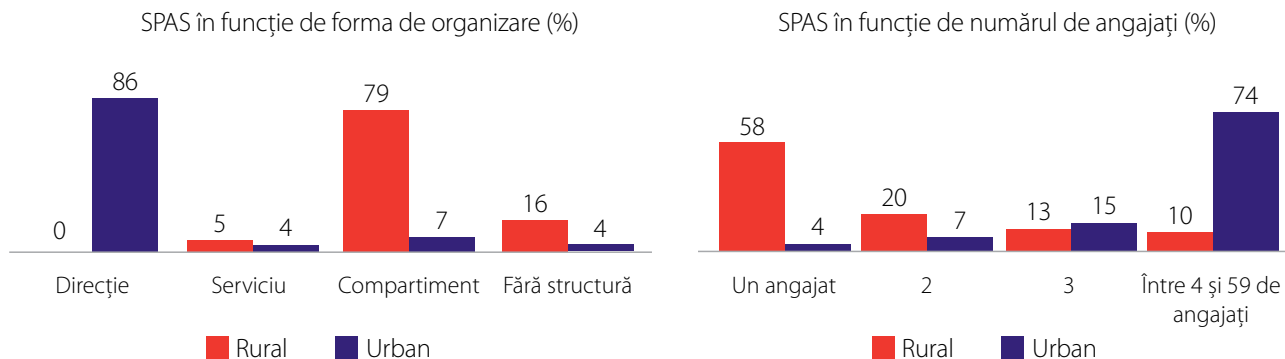
În cadrul sistemului de evaluare a dizabilității, serviciul public de asistență socială (SPAS) joacă rolul principal în Etapa 2 referitoare la întocmirea, depunerea și înregistrare dosarului. De asemenea, SPAS contribuie la informare și sensibilizare (Etapa 1), iar după încheierea demersului de încadrare în grad și tip de handicap, contribuie la punerea în aplicare a planurilor individuale de intervenție (PIS și PIRIS) și managementul de caz pentru persoanele cu handicap (Etapa 5), precum și la furnizarea efectivă a pachetului de beneficii și servicii. Astfel, modul de funcționare a SPAS influențează semnificativ eficacitatea sistemului de evaluare a dizabilității de-a lungul acestor trei etape principale (1, 2 și 5).

În România, în prezent, doar aproximativ o treime din autoritățile locale au un serviciu public de asistență socială (SPAS) la nivel local, acreditat conform legii. Există trei forme posibile de organizare a SPAS, și anume direcție, serviciu, sau compartiment. Sondajul Q1_SPAS cuprinde SPAS

sub toate formele de organizare, inclusiv unele autorități locale care nu au înființat un serviciu public de asistență socială, așa cum prevede legea.⁴⁸¹

Analiza prezentată în secțiunile următoare se bazează pe datele sondajului Q1_SPAS, care utilizează un eșantion de localități, dar nu este reprezentativ la nivel național (a se vedea Volumul 2). Figura 54 arată că SPAS funcționează ca un compartiment cu 1-2 angajați în majoritatea localităților rurale incluse în eșantion, în timp ce în zonele urbane, forma dominantă de organizare a SPAS este cea de direcție, majoritatea având între 3 și 59 de angajați. Câteva dintre SPAS-urile incluse în sondaj nu sunt o structură administrativă separată, ci cuprind doar o singură persoană cu atribuții de asistență socială angajată de consiliul județean/local. Din totalul personalului angajat în eșantionul de 67 de SPAS-uri studiate, doar o mică parte operează în zonele rurale (15% din totalul de 478 de angajați).⁴⁸² Analiza acestor resurse umane este dezvoltată în secțiunea următoare.

Figura 54: Distribuția eșantionului de SPAS după forma de organizare și numărul de angajați (%)



Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri din 67 de localități (N=40 rurale și 27 urbane) situate în 26 de județe; sectoarele Bucureștiului nu sunt incluse deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

9.1.1. Resursele umane ale SPAS

Personalul SPAS servește întregii comunități, inclusiv variatelor grupuri care se confruntă cu riscuri sociale, copii și familiile acestora, persoane cu dizabilități, persoane în vârstă, șomeri pe termen

lung, victime ale violenței domestice, persoane fără adăpost, persoane cu diverse dependențe (alcool, droguri, alte substanțe toxice), victime ale traficului de persoane, persoane private de libertate și așa mai departe. În SPAS urbane, personalul implicat în activități de asistență socială este mai numeros,

481 HG nr. 797/2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal.

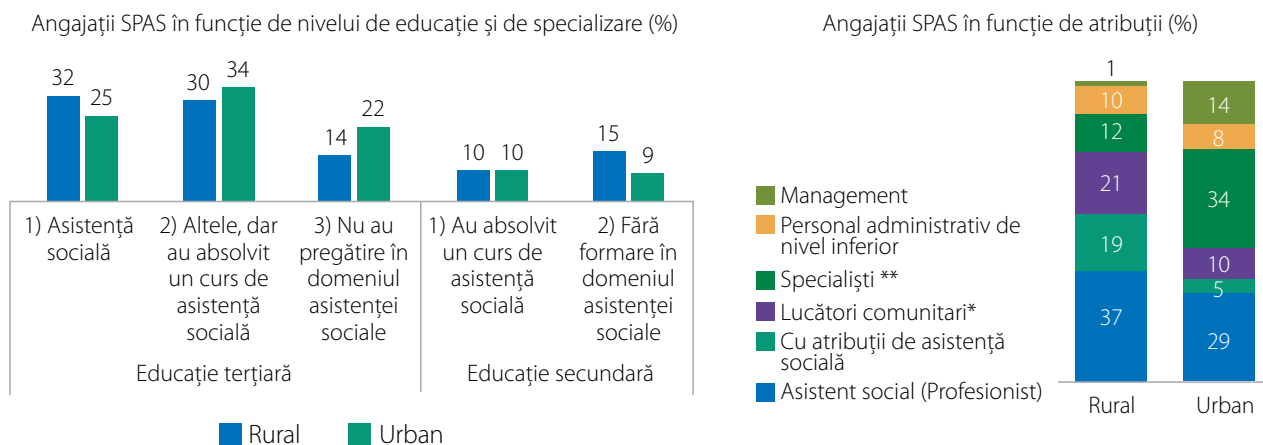
482 Sondajul Q1_SPAS a colectat date numai despre personalul SPAS, fără a include personalul angajat în unitățile de servicii sociale din cadrul SPAS sau din alte instituții subordonate SPAS (creșe, cabinetele medicale din școli, entități medico-sociale, spitale etc.) Dacă ar fi incluse serviciile sociale, atunci în unele orașe mai mari, SPAS-ul ar cuprinde sute de angajați.

cu 1-10 angajați în orașele mici și 3-59 angajați în orașele mari,⁴⁸³ în timp ce în SPAS rurale, personalul scade la una sau două persoane.⁴⁸⁴

Cu toate acestea, atât în zonele rurale, cât și în cele urbane, doar un sfert din SPAS studiate au declarat că personalul lor este insuficient pentru

a servi persoanele care solicită încadrarea în grad și tip de handicap. De asemenea, doar câțiva au menționat fluctuația de personal ca pe o problemă pentru SPAS în îndeplinirea responsabilităților din domeniul persoanelor cu dizabilități (mai puțin de 10%, atât în zonele rurale cât și în cele urbane).

Figura 55: Personalul SPAS după nivelul de educație, specializare și atribuții (%)



Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri din 67 de localități (N=73 angajați în SPAS rurale și 405 în urbane) situate în 26 de județe; sectoarele Bucureștiului nu sunt incluse deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Suma coloanelor pe rural/urban este de 100%. *Lucrători comunitari, inclusiv, asistentă medicală comunitară, expert pe problemele romilor, mediator comunitar, îngrijitor la domiciliu, mediator școlar. **Specialiști, inclusiv, consilier achiziții publice, consilier juridic, consilier, avocat, economist, inspector (de toate felurile). Alte specializări decât asistența socială includ sociologie, psihologie, drept, economie, administrație și științe politice, inginerie, geografie și altele.

Profilul personalului

Femeile predomină de departe în rândul personalului SPAS,⁴⁸⁵ cu vârste cuprinse între 19 și 65 de ani, și experiență de muncă în asistență socială variind de la câteva luni la peste 30 de ani.⁴⁸⁶ Marea majoritate a personalului SPAS intervievat a finalizat învățământul terțiar. Figura 55 arată că peste 75% din personalul din SPAS rurale și mai mult de 80% în SPAS urbane a absolvit o universitate, cei mai mulți fiind fie cu licență în asistență socială, fie absolvenți de cursuri postuniversitare de asistență socială. Cu toate acestea, atât în SPAS rurale, cât și în cele urbane, doar aproximativ o treime din personalul cu studii superioare și specializat în asistență socială sunt membri ai Colegiului Național

ai Asistenților Sociali din România.⁴⁸⁷ De remarcat, această structură a personalului nu se bazează pe un eșantion SPAS reprezentativ la nivel național. Pentru comparație, potrivit auditului Inspecției Sociale, în 269 din 408 de SPAS verificate nu există nici un angajat specializat în asistență socială.⁴⁸⁸

Structura personalului

Structura orientativă a personalului SPAS ar trebui să includă cel puțin o persoană responsabilă cu beneficiile sociale și cel puțin două persoane pentru furnizarea de servicii sociale, dintre care cel puțin un asistent social, conform HG nr. 797/2017, art. 4, alin. 2. În același timp, SPAS ar trebui să asigure (1) un responsabil de caz pentru fiecare 50 de cazuri de copii pentru care se implementează un plan de

483 Aproximativ un sfert din orașele mici au un SPAS ca localitățile rurale (nici o structură sau compartiment, 1-2 angajați).

484 În mai puțin de un sfert de SPAS rurale, personalul este mai mare, până la 6 angajați.

485 Ponderea femeilor este de 90% din totalul personalului din SPAS rurale și de aproximativ 75% din SPAS urbane.

486 Vârsta medie a personalului este de aproximativ 45 ani, în timp ce experiența medie de lucru este de aproape 11 ani, fără o diferență semnificativă între SPAS rurale și urbane. Deviația standard mai mică de 9 ani, în ceea ce privește vârsta, și sub 7 ani pentru experiența de muncă în asistență socială.

487 Colegiul Național al Asistenților Sociali din România este o organizație profesională de interes public, apolitică, cu personalitate juridică, autonomă și independentă, înființată prin Legea nr. 466/2004, care apără și promovează drepturile și interesele profesioniștilor din domeniu la nivel local, național și internațional.

488 ANPIS (2019: 6).

servicii; (2) un manager de caz pentru fiecare 100 de asistenți personali pentru persoanele cu handicap grav; (3) un manager de caz pentru fiecare 50 de persoane cu dizabilități care se află în familie pentru care se aplică un plan individualizat sau măsuri de protecție; (4) un manager de caz pentru fiecare

50 de persoane vârstnice pentru care se aplică un plan individualizat de asistență și îngrijire; precum și (5) o persoană responsabilă pentru fiecare 300 beneficiari de beneficii sociale acordate pe baza testării mijloacelor.

Tabel 11: Ponderea SPAS care respectă structura orientativă a personalului (%)

	Rural	Urban
TOTAL SPAS cu răspunsuri valabile la Q1_SPAS	40	27
Din care: (%)	100	100
Au cel puțin un angajat care îndeplinește condițiile legale pentru managerii de caz *	65	96
Au cel puțin un asistent social **	83	96
Au desemnat cel puțin ...:		
- o persoană responsabilă pentru beneficiile sociale	85	89
- două persoane responsabile pentru furnizarea serviciilor sociale	20	52
(1) un responsabil de caz pentru copiii pentru care se aplică un plan de servicii	70	74
(2) un manager de caz pentru asistenții personali ai persoanelor cu handicap grav	55	63
(3) un manager de caz pentru persoanele cu handicap care locuiesc cu familia și pentru care există un plan individualizat sau măsuri de protecție	43	48

Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri din 67 de localități (N=40 rurale și 27 urbane) situate în 26 de județe; sectoarele Bucureștiului nu sunt incluse deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul SPAS, ianuarie-februarie 2021.

Notă: * Managerul de caz ar trebui să fie absolvent de asistență socială, sociologie sau psihologie, cu cel puțin 2 ani de experiență în muncă socială, sau absolvent de învățământ terțiar cu alte specializări și cel puțin 5 ani de experiență în muncă. ** Asistent social = absolvent de asistență socială sau cu studii superioare în alte specializări și curs postuniversitar de asistență socială.

Structura orientativă a personalului SPAS este aplicată doar parțial, așa cum arată Tabelul 11. În primul rând, acesta este un efect al numărului redus de personal de la nivelul SPAS-urilor. În special în zonele rurale, un compartiment format din două persoane ar trebui să desemneze atât de multe tipuri diferite de responsabili/manageri de caz (după cum se arată în Tabelul 11), în timp ce 35% dintre SPAS-urile rurale studiate și chiar câteva orașe mici nu au personal care să îndeplinească condițiile legale pentru a numi nici măcar un manager de caz. În plus, unele SPAS-uri care respectă structura orientativă a personalului explică faptul că „există doar o singură persoană care acoperă toate aceste Sarcini.”⁴⁸⁹

În al doilea rând, diferitele tipuri de responsabili/manageri de caz solicitate, conform HG nr. 797/2017, reflectă fragmentarea sistemului de protecție socială într-o multitudine de părți care au legislație, standarde și reglementări legate de personal proprii. O abordare integrată ar reduce numărul necesar de responsabili/manageri de caz. De obicei, o anumită parte a gospodăriilor tind să concentreze mai multe

tipuri de riscuri sociale și economice, iar o abordare integrată ar asigura managementul de caz pentru toți membrii gospodăriei, fie ei copii sau adulți, cu sau fără handicap.

În al treilea rând, reglementările nu sunt suficient de specifice pentru a permite o aplicare, monitorizare și evaluare corespunzătoare. Pe de o parte, pragurile utilizate în legislație sunt adecvate numai pentru orașele mai mari. De exemplu, în eșantionul nostru, pragul de 100 de asistenți personali este atins doar de unul (din 10) orașe mici și de 12 (din 17) orașe mai mari, dar nici una dintre cele 43 de comune. Chiar și așa, 55% din comune și 63% din orașele din eșantion au numit manageri de caz pentru asistenți personali pentru persoanele cu handicap grav (Tabel 11). Pe de altă parte, sensul standardului „un manager de caz pentru fiecare 50 persoane cu handicap care se află în familie pentru care se implementează un plan individualizat sau măsuri de protecție”, prevăzut în HG nr. 797/2017, nu este definit riguros, în timp ce datele disponibile la nivel local nu permit majorității SPAS nici măcar să numere cât de multe persoane cu un certificat de

489 Citat dintr-un chestionar Q1_SPAS din zona rurală.

handicap se află în cadrul comunității. În consecință, reprezentanții SPAS nu interpretează și nici nu

aplică această dispoziție juridică specifică într-un mod unitar.

CASETA 14

Interpretări diferite ale prevederilor legale din HG nr. 797/2017 furnizate de reprezentanții SPAS

Majoritatea reprezentanților SPAS

Consideră că normele și reglementările de gestionare a cazurilor se aplică numai persoanelor cu dizabilități instituționalizate, nu și celor care trăiesc în familie

Alți reprezentanți ai SPAS

Cred că această dispoziție legală se referă strict la persoanele cu handicap grav și asistenți personali.

Mai ales SPAS din comunitățile rurale

Consideră că această prevedere legală „nu se aplică pentru noi, facem tot ce putem, îi ajutăm pe toți, de la persoană la persoană, ca oamenii”⁴⁹⁰

Mai ales SPAS din orașe mari

„Deoarece nu există standarde de calitate pentru managementul de caz pentru adulții cu dizabilități care se află în familie, este dificil să se implementeze/standardizeze activitatea în acest domeniu. De exemplu, în orașul nostru, au existat 6.122 adulți cu handicap în familie, începând cu 30.11.2020. Prin urmare, în conformitate cu articolul 4 alineatul 3 din HG 797/2017, ar fi trebuit să desemnăm 122 de manageri de caz!”⁴⁹¹ În aceeași logică, Colegiului Național al Asistenților Sociali din România a calculat un necesar de peste 15.300 de manageri de caz pentru persoanele cu handicap care se află în familie, la nivel național.⁴⁹²

Volumul de muncă al personalului

Volumul de muncă în domeniul asistenței persoanelor cu dizabilități variază de la o localitate la alta.⁴⁹³ În zonele rurale, fiecare membru al SPAS ar trebui să efectueze aproximativ 9 anchete sociale pentru solicitanții de evaluare a gradului de handicap, în medie, într-o lună obișnuită.⁴⁹⁴ De

obicei, așa cum s-a discutat în secțiunea 3.3.2, ei efectuează cele mai multe dintre anchetele sociale (aproape 8, în medie) pe baza vizitelor la domiciliu și o anchetă socială fie pe baza documentelor, fie pe baza unei combinații de analiză a documentelor și telefon, WhatsApp, sau interviu pe Skype. În zonele

490 Interviu cu reprezentant SPAS din mediul rural.

491 Extras din Q1_SPAS, Direcția de Asistență Socială de la o reședință de județ.

492 Această estimare se calculează împărțind la 50 numărul total de 766.449 persoane cu dizabilități care se află în familie, începând cu 30 iunie 2020 (MMPS, Buletin statistic).

493 Estimarea utilizată în acest raport arată numărul de anchete sociale pentru solicitanții de evaluare a dizabilității per angajat SPAS, pe lună. Această estimare brută se bazează pe presupunerea că aceste anchete sociale sunt distribuite în mod egal între angajații SPAS, ceea ce nu este întotdeauna cazul. Pentru controlul efectului COVID-19, estimarea se bazează pe datele pentru luna noiembrie 2019 (sau o lună obișnuită pre-COVID). Sondajul SPAS cu răspunsuri din 50 de localități cu toate datele necesare (N=30 rurale și 20 urbane) situate în 24 de județe; sectoarele Bucureștiului nu sunt incluse deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021.

494 În localitățile rurale studiate, numărul de anchete sociale per membru SPAS, variază între 0,5 și 34 într-o lună tipică pre-COVID. Pentru noiembrie 2020, numărul mediu a fost raportat ca fiind mai mare, aproximativ 10.

urbane, numărul mediu de anchete sociale per membru SPAS este de 7 pe lună, dintre care două anchete sociale nu se bazează pe vizite la domiciliu.⁴⁹⁵ Pe lângă anchetele sociale, în domeniul dizabilității, SPAS ar trebui să efectueze monitorizarea copiilor cu dizabilități din comunitate, monitorizarea persoanelor cu handicap grav, managementul de caz pentru asistenții personali și alte sarcini.⁴⁹⁶ Datele disponibile nu permit, totuși, o mai bună estimare a volumului de muncă legat de evaluarea dizabilității în cadrul SPAS.

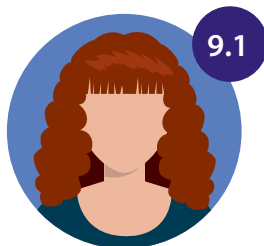
9.1.2. Formarea/Instruirea personalului SPAS

Instruirea personalului SPAS este foarte limitată. Doar două treimi din SPAS-urile urbane și mai puțin de 20% dintre SPAS-urile rurale au implementat un plan de formare continuă pentru personal. În ultimii trei ani, din totalul de 478 de angajați care lucrează în SPAS-urile studiate, doar 18% au participat la cursuri de formare pentru o mai bună intervenție și complementaritate în echipă, în vederea implementării serviciilor comunitare integrate

necesare prevenirii excluziunii sociale și combaterii sărăciei (Ordinul nr. 393/630/4236/2017).⁴⁹⁷

În anul 2020, mai puțin de un sfert au participat la cel puțin o sesiune de formare, indiferent de conținutul acesteia.⁴⁹⁹ În plus, doar 6 persoane (din totalul de 478) au beneficiat de formare privind rolul și atribuțiile SPAS în evaluarea în grad și tip de handicap a persoanelor adulte. Doar 3 angajați au fost instruiți cu privire la modul de completare a modelului cadru⁵⁰⁰ pentru ancheta socială obligatorie pentru persoanele adulte cu dizabilități. Doar 5 membri SPAS au participat la formare care să includă, de asemenea, informații cu privire la modelul cadru⁵⁰¹ pentru ancheta socială solicitată pentru evaluarea copiilor cu handicap.

Supervizarea este rareori practică. Mai puțin de 15% dintre SPAS-urile rurale și sub 20% dintre cele urbane au desemnat un supervisor în asistență socială pentru personalul cu studii medii. În plus, „lipsește supervizarea de către agențiile naționale sau județene. Atunci când se emit noi reglementări în domeniul asistenței sociale, de obicei, nu se fac întâlniri, schimburi de experiență, conferințe, ateliere, diseminare de orice fel, cu atât mai puțin formare.”⁵⁰²



„Angajații DAS care lucrează cu persoane cu dizabilități care trăiesc în familii nu au fost niciodată invitați la întâlniri, training-uri, ateliere de lucru organizate de ANDPDCA pentru DGASPC-uri.⁴⁹⁸ Deși specialiștii locali sunt membri ai echipei de evaluare (realizează anchete sociale, rapoarte, monitorizare) și ar trebui să lucreze cu angajații SECPAH/SECC, deci aceștia ar trebui să participe la acțiuni comune de formare pentru a înțelege rolul fiecăruia în acest proces complex de evaluare și monitorizare.” (Extras din Q1_SPAS, Direcția de Asistență Socială din reședința unui județ)

495 În localitățile urbane studiate, numărul de anchete sociale per membru SPAS, variază între 0,65 și 27,25, într-o lună tipică pre-COVID. Pentru noiembrie 2020, numărul mediu a fost mai mic, și anume 5 anchete sociale.

496 SPAS ar trebui să furnizeze și să administreze servicii sociale adresate copilului, familiei, persoanelor cu handicap, persoanelor în vârstă, precum și tuturor categoriilor de beneficiari prevăzute de lege, și sunt responsabile pentru calitatea serviciilor prestate. Complementar prestării de servicii în domeniul protecției persoanelor cu handicap, SPAS ar trebui (a) să monitorizeze și să analizeze situația persoanelor cu dizabilități din unitatea administrativ-teritorială respectivă, precum și respectarea drepturilor acestora, asigurând centralizarea și sinteza datelor și informațiilor relevante; (b) să identifice și să evalueze situațiile care necesită furnizarea de servicii și/sau beneficii pentru adulții cu handicap; (c) să creeze condiții de acces la toate tipurile de servicii care corespund nevoilor individuale ale persoanelor cu handicap; (d) să inițieze, să sprijine și să dezvolte servicii sociale centrate pe persoana cu handicap, în cooperare cu sau în parteneriat cu persoane juridice publice sau private; (e) să asigure ponderea personalului profesional angajat în raport cu tipurile de servicii sociale; (g) să ofere consiliere și informații familiilor cu privire la drepturile și obligațiile lor și la serviciile disponibile la nivel local; (h) să implice familia în îngrijirea, reabilitarea și integrarea persoanei cu handicap; (i) să ofere personalului formare specifică privind dizabilitatea, inclusiv asistenților personali ai persoanelor cu dizabilități grav; (j) să încurajeze și să sprijine activitățile de voluntariat; (k) să colaboreze cu Direcția Generală Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) în domeniul drepturilor persoanelor cu dizabilități și să înainteze DGASPC toate datele și informațiile necesare în acest domeniu. Conform HG nr. 797/2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal.

497 Proporțiile raportate de SPAS-uri au fost de 19% din angajații din mediul urban și 14% din cei din localitățile rurale. Angajații instruiți aparțin unei treimi dintre SPAS-urile urbane și o cincime dintre SPAS-urile rurale incluse în eșantion.

498 Conform legislației, ANDPDCA/Comisia superioară pentru evaluarea persoanelor adulte cu handicap nu are responsabilități de coordonare metodologică a SPAS-urilor.

499 Atât pentru localitățile rurale, cât și pentru cele urbane, proporțiile raportate de SPAS-uri au fost de 22% din angajați, provenind din 45% din SPAS-urile urbane, respectiv 25% dintre cele rurale.

500 HG nr. 430/2008, Anexa 6. Mai multe detalii se găsesc în secțiunea 3.3.3.

501 Ordinul comun nr. 1985/1305/5805/2016, Anexa 6.

502 Interviu cu reprezentant SPAS dintr-o reședință de județ.

În ceea ce privește Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF), formarea personalului SPAS este extrem de precară. Din totalul de 478 de angajați ai SPAS studiate, doar 5 persoane au participat vreodată la cursuri de formare pe tematica CIF. Reprezentanții SPAS notează necesitatea de formare privind CIF, precum și CDPD, cu un scor mediu de 8 pe o scală de la 1 la 10. Însă, în același timp, în rândul reprezentanților SPAS este bine reprezentată și opinia conform căreia: „Cum ar fi util acest lucru [formarea privind CIF/CDPD]? Noi trebuie doar să ne facem treaba, să-i lăsăm pe cei de la SECPAH/SECC să învețe despre această teorie, să ne concentrăm pe realitate”.⁵⁰³ Prin urmare, formarea și mentalitatea actuală a specialiștilor de la nivel local nu favorizează schimbarea și ar putea reprezenta o barieră pentru reformarea sistemului. Formarea la nivelul SPAS este esențială pentru promovarea oricărei schimbări sistemice. În acest scop, ar trebui alocat un buget special, ținând seama de prețurile actuale de pe piață ale furnizorilor de formare acreditați.

9.1.3. Managementul datelor și sistemul informatic al SPAS

La nivelul SPAS, nu există un sistem de management al datelor privind persoanele cu dizabilități, iar automatizarea proceselor administrative este foarte limitată (dacă există). Majoritatea activităților legate de evaluarea gradului de handicap sunt pe suport de hârtie. Documentele pot fi parțial solicitate/primite în format electronic, dar „în final, toate fișierele și documentele trebuie să fie disponibile și în format pe hârtie”.⁵⁰⁴ O parte din comunicare poate implica tehnologia (telefon, poștă electronică), dar se bazează încă în mare măsură pe interacțiunile față în față și pe vizitele repetate ale solicitanților la diverse ghișee.

Doar unele SPAS-uri, în special din orașele mai mari, au o procedură specifică (sau secțiuni/capitole din procedura generală) pentru organizarea și stocarea datelor și informațiilor.⁵⁰⁵ Majoritatea SPAS păstrează copii ale documentelor colectate de către solicitanții de evaluare a dizabilității în ultimii cinci

ani. O minoritate dintre acestea, totuși, au transferat și stocat aceste documente în format electronic,⁵⁰⁶ în timp ce celelalte le stochează doar pe suport de hârtie.

Aplicațiile software care automatizează funcții și procese cheie lipsesc, iar majoritatea activităților legate de gestionarea datelor beneficiarului, validarea și verificarea încrucișată a datelor, administrarea beneficiilor sau plăților sunt realizate manual. O parte dintre SPAS-uri (30 din 71) raportează că dețin „o bază de date completă” a cetățenilor adulți cu un certificat de handicap din localitatea lor. Majoritatea celorlalți nici măcar nu cunosc numărul persoanelor cu dizabilități din localitatea lor, deoarece „există o confuzie între persoanele cu certificat de handicap și cele cu pensie de invaliditate, nu putem face diferența între ele, îi știm doar pe cei care primesc o formă de beneficii de la consiliul județean/local, cum ar fi persoanele cu asistenți personali.”⁵⁰⁷

Chiar și SPAS-urile care au „o bază de date cuprinzătoare” se referă la baze de date simple, sub forma unor liste, care nu oferă un suport pentru operațiunile zilnice sau administrarea automată a programelor de protecție socială. Astfel, doar 11 din cele 71 de SPAS-uri din sondaj pot reconstrui în baza de date existentă istoricul cererilor de (re) evaluare a gradului de handicap pentru persoanele cu dizabilități din comunitate. De asemenea, la solicitarea de a furniza informații statistice privind caracteristicile persoanelor cu dizabilități din localitatea lor, majoritatea SPAS-urilor din eșantion au răspuns că datele nu sunt disponibile (non-răspuns total) sau au furnizat informații parțiale (non-răspuns parțial), după cum arată Figura 56.

Analiza non-răspunsurilor arată că mai puțin de 10 SPAS-uri studiate pot furniza toate datele solicitate privind distribuția persoanelor cu dizabilități care locuiesc în localitatea lor după următoarele coordonate: gradul și tipul de handicap, termenul de valabilitate a certificatului de handicap, sex, vârstă, statut social, grupuri vulnerabile,⁵⁰⁸ existența unor planuri individualizate de intervenție,⁵⁰⁹ a unui certificat de orientare profesională și a unui

503 Citat dintr-un Q1_SPAS dintr-un oraș mic.

504 Interviu cu șeful serviciului public de asistență socială (SPAS) dintr-un oraș mare.

505 Doar 16 SPAS din cele 67 SPAS din eșantion declară că au o astfel de procedură. Jumătate dintre acestea provin din orașe mai mari. Cu toate acestea, doar 7 au furnizat această procedură ca parte a pachetului de răspuns la sondaj.

506 Doar 11 SPAS (din 71), dintre care 6 rurale și 5 urbane.

507 Interviu cu un asistent social de la un SPAS rural.

508 SPAS-urile au fost invitate să declare câte persoane cu dizabilități din cadrul comunității lor sunt (1) în familie, (2) persoane fără adăpost, (3) persoane sub tutela unui membru al familiei, (4) persoane sub tutela autorității locale, (5) sub curatelă, (6) persoane cu 8 clase (gimnaziu) sau mai puțin, precum și (7) persoane nedeplasabile.

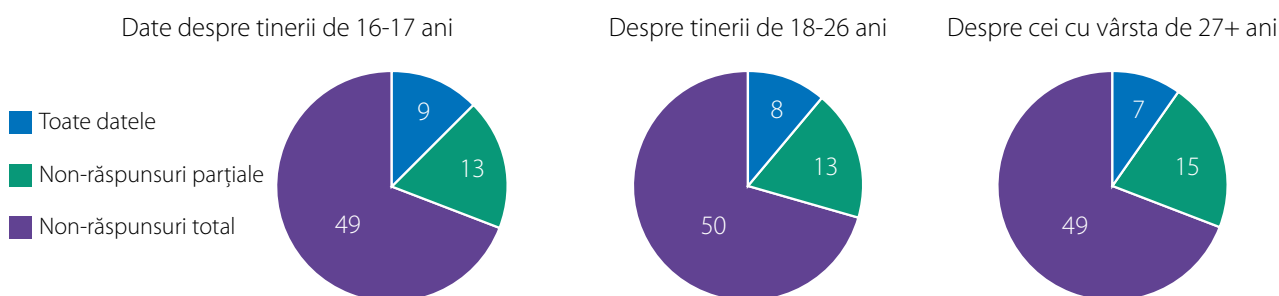
509 Persoanele cu dizabilități care beneficiază de un program individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS), respectiv Planul

manager de caz. Doar un număr mic de SPAS-uri au capacitatea de a elabora și de a întreține o bază de date cuprinzătoare a persoanelor cu certificat de încadrarea în grad de handicap. Tocmai de aceea, o bază de date administrată național cu un nivel special de accesibilitate pentru SPAS-uri ar fi „mult mai utilă și mai eficientă, inclusiv pentru evitarea lacunelor și a suprapunerii beneficiilor și serviciilor sociale, precum și pentru cazul persoanelor care își schimbă reședința dintr-o localitate în alta”.⁵¹⁰

Rezultatele prezentate mai sus sunt concordante rezultatelor altor studii.⁵¹¹ Spre exemplu, auditul Inspecției Sociale a constatat că, dintre 408 de SPAS-uri verificate, doar 282 aveau (în 2019) un registru al persoanelor cu încadrare în grad de handicap din localitate, iar registrele existente includeau doar informații cu privire la nume/prenume, data emiterii certificatului de handicap și termenul de

valabilitate. Mai mult, din registrele locale existente lipseau în total peste 16.450 de persoane adulte cu certificat de încadrare în grad de handicap. Persoanele înregistrate erau, în special, persoanele cu handicap grav cu asistenți personali (sau alocație) și adulți cu handicap care au solicitat reevaluarea. Pentru a soluționa această lacună, ANDPDCA implementează în prezent un proiect finanțat de UE pentru dezvoltarea sistemului național de management al datelor referitoare la persoanele cu handicap. Obiectivul general al proiectului este de a elabora și implementa o platformă națională centralizată pentru colectarea, stocarea și distribuirea informațiilor despre persoanele cu dizabilități (adulți și copii) către autoritățile publice centrale și locale, beneficiari individuali și parteneri instituționali.⁵¹²

Figura 56: Cât de mult știu SPAS-urile despre persoanele cu certificat de handicap din localitatea lor (număr)



Sursa: Sondajul SPAS cu răspunsuri (N=71) din 26 de județe; sectoarele Bucureștiului nu sunt incluse deoarece DGASPC-urile de sector joacă și rolul de SPAS, ianuarie-februarie 2021. Suma valorilor per diagramă radială este egală cu totalul de 71 de SPAS din eșantion.

Indiferent dacă au sau nu o bază de date, unele SPAS-uri utilizează datele colectate prin anchete sociale pentru raportare și pentru documentarea politicilor publice relevante pentru persoanele cu dizabilități. Aproximativ o treime din eșantion respectă reglementările în vigoare⁵¹³ și furnizează trimestrial un raport privind beneficiarii, furnizorii de servicii sociale și serviciile sociale administrate de aceștia, precum și rapoartele de monitorizare și evaluare a serviciilor sociale, către DGASPC la nivel județean.

La un nivel mai general, peste jumătate dintre SPAS-urile din eșantion declară că utilizează datele disponibile pentru documentarea politicilor publice relevante pentru persoanele cu dizabilități, în special pentru a fundamenta strategii locale și pentru a identifica nevoile de servicii sociale. De remarcat, două din fiecare trei SPAS care declară că utilizează datele pentru documentarea programelor și documentelor strategice nu au deloc date sau au doar date foarte parțiale despre persoanele cu dizabilități din localitatea lor.⁵¹⁴ Prin urmare, strategiile/măsurile existente la nivel

individual de servicii (PIS), pe lângă certificatul de dizabilitate.

510 Citat din Q1_SPAS completat de șeful unei direcții de asistență socială dintr-un municipiu reședință de județ.

511 ANPIS (2019: 10).

512 <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2019/10/ANUNT-WEB-final-ANPD-v2.pdf>

513 HG nr. 797/2017, Anexele 2 și 3, art. 6, lit. c.

514 Din eșantionul de 71 de SPAS, 39 declară că utilizează datele colectate prin anchete sociale pentru elaborarea politicilor locale pentru persoanele cu dizabilități. Dintre acestea, 26 nu au putut furniza informații privind caracteristicile persoanelor cu dizabilități din comunitatea lor (non-răspuns total). În același timp, printre cele 32 de SPAS-uri care nu utilizează datele disponibile pentru documentarea politicilor locale, există 9 SPAS cu o bază de date cuprinzătoare cu privire la persoanele cu handicap.

local sunt rareori fundamentate pe date concrete. Pe scurt, unele SPAS nu au date, dar formulează politici, în timp ce altele au date solide, dar nu le folosesc pentru formularea politicilor care vizează persoanele cu dizabilități. Totuși, majoritatea

celor care elaborează politici locale declară că utilizează o abordare participativă prin implicarea reprezentanților persoanelor cu dizabilități în analiza datelor colectate și în definirea politicilor.

9.1.4. Resurse materiale

Mai mult de jumătate dintre SPAS-urile participante la sondaj raportează că nu au spațiu suficient pentru birouri, așa cum arată fotografia alăturată, sau un spațiu dedicat pentru comunicarea confidențială cu solicitanții sau suficient spațiu de depozitare.

Pe lângă spațiul insuficient, nevoia de echipamente (inclusiv imprimantă, scanner, telefoane mobile, tablete sau laptop-uri) este menționată ca un factor esențial pentru îmbunătățirea eficienței SPAS. Cei mai mulți au computere personale, dar multe dintre acestea sunt învechite și slab echipate cu aplicații software: „Am avea nevoie de o aplicație software cel puțin pentru a înregistra anchetele sociale, pentru gestionarea plăților de beneficii sociale, și pentru raportare”.

În plus, în special asistenții sociali din zonele rurale, au menționat necesitatea unui automobil pentru vizitele la domiciliu implicate de anchetele sociale, în special din cauza lipsei mijloacelor de transport între sate.



9.2. SECPAH: Servicii de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap

În România, există 47 de servicii pentru evaluare complexă în vederea încadrării în grad și tip de handicap a persoanelor adulte (SECPAH). Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) asigură aceste servicii în toate cele 41 de județe și 6 sectoare din București. Studiul instituțional Q2A a colectat date despre resursele umane SECPAH, în timp ce datele privind SECC (pentru copii) nu au fost incluse. Următoarele secțiuni se bazează pe răspunsurile oferite de SECPAH-urile din 35 județe și 4 sectoare bucureștene (Q2A și Q2A Capital Uman), cu un număr total de 346 de specialiști, din care 201 au participat la sondajul de opinie (Q2B).

9.2.1. Resursele umane ale SECPAH

În cadrul sistemului de evaluare a dizabilității, serviciul de evaluare complexă (SECPAH) este principalul actor în realizarea evaluării efective a handicapului în vederea încadrării în grad și tip de handicap (Etapa 3). De asemenea, SECPAH joacă un rol important în elaborarea planurilor de intervenție individuală (PIRIS și PIS) pentru persoanele adulte

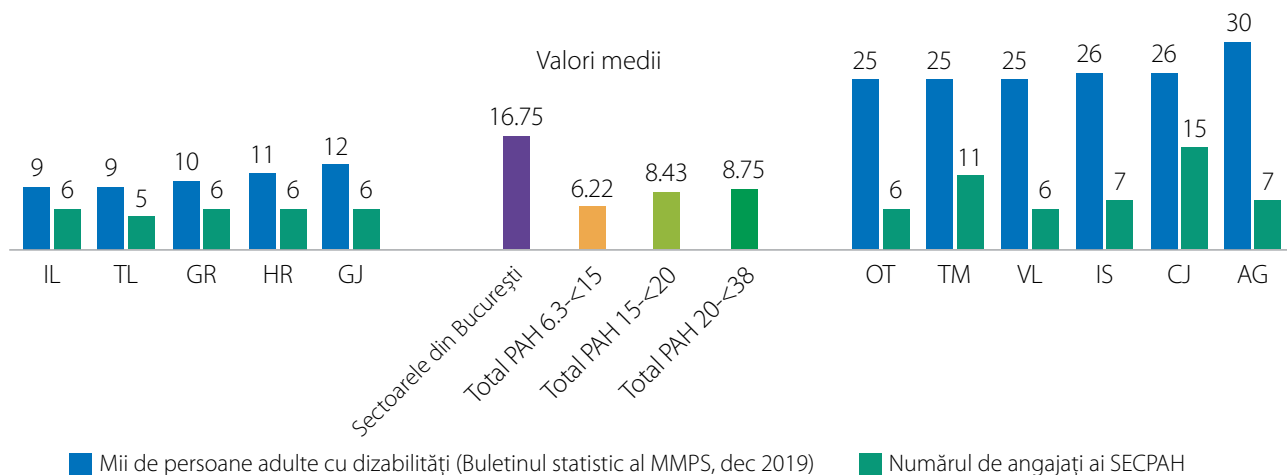
cu încadrare în grad de handicap (Etapa 5). În plus, serviciile de evaluare complexă contribuie și la Etapa 1 de informare, precum și la Etapa 2 de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului.

Dimensiunea personalului

Numărul de specialiști angajați pe SECPAH variază între 5 și 22. Există diferențe semnificative între numărul mediu de angajați din SECPAH în funcție de mărimea populației de adulți cu încadrare în grad de handicap înregistrată oficial în județ (Figura 57). Însă, o privire mai atentă arată că numărul de specialiști angajați în SECPAH este mai degrabă o decizie a Consiliului Județean, raportată mai degrabă la bugetul disponibil decât la dimensiunea populației cu handicap înregistrate oficial în județ. Astfel, în unele județe cu cea mai mare populație oficială de adulți cu handicap (cum ar fi OT, VL, IS sau AG) echipa SECPAH este formată din același număr de specialiști ca și în unele județe cu cea mai mică populație de adulți cu dizabilități din țară (cum ar fi IL, HR sau GJ).

515 Citat din Q1_SPAS completat de asistentul social al unei direcții de asistență socială dintr-un municipiu reședință de județ.

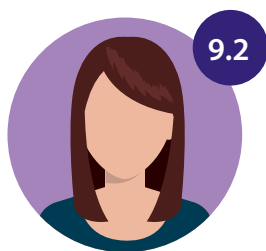
Figura 57: Diferența dintre județe în ceea ce privește numărul oficial al persoanelor adulte cu dizabilități și numărul de specialiști SECPAH



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 35 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: PAH= Persoană adultă cu încadrare în grad și tip de handicap. Județul CV cu cel mai mic număr de PAH din țară, precum și PH cu cel mai mare, nu sunt incluse, deoarece nu au răspuns la sondaj. Valorile medii sunt calculate pentru grupări de județe determinate în funcție de numărul oficial de persoane adulte cu dizabilități (date la 31 decembrie 2019, MMPS, Buletinul statistic). Diferențele dintre medii sunt semnificative conform unei analize unidirecționale de varianță Anova ($p=0.000$).

În sondajul de opinie,⁵¹⁶ reprezentanții SECPAH (șefi și membri, de comun acord) consideră că numărul de specialiști SECPAH este suficient pentru persoanele care solicită anual încadrarea în grad de handicap. Doar o treime dintre respondenți consideră că personalul este insuficient și majoritatea acestor plângeri provin din județe cu o populație mare de persoane cu dizabilități și un SECPAH de dimensiuni mici, ca în citatul 9.2 de mai jos. Fluctuația de personal nu este percepută ca fiind o problemă la nivel de SECPAH.



„Noi, în Argeș, [...] avem 6 persoane/angajați la SECPAH și un medic. Lucrăm peste program, lucrăm la sfârșit de săptămână, această evaluare este mai mult decât putem duce, atât fizic, cât și ca timp.”
(Focus grup SECPAH)

Profilul personalului

Personalul SECPAH cuprinde în principal femei cu vârste între 22 și 68 de ani.⁵¹⁷ Peste 94% din personalul SECPAH a absolvit învățământul terțiar, iar o mare parte au studii postuniversitare.⁵¹⁸ Experiența medie de lucru este de aproape 7 ani,⁵¹⁹ dar cu diferențe considerabile între județe, de la 2-3 ani în județe precum VL sau TL la mai mult de 10 ani, în medie, în județe precum BT, IL, SJ sau IS.

Structura personalului

Doar câteva SECPAH respectă prevederile art. 49 din HG nr. 268/2007, conform căreia echipa SECPAH trebuie să cuprindă cel puțin următoarele specializări: asistent social (cu studii superioare); medic de specialitate;⁵²⁰ psiholog; psihopedagog; kinetoterapeut; instructor de educație; și pedagog de recuperare. Figura 58 arată că majoritatea echipelor SECPAH sunt formate din asistenți sociali, psihologi și medici specialiști (printre care predomină medicii de familie și medicii de medicină generală).⁵²¹ Specializări cum ar fi psihopedagogie, kinetoterapie, instructor de educație, sau pedagogie de recuperare sunt foarte rare. Acești specialiști reprezintă proporții foarte mici din totalul personalului SECPAH și se găsesc într-un număr mic de județe.

516 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=198), din 36 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

517 Ponderea femeilor este de 87% din totalul personalului, în timp ce vârsta medie este de aproximativ 44 ani (și abaterea standard sub 9 ani).

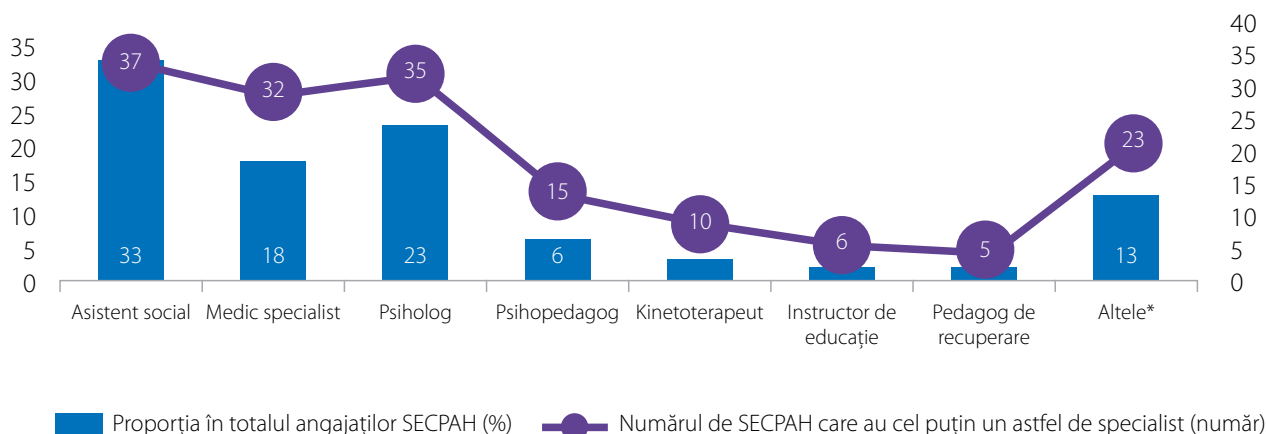
518 Din totalul personalului SECPAH, 37% au un masterat sau doctorat, iar 57% au studii universitare.

519 Experiența de lucru în cadrul SECPAH variază de la câteva luni la peste 24 ani.

520 Nu sunt prevăzute cerințe în lege privind specializările specifice ale medicilor.

521 Informații despre specializarea șefilor SECPAH sunt furnizate în capitolul 4, secțiunea 4.1.2.

Figura 58: Personalul SECPAH în funcție de specializare

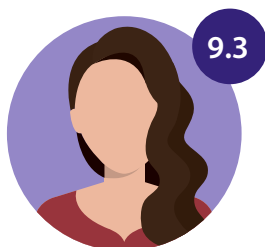


Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=348 angajați) din 35 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Suma barelor este 100%. * Altele includ în principal absolvenți de administrație publică, economie, și drept. Fizioterapeuții reprezintă 3% din totalul personalului SECPAH, în timp ce instructorii de educație și pedagogii de recuperare reprezintă doar 2% fiecare.

Structura incompletă a personalului după specializări afectează modul în care SECPAH efectuează evaluarea dizabilității pe baza criteriilor medico-psihosociale. În mod specific, din cauza lipsei de specialiști care să efectueze evaluarea profesională, educațională și evaluarea abilităților și a integrării sociale, majoritatea SECPAH din țară nu pot oferi o evaluare completă, așa cum a fost concepută de legislația actuală (a se vedea mai multe detalii în capitolul 4).⁵²²

Cu toate acestea, în sondajul de opinie,⁵²³ specialiștii SECPAH consideră că structura actuală, după specializări, este suficientă pentru a servi anual persoanelor care solicită încadrarea în grad și tip de handicap. Doar o proporție de 18% dintre aceștia consideră că specializările existente sunt mai degrabă insuficiente și ar trebui să fie diversificate. Chiar și așa, în unele județe, nevoia de mai mulți specialiști este acută, așa cum s-a subliniat în cadrul focus grupurilor.



9.3

„- Personalul, ... noi ne chinuim să facem evaluarea, dar nu avem kineto, psihopedagog, medicul vine de două ori pe săptămână. Nu se înscrie nimeni la medic, am scos un post la concurs. Avem un educator specializat dar are atribuții de asistență socială. E nevoie de completarea echipei.

- Completarea echipei este imperios necesară și la noi în județ. De exemplu, postul meu de psiholog este mutat într-un centru și eu primesc delegare ca să muncesc aici [în SECPAH]. Noi am fost fericiți că am avut doi medici la un moment dat, dar unul a ieșit la pensie acum.” (Focus grup SECPAH 3)

Repartizarea sarcinilor în cadrul echipei multidisciplinare

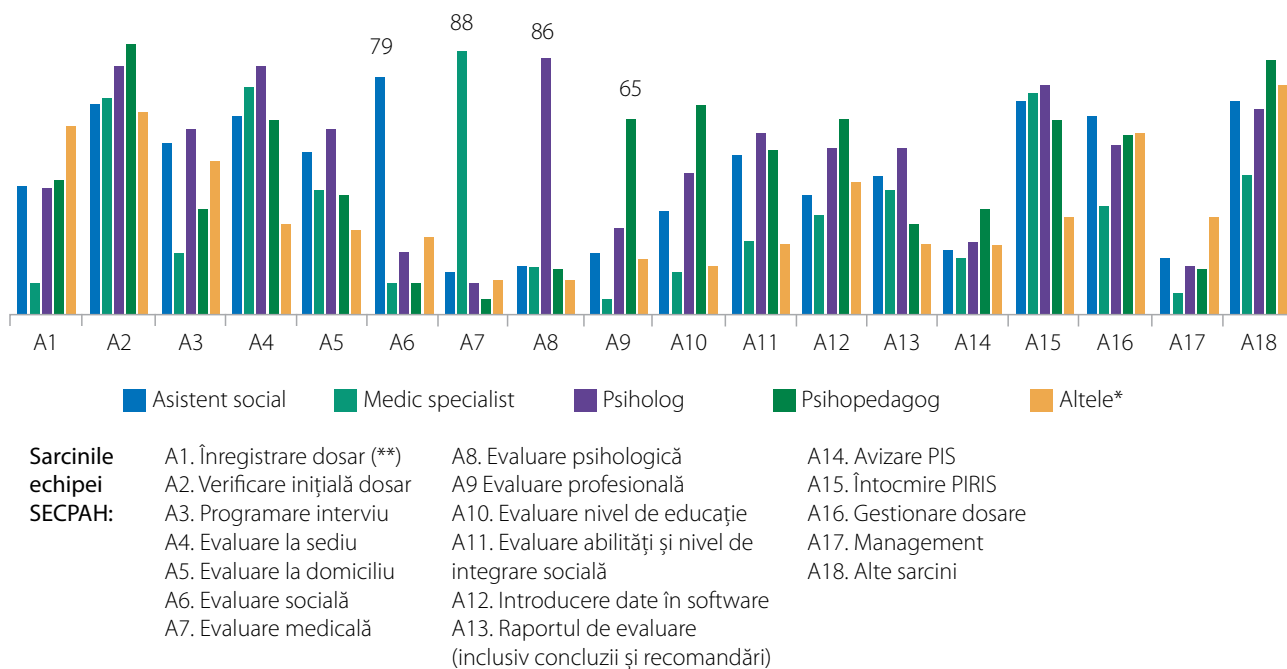
Repartizarea sarcinilor în cadrul echipei SECPAH variază considerabil de la un județ la altul. În primul rând, în unele județe, nu există nici o diviziune a muncii, toți membrii, indiferent de specializarea lor, îndeplinesc toate sarcinile, așa cum se poate observa în Figura 59. În al doilea rând, în majoritatea județelor, evaluarea socială (sarcina

A6) este efectuată de un asistent social, evaluarea medicală (sarcina A7) este efectuată de un medic de specialitate, cea psihologică (sarcina A8) de un psiholog, și cea profesională (sarcina A9) de către un psihopedagog. Astfel, modelul dominant la nivel național este în conformitate cu reglementările, deși în unele județe fiecare dintre aceste tipuri de evaluări este realizată și de membri SECPAH cu alte specializări decât cele prevăzute în lege.

522 HG nr. 268/2007, art. 48.

523 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=198), din 36 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Figura 59: Împărțirea sarcinilor în cadrul echipei SECPAH (% din categorie)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 35 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

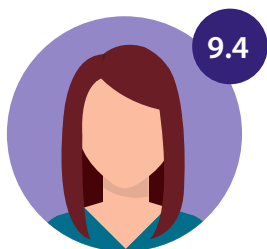
Notă: Datele din grafic au fost raportate în tabloul participării la activități a personalului SECPAH care a colectat informații cu privire la sarcinile specifice pe care le îndeplinește fiecare angajat în parte, unde lista de sarcini a fost alcătuită în acord cu Procedura-cadru națională (Anexă la Ordinul nr. 2298/2012).
* Altele includ în principal absolvenți de administrație publică, economie, și drept. Nu sunt incluși fizioterapeuți, instructori de educație și pedagogi de recuperare din cauza numărului redus de cazuri (11, 7 și, respectiv, 6). (**) Conform reglementărilor, nu este atribuția SECPAH.

Volumul de muncă al personalului

Volumul de muncă pe specialist SECPAH a scăzut considerabil în timpul pandemiei COVID-19, cu o variație semnificativă între județe (Figura 60). În ansamblu, în perioada pre-COVID (2019), la nivel național, un specialist SECPAH evalua în medie 762 de dosare pe an. Numărul minim de dosare evaluate per specialist SECPAH într-un județ (în București) a fost de peste zece ori mai mic decât cel maxim (în OT); de la aproximativ 200 la peste 2.100. Datorită măsurilor de prevenire și combatere a efectelor pandemiei COVID-19,⁵²⁴ numărul mediu de dosare evaluate de un specialist SECPAH a scăzut la 554 (sau cu 27%), în 2020. Cu toate acestea, diferența de volum de muncă dintre numărul minim și numărul maxim de dosare evaluate per specialist SECPAH pe an nu s-a schimbat, numărul minim fiind constant de aproximativ zece ori mai mic decât numărul maxim, de la aproximativ 120 în sectoarele din București la peste 1.200 în județul OT.

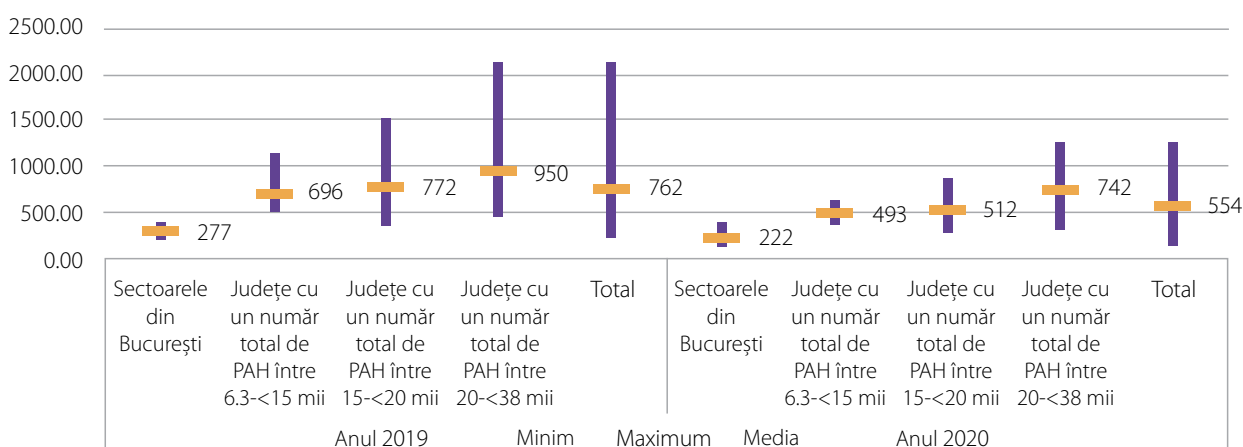
Scăderea volumului de muncă în SECPAH a fost înregistrată în toate județele, dar reducerea a variat foarte mult, deoarece în unele județe aproape s-a înjumătățit, în timp ce în alte județe a scăzut cu numai 7%, din 2019 în 2020. În același timp, discrepanțele dintre județe au persistat. Cele mai mari disparități în ceea ce privește volumul de muncă sunt înregistrate între județele cu o populație relativ mare de persoane cu încadrare în grad de handicap înregistrată oficial (a se vedea comparativ lungimea liniilor verticale din Figura 60). Acest lucru se datorează faptului că aceste județe au echipe SECPAH cu dimensiuni foarte diferite (de la 6 la 15, așa cum arată Figura 57) pentru evaluarea unui număr similar de dosare de cerere pentru încadrarea în grad și tip de handicap.

524 Legea nr. 55/2020, art. 4 (5).



„Mergem pe un număr mediu de 50 persoane/zi, anul trecut am avut și 80 persoane/zi. Suntem depășiți total de situație. Stau de vorbă cu toată echipa într-o singură încăpere, interviu colectiv, încercăm cam 8 minute/persoană, în procedura avem 10 minute/persoană.” (Focus grup SECPAH 1, Intervenția unui specialist dintr-un județ cu o populație mare de persoane cu dizabilități și o echipă mică SECPAH)

Figura 60: Volumul de muncă per specialist SECPAH (numărul minim, maxim și numărul mediu de dosare evaluate pe an)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 35 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: PAH= Persoană adultă cu încadrare în grad și tip de handicap. Valorile medii sunt calculate pentru grupări de județe determinate în funcție de numărul oficial de persoane adulte cu dizabilități (date la 31 decembrie 2019, MMPS, Buletinul statistic). Diferențele dintre medii sunt semnificative conform unei analize unidirecționale de varianță Anova ($p=0.05$).

Volumul de muncă per membru SECPAH variază semnificativ și în funcție de specializarea membrului. Estimările analizate mai sus se bazează pe ipoteza că dosarele pentru evaluare sunt distribuite uniform între membrii echipei SECPAH. În practică, acest lucru nu se aplică neapărat. Mai mulți respondenți au raportat diferențe în volumul de muncă între membrii echipei, în funcție de specializarea lor. Spre exemplu, 32 de SECPAH din eșantion au cel puțin un medic de specialitate. Dintre acestea, 16 SECPAH au doar unul și 16 au doi sau mai mulți medici. În echipa cu un singur medic de specialitate, acesta ar trebui să acopere evaluarea medicală pentru toate dosarele de cerere. Prin urmare, volumul de muncă „real” al unui medic de specialitate dintr-o echipă SECPAH cu un

singur medic este egal cu numărul total de dosare evaluate din județ, care pot ajunge la un număr imens, cum ar fi peste 7.200 pe an. Aceasta înseamnă aproximativ 600 de dosare evaluate în fiecare lună, adică aproximativ 30 de dosare pe zi lucrătoare și 3,75 de dosare în fiecare oră de lucru, ceea ce permite aproximativ 16 minute pe dosar evaluat, în condiții de muncă continuă. Această situație pare să fie mai frecventă în cazul medicilor de specialitate. În ceea ce privește psihologii, numărul dosarelor evaluate este mai mic deoarece (1) mai puține SECPAH au un singur psiholog și (2) în majoritatea județelor, nu toate dosarele trec printr-o evaluare psihologică, ci doar cele care au deja o afectare mentală sau psihologică identificată în documentele medicale.

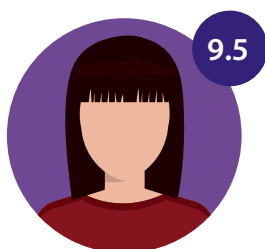
CASETA 15

Un exemplu de mod de calcul al volumului de muncă per membru SECPAH, pe an

Acest exemplu vine dintr-un județ cu o populație medie de persoane cu dizabilități (16.649 la 31 decembrie 2019), care a dezvoltat tema volumului de muncă în cadrul chestionarului Q2A. Acest județ are o echipă numeroasă, cu 11 membri în total, din care 1 medic de specialitate, 2 asistenți sociali, 4 psihologi și 4 membri cu alte specializări (3 administrație publică și 1 inginer care este și asistent medical). Conform calculelor SECPAH, în anul 2020, volumul de muncă al medicului specialist a fost de 6.718 dosare evaluate, volumul de muncă per psiholog a fost de 2.240 dosare evaluate, în timp ce volumul de muncă per asistent social a fost de 1.680 dosare. Acest lucru indică faptul că 1 psiholog (dintre cei 4) are atribuții de asistent social, la fel ca și un membru cu specializare în administrația publică/inginerie. (Chestionar Q2A)

Șefii SECPAH care au participat la studiul instituțional au menționat existența a două practici pentru a face față volumului de muncă extrem al unor membri ai echipei. Cea mai frecventă practică este delegarea responsabilităților între membrii echipei. Din acest motiv, în multe județe, membrii echipei de diverse specializări acoperă evaluarea în

domeniul din afara expertizei lor (de unde diviziunea muncii vizibilă în Figura 59). A doua practică, mai frecventă în județele cu o populație mare de persoane cu dizabilități, constă în completarea, cel puțin temporar, a echipei SECPAH cu specialiști din alte servicii DGASPC, așa cum se arată în citatul 9.5 de mai jos.



„Timpul de interviu? Noi reușim un timp mediu 15 min/aplicant, pentru că noi avem și personalul din centre care să ajute SECPAH. În plus, pentru a reduce timpul, echipa multidisciplinară de 4 specialiști, îl văd împreună.” (Focus grup SECPAH 1, Intervenția unui specialist din județul cu cea mai mare populație de persoane cu dizabilități din țară)

Un număr mai mic de dosare evaluate nu reflectă în mod necesar un volum de muncă mai scăzut, deoarece, în cazul evaluărilor la domiciliu (obligatorii pentru solicitanții nedepasabili), călătoria dus-întors la domiciliul solicitantului crește semnificativ timpul de evaluare. Interacțiunea directă dintre un solicitant și echipa SECPAH durează, în medie, 15-20 de minute, indiferent de locul în care se efectuează evaluarea, la sediul SECPAH sau la domiciliul solicitantului. Însă, în cazul evaluărilor

efectuate la domiciliu, durata medie a călătoriei dus-întors este de aproximativ 107 minute.⁵²⁵ În mod corespunzător, durata interviului crește de la 15-20 minute la 120-130 minute, în medie, ceea ce diminuează semnificativ numărul de dosare care ar putea fi evaluate în timpul unei zile lucrătoare. Evaluările la domiciliu reprezintă aproximativ 12% din totalul dosarelor pentru solicitanții adulți, în medie, în perioada pre-COVID, în scădere la 6% în 2020.⁵²⁶ În cazul solicitanților copii, evaluările la

525 Cu minimum 7 minute, maximum 300 de minute și o abatere standard de 84 minute. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 25 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

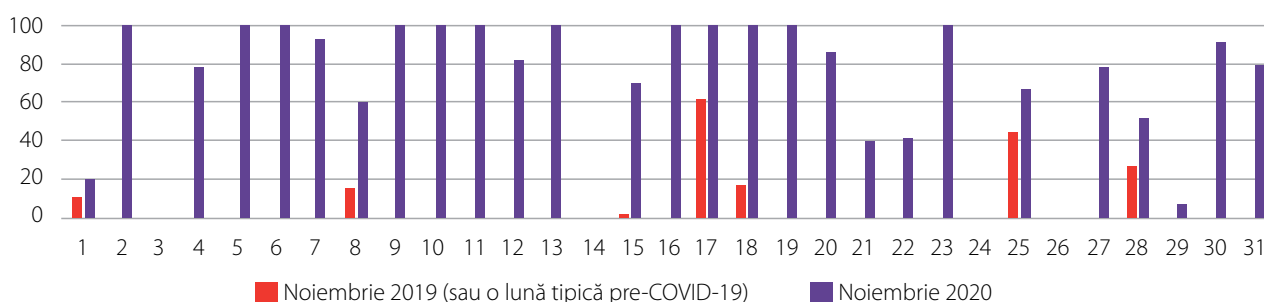
526 În 2019, ponderea evaluării la domiciliu din totalul evaluărilor a variat între zero și 35% în sectoarele din București, unde SECPAH joacă și rolul de SPAS. Abaterea standard, însă, a fost mai mică decât media, respectiv 10%. În 2020, numărul de SECPAH care nu efectuează evaluări la domiciliu a crescut de la 2, în 2019, la 4. Disparitățile în realizarea evaluărilor între județe au crescut, de asemenea, la nivel național.

domiciliu au reprezentat în mod constant 3% din toate dosarele evaluate într-un an.

Un număr mai mare de dosare evaluate nu reflectă neapărat un volum de lucru mai mare, deoarece unele evaluări nu implică deloc interacțiunea față în față cu solicitantul, fiind efectuate numai pe baza documentelor sau a unei combinații de analiză a documentelor și interviuri prin telefon, WhatsApp sau Skype. Aceste tipuri de evaluări asigură protecția împotriva infecției cu COVID-19 și implică mai puțin timp și efort

pentru a fi finalizate. În Figura 61 de mai jos este prezentată schimbarea dramatică a modului în care se face evaluarea dizabilității care a avut loc în timpul pandemiei COVID-19. Dacă în noiembrie 2019 (sau o lună tipică pre-COVID) evaluări doar pe baza actelor (eventual prin o combinație de acte și interviuri telefonice, WhatsApp sau Skype) erau realizate de SECPAH doar în cinci județe, în noiembrie 2020, cea mai mare parte a SECPAH-urilor utilizau aceste tipuri de evaluare pentru majoritatea solicitanților.

Figura 61: Ponderea dosarelor evaluate pe baza actelor de la dosar, eventual combinate cu interviuri prin telefon, WhatsApp sau Skype, și care nu implică interacțiunea față în față dintre echipa SECPAH și solicitant pe județ (% din totalul dosarelor evaluate)



Sursa: Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 27 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Pe lângă interviu sau analiza documentelor, specialiștii SECPAH petrec, de obicei, 30 de minute suplimentare per dosar de cerere, în medie, după cum urmează: (1) aproximativ 10 minute pentru elaborarea concluziilor și recomandărilor din raportul de evaluare complexă, inclusiv recomandarea de încadrare sau de neîncadrare în grad și tip de handicap, propunerea privind orientarea profesională și propunerea de a lua o măsură de protecție; (2) aproximativ 5 minute pentru finalizarea programului individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS); (3) aproximativ 5 minute pentru elaborarea Planului individual de servicii (PIS); și (4) aproximativ 10 minute pentru alte acțiuni de pregătire și completare a dosarului, precum și pentru înregistrarea și transmiterea acestuia către Secretariatul CEPAH.⁵²⁷

În concluzie, volumul de muncă pe membru SECPAH, deși a rămas ridicat, a scăzut în comparație cu perioada pre-COVID. Scăderea numărului de dosare evaluate, dar și schimbările de practici în efectuarea evaluării (prin reducerea evaluărilor la domiciliu și creșterea proporției de

evaluări bazate pe analiza documentelor, eventual însoțite de telefon, WhatsApp sau Skype, atunci când este posibil) au fost principalele cauze ale acestei modificări.

Volumul relativ ridicat de muncă și distribuția inegală între membrii echipei (în funcție de specializarea acestora) afectează semnificativ modul în care SECPAH realizează evaluarea pe baza criteriilor medico-psihosociale. În primul rând, unele dintre cele șase domenii obligatorii⁵²⁸ de evaluare sunt acoperite doar superficial fie doar pe grupuri foarte mici de solicitanți cu caracteristici specifice, fie deloc. În al doilea rând, interviul cu solicitantul este realizat în mod colectiv de către echipa SECPAH sau în condiții mai puțin stricte de confidențialitate, astfel încât să se reducă timpul de interviu la minim (Tabel 12). Aceste practici au efecte negative asupra interacțiunii dintre evaluator și solicitant, care devine distantă și impersonală, și implică asupra calității schimbului de informații și a calității generale a evaluării. O analiză aprofundată a acestor aspecte se găsește în capitolul 4.

⁵²⁷ În acest paragraf se utilizează valorile mediane. Valorile medii corespunzătoare sunt 15, 7, 7 și 15 minute. (Sondajul Q2B)

⁵²⁸ Reamintim că domeniile obligatorii de evaluare sunt: (a) evaluarea socială, (b) evaluarea medicală, (c) evaluarea psihologică, (d) evaluarea vocațională a abilităților profesionale, (e) evaluarea nivelului de educație, (f) evaluarea aptitudinilor și a nivelului de integrare socială (HG nr. 268/2007, art. 48).

Tabel 12: Într-un caz ipotetic standard al unei persoane care solicită încadrarea într-un anumit grad și tip de handicap, cum se desfășoară de obicei interacțiunea cu specialiștii SECPAH și, respectiv, ai SECC?

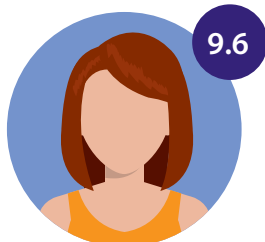
	SECPAH (%)	SECC (%)
1. Persoana interacționează simultan cu o echipă de specialiști, într-un spațiu special amenajat	29	31
2. Persoana interacționează simultan cu o echipa de specialiști, în biroul lor (cu birouri, calculatoare, dosare etc.). Nici o altă persoană nu este prezentă în biroul respectiv.	43	39
3. Persoana interacționează succesiv cu o echipă de specialiști, într-un spațiu special	5	15
4. Persoana interacționează succesiv cu o echipă de specialiști, în biroul lor, de exemplu, se mută de la un birou la altul pentru diverse domenii de evaluare. Nici o altă persoană nu este prezentă în biroul respectiv.	13	12
5. Altele	10	3
Răspunsuri valide - (%)	100	100
- N	182	160

Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul SECPAH/SECC, din 39 de județe și 6 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Supervizarea și evaluarea performanței angajaților se limitează la „controlul intern” al șefului SECPAH, care se realizează într-un mod mai degrabă ad-hoc.

Peste două treimi dintre specialiștii SECPAH⁵²⁹ au menționat cel puțin o problemă legată de resursele

umane, de obicei nevoia de personal suplimentar. Numărul insuficient de medici de specialitate a fost menționat cel mai frecvent, urmând psihopedagogii și kinetoterapeuții. În plus, mulți respondenți au amintit arhivarii profesioniști, persoană specializată în servicii sociale, secretarii sau operatorii de date.



„- Nu avem o analiză a calității serviciului [SECPAH]. Nici nu știu la ce vă referiți. Am putea să facem analiză doar raportată la stabilirea propunerilor noastre de încadrare ... Am avut un control de la Inspekția Socială și am văzut că diferențele sunt foarte mici, nu am avut returnări la dosare ... Altceva nu avem.

- La noi în județ, analiza serviciului se reflectă în controlul intern. Șeful de serviciu verifică dosarele și notează despre fiecare specialist și observă dacă rapoartele sunt completate în totalitate. Folosește și rapoartele de monitorizare trimestrială. Raportul intern este întocmit pe numărul de dosare. Pe controlul intern avem un registru unde am notat activitatea unui specialist lunar, ce recomand ca șef de serviciu, dacă există.” (Focus grup SECPAH 4)

9.2.2. Formarea/Instruirea personalului SECPAH

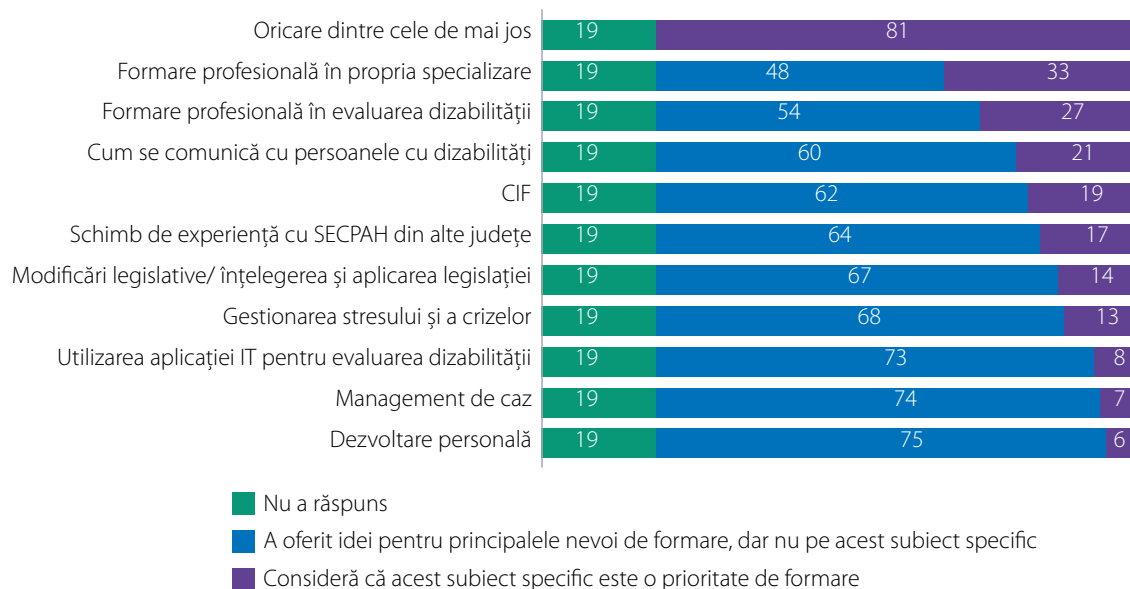
A doua problemă principală menționată de specialiștii SECPAH în sondajul de opinie Q2B se referă la formarea insuficientă și la necesitatea învățării pe tot parcursul vieții, a dezvoltării personale, a schimbului de experiență și a activităților de team building. „Uneori mă simt ca

într-o capcană în biroul meu, îngropat în dosare și în rutina de zi cu zi. Nu văd o cale de a mă dezvolta sau de a auzi cum fac alte persoane, în alte județe, poate ne putem imagina niște modalități mai bune de lucru pentru noi și pentru cei pe care îi deservim.”⁵³⁰

529 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201), din 36 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

530 Un psiholog SECPAH în chestionarul Q2B.

Figura 62: Principalele nevoi de formare a specialiștilor SECPAH (%)



Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201), din 36 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Instruirea personalului SECPAH este foarte limitată. Din eșantionul de 32 județe și 4 sectoare din București, 22 de șefi SECPAH au raportat că serviciul lor a pus în aplicare un plan de formare continuă a personalului. Cu toate acestea, în ultimii trei ani, doar 16 SECPAH-uri au susținut o sesiune de formare a echipei pentru o mai bună intervenție și complementaritate. În plus, în 2020, numai aproximativ 17% din totalul personalului SECPAH a participat la cel puțin o sesiune de formare (indiferent de conținutul acesteia) sau la cel puțin o sesiune de formare destinată să îi ajute să înțeleagă funcția de evaluare a SECPAH. Mai mult de atât, personalul instruit nu este distribuit uniform între județe, ci este concentrat în doar 12 județe. Principalele nevoi de formare menționate de specialiștii SECPAH sunt prezentate în Figura 62. Formarea profesională, fie în propria specialitate, fie în evaluarea dizabilității sunt temele menționate cel mai frecvent.

În ceea ce privește Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF), formarea personalului SECPAH este extrem de limitată. Conform evaluării șefilor SECPAH, nivelul de cunoștințe al membrilor echipei cu privire la CIF

este notat cu 3.6, în medie, pe o scală de la 1 la 10, fără diferențe semnificative în funcție de specialitate.⁵³¹ În aceste condiții, în ultimele 12 luni (2020), doar 3,5% din personalul SECPAH (sau 12 din totalul de 346 specialiști), din doar trei județe (BH, MS și VL), au participat la un curs de formare privind CIF. Mai mult, în sondajul de opinie, specialiștii SECPAH au apreciat că nevoia de formare în domeniul CIF este la un nivel între 7 și 8, pe o scală între 1 și 10. Aceștia oferă scoruri medii similare pentru nevoia de formare privind CIF pentru echipa SECPAH, membrii CEPAN, pentru SPAS urbane, precum și pentru SPAS rurale. Așadar, majoritatea membrilor SECPAH nu au cunoștințe adecvate cu privire la CIF. Cunoștințele lor despre CIF sunt prea limitate pentru a înțelege pe deplin schimbarea semnificativă care ar veni cu schimbarea de la paradigma medicală la cea holistică. Prin urmare, sensibilizarea și formarea specialiștilor SECPAH ar putea fi hotărâtoare, pentru că ar putea la fel de bine să avanseze reforma sau să ducă la eșecul sau inversarea ei. Specialiștii nu vor putea accepta și aplica în mod corespunzător noile instrumente, metodologii și proceduri dacă nu înțeleg implicațiile schimbărilor prevăzute.

531 Cu o abatere standard sub 3. De remarcat, potrivit șefilor SECPAH, doar aproximativ 18% din întregul personal SECPAH au cunoștințe despre CIF care pot fi clasificate cu scoruri de la 7 la 10. (Studiul instituțional Q2A_Resurse umane:)

9.2.3. Proceduri de evaluare a gradului de handicap: O privire de ansamblu

Evaluarea gradului de handicap nu este abordată în mod unitar în întreaga țară. La nivelul SECPAH, cercetarea realizată pentru acest raport s-a axat pe un pachet de 21 de proceduri, care au fost discutate în capitolele anterioare. Totuși, Figura 63 oferă o privire de ansamblu care permite identificarea zonelor cele mai deficitare. În primul rând, jumătate din SECPAH-urile studiate au cel mult 6 din pachetul de 21 de proceduri de lucru considerate, iar trei sferturi nu au mai mult de 12. În al doilea rând, în majoritatea cazurilor, procedurile de lucru existente sunt secțiuni ale procedurii generale SECPAH care reproduc legislația existentă, fără nicio clarificare sau elemente noi/specifice/suplimentare. În al treilea rând, există diferențe între datele factuale raportate de șefii SECPAH și percepțiile membrilor SECPAH cu privire la procedurile de lucru, dar imaginea de ansamblu care rezultă din cele două surse este coerentă, așa cum arată figura de mai jos.

Din pachetul de 21 de proceduri analizate, la nivel național, două categorii de proceduri sunt insuficient dezvoltate, chiar dacă specialiștii SECPAH consideră că acestea sunt foarte utile pentru activitățile zilnice (Figura 63). Prima categorie conține proceduri de lucru care au fost elaborate în aproximativ o treime din județele studiate și o mare parte din specialiștii SECPAH le percep ca fiind existente, dar le menționează și printre procedurile care trebuie dezvoltate în continuare. Aceste proceduri se referă la cazurile de neconcordanță între evaluările efectuate de specialiști din afara SECPAH și cele ale specialiștilor din SECPAH,⁵³² la modul în care se procedează în cazurile suspecte de fraudă (PRO 13), precum și la formarea și metodele de lucru în echipe multidisciplinare (PRO 24).

A două categorii de proceduri de lucru, mai puțin luate în considerare, au în vedere tranziția de la copilărie la maturitate și planurile individualizate de intervenție PIS și PIRIS.⁵³³ Reprezentanții SECC au menționat, de asemenea, necesitatea unei proceduri clare pentru activitățile ce trebuie desfășurate cu tinerii de 16-17 ani și părinții lor în ceea ce privește trecerea la viața adultă. Mai mult, aceste două domenii – tranziția de la copil la adult cu dizabilități și planurile personalizate de intervenție – sunt cele mai problematice nu doar cu privire la procedurile de lucru, ci și în ceea ce privește instrumentele de lucru. Ca soluție, majoritatea specialiștilor SECPAH au menționat că trebuie dezvoltate cu celeritate: (1) un instrument de simulare a posibilelor rezultate ale evaluării gradului de handicap prin aplicarea criteriilor medico-psihosociale pentru adulți care să fie utilizat fie pentru toți tinerii cu vârste de cel puțin 16 ani, fie la cererea părinților; (2) un model cadru pentru pregătirea PIS care să fie aplicat uniform la nivel național fie pentru toate persoanele adulte cu dizabilități, fie pentru anumite categorii cu caracteristici clar definite; și (3) o metodologie de monitorizare a progreselor realizate prin implementarea serviciilor și activităților recomandate în PIS/PIRIS.

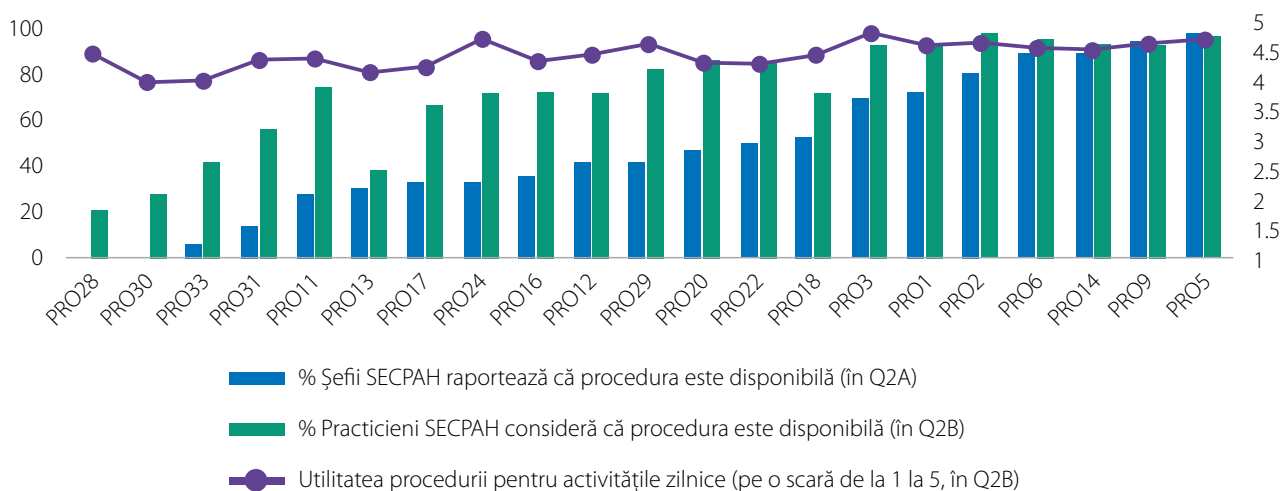
Primele trei obstacole care au cel mai mult impact asupra activității prin reducerea semnificativă a performanței SECPAH sunt: (1) salarii nemotivante pentru specialiștii din SECPAH, (2) personal insuficient și/sau formare profesională nesatisfăcătoare, și/sau lipsa anumitor specialități din cadrul echipei și (3) instrumente și proceduri de lucru inadecvate ale SECPAH.⁵³⁴ Prin urmare, îmbunătățirea procedurilor și instrumentelor de lucru are potențialul de a fi percepută ca o modalitate de îmbunătățire a performanței sistemului. Cu toate acestea, ar trebui să fie însoțită de îmbunătățiri la nivelul personalului.

532 Și anume procedurile PRO 11, 12, 16 și 17 din Legenda la Figura 63.

533 Și anume procedurile PRO 28, 30, 31 și 33 din Legenda la Figura 63.

534 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=192 răspunsuri valide), din 36 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Figura 63: Proceduri de lucru (% din SECPAH, % din membrii SECPAH și scorul mediu de utilitate)



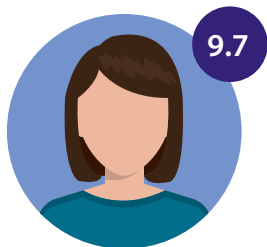
Legendă: Procedură de lucru aprobată referitoare la	
PRO1. Informații privind persoanele care solicită încadrarea într-un grad și tip de handicap	PRO16. Pentru cazurile în care evaluarea din raportul psihologului clinician nu corespunde evaluării psihologului SECPAH
PRO2. Depunerea și înregistrarea dosarelor de cerere pentru evaluarea gradului de handicap	PRO17. Pentru situațiile în care evaluarea psihologică are concluzii vagi sau neclare
PRO3. Asigurarea protecției datelor cu caracter personal	PRO18. Evaluarea profesională și evaluarea competențelor profesionale
PRO5. Verificarea inițială a dosarelor de cerere depuse pentru evaluarea gradului de handicap	PRO20. Evaluarea nivelului de educație (%)
PRO6. Evaluare socială	PRO22. Evaluarea abilităților și nivelului de integrare socială
PRO9. Evaluare medicală	PRO24. Formarea și metodele de lucru în echipe multidisciplinare
PRO11. Pentru cazurile în care evaluarea din raportul medicului specialist nu corespunde cu evaluarea medicului SECPAH pe baza documentelor conținute în dosar.	PRO28. Activități întreprinse împreună cu copiii și părinții, în legătură cu tranziția la viața adultă
PRO12. Pentru cazurile în care documentele medicale prezentate la dosar sunt contradictorii sau ambigue	PRO29. Certificarea tipului de handicap
PRO13. Pentru situațiile în care se constată că documentele medicale transmise la dosarul cazului sunt suspecte de a fi fost contrafăcute (suspicione de fraudă)	PRO30. Pentru situațiile în care, în urma consultării pentru PIRIS, solicitantul nu este de acord cu reprezentantul său
PRO14. Evaluare psihologică	PRO31. Elaborarea PIS
	PRO33. Punerea în aplicare a PIS și măsurile care trebuie luate în cazurile în care nu este efectuată

Surse: (Pentru barele albastre) Studiu instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021. (Pentru barele verzi și linia mov) Sondaj de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201), din 36 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

9.2.4. Managementul datelor și sistemul informatic al SECPAH

La nivelul SECPAH, nu există un sistem de management al informațiilor, iar automatizarea proceselor administrative este limitată. Majoritatea activităților legate de evaluarea gradului de handicap sunt pe suport de hârtie. În multe județe, datele privind înregistrarea și verificarea inițială a dosarelor de cerere sunt înscrise doar în registre pe suport de hârtie, fără să fie disponibile

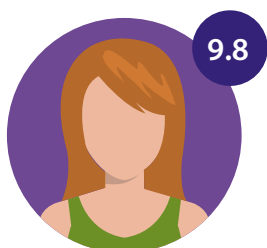
în format electronic. Date despre fenomenul de abandon/renunțare la demersul de încadrare pe parcurs sau de refuz de înregistrare a cererii de evaluare (vezi secțiunea 3.1) nu sunt disponibile. Utilizarea tehnologiei (telefon, poștă electronică) în comunicarea cu solicitanții a crescut considerabil în 2020, în condițiile pandemiei COVID-19 (a se vedea Figura 61), însă la nivel național procesul încă se bazează în mare măsură pe interacțiuni directe și pe vizitele repetate ale solicitanților la diverse ghișee.



„Eu sincer să spun că sunt mulțumită că a venit pandemia asta pentru că ne-a și forțat să ne ducem pe partea de online. Altfel ar mai fi trecut încă 1.000 de ani în România până noi să facem ceea ce facem acum împreună cu dumneavoastră online și să trimitem.” (Interviu reprezentant ONG, București)

În eșantionul de SECPAH-uri, 23 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului dispun de o procedură aprobată pentru protecția datelor cu caracter personal (sau un paragraf/capitol despre acest lucru în procedura generală).⁵³⁵ Dintre aceste proceduri, doar o parte acoperă manipularea și arhivarea în siguranță a dosarelor (18 județe și 2 sectoare din București) sau organizarea, stocarea și securitatea datelor în format electronic (18 județe și un sector din București). Toate SECPAH-urile păstrează copii ale dosarelor de cerere, dar numai câteva au transferat și stocat aceste documente în format electronic,⁵³⁶ în timp ce celelalte le stochează doar pe suport de hârtie. În majoritatea județelor, SECPAH singur sau în cooperare cu Secretariatul CEPDAH se ocupă și de

gestionarea și stocarea dosarelor;⁵³⁷ ceea ce crește volumul de muncă al echipei SECPAH cu activitățile de manipulare a dosarelor (de la registratură la evaluare, de la evaluare la secretariatul CEPDAH, de la comisie la depozitare, în cadrul arhivei, etc.). Aplicațiile software care automatizează funcții și procese cheie lipsesc, iar majoritatea activităților legate de gestionarea datelor beneficiarului sau validarea și verificarea încrucișată a datelor sunt realizate manual. După cum s-a menționat anterior, proiectul Sistem Național de Management privind Dizabilitatea, implementat în prezent de ANDPDCA și finanțat din fonduri europene vizează exact această deficiență.⁵³⁸



„Lipsește un intranet complex. Este absolut esențial intranetul. Așa se lucrează. Toate serviciile au acces la anumite informații despre X, Y și Z și serviciile comunică într-un fel pe problematici comune, deci nu este, acum trăim în aer.” (Interviu cu director DGASPC)

535 Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

536 Un sector din București și 7 județe.

537 În județele cu populații mai mari de persoane cu dizabilități, gestionarea și depozitarea dosarelor sunt de obicei efectuate de un alt serviciu DGASPC, cum ar fi Arhiva.

538 Obiectivul general al proiectului este de a elabora și implementa o platformă națională centralizată pentru colectarea, stocarea și distribuirea informațiilor despre persoanele cu dizabilități (adulți și copii) către autoritățile publice centrale și locale, beneficiari individuali și parteneri instituționali. Mai multe informații sunt disponibile la adresa <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2019/10/ANUNT-WEB-final-ANPD-v2.pdf>

Un sector din București și 22 județe beneficiază de o aplicație software pentru evaluarea dizabilității, și anume SeeSoft D-Smart⁵³⁹ sau Assys. Versiunile acestui software variază de la județ la județ, la fel ca și numărul și tipul de facilități și module disponibile (județele cu un buget mai mic au achiziționat versiuni mai limitate). Software-ul include module pentru fiecare dintre cele șase domenii obligatorii de evaluare. Modulul de raportare include Raportul de evaluare complexă și planurile individualizate de intervenție PIS și PIRIS, care sunt generate automat. Însă, doar unele județe au achiziționat modulul de raportare.

Introducerea datelor în aplicația software este manuală. Datele care sunt introduse în software-ul de evaluare variază de la un județ la altul. Spre exemplu, notele de interviu ale specialiștilor sunt introduse doar în unele județe, în timp ce în alte județe sunt introduse doar concluziile pentru raportul de evaluare complexă.⁵⁴⁰ Pentru reducerea timpului de evaluare per dosar, în cazul evaluărilor efectuate la sediul SECPAH, introducerea datelor în timpul interviului, în prezența persoanei evaluate, este o practică obișnuită.⁵⁴¹ Fiecare specialist își introduce propriile notițe de interviu/vizită,⁵⁴² activitate care adaugă la timpul de evaluare aproximativ 17-19 minute, în medie, per dosar.⁵⁴³

În aplicațiile software de evaluare existente, sunt diferențe substanțiale între județe în ceea ce privește tipul de date înregistrate. De exemplu, din modelul cadru de anchetă socială obligatorie, datele privind autonomia și statutul funcțional al persoanei și evaluarea statutului senzorial și psiho-emoțional al persoanei sunt tratate după cum urmează:⁵⁴⁴

- 6 județe nu introduc în software nici o informație, nici automat, nici manual
- 5 județe introduc manual toate informațiile
- 9 județe și un sector din București introduc informații selective manual, iar selecția diferă de la un județ la altul
- 2 județe nu au răspuns
- Nu există niciun județ în care anchetele sociale

să fie depuse electronic și încărcate automat în software-ul de evaluare.

Discrepanțe similare sunt înregistrate în ceea ce privește toate tipurile de informații utilizate în evaluarea gradului de handicap. Datele cel mai puțin înregistrate în aplicația software de evaluare se referă la planurile de viitor, temerile, speranțele sau dorințele solicitantului despre viața pe care dorește să o trăiască. Doar 5 județe introduc astfel de informații în software, iar datele disponibile sunt selectate aleatoriu (în funcție de evaluator) și sunt răspândite prin secțiunile modelului cadru existent. O analiză a acestor date nu este efectuată în niciun județ și ar fi foarte dificil de realizat folosind datele existente.

Indiferent de existența unei aplicații software pentru evaluarea dizabilității, aproape toate SECPAH-urile studiate declară că dețin „o bază de date cuprinzătoare” cu cetățenii adulți care dețin un certificat de handicap din județul lor.⁵⁴⁵ Pe baza informațiilor din aceste baze de date, 29 de județe și 2 sectoare din București raportează că pot reconstitui istoricul persoanelor cu dizabilități și al cererile lor de (re)evaluare a gradului de handicap.

Calitatea datelor din bazele de date existente este destul de slabă. Ca argument, Tabelul 13 prezintă rezultate ale unei analize a non-răspunsurilor pentru câteva variabile selectate. Majoritatea bazelor de date existente sunt doar liste care cuprind informații limitate la câteva caracteristici, ce nu permit decât un număr redus de posibile interogări a datelor. Majoritatea județelor nu înregistrează vârsta solicitanților (sau utilizează grupe de vârstă predefinite) astfel încât nu pot furniza date de exemplu pentru categoria 18-26 ani relevantă pentru tranziția de la copilărie la maturitate. Majoritatea județelor nu au o bază de date unică care să consolideze toate informațiile necesare pentru a reconstitui demersul de încadrare în grad de handicap de la depunerea cererii la eliberarea certificatului pentru toți solicitanții. În schimb, practica comună este de a colecta informații selective în diferite faze ale demersului, de către

539 INSTRUMENT DE GESTIONARE, EVALUARE ȘI RAPORTARE UNIC PENTRU PERSOANELE CU HANDICAP, versiunea 7.21.01.15(301/2140)

540 Din cele 23 SECPAH care au un software de evaluare, 16 introduc notele de interviu din evaluările de la sediul SECPAH, în timp ce 7 introduc doar concluziile raportului de evaluare complexă. În cazul evaluărilor la domiciliu, doar 14 județe introduc notele de vizită.

541 În ceea ce privește evaluările la domiciliu, cel mai adesea, introducerea datelor din notele vizitei se face a doua zi, înainte de a începe o altă evaluare.

542 Într-un singur județ un operator de date colectează notele de interviu de la toți specialiștii SECPAH și introduce datele.

543 Cu un minim de 10 minute, un maxim de 30 minute și o abatere standard de aproximativ 6-7 minute.

544 Conform HG nr. 430/2008 (Anexa 6).

545 Un județ nu are o astfel de bază de date. Un alt județ nu a răspuns.

reprezentanți instituționali diferiți și în formate variate. Datele privind intrările (dosarele de cerere) sunt foarte puține și, de obicei, înregistrate într-un registru de hârtie. Tipul de evaluare prima de-a lungul vieții, reevaluarea periodică sau la cerere), precum și modalitatea utilizată pentru efectuarea evaluării (la sediu, evaluarea la domiciliu etc.) nu sunt înregistrate în mod sistematic. Chiar și rezultatele evaluării nu pot fi analizate în funcție de

aceste trei variabile pentru a observa aspectele care distorsionează procesul și necesită corecție. Din acest motiv, datele disponibile permit doar o viziune generală orientativă asupra procesului de evaluare, inclusiv asupra intrărilor, fazelor și rezultatelor acestuia. În același timp, majoritatea bazelor de date existente nu sprijină și nici nu reflectă funcționarea zilnică și administrarea SECPAH.

Tabel 13: Calitatea datelor din bazele de date existente ale SECPAH/CEPAH pe o selecție de indicatori

		Non-răspunsuri	Răspunsuri valide	Date pentru ...
	Numărul total de chestionare Q2A_SECPAH		36	
INTRĂRI	Total cereri de încadrare în grad de handicap	0	36	Nov-20
	Cererile pe tipuri - evaluare pentru prima dată de-a lungul vieții, reevaluare periodică sau reevaluare la cererea solicitantului din cauza înrăutățirii situației	8	28	Nov-20
	Cereri pentru tinerii de 18-26 de ani din sistemul de protecție specială	17	19	Nov-20
PROCES	Cereri pentru tineri de 18-26 ani care se află în familie	18	18	Nov-20
	Evaluări pentru prima dată - total	9	27	2020
	Evaluări pentru prima dată – efectuate la sediul SECPAH	13	23	2020
	Evaluări pentru prima dată – efectuate la domiciliul solicitantului	12	24	2020
	Evaluări pentru prima dată – efectuate în unități medicale	7	29	2020
	Numărul total de chestionare ale Secretariatului Q3A_CEPAH		24	
IEȘIRI/	Dosarele evaluate transmise Secretariatului CEPAH - total	1	23	2020
REZULTATE	Dosare evaluate pentru persoane la prima evaluare - total	14	10	2020
	Dosare evaluate pentru persoane la prima evaluare...18-26 ani.	18	6	2020
	Dosare evaluate pentru persoane la prima evaluare... 27+ ani.	18	6	2020

Surse: (1) Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021. (2) Studiul instituțional Q3C: Indicatori de rezultat ai procesului de determinare a dizabilității pentru Secretariatul CEPAH (N=24), din 22 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

Majoritatea SECPAH-urilor utilizează datele colectate prin intermediul evaluărilor pentru elaborarea unui raport anual sau trimestrial de monitorizare și evaluare.⁵⁴⁶ Însă doar 7 județe diseminează public acest raport. La nivel mai general, mai puțin de jumătate (un sector din București și 15 județe) utilizează datele existente pentru documentarea politicilor publice relevante pentru persoanele cu dizabilități, în special pentru

pregătirea strategiilor județene și identificarea nevoilor de servicii sociale. O mică parte dintre acestea (10 județe) declară că alcătuiesc și diseminează statistici privind persoanele cu încadrare în grad de handicap din județ. De remarcat, doar foarte puține SECPAH-uri (5 județe) implică reprezentanți ai persoanelor cu dizabilități în analiza datelor colectate și în definirea politicilor.

⁵⁴⁶ Din eșantionul de 32 județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, 16 elaborează un raport anual de monitorizare și evaluare, 7 trimestrial, 3 bianual, 3 îl fac „ori de câte ori este necesar”, în timp ce 7 deloc. (Studiul instituțional Q2A)

9.2.5. Resurse materiale

Potrivit șefilor SECPAH (din Q2A), majoritatea județelor au un spațiu dedicat care asigură confidențialitatea pentru interviurile de evaluare (29 județe și 4 sectoare din București).⁵⁴⁷

În plus, 66% dintre membrii echipei SECPAH semnalează problema spațiului insuficient pentru birouri, aproape 70% se plâng de o lipsă severă de spațiu de stocare, iar 30% exprimă nemulțumirea față de calculatoarele și echipamentele existente.⁵⁴⁸ Ca dovezi anecdotice, a fost nevoie de aproximativ 40 minute pentru a rezolva problemele tehnice pentru organizarea unui focus grup cu o echipă SECPAH, din cauza echipamentului slab (calculatoare învechite sau cu cameră sau microfon nefuncționale, internet lipsă sau slab în unele birouri), și lipsă de spațiu (birouri prea mici pentru a găzdui mai multe persoane). În cele din urmă, focus grupul a fost organizat folosind smartphone-urile personale ale unor membri ai echipei.

În cazul evaluărilor efectuate la sediul SECPAH, solicitanții trebuie să aștepte aproximativ 25 de minute, în medie, înainte de interviu.⁵⁴⁹ În aceste condiții, este relevant faptul că aproape toate sediile SECPAH sunt dotate cu spații de așteptare care au scaune, permit distanțarea socială, au toalete accesibilizate, dar apă la dozator este disponibilă în numai 61% dintre SECPAH-urile din sondaj.⁵⁵⁰



9.3. CEPAH: Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap

În România, 47 Comisii de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) operează în toate cele 41 județe și șase sectoare din București. CEPAH-urile sunt organe de specialitate ale Consiliului Județean, după caz, ale Consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București. Studiul instituțional Q3A a colectat date despre activitatea și resursele umane CEPAH; Comisia de Protecție a Copilului (CPC), ca și Serviciul de Evaluare Complexă pentru

Copii (SECC), nu a fost inclusă. Pe lângă aceasta, sondajul Q3C a colectat date despre Secretariatul CEPAH și rezultatele procesului de încadrare în grad de handicap. Următoarele secțiuni se bazează pe informațiile furnizate de aceste două studii instituționale, plus sondajul de opinie Q3B, care a colectat opiniile membrilor CEPAH din 24 județe și două sectoare ale Bucureștiului.

547 În sondajul de opinie (Q2B), în 7 județe și un sector din București, specialiștii SECPAH au furnizat opinii inconsecvente cu privire la existența unui spațiu dedicat interviurilor de evaluare. În aceste județe, o parte din specialiști consideră că este disponibil un spațiu special de interviuare, în timp ce alții declară că nu există.

548 Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=197), din 36 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

549 Aproape 60% din SECPAH declară că, de obicei, solicitanții trebuie să aștepte la coadă înainte de interviul de evaluare. Timpul de așteptare variază considerabil de la minim 3 minute la maxim 240 minute și o abatere standard ridicată de 42 minute. Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=185), din 36 de județe și 4 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

550 În cadrul eșantionului, doar un SECPAH nu are o sală de așteptare mobilată cu locuri, 4 nu au o toaletă accesibilizată, iar 6 au sălile de așteptare prea mici pentru a permite distanțarea fizică. Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH) din 32 județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

9.3.1. Resursele umane ale CEPAH

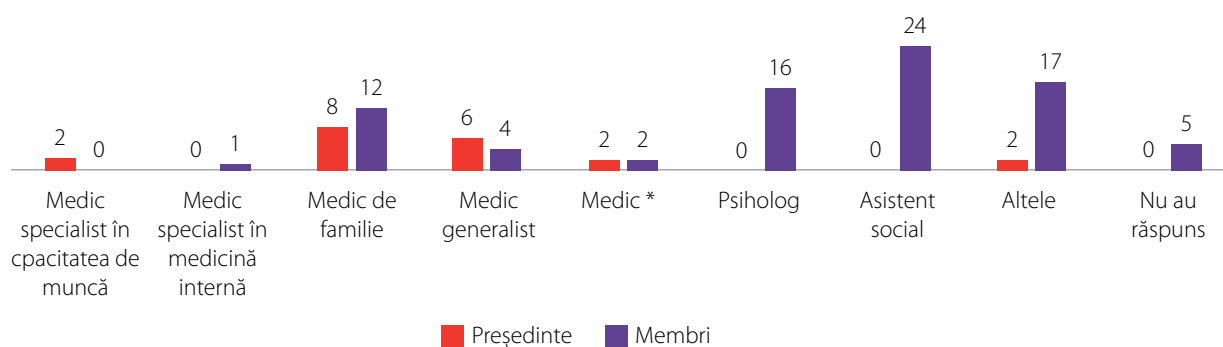
În cadrul sistemului de evaluare a dizabilității, comisia de evaluare (CEPAH) este actorul principal în stabilirea gradului de handicap (Etapa 4). În plus, CEPAH are decizia finală privind pachetul de beneficii și servicii inclus în planurile individuale de intervenție (PIRIS) și furnizat persoanelor cu dizabilități (Etapa 5). Împreună cu secretariatul său, CEPAH joacă, de asemenea, un rol semnificativ în răspunsul la cererile instanțelor și în punerea în aplicare a deciziilor instanțelor referitoare la recursurile și contestațiile împotriva certificatului de handicap (Etapa 6).

Dimensiunea și structura CEPAH

În sondajul Q3A, 19 județe și un sector din București au furnizat date despre membrii

CEPAH. Majoritatea CEPAH-urilor studiate respectă reglementările actuale,⁵⁵¹ fiind formate din 5 membri, dar există și câteva județe cu 4 sau 6 membri.⁵⁵² În cele mai multe cazuri, președintele este un medic de specialitate în medicină de familie, un medic de medicină generală sau un specialist în expertiza medicală a capacității de muncă (Figura 64). Toți președinții CEPAH intervievați au declarat că sunt absolvenți de cursuri de management socio-medical. Alături de președintele (medic), comisiile sunt formate din un psiholog și un asistent social, precum și un medic de specialitate desemnat de Direcția Județeană de Sănătate Publică (de obicei, medic de familie sau medic de medicină generală), alături de un reprezentant al unui ONG care lucrează în beneficiul persoanelor cu handicap.

Figura 64: Resursele umane CEPAH după profesie și poziție în cadrul comisiei (număr)



Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 19 județe și 1 sector al municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: * Nu au furnizat informații despre specializare. Suma barelor este 101 membri CEPAH.

În cadrul sondajului de opinie,⁵⁵³ membrii CEPAH (președinți și membri, de comun acord) consideră că numărul membrilor este suficient pentru a deservi persoanele care solicită încadrarea în grad și tip de handicap anual. Numai respondenții dintr-un singur județ consideră că personalul CEPAH este insuficient. Opinii similare sunt exprimate în ceea ce privește componența CEPAH pe specializări. În afară de reprezentanții dintr-un singur județ, toate celelalte consideră că tipurile de specialități din cadrul CEPAH sunt cele mai potrivite pentru a deservi persoanele care solicită anual să fie încadrate în grad și tip de handicap.

Cu toate acestea, în vederea unei schimbări de paradigmă de la abordarea medicală la cea holistică, actuala combinație de expertiză tehnică nu este aliniată la clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF), nici la nivelul CEPAH și nici la nivelul SECPAH. Medicii de familie și medicii generalisti predomină de departe, în timp ce specialiștii în expertiza medicală a capacității de muncă și medicii de medicină fizică și de reabilitare (MFR) sunt foarte puțini (Figura 64 și secțiunea 9.2.1). Prezența acestor specialiști ar fi benefică pentru îmbunătățirea utilizării instrumentelor de evaluare complexă, precum și pentru recomandarea

551 Legea nr. 448/2006, art.85 (4) și HG nr. 430/2008.

552 Două dintre cele 20 CEPAH au 6 membri (AG și MM), în timp ce una are 4 membri.

553 Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=65), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

unor servicii/beneficii optime pentru persoanele cu handicap.

Profilul membrilor CEPAH

Cele 20 CEPAH incluse în eșantion care au furnizat date privind resursele lor umane au un total de 101 de membri. Femeile predomină de departe în rândul membrilor CEPAH (71%), cu studii universitare sau postuniversitare,⁵⁵⁴ și experiență în cadrul CEPAH între 1 lună și peste 20 ani.⁵⁵⁵

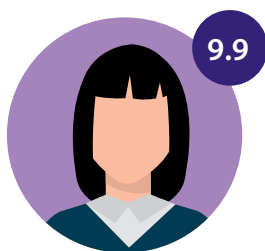
CEPAH este un organism decizional în încadrarea adulților în grad și tip de handicap. Experiența medie a membrilor în cadrul CEPAH de aproximativ 7 ani indică faptul că majoritatea comisiilor care desfășoară activități decizionale sunt formate din echipe stabile. În ultimii patru ani (2017-2020), dintre cele 24 de CEPAH care au participat la studiul Q3A, în total, 17 comisii au suferit modificări ale componenței nominale. Aceste modificări au fost puține și nu au urmat un anume tipar (spre exemplu, în fiecare an sau din doi în doi ani).⁵⁵⁶ De asemenea, modificări ale componenței nominale ale CEPAH pot să intervină prin aplicarea reglementării conform căreia membrii CEPAH care absentează de la două ședințe consecutive fără motive întemeiate trebuie înlocuiți.⁵⁵⁷ Această reglementare nu este pusă în aplicare în 7 (din cele 24) județe. În celelalte județe, prezența membrilor CEPAH la ședințe este înregistrată, dar conform președinților CEPAH, în perioada 2017-2020, nu au fost înregistrate absențe fără motive temeinice.

Deci, nu a existat nici o înlocuire a vreunui membru CEPAH pe motiv de absențe. În mod corespunzător, fluctuația de personal nu este percepută ca fiind o problemă pentru CEPAH (în cadrul sondajului de opinie Q3B).

Reprezentantul ONG din cadrul CEPAH

În toate județele studiate, CEPAH include ca membru un reprezentant al ONG-urilor.⁵⁵⁸ Aceștia sunt asistenți sociali sau au alte specializări (precum drept, studii militare sau absolvenți de liceu) și au o vechime ca membri CEPAH de peste 9 ani, în medie.⁵⁵⁹

În unele județe, solicitanții cu alte tipuri de deficiențe decât cele vizuale sau auditive nu beneficiază de reprezentare în cadrul CEPAH. Doar în 9 județe (din 24) au raportat că CEPAH colaborează în mod frecvent cu un ONG care reprezintă persoane cu dizabilități sau care militează pentru drepturile și incluziunea persoanelor cu dizabilități, de obicei filiala județeană a asociației nevăzătorilor sau a asociației surzilor. Însă, toate CEPAH-urile studiate au un reprezentant al ONG-urilor ca membru. Potrivit președinților CEPAH, reprezentantul ONG-ului are „aceleași responsabilități ca orice alt membru.” Au fost însă sesizate cazuri în care reprezentantul ONG-urilor își limitează implicarea în cadrul CEPAH la solicitanții cu tipul de handicap specific deservit de ONG-ul de care aparține (numai cei cu deficiențe de vedere sau doar cei cu deficiențe de auz).



„Participă la ședințe, își exprimă punctul de vedere cu privire la încadrarea în grad de handicap și PIRIS, semnează certificatele și PIRIS-urile.”

„Îndeplinește atribuții comune membrilor prevăzute de lege, sesizează cazuri care se dezbate în CEPAH, popularizează activitatea comisiei în cadrul comunității și a organizațiilor care l-au propus, urmărește respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilități.”

„Reprezentarea membrilor asociației [nevăzătorilor] și numai pe ei.”

„Reprezintă drepturile PAH în general și în special ale persoanelor cu handicap auditiv, fiind și autorizat în limbaj mimico-gestual.” (Extrase din diverse chestionare Q3A)

554 Din cei 101 membri CEPAH, 52 au absolvit o facultate, 42 au un master sau doctorat, 3 liceu, și 4 nu au răspuns.

555 Experiența medie în cadrul CEPAH este de 82 luni, cu o abatere standard de 62 luni.

556 Din cele 17 CEPAH, 8 au schimbat doar o singură dată în ultimii patru ani unul sau mai mulți membri, 5 s-au schimbat de două ori, iar 4 și-au modificat de trei ori componența printr-o decizie a Consiliului Județean sau, respectiv, printr-o decizie a Consiliului Local al unui sector din București, conform HG nr. 430/2008, art. 8, alin. (2).

557 Conform HG nr. 430/2008, art. 9.

558 În conformitate cu Legea nr. 448/2006, cap. VII și Normele metodologice din data de 14 martie 2007 de aplicare a prevederilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, art. 54¹, 54² și 55.

559 O valoare de 111 luni, cu o abatere standard de 86 luni. Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 19 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

CASETA 16

Motivele pentru includerea mai frecventă a medicilor de medicină fizică și reabilitare (MFR) în CEPAH și SECPAH



Modelul cunoscut sub numele de „funcțional” se concentrează, nu asupra bolii, ci asupra pacientului, descriind limitările de funcționare și factorii de mediu (personali și de mediu). Și aceasta este tocmai paradigma de interes pentru medicii de medicină fizică și de reabilitare (MFR), deoarece accentul intervenției nu este doar motivul etiologic al bolii, ci și consecințele sale asupra funcționării individului. Acest model este mai relevant pentru descrierea și analiza afecțiunilor cronice și a tratamentului acestora, deoarece consideră situația dizabilității ca fiind o neconcordanță între individ, mediu și dorințele (proiectele) sale personale. Intervențiile terapeutice nu au ca scop vindecarea pacientului doar prin tratarea bolii și a afecțiunilor, ci vizează reducerea limitărilor de activitate și restricțiile de participare. Prin urmare, acțiunile MFR se concentrează asupra a trei obiective: (1) individul, prin promovarea nu numai a procesului de reparație (boala și deficiențele), ci și a proceselor compensatorii (compensație intrinsecă - dezvoltată de persoană sau extrinsecă - cu dispozitive externe); (2) mediul (fizic, personal, profesional etc.); și (3) proiectele individuale (educație, muncă, viață personală și socială) care vor fi modificate și adaptate.

Specialitatea medicală a MFR a adoptat clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF), elaborată de Organizația Mondială a Sănătății. Această clasificare include o nouă abordare a persoanelor cu handicap, o abordare multidimensională. Un exemplu de aplicare a acestei abordări este identificarea unei leziuni (etiologie) folosind tehnici imagistice moderne, care permit vizualizarea detaliilor țesutului rănit și identificarea structurilor nedeteriorate care ar putea fi utilizate în procesul de reabilitare. (1) Pentru medicul MFR, provocarea este de a lua în considerare aceste constatări pentru a propune metode de reabilitare care ar putea favoriza plasticitatea și regenerarea. (2) Al doilea aspect este evaluarea diferitelor structuri și funcții ale corpului, utilizând examinarea clinică și scalele de evaluări selective. Pentru medicul MFR, un obiectiv este măsurarea gravității afectării și realizarea unor corelații precise între deficiențe și leziunile subiacente. Această abordare anatomico-clinică este deosebit de importantă în tulburările musculo-scheletice și neurologice, precum și în pierderile cognitive datorate leziunilor focale. (3) Al treilea aspect este evaluarea limitărilor de activitate. Acestea se află în centrul MFR, care consideră că abilitățile rămase ale persoanelor cu dizabilități sunt mai importante decât deficiențele din structurile și funcțiile corpului. Aceasta este o viziune mai pozitivă, care se bazează pe activitatea însăși. (4) Al patrulea nivel corespunde evaluării consecințelor sociale ale prejudiciului sau ale bolii. În acest context, termenii „dezavantaj” și „handicap” utilizați anterior au fost înlocuiți cu termenul mai pozitiv de participare, plasând pacientul în contextul vieții sale personale, profesionale și sociale.



CIF constituie, de asemenea, un bun model pentru strategiile de reabilitare. Dimensiunile CIF se pot referi la obiective distincte sau la măsuri de recuperare. „Afectarea structurii corpului” poate corespunde posibilității de a stimula structurile nedeteriorate cu o tehnică sau un tratament care stimulează capacitățile de plasticitate. „Afectarea funcției corpului” se poate referi la recuperarea unei funcții, cum ar fi forța, coordonarea sau dexteritatea în cazul funcției motorii, discriminarea sau identificarea în cazul funcției senzoriale; și planificarea, înțelegerea verbală, memorarea pentru funcțiile cognitive. „Limitarea activității” se poate referi la reducerea dizabilității și la posibila generalizare a recuperării funcționale la alte activități și la depășirea limitării activității prin compensare.

„Restricția de participare” corespunde reducerii dezavantajului prin intervenții sociale bazate pe recunoaștere și incluziune, având în vedere factorii personali și de mediu. Trebuie luată în considerare „factorii contextuali” și rolul lor posibil de facilitatori și/sau bariere. În contextul CIF, trebuie să se considere, de asemenea, că dezvoltarea capacității nu corespunde neapărat performanței finale a pacientului, care ar trebui, în orice caz, să fie obiectivul final al acțiunii PMR.



Această abordare multidimensională a bolii și consecințelor acesteia pentru diagnostic, tratament și reabilitare consolidează acceptarea faptului că MFR poate fi considerată o medicină a persoanei umane în complementaritate cu medicina sau specialitățile organelor.

Sursa: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance (2018).

În sondajul de opinie Q3B,⁵⁶⁰ peste 80% dintre membrii CEPAH declară că știu cum este numit reprezentantul ONG-urilor în cadrul CEPAH. În cele mai multe cazuri, „este numit pur și simplu de către Consiliul Județean.” Aproximativ jumătate dintre aceștia consideră că acest mecanism ar trebui menținut. Cealaltă jumătate consideră că ar trebui modificat, de exemplu, prin utilizarea unor criterii obiective de selecție, a unui proces deschis de selecție sau a unui sistem anual de rotație a diferitelor ONG-uri active în cadrul județului.

De asemenea, peste 85% dintre membrii CEPAH afirmă că au cunoștință de rolul și responsabilitățile specifice pe care reprezentantul ONG-urilor le are în prezent în cadrul CEPAH. În plus, 73% dintre ei consideră că reprezentantul ONG-urilor în CEPAH reprezintă și promovează în mod adecvat drepturile persoanelor cu dizabilități din județul lor (oferind un scor mediu de 8,3, pe o scală de la 1 la 10).⁵⁶¹ Cu toate acestea, peste jumătate dintre membrii CEPAH ar schimba rolul specific al reprezentantului ONG-ului în două moduri: Introducerea „unei proceduri exprese de raportare a cazurilor de încălcare a drepturilor sau a problemelor, în special a celor care ar trebui să ducă la modificări ale reglementărilor în vigoare”⁵⁶² sau impunerea de a selecta doar asistenții sociali înscriși pe lista Colegiului Național al Asistenților Sociali din România din partea ONG-urilor acreditate în prestarea serviciilor sociale.⁵⁶³

Majoritatea ONG-urilor intervievate subliniază că mecanismul de numire a reprezentantului ONG-urilor în cadrul CEPAH nu este transparent. Unii dintre ei nici nu știu cine este reprezentantul ONG-urilor din județul lor. În opinia lor, reprezentanții ONG-urilor din CEPAH „tind să facă o confuzie de rol și uită că ar trebui să urmărească și să garanteze în primul rând respectarea drepturilor persoanelor cu dizabilități și să se asigure că vocile lor sunt auzite.”⁵⁶⁴ Nu a existat niciodată un caz în care reprezentantul ONG-urilor din CEPAH să semnaleze o încălcare a

drepturilor în procesul de încadrare în grad și tip de handicap și pentru care ONG-uri să fi fost implicate în soluționarea sau remedierea situației, conform răspunsurilor tuturor președinților CEPAH (în studiul instituțional Q3A). Aceasta înseamnă fie că procesul decizional funcționează perfect, fie că mecanismul de reprezentare prin intermediul unui reprezentant al ONG-urilor nu funcționează deloc.

Volumul de muncă CEPAH

În ceea ce privește volumul de muncă a membrilor CEPAH, Figura 65 arată că nu există o corelație între numărul total de dosare evaluate și numărul total de ședințe CEPAH (ordinare și extraordinare) pentru încadrarea în grad de handicap. În consecință, indiferent de numărul de dosare, numărul total de ședințe CEPAH pe lună variază considerabil între județe, între 4 și 21, atât în perioada pre-COVID, cât și în 2020, așa cum arată și analiza din capitolul 5.⁵⁶⁵

Membrii CEPAH (inclusiv președintele) au dreptul la o indemnizație de ședință echivalentă cu 1% din indemnizația președintelui consiliului județean, respectiv a primarilor sectoarelor municipiului București⁵⁶⁶ care variază substanțial între județe, de exemplu între 100 lei (în GL și HD) și 187 lei (în DB). În consecință, există discrepanțe între județe cu privire la sumele plătite membrilor CEPAH. Creșterea aleatorie a numărului de ședințe CEPAH organizate pe lună nu compensează, ci adâncește discrepanțele existente, după cum arată Tabelul 14 de mai jos.

Cu excepția președintelui,⁵⁶⁷ ceilalți membri ai CEPAH au cel puțin un loc de muncă cu normă întreagă în afară de activitățile lor în CEPAH. Astfel, conform reglementărilor în vigoare, membrii CEPAH dețin contracte de muncă cu normă parțială de 2-3 de ore pe zi pentru activitatea lor în cadrul comisiei. Deci, măcar teoretic, aceștia alocă pentru activitățile CEPAH până la 50-60 de ore pe lună.⁵⁶⁸

560 Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=65), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

561 Cu o abatere standard sub 2,2. Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=48 răspunsuri valabile), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

562 Extras dintr-un chestionar Q3A.

563 Cealaltă jumătate dintre membrii CEPAH consideră că rolul concret și responsabilitățile pe care le are reprezentantul ONG-urilor în cadrul CEPAH ar trebui păstrate așa cum sunt în prezent.

564 Interviu cu un ONG național.

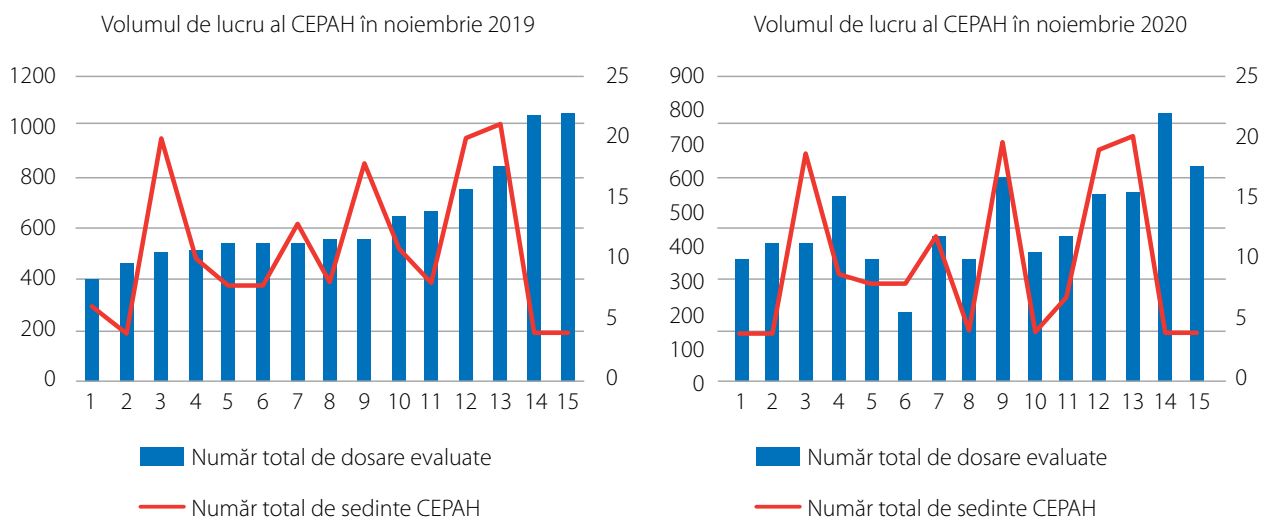
565 Cu un număr mediu de 11 întruniri, în noiembrie 2019, respectiv 10, în noiembrie 2020.

566 Legea nr. 136/2012 pentru aprobarea OUG nr. 84/2010 care completează și modifică Legea nr. 448/2006.

567 Președintele CEPAH face parte din personalul DGASPC, fără a fi funcționar public.

568 Președinții CEPAH au furnizat date cu privire la numărul de ședințe ordinare și extraordinare, durata și numărul de dosare pentru fiecare reuniune (studiul instituțional Q3A). În mai multe județe, estimările lor au depășit cu mult 50-60 de ore pe lună pentru ședințe, ceea ce indică faptul că mulți dintre ei au făcut acest exercițiu pentru prima dată cu prilejul acestei cercetări.

Figura 65: Volumul de muncă CEPAH pe lună



Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 15 județe care au furnizat toate datele necesare, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Județele sunt ordonate în funcție de numărul de dosare pe care CEPAH a trebuit să le evalueze în noiembrie 2019.

Tabel 14: Compararea plăților lunare pentru membrii CEPAH în noiembrie 2020

	Ședințe ordinare (număr)	Indemnizația de ședință (lei/ședință)	Plăți pentru ședințe ordinare (lei)	Ședințe extraordinare (număr)	Indemnizația de ședință (lei/ședință)	Plăți pentru ședințe extraordinare (lei)	Total
Județul 1	4	187	748	0	187	0	748
Județul 2	3	187	561	1	187	187	748
Județul 3	4	100	400	15	100	1500	1900
Județul 4	4	100	400	15	100	1500	1900
Județul 5	4	100	400	0	100	0	400
Județul 6	4	100	400	0	100	0	400

Sursa: Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 6 județe care au furnizat datele necesare, ianuarie-februarie 2021.

Deși numărul mediu de dosare pe ședință variază foarte mult de la un județ la altul (de la 21 la 200),⁵⁶⁹ o împărțire simplă a timpului total disponibil la numărul total de dosare arată că membrii CEPAH au la dispoziție doar între 1,3 și 9 minute (cu o medie de 3,5 de minute) pentru a evalua un dosar.⁵⁷⁰ Mai puțin de 5 de minute reprezintă un timp foarte scurt pentru a lua decizii privind încadrarea în

grad de handicap și serviciile/beneficiile incluse în planurile individualizate (PIRIS), având în vedere că dosarele sunt colecții de multe documente pe suport de hârtie. Din cauza volumului mare de muncă, este de înțeles de ce soluțiile CEPAH sunt aceleași cu recomandările SECPAH pentru peste 90% din dosarele de cerere.

569 Numărul mediu de dosare pe ședință a variat foarte mult de la 25 la peste 250, în noiembrie 2019, respectiv de la 21 la aproape 200, în noiembrie 2020. Numărul mediu de dosare pe ședință a fost determinat ca numărul de dosare evaluate primite de la SECPAH împărțit la numărul de ședințe CEPAH.

570 Estimarea se bazează doar pe estimările valabile furnizate de 8 (din 24) județe.



„Județ 1: Volumul de muncă este foarte mare, avem 800-900 dosare/lună, avem 2 ședințe/săptămână. De 3 ore. Nu se pot instrumenta dosarele numai în aceste ședințe. Toată lumea instrumentează dosarele, dar pentru a face față volumului de muncă, eu ca președinte, fiind aici 8 ore/zi, instrumentez dosarele. Tot ce este deosebit, mă consult cu colegii. Avem multe dosare returnate către SECPAH. Când am văzut dosarele, se ia o decizie, iar secretara comisiei dactilografiază și dosarele trec apoi la fiecare membru pentru semnare. În cazul opiniilor contradictorii, discutăm constructiv, mai ales pe dosarele pe psihic și atunci discutăm cu psihologul, cu SECPAH, ajungem la o concluzie. Aducem argumentele în discuție dincolo de partea emoțională și luăm hotărârea pe loc. Avem și întâlniri de lucru cu SECPAH, de obicei, o ședință pe lună.” (Focus grup CEPAH 1)

9.3.2. Formarea/Instruirea personalului CEPAH

Instruirea personalului CEPAH este foarte limitată. În eșantionul de 24 CEPAH-uri, doar 2 județe au un plan de formare continuă pentru membri. În ultimii trei ani (2018-2020), doar o singură CEPAH a organizat o sesiune de formare a echipei cu privire la colaborarea dintre membrii comisiei, funcționarea și îndatoririle acestora și numai două CEPAH au organizat o sesiune de formare a echipei cu privire la tratarea unor cazuri specifice. Dintre cei 120 de membri ai celor 24 CEPAH studiate, doar 8 specialiști (din 4 județe) au participat la cel puțin o sesiune de formare privind utilizarea criteriilor medico-psihosociale, doar 2 persoane (din 2 județe) au participat la un schimb de practici, și doar 10 membri (din 5 județe) au participat la o formare pe tema Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD). În 2020, numai 7 membri CEPAH din 3 județe au beneficiat de cel puțin o sesiune de formare, indiferent de tipul de formare.

Personalul CEPAH are cunoștințe limitate despre abordarea modernă a dizabilității și despre Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF). Din 120 de membri, doar 8 (din 8 județe) au participat vreodată la o formare privind CIF. Potrivit autoevaluării membrilor CEPAH, cunoștințele acestora cu privire la CDPD se află la nivelul 7,7 și cu privire la CIF sunt de 5,8, pe o scală de la 1 la 10.⁵⁷¹ De asemenea, în sondajul de opinie Q3B, membrii CEPAH definesc formarea insuficientă, în special în ceea ce privește CIF, CDPD și modul de utilizare a criteriilor medico-psihosociale, ca fiind principala

lor problemă, și menționează ca prioritate nevoia de schimb de experiență și activități de team building. În opinia lor, necesitatea formării privind CIF se situează la nivelul 8-9 (pe o scală de la 1 la 10), nu numai pentru ei, dar și pentru echipele SECPAH, precum și SPAS urbane și rurale.

S-a subliniat deja slaba colaborare a CEPAH cu ONG-urile care reprezintă persoanele cu dizabilități (doar 9 județe din 24 colaborează frecvent cu măcar un ONG). În plus, în ceea ce privește transferul de cunoștințe, doar jumătate dintre membrii CEPAH cunosc analize, rapoarte și activități de diseminare privind protecția persoanelor cu handicap, care să și recomande măsuri de îmbunătățire a condițiilor de viață ale acestora, elaborate de ONG-urile din județ sau la nivel național. Cu toate acestea, chiar și membrii informați consideră că astfel de activități au avut o relevanță și o utilitate reduse pentru activitatea CEPAH (un scor mediu sub 5, pe o scală de la 1 la 10).⁵⁷²

9.3.3. Secretariatul CEPAH

Secretariatul CEPAH este asigurat de personal DGASPC.⁵⁷³ În două județe nu există secretariat CEPAH, în timp ce în celelalte județe acesta cuprinde între 1 și 9 de persoane numite prin ordin al directorului DGASPC. Numărul de angajați desemnați în secretariatul CEPAH nu este corelat nici cu dimensiunea populației de persoane cu handicap oficial înregistrate în județ, nici cu numărul de dosare depuse pentru evaluare și nici cu numărul de specialiști angajați în SECPAH (Figura 66). În același timp, unii președinți ai CEPAH evaluează că un secretariat de 1-3 persoane este suficient pentru funcționarea eficientă a comisiei, în timp ce alții îl

571 Cu valori de abatere standard de 1,6 și, respectiv, 2,5. Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=55 răspunsuri valabile), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

572 Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=65), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

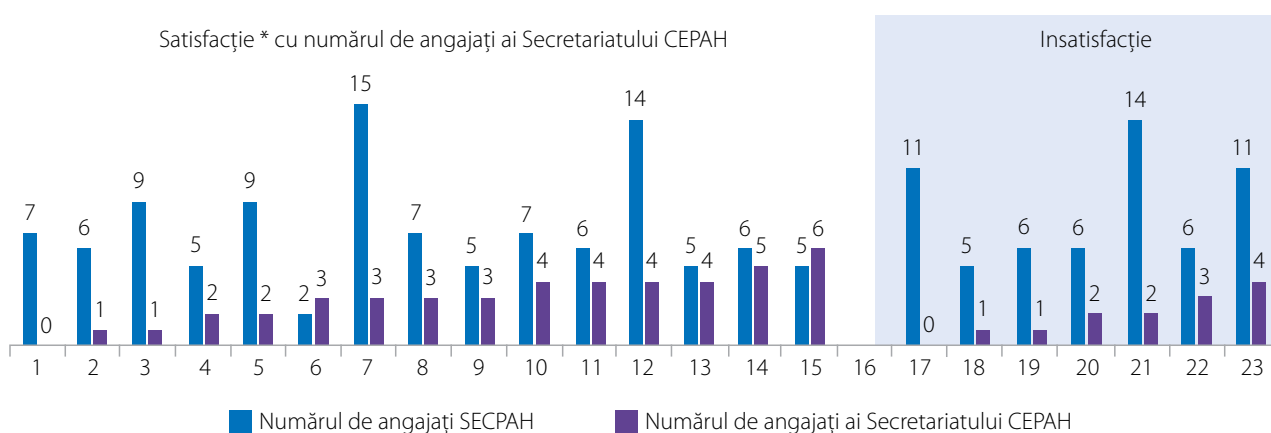
573 Legea nr. 136/2012 pentru aprobarea OUG nr. 84/2010 care completează și modifică Legea nr. 448/2006/ art. 8, alin. 4 din HG nr. 430/2008.

consideră prea mic pentru a asigura o funcționare corespunzătoare.

Secretariatul CEPAH are atribuții atât în raport cu solicitanții/beneficiarii, cât și cu comisia, așa cum am menționat deja în secțiunea 1.2.1. Indiferent de numărul de angajați, în jumătate din județe, Secretariatul CEPAH are atribuții suplimentare. În toate județele, acesta face legătura cu agențiile de plată prin trimiterea listei beneficiarilor (persoane

pentru care CEPAH a decis încadrarea în grad și tip de handicap) imediat după eliberarea certificatelor de handicap. În plus, în funcție de județ, secretariatul administrează și baza de date (aplicația software), comunică cu birourile de statistică din diverse instituții, introduce date în Registrul Electronic Național (al ANDPDCA), gestionează poșta, răspunde la petiții și notificări și/sau asigură arhivarea și stocarea dosarelor beneficiarilor.

Figura 66: Numărul de angajați ai SECPAH și ai Secretariatului CEPAH din județe selectate, în funcție de satisfacția * față de numărul de angajați ai Secretariatului CEPAH (număr)



Surse: (1) Studiul instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), ianuarie-februarie 2021. (2) Studiul instituțional Q3C: Indicatorii de rezultat ai procesului de determinare a gradului de handicap pentru Secretariatul CEPAH, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Graficul arată situația din 22 județe selectate care au furnizat toate datele necesare. * Satisfacția = Președintele CEPAH și/sau Secretariatul CEPAH a răspuns că personalul existent este suficient numeric pentru o funcționare eficientă a Secretariatului CEPAH. Insatisfacție = Personalul existent este raportat a fi insuficient numeric.

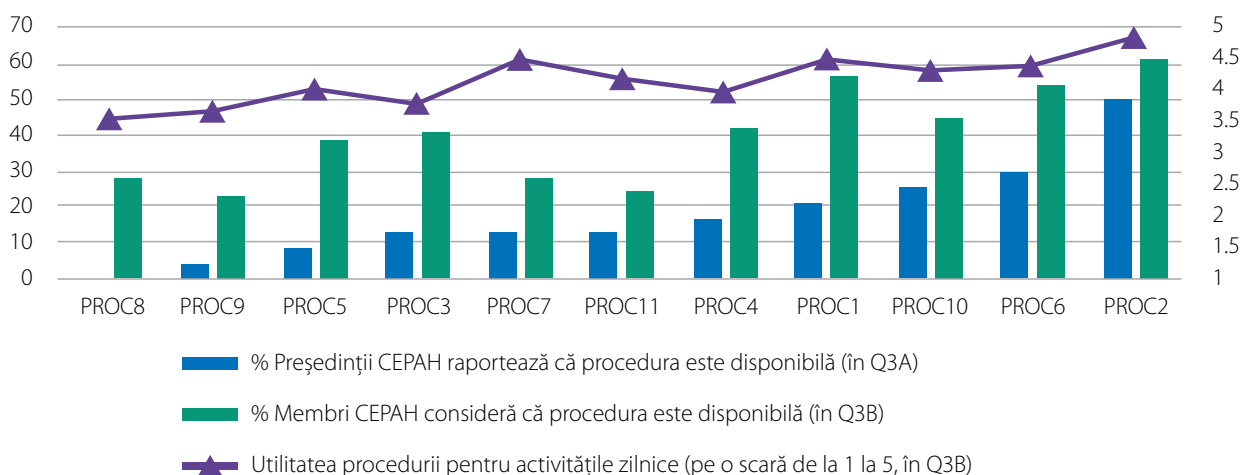
9.3.4. Proceduri de determinare a gradului de handicap: O privire de ansamblu

Nu există o abordare unitară privind încadrarea în grad de handicap în întreaga țară deoarece procedurile de lucru specifice determinării sunt dezvoltate în foarte puține județe (capitolul 5) La nivelul CEPAH, cercetarea realizată pentru acest raport s-a concentrat asupra unui pachet de 11 de proceduri,⁵⁷⁴ care au fost discutate în capitolele anterioare. Imaginea de ansamblu din Figura 67 relevă însă zonele cele mai deficitare în ceea ce privește procedurile de lucru ale CEPAH. În primul rând, 30% din CEPAH studiate nu au nicio

procedură dintre cele luate în considerare, în timp ce alte 50% au 1-3 dintre aceste proceduri. În al doilea rând, în majoritatea cazurilor, procedurile de lucru existente sunt secțiuni ale procedurii generale CEPAH, care reproduc legislația existentă fără nicio clarificare sau elemente noi/specifice/suplimentare. În al treilea rând, există diferențe între datele factice raportate de președinții CEPAH și percepțiile membrilor CEPAH referitoare la procedurile de lucru, ceea ce indică faptul că majoritatea membrilor CEPAH au cunoștințe limitate cu privire la procedurile care le ghidează activitatea în cadrul CEPAH.

⁵⁷⁴ A douăsprezecea procedură privind eliberarea certificatului de handicap pentru aplicarea dispozițiilor art. 58 sau 59 din Legea nr. 263/2010 privind sistemul public de pensii a fost inclusă în chestionarul Q3A, dar nu și în Q3B.

Figura 67: Proceduri de lucru (% din CEPAH, % din membrii CEPAH și scorul mediu de utilitate)



Legendă: Procedură de lucru aprobată referitoare la

- PROC1. Modul în care se stabilesc dosarele care intră într-o anumită ședință CEPAH
- PROC2. Asigurarea protecției datelor cu caracter personal
- PROC3. Pentru situațiile în care evaluarea din raportul medicului specialist nu corespunde evaluării medicului (medicilor) din CEPAH pe baza documentelor conținute în dosar.
- PROC4. Pentru situațiile în care documentele medicale au concluzii/diagnostice vagi sau neclare sau concluzii/diagnostice inconsecvente (atunci când sunt solicitate sau când două sau mai multe referate sunt furnizate de medici specialiști diferiți)
- PROC5. Pentru situația în care membrii CEPAH au suspiciuni cu privire la acuratețea documentelor medicale

- PROC6. Modul de încadrare în grad și tip de handicap
- PROC7. Pentru situațiile în care membrii CEPAH nu sunt de acord cu încadrarea în grad și tip de handicap într-un caz
- PROC8. Participarea solicitanților la ședințele CEPAH
- PROC9. Pentru situațiile în care, în urma consultării pentru PIRIS, solicitantul nu este de acord cu reprezentantul său
- PROC10. Internarea în centre rezidențiale sau de zi publice a persoanelor cu certificate valabile timp de 1 sau 2 ani.
- PROC11. Punerea în aplicare a PIRIS/PIS și ce trebuie făcut dacă nu sunt puse în aplicare

Surse: (Pentru barele albastre) Studiu instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 22 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021. (Pentru barele verzi și linia mov) sondaj de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=65), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

În cazul CEPAH, majoritatea procedurilor examinate sunt considerate utile și ar trebui dezvoltate. Potrivit membrilor CEPAH, oarecum mai puțin importante par a fi doar procedura privind participarea solicitanților la ședințele CEPAH (PROC8) și procedura pentru situațiile în care, în urma consultării pentru PIRIS, solicitantul nu este de acord cu reprezentantul său (PROC9).

9.3.5. Managementul datelor și sistemul informatic al CEPAH

După finalizarea evaluării gradului de handicap de către SECPAH, dosarele sunt transmise către CEPAH pentru încadrarea în grad de handicap. În toate județele, dosarele sunt în mare parte pe suport de hârtie. Doar trei județe au cel puțin o parte din

documente și în format electronic. Secretariatul CEPAH înregistrează și gestionează dosarele în timpul fazei de determinare a handicapului. După ce CEPAH decide, secretariatul emite și trimite solicitanților certificatul de handicap (cu încadrare sau fără încadrare în grad și tip de handicap). După eliberarea certificatelor de handicap, fie secretariatul CEPAH (în 60% din județe), fie SECPAH (în 40% din județe) gestionează și arhivează dosarele. Astfel, întregul proces se bazează pe hârtie. La finalul acestui proces, doar 4 județe (MH, DJ, TL și GJ) au toate documentele transferate și stocate electronic. De asemenea, doar aproximativ jumătate din județe au o procedură aprobată (sau un paragraf în procedura generală) pentru a asigura protecția datelor cu caracter personal (PROC2 în Figura 67).

Gestionarea datelor este foarte fragmentată nu

numai între județe, ci și în interiorul acestora. În cele mai multe județe, CEPAH folosește împreună cu SECPAH aceeași „bază de date cuprinzătoare” a cetățenilor adulți cu un certificat de handicap din județul lor. Însă, în trei județe, CEPAH și SECPAH dețin baze de date separate, în timp ce în alte județe doar SECPAH (sau doar CEPAH) înregistrează date într-o astfel de bază de date. Astfel, datele consolidate din cele trei studii instituționale⁵⁷⁵ arată cu privire la aplicația software următoarele: (1) aproximativ 15% din județe nu dispun de niciun software pentru evaluarea și determinarea dizabilității; (2) aproximativ o treime din județe au un software care este utilizat atât de SECPAH, cât și de Secretariatul CEPAH; și (3) mai mult de jumătate dintre județe au programe informatice care, însă, sunt utilizate exclusiv de SECPAH sau de Secretariatul CEPAH. Cel mai răspândit software la nivelul SECPAH/CEPAH este SeeSoft D-Smart care se bazează pe introducerea manuală a datelor. Registrul electronic național (al ANDPDCA) nu este un instrument de lucru pentru SECPAH/CEPAH, ci reprezintă doar o bază de date în care fiecare județ trebuie să introducă un set pre-definit de indicatori.

Calitatea datelor din bazele de date existente este destul de slabă. Din 47 de CEPAH-uri din România, secretariatele CEPAH din 27 au răspuns la sondajul Q3C,⁵⁷⁶ care a solicitat o serie de interogări ale bazei de date județene. Numărul de non-răspunsuri este foarte mare. Mai jos, oferim câteva exemple de indicatori care nu pot fi extrași din bazele de date existente în majoritatea județelor.

Comisiile de evaluare utilizează datele colectate prin evaluări mai puțin decât SECPAH. Peste 80% din CEPAH elaborează un raport anual sau trimestrial de monitorizare și evaluare, dar doar 20% îl fac public.⁵⁷⁷ De asemenea, mai puțin de o cincime utilizează datele pentru documentarea politicilor publice relevante pentru persoanele cu dizabilități sau pentru identificarea nevoilor de servicii sociale. Cu alte cuvinte, doar o mică parte din informații sunt disponibile în format electronic, în timp ce restul documentelor și rapoartelor nu pot fi regăsite cu ușurință. Comisiile nu implică reprezentanți ai persoanelor cu dizabilități în analiza datelor colectate.

Indicator: În județul/sectorul Dvs., în conformitate cu registrele Secretariatului CEPAH, care a fost pentru noiembrie 2020 ...



Au oferit date ...

Numărul total de certificate de orientare profesională emise?	8 județe
Numărul de certificate de handicap emise pentru bărbați/femei din zonele rurale/urbane?	11 județe
Numărul de certificate de handicap eliberate pentru persoanele din mediul rural/urban cu o perioadă de valabilitate de 1 an, 2 ani sau permanentă?	10 județe
Numărul de certificate de handicap emise pentru persoanele cu vârsta peste 65 ani?	18 județe
Numărul de certificate de handicap emise pentru bărbați/femei de 65+ ani?	15 județe
Numărul de certificate de handicap emise pentru persoanele cu vârsta de peste 65 ani care locuiesc în zonele rurale/urbane?	8 județe
Numărul de certificate de handicap eliberate pentru tinerii cu vârsta de 18-20 ani?	17 județe
Numărul de certificate de handicap emise pentru bărbați/femei de 18-20 ani?	15 județe
Numărul de certificate de handicap emise pentru persoanele cu vârsta de 18-20 ani care locuiesc în zonele rurale/urbane?	9 județe
Numărul total de certificate de handicap eliberate pentru persoanele instituționalizate (cu măsură de protecție), indiferent de tipul de serviciu în care se află (centre, locuințe protejate etc.)?	6 județe
Numărul de certificate de handicap eliberate pentru persoanele cu handicap care se află în familie, din mediul urban/rural?	1 județ
Numărul de certificate de handicap emise pentru bărbați/femei cu handicap care se află în familie?	2 județe

575 Q2A_SECPAH, Q3A_CEPAH și Q3C_Secretariatul CEPAH.

576 Studiul instituțional Q3C: Indicatori de rezultat ai procesului de determinare a gradului de handicap pentru Secretariatul CEPAH, din 25 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

577 Studiul instituțional Q3A: Date factuale și indicatori privind activitatea Comisiilor de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) din 22 județe și 2 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Indicator: În județul/sectorul Dvs., în conformitate cu registrele Secretariatului CEPAH, care a fost pentru noiembrie 2020 ...**Au oferit date ...**

Numărul de certificate de handicap emise pentru persoanele cu handicap din orice grupă de vârstă care se află în familie?	2 județe
Numărul de certificate de handicap eliberate pentru persoane aflate în închisoare?	3 județe
Numărul de certificate de handicap emise pentru persoane internate în spitale psihiatrice?	2 județe
Numărul de certificate de handicap eliberate pentru persoane fără adăpost	Zero județe
Numărul de certificate de handicap emise pentru persoane nedeplasabile	Zero județe
Numărul de certificate de handicap eliberate pentru persoane aflate sub tutela autorității locale (care fac obiectul unei hotărâri judecătorești privind protecția judiciară a adulților incapabili care desemnează autoritățile locale în calitate de tutore)	Zero județe

9.3.6. Resurse materiale

Din punctul de vedere al Secretariatului CEPAH, spațiul de birouri, spațiul de stocare, precum și calculatoarele sunt satisfăcătoare pentru o funcționare eficientă.⁵⁷⁸ Nevoile lor se referă la mai multe imprimante și consumabile de birou. Jumătate dintre membrii CEPAH intervievați raportează necesitatea unui spațiu mai mare

pentru ședințele comisiei, mai multe computere, imprimante și nevoia de operatori de date.⁵⁷⁹ În șapte județe, solicitanții/beneficiarii își pot consulta dosarele, la cerere, după ce CEPAH finalizează încadrarea în grad de handicap, dar numai două județe beneficiază de un spațiu dedicat acestui scop.

578 Mai puțin de un sfert au menționat aceste aspecte ca fiind problematice. Studiul instituțional Q3C: Indicatori de rezultat ai procesului de determinare a gradului de handicap pentru Secretariatul CEPAH, din 25 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.

579 Cealaltă jumătate spune că au tot ce au nevoie. Sondajul de opinie Q3B: Practicile și experiențele membrilor CEPAH (N=65), din 24 județe și 2 sectoare ale Bucureștiului, ianuarie-februarie 2021.



Concluziile capitolului 9

Serviciile de evaluare complexă în vederea încadrării persoanelor adulte în grad și tip de handicap (SECPAH) și Comisia de evaluare corespunzătoare (CEPAH), la nivel județean, alături de serviciile publice de asistență socială de la nivel comunitar (SPAS) reprezintă principalii actori instituționali implicați în evaluarea și determinarea gradului de handicap pentru adulții din România.⁵⁸⁰

1

SPAS: În România, în prezent, doar aproximativ o treime din autoritățile locale au un serviciu public de asistență socială (SPAS) la nivel local, acreditat conform legii. În SPAS urbane, personalul implicat în activități de asistență socială este mai numeros, cu 1-10 angajați în orașele mici și 3-59 angajați în orașele mari, în timp ce în SPAS rurale, personalul scade la una sau două persoane. Structura orientativă a personalului SPAS, conform HG nr. 797/2017,581 este doar parțial implementată. Cel mai mare deficit este înregistrat în ceea ce privește persoanele responsabile cu furnizarea de servicii sociale și managerii de caz/ responsabilii de caz pentru copiii și adulții cu handicap care trăiesc în familii. Volumul de muncă în domeniul asistenței persoanelor cu dizabilități variază de la o localitate la alta.

2

SECPAH:⁵⁸² Numărul de specialiști angajați pe fiecare SECPAH variază între 5 și 22. Analiza a arătat că numărul de specialiști angajați în SECPAH este o decizie a Consiliului Județean bazată pe considerente de ordin bugetar și mai puțin prin raportare la numărul persoanelor cu handicap înregistrate oficial la nivel județean. Personalul SECPAH cuprinde în principal femei, cu vârste cuprinse între 22 și 68 de ani, absolvenți de învățământ terțiar, din care o mare parte cu studii postuniversitare. Doar câteva SECPAH respectă structura personalului prevăzută la art. 49 din HG nr. 268/2007 privind specializările. Specialiști precum psihopedagogii, kinetoterapeuții, instructorii de educație și pedagogii de recuperare reprezintă proporții foarte mici din totalul personalului SECPAH și se găsesc într-un număr mic de județe. Structura incompletă a personalului afectează modul în care SECPAH-urile efectuează evaluarea, iar cea mai mare parte a SECPAH-urilor din țară nu pot oferi o evaluare completă, așa cum este prevăzut în legislația aflată în vigoare.⁵⁸³

Volumul de muncă per membru SECPAH variază semnificativ în funcție de specializarea membrului respectiv, cel mai mare volum de muncă fiind înregistrat pentru medicii de specialitate. Volumul de muncă pe specialist SECPAH a scăzut considerabil în timpul pandemiei COVID-19, cu o variație semnificativă între județe. Scăderea numărului de dosare evaluate, dar și schimbarea practicilor de efectuare a evaluării (prin reducerea numărului de evaluări la domiciliu și creșterea proporției de evaluări bazate pe analiza documentelor, eventual însoțită de telefon, WhatsApp sau Skype, atunci când este posibil) au fost principalele cauze ale acestei modificări. Cu toate acestea, volumul de muncă a rămas relativ ridicat, ceea ce, împreună cu distribuția distorsionată a sarcinilor între membrii echipei, afectează puternic

580 Serviciile de evaluare complexă și comisia de protecție a copilului (SECC și CPC) nu sunt acoperite, deoarece nu au fost colectate date în acest sens.

581 Articolul 4, alin. (2).

582 În România, există 47 de servicii pentru evaluare complexă în vederea încadrării în grad și tip de handicap a persoanelor adulte (SECPAH). Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) asigură aceste servicii în toate cele 41 de județe și 6 sectoare din București.

583 Mai multe informații sunt disponibile în capitolul 4.

3

modul în care se realizează evaluarea pe baza criteriilor medico-psihsociale. Principala problemă legată de resursele umane este nevoia de personal suplimentar. Numărul insuficient de medici specialiști a fost menționat cel mai frecvent, urmând psihopedagogii și kinetoterapeuții. În plus, mulți respondenți au amintit arhivarii profesioniști, persoană specializată în servicii sociale, secretarii, sau operatorii de date.

CEPAH:⁵⁸⁴ Majoritatea CEPAH-urile studiate respectă reglementările actuale privind componența.⁵⁸⁵ Experiența medie a membrilor în cadrul CEPAH de aproximativ 7 ani indică faptul că majoritatea comisiilor sunt alcătuite din echipe stabile. În toate județele studiate, CEPAH include un reprezentant al ONG-urilor ca membru. În unele județe, reprezentanții ONG își limitează implicarea în cadrul CEPAH la solicitanții cu tipul de handicap specific deservit de acel ONG (numai cei cu deficiențe de vedere sau doar cei cu deficiențe de auz). Mecanismul de numire a reprezentantului ONG în cadrul CEPAH nu este transparent. Schimbarea mecanismului de numire și a rolurilor și responsabilităților specifice ale reprezentantului ONG-urilor ar putea îmbunătăți procesul decizional de încadrare în grad de handicap și rezultatele acestuia.

În două județe nu există secretariat CEPAH, în timp ce în celelalte județe acesta cuprinde între 1 și 9 de persoane numite prin ordin al directorului DGASPC. Numărul de angajați desemnați în secretariatul CEPAH nu este corelat nici cu dimensiunea populației persoanelor cu handicap înregistrate în județ, nici cu numărul cererilor/dosarelor pentru evaluare și nici cu numărul de specialiști angajați în SECPAH.

În ceea ce privește volumul de muncă a membrilor CEPAH, nu există o corelație între numărul total de dosare și numărul total de ședințe CEPAH (ordinare și extraordinare) pentru desfășurarea procesului de determinare a dizabilității. Creșterea aleatorie a numărului de ședințe practicate în unele județe nu compensează, ci adâncește discrepanțele existente. Din cauza volumului ridicat de muncă, CEPAH ia decizii privind încadrarea în grad de handicap și serviciile/beneficiile incluse în planurile individualizate (PIRIS) în mai puțin de 5 minute, în medie pe dosar, în condițiile în care dosarele conțin documente diverse și numeroase, pe suport de hârtie. În consecință, soluțiile CEPAH sunt aceleași cu recomandările SECPAH pentru peste 90% din dosarele de cerere.

4

Expertiza tehnică: În vederea unei schimbări de paradigmă de la abordarea medicală la cea holistică, combinația actuală de expertiză tehnică nu este aliniată la clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF), nici la nivelul CEPAH și nici la nivelul SECPAH. Medicii de familie și medicii de medicină generală predomină, în timp ce specialiștii în expertiza medicală a capacității de muncă și medicii de medicină fizică și de reabilitare (MFR) sunt foarte puțini. Prezența într-o mai mare măsură a acestor specialiști ar fi benefică pentru îmbunătățirea utilizării instrumentelor de evaluare complexă, precum și pentru recomandarea unor servicii/beneficii optime pentru persoanele cu handicap.

584 În România, 47 de Comisii de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPAH) operează în toate cele 41 județe și șase sectoare din București. CEPAH sunt organisme specializate, fără personalitate juridică, atașate Consiliului Județean și Consiliului local al sectoarelor din București.

585 Legea nr. 448/2006, art.85 (4) și HG nr. 430/2008.

5

Formarea personalului: Formarea personalului este foarte redusă la toate nivelurile, SPAS, SECPAH, și CEPAAH. La nivelul SPAS, doar 6 persoane (din 478) au beneficiat de formare în legătură cu rolul și responsabilitățile SPAS pentru încadrarea în grad și tip de handicap. Doar 3 angajați au fost instruiți cu privire la modul de completare a modelului cadru⁵⁸⁶ pentru ancheta socială obligatorie pentru evaluarea gradului de handicap al persoanelor adulte. Prin urmare, formarea și mentalitatea actuală a specialiștilor de la nivel local nu favorizează schimbarea și ar putea constitui o barieră pentru reformarea sistemului. Formarea la nivelul SPAS este esențială pentru promovarea oricărei schimbări sistemice.

Formarea privind CIF este, de asemenea, extrem de limitată. Din totalul de 478 de angajați ai SPAS-urilor studiate, doar 5 persoane au participat vreodată la cursuri de formare pe tematica CIF. În rândurile CEPAAH, din 120 de membri, doar 8 (din 8 județe) au participat vreodată la o formare privind CIF. Cunoștințele personalului SECPAH despre CIF sunt prea limitate pentru a înțelege pe deplin transformările sistemice care ar veni cu schimbarea paradigmei de la una medicală la una holistică. Prin urmare, sensibilizarea și formarea specialiștilor SECPAH și CEPAAH este hotărâtoare, pentru că ar putea la fel de bine să avanseze reforma sau să ducă la eșecul sau inversarea ei. Specialiștii nu vor putea accepta și aplica în mod corespunzător noile metodologii, instrumente și proceduri dacă nu înțeleg implicațiile schimbărilor prevăzute. În acest scop, ar trebui alocat un buget special pentru formarea personalului, care să țină cont de prețurile actuale de pe piață ale furnizorilor de formare acreditați.

6

Proceduri de lucru: Nu există o abordare unitară la nivel național privind încadrarea persoanelor adulte în grad de handicap. Procedurile de lucru SECPAH pentru evaluarea handicapului sunt doar parțial dezvoltate. Procedurile de lucru insuficient dezvoltate se referă la modul de tratare a cazurilor de neconcordanță între evaluările efectuate de specialiști în afara SECPAH și cele ale specialiștilor SECPAH, la modul de identificare și corectare a cazurilor suspecte de fraudă, la formare și metode de lucru în echipe multidisciplinare, la tranziția de la copilărie la maturitate și la planuri individualizate de intervenție PIS și PIRIS. De asemenea, determinarea gradului de handicap se bazează pe proceduri de lucru specifice în foarte puține județe. În cazul CEPAAH, majoritatea procedurilor examinate sunt considerate utile și ar trebui dezvoltate. Îmbunătățirea procedurilor și instrumentelor de lucru are potențialul de a fi percepută de specialiștii SECPAH și CEPAAH ca o modalitate de creștere a performanței sistemului. Cu toate acestea, ar trebui să fie însoțită și de îmbunătățiri la nivelul personalului.

7

Gestionarea datelor și sistemul informatic: Un sistem de management al informațiilor pentru persoanele adulte cu dizabilități este inexistent, iar automatizarea proceselor este foarte limitată (dacă există). Majoritatea activităților legate de evaluarea gradului de handicap sunt pe suport de hârtie. Pentru a soluționa această lacună, ANDPDCA implementează în prezent un proiect finanțat de UE pentru dezvoltarea unui Sistem Național de Management privind Dizabilitatea.⁵⁸⁷

Aplicațiile software care automatizează funcțiile și procesele cheie, cum ar fi controalele încrucișate, validarea și verificarea, administrarea beneficiilor, administrarea plăților, gestionarea datelor beneficiarului, sunt manuale sau inexistente. În aplicațiile software de evaluare existente, sunt diferențe substanțiale între județe în ceea ce privește tipul de date înregistrate. În multe județe, datele

586 HG nr. 430/2008, Anexa 6.

587 Obiectivul general al proiectului este de a elabora și implementa o platformă națională centralizată pentru colectarea, stocarea și distribuirea informațiilor despre persoanele cu dizabilități (adulți și copii) către autoritățile publice centrale și locale, beneficiari individuali și parteneri instituționali. Mai multe detalii la: <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2019/10/ANUNT-WEb-final-ANPD-v2.pdf>

privind înregistrarea și verificarea inițială a dosarelor de cerere sunt înscrise doar în registre pe suport de hârtie și nu sunt disponibile în format electronic. Datele despre fenomenul de abandon/renunțare la demersul de încadrare pe parcurs sau de refuz de înregistrare a cererii de evaluare nu sunt disponibile. Datele cel mai puțin înregistrate în aplicația software de evaluare se referă la planurile, temerile, speranțele sau dorințele solicitantului despre viața pe care dorește să o trăiască. Calitatea datelor din bazele de date existente este slabă. Majoritatea bazelor de date existente sunt doar liste cu numai câteva caracteristici care permit interogări foarte limitate. Gestionarea datelor este extrem de fragmentată, nu numai între județe, ci și în interiorul acestora (între SECPAH, CEPAH și Secretariatul CEPAH).

8

Utilizarea datelor pentru politicile publice: Datele colectate sunt utilizate pentru raportările interne și, mai rar, pentru documentarea politicilor publice și identificarea nevoilor de servicii sociale relevante pentru persoanele cu dizabilități. La nivel local, unele SPAS nu au date, dar fac politici, în timp ce altele au date solide, dar nu le folosesc pentru formularea politicilor care vizează persoanele cu handicap, însă majoritatea SPAS raportează utilizarea unei abordări participative prin implicarea reprezentanților persoanelor cu handicap în analiza datelor colectate și în definirea politicilor. La nivel județean, rapoartele de monitorizare și evaluare atât ale SECPAH, cât și ale CEPAH sunt rareori difuzate public. Mai puțin de jumătate din SECPAH și mai puțin de o cincime din CEPAH utilizează datele pentru documentarea politicilor publice relevante pentru persoanele cu handicap și doar foarte puține utilizează o abordare participativă.

Accesul și calitatea datelor privind situația persoanelor cu dizabilități în România ar trebui îmbunătățite. Ar trebui lansat un studiu separat pentru a examina modalitățile de creștere a disponibilității și utilizării datelor privind dizabilitatea. Prin urmare, datele naționale și regionale anonimizate și eventual agregate de la SECPAH și CEPAH ar trebui să devină disponibile pentru cercetare și elaborarea politicilor.

La nivel de SECPAH/CEPAH nu este prevăzut niciun specialist în IT, administrare de date sau analiză de date, și nici operatori de date. În lipsa acestor resurse umane și în condiții de volum de muncă foarte mare, gestionarea deficitară a datelor, calitatea scăzută a datelor, precum și slaba utilizarea a acestora sunt rezultate previzibile.

9

Resurse materiale Spațiul de birou și de stocare insuficient și necesitatea echipamentelor (inclusiv imprimante, scanere, telefoane mobile, tablete sau laptopuri) sunt menționate ca fiind un factor esențial care trebuie schimbat pentru îmbunătățirea eficienței, atât la nivel de SECPAH, cât și la nivel de SPAS.



10. Concluzii și recomandări

În ultimii zece ani, au existat încercări de aliniere la CIF a procedurilor și a instrumentelor de evaluare în vederea încadrării în grad și tip de handicap din România, însă succesul lor a fost unul limitat. Și în prezent, încă, instrumentele nu sunt fondate pe dovezi și nu sunt solide din punct de vedere psihometric, iar multe dintre diferitele informații solicitate și folosite în evaluare au un impact nesemnificativ asupra deciziei de încadrare în grad de handicap. În final, în lipsa unor criterii cuantificabile, sistemul permite o evaluare predominant medicală. Sistemul de evaluare a

dizabilității din România ar trebui modificat în scopul eficientizării evaluării și a încadrării în grad de handicap, în concordanță cu cele mai bune practici internaționale. În acest scop, însă, trebuie rezolvate numeroase aspecte importante, cum ar fi îmbunătățirea metodelor și a instrumentelor de evaluare, redefinirea demersului și a procedurilor, creșterea fluxului, a disponibilității și a operabilității datelor, alinierea serviciilor acordate persoanelor cu dizabilități și alinierea capacității și a cunoștințelor evaluatorilor la standardele CIF.

10.1. Provocări și constrângeri pentru adoptarea unei abordări holistice în evaluarea și încadrarea în grad de handicap

1. Provocări privind evaluarea și încadrarea în grad de handicap

Procedura de evaluare și instrumentele utilizate în evaluarea complexă realizată de SECPAH nu sunt aliniate la principiile CIF. Conform acestor principii, procesul de evaluare a dizabilității include atât o componentă medicală, cât și o componentă funcțională, care definesc criteriile și procesul decizional. Potrivit abordării CIF, medicii ar trebui să evalueze afectările funcțiilor și structurilor organismului persoanei solicitante, pe

baza itemilor aferenți categoriilor din cadrul CIF. Cealaltă componentă a procesului decizional ar trebui să vizeze evaluarea limitărilor de activitate și a restricțiilor de participare ale persoanei solicitante, în funcție de factorii personali și de mediu. În mod ideal, un grup de specialiști calificați ar trebui să colaboreze pentru stabilirea și adoptarea principiilor CIF.

588 În acest raport, termenul „certificat” desemnează „certificat de încadrare în grad de handicap”. Orice alt tip de certificat care apare în text este menționat cu denumirea integrală.

Evaluarea complexă realizată de SECPAH este bazată predominant pe criteriile medicale și, în absența unor criterii psihosociale cuantificabile, nu poate surprinde cu fidelitate nici nevoile persoanei și nici restricțiile de participare sau limitările de activitate (evaluarea funcțională). Reglementarea ce cuprinde criteriile medico-psihosociale utilizează terminologia CIF în modul în care sunt organizate capitolele, la nivelul opțiunilor de clasificare și în cadrul componentei „activități/participare”. Dar simpla utilizare a terminologiei CIF nu înseamnă că actualele criterii integrează modelul CIF privind funcționarea și dizabilitatea. Criteriile medico-psihosociale reprezintă, practic, un instrument standard bazat pe metoda baremelor, care a fost extins pentru a include domeniile „activități” și „participare”, precum și abilitățile profesionale. Prin urmare, criteriile existente nu reflectă modul de înțelegere și de operaționalizare a dizabilității promovată de CIF (în sensul de deficiență sau limitare a performanței la nivelul funcționării).

În cadrul criteriilor medico-psihosociale, modul de stabilire a gradului de handicap/deficienței este mai degrabă arbitrar și empiric, deoarece nu are la bază o metodologie solidă din punct de vedere științific – fie bazată pe dovezi, fie pe o formă metodologică robustă de consens. Evaluarea realizată de SECPAH nu ia în considerare toate afecțiunile persoanei în stabilirea gradului de handicap, deși comorbiditățile constituie o situație comună, mai ales în cazul persoanelor vârstnice. Majoritatea instrumentelor folosite în oricare dintre cele șase domenii obligatorii de evaluare⁵⁸⁹ - socială, psihologică, vocațională sau a abilităților profesionale, educațională, a abilităților și a nivelului de integrare socială - nu sunt validate științific pentru evaluarea gradului de handicap și nici nu sunt alinate la cadrul CIF. În practică, echipele SECPAH se bazează în mică măsură, de obicei, pe informațiile furnizate de anchetele sociale, chiar dacă acestea sunt conforme cu modelul cadru standard.⁵⁹⁰

Decizia CEPAH nu diferă de evaluarea complexă efectuată de SECPAH. Încadrarea în grad de handicap se face doar pe baza analizei documentelor, comisiile întâlnind rareori persoanele solicitante. Timpul mediu de care dispun comisiile pentru a lua deciziile, de aproximativ 5 minute pe solicitant, este prea scurt pentru a permite o deliberare corespunzătoare și luarea unei decizii în baza unor informații complexe. În aceste condiții,

este de înțeles de ce soluțiile CEPAH sunt aceleași cu recomandările SECPAH pentru peste 90% dintre dosare. Așadar, procesul poate fi considerat redundant. În plus, în România, spre deosebire de alte țări, încadrarea în grad de handicap este obținută de peste 90% dintre persoanele solicitante. Cu alte cuvinte, în general, pentru a obține certificatul, este suficient să ai o afecțiune medicală relevantă și să îți depui dosarul.

Nu există o abordare unitară a încadrării în grad și tip de handicap la nivelul țării. Procedurile de lucru folosite de SECPAH în evaluarea complexă sunt slab dezvoltate. Deosebit de deficitare sunt procedurile referitoare la gestionarea discrepanțelor dintre evaluările realizate de specialiștii din afara SECPAH și cele ale specialiștilor SECPAH, identificarea și soluționarea suspiciunilor de fraudă, stabilirea activităților de formare și a metodelor de lucru în cadrul echipelor multidisciplinare, gestionarea tranziției de la copil la adult și elaborarea planurilor individualizate de intervenție. De asemenea, încadrarea în grad și tip de handicap ar trebui să fie ghidată de proceduri de lucru specifice ale CEPAH. Însă și acestea sunt disponibile doar în puține județe, deși, în opinia membrilor CEPAH, majoritatea procedurilor testate sunt considerate importante și ar trebui dezvoltate.

Procesul decizional din cadrul SECPAH și CEPAH este lipsit de transparență și este mai puțin participativ decât prevede legea. Absența procedurilor sau a normelor este însoțită de lipsa unor documente privind modul sau motivele pentru care s-au luat anumite decizii și nu li se oferă persoanelor solicitante explicații clare cu privire la încadrarea sau neîncadrarea în grad de handicap. Nu există o procedură uniformă pentru realizarea evaluării complexe de către echipa SECPAH, iar procedurile diferă la nivelul județelor în anumite privințe. În unele județe, fiecare specialist (medic, psiholog, asistent social, psihopedagog) interacționează cu persoana în cauză, evaluarea fiind realizată în baza unor instrumente standardizate, în timp ce în alte județe, o echipă de specialiști SECPAH interviează simultan persoana timp de 5-10 minute, fără să utilizeze instrumente specifice. În cadrul modelului conceptual bazat pe CIF, elementele cheie includ un parteneriat între persoană și furnizorul de servicii. Astfel, indiferent de vârsta sau starea de sănătate a persoanei, furnizorul de servicii ia în considerare rutinile/modul de viață, preocupările, temerile

589 HG nr. 268/2007, art. 48.

590 HG nr. 430/2008, Anexa 6.

și planurile persoanei cu referire la toate sferele de viață (sănătate, educație, muncă și activități sociale). Astfel, din perspectiva CIF, majoritatea instrumentelor folosite în România atât pentru evaluarea și determinarea dizabilității, cât și pentru identificarea nevoilor de servicii sunt încă prea

2. Provoacări privind instituțiile și capitalul uman

În general, SPAS și SECPAH nu au suficient personal specializat, iar dimensiunea CEPAH nu este stabilită în funcție de mărimea populației de persoane cu dizabilități înregistrată oficial în județ. Principala problemă legată de resursele umane o constituie necesitatea suplimentării personalului. Doar aproximativ o treime dintre autoritățile locale dispun, la nivelul localității, de un SPAS acreditat în condițiile legii. Cel mai mare deficit se înregistrează la nivelul persoanelor responsabile de furnizarea serviciilor sociale și la nivelul managerilor de caz și responsabililor de caz pentru adulții și copiii cu dizabilități care trăiesc în familie. Numai câteva SECPAH îndeplinesc cerințele referitoare la specializarea personalului prevăzută în lege. Există chiar și unele SECPAH-uri care au angajate și persoane care nu îndeplinesc cerințele de studii menționate în lege. Specialiștii precum psihopedagogii, kinetoterapeuții, instructorii de educație și pedagogii de recuperare se regăsesc într-un număr mic de județe și reprezintă doar o proporție foarte scăzută din totalul angajaților SECPAH.

Din perspectiva schimbării de paradigmă de la o abordare medicală la una holistică, actuala expertiză tehnică nu este aliniată la CIF nici la nivelul CEPAH, nici și în cadrul SECPAH. Predomină medicii de familie și medicii generaliști,

concentrate pe aspectele medicale, insuficient de participative și bazate pe modele care trebuie revizuite pentru a include resursele persoanei, felul în care dorește să trăiască, și factorii de mediu, pe lângă nevoile identificate prin evaluare.

în timp ce specialiștii în expertiza medicală a capacității de muncă și în medicină fizică și reabilitare (MFR) sunt foarte rari.⁵⁹¹ O prezență mai consistentă a acestor specialiști ar contribui la îmbunătățirea modului de aplicare a instrumentelor de evaluare complexă și la recomandarea unor servicii/beneficii mai adecvate nevoilor persoanelor încadrate în grad și tip de handicap.

Angajații care deserveșc persoanele cu dizabilități au un volum de muncă foarte ridicat, care variază considerabil în funcție de specializare, județ și localitate. Cu toate că volumul de muncă al personalului SECPAH s-a redus în timpul pandemiei de COVID-19, acesta a rămas relativ mare. Volumul de muncă per membru SECPAH diferă semnificativ în funcție de specializarea sa, nivelul cel mai mare înregistrându-se în rândul medicilor de specialitate. În general, volumul de muncă este extrem de mare și la nivelul CEPAH, mai ales că membrii comisiilor au cel puțin un loc de muncă cu normă întreagă în afară de activitățile lor în CEPAH. Discrepanțele între județe sunt marcante și depind atât de numărul persoanelor cu dizabilități din județ, cât și de dimensiunea și componența SECPAH/CEPAH. În mod similar, la nivelul comunităților, volumul de muncă în domeniul asistenței sociale a persoanelor cu dizabilități variază de la o localitate la alta.

3. Provoacări privind interacțiunea cu persoanele solicitante și gestionarea informațiilor

Nu există un sistem de management al informațiilor în domeniul dizabilității, iar procesele nu sunt automatizate la nivelul întregului sistem. Majoritatea activităților legate de evaluarea și încadrarea în grad de handicap se realizează pe suport de hârtie.⁵⁹² Aplicațiile informatice ce permit automatizarea funcțiilor și a proceselor cheie au funcționalități limitate sau sunt inexistente, motiv pentru care majoritatea activităților precum controalele încrucișate, validarea și verificarea, administrarea beneficiilor,

administrarea plăților și gestionarea datelor beneficiarilor sunt realizate manual. Există diferențe substanțiale între județe în ceea ce privește tipurile de date care sunt înregistrate în aplicațiile informatice folosite în scopul evaluării și încadrării în grad de handicap. În multe județe, datele privind înregistrarea și verificarea inițială a dosarelor sunt trecute doar în registre pe suport de hârtie și nu sunt disponibile în format electronic. Nu sunt disponibile nici date cu privire la fenomenul de abandon/renunțare la demersul de încadrare pe

591 Legislația (art. 49 din HG nr. 268/2007) menționează „medic de specialitate” fără nici o altă cerință specifică sau restricție.

592 ANDPDCA implementează în prezent un proiect cu finanțare europeană pentru dezvoltarea Sistemului Național de Management privind Dizabilitatea.

parcurs sau de refuz de înregistrare a cererii de evaluare și nici despre ieșirile din sistem. Calitatea datelor din bazele de date existente este destul de slabă. La nivel de SECPAH/CEPAH nu este prevăzut niciun specialist în IT, administrare de date sau analiză de date, și nici operatori de date. În lipsa acestor resurse umane și în condiții de volum de muncă foarte mare, gestionarea deficitară a datelor, calitatea scăzută a datelor, precum și slaba utilizarea a acestora sunt rezultate previzibile.

În România, etapa de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului este mult mai împovărătoare decât în multe alte țări. Experiența internațională arată că majoritatea țărilor au pus în aplicare diferite măsuri pentru a reduce la minimum numărul de documente pe care ar trebui să le prezinte un solicitant. În sistemele administrative mai avansate, o persoană se poate înregistra electronic direct la serviciile care furnizează evaluare în vederea încadrării în grad de handicap, documentele medicale sunt vizualizate/descărcate automat dintr-un sistem de e-sănătate, în timp ce o anchetă socială (dacă este necesară) este obținută prin

4. Provocări privind informarea

Lipsa unor programe adecvate de informare în domeniul dizabilității limitează resursele disponibile pentru persoanele cu dizabilități. Multe persoane cu dizabilități din România nu au acces la aceleași oportunități educaționale și profesionale ca persoanele fără dizabilități. Programele de informare nu reușesc să faciliteze incluziunea persoanelor cu dizabilități la nivelul societății și nu le oferă mai multe opțiuni sau asistență adecvată. În cazul multor persoane cu dizabilități, stigmatizarea asociată cu dizabilitatea are un impact major asupra participării lor. Printr-o atenție adecvată și programe de informare, se poate atenua impactul stigmatizării și se pot reduce evitarea socială, stereotipurile și, în numeroase cazuri, discriminarea și condescendența.

5. Provocări privind evaluarea nevoilor și managementul de caz

În România, evaluarea nevoilor persoanelor cu dizabilități nu se realizează cu instrumente de evaluare adecvate și potrivit unei metodologii specifice. Programul individual de reabilitare și integrare socială (PIRIS) și Planul individual de servicii (PIS) sunt singurele instrumente care cuprind concluzii privind nevoile persoanelor cu dizabilități. PIRIS precizează activitățile și serviciile de care are nevoie persoana adultă încadrată în grad și tip de handicap în procesul de integrare

protocoale instituționale fără implicarea, costurile și efortul solicitantului. România ar trebui, de asemenea, să avanseze pe această cale.

Datele colectate sunt utilizate pentru raportările interne și, rareori, pentru documentarea politicilor publice și identificarea nevoilor de servicii sociale relevante pentru persoanele cu dizabilități. La nivel local, unele SPAS-uri formulează politici, deși nu dețin date. Altele dispun de date solide pe care nu le folosesc la formularea unor politici adresate persoanelor cu dizabilități. Totuși, majoritatea SPAS-urilor raportează că adoptă o abordare participativă, implicând reprezentanții persoanelor cu dizabilități în analiza datelor colectate și în definirea politicilor. La nivel județean, rapoartele de monitorizare și evaluare ale SECPAH și ale CEPAH sunt rareori diseminate public. Mai puțin de jumătate dintre SECPAH și mai puțin de o cincime dintre CEPAH folosesc datele în scopul documentării politicilor publice relevante pentru persoanele cu dizabilități și foarte puține dintre ele recurg la o abordare participativă.

Actuala interfață dintre persoane și instituții reprezintă o „verigă slabă” a sistemului din domeniul dizabilității. Informațiile furnizate sunt incomplete și adaptate insuficient la diferitele tipuri de dizabilitate și la grupurile vulnerabile expuse riscurilor sociale. Principalul risc prezentat de o comunicare deficitară îl reprezintă neaccesarea populației țintă, care nu află de existența programului ori nu înțelege programul și nu reușește să se înregistreze. Sunt necesare eforturi mai consistente pentru respectarea prevederii CDPD (art. 9) privind asigurarea accesibilității la informare și comunicare, pentru a da posibilitatea persoanelor cu dizabilități să se bucure pe deplin de toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului.

socială. PIS precizează intervențiile și sprijinul acordat persoanelor adulte încadrate în grad și tip de handicap, prin care se realizează activitățile și serviciile recomandate în cadrul PIRIS. Serviciile și acțiunile incluse în PIRIS și PIS reflectă rezultatele evaluărilor medicale și psihologice într-o manieră corespunzătoare, însă cuprind mai rar rezultatele evaluării vocaționale a abilităților profesionale și ale evaluării referitoare la nivelul de educație, aptitudinile și nivelul de integrare socială.

Planurile individualizate (PIS și PIRIS) existente sunt de slabă calitate, iar conținutul lor nu este introdus în baza(ele) de date a(le) SECPAH/CEPAH, în timp ce managementul de caz pentru persoanele adulte cu dizabilități este încă într-o fază incipientă de dezvoltare. Din perspectiva CIF, ambele tipuri de planuri individualizate utilizate în România (PIRIS și PIS) sunt încă prea concentrate pe nevoi, în special cele de natură medicală, insuficient de participative și bazate pe modele care trebuie revizuite pentru a include resursele persoanei, felul în care dorește să trăiască, și factorii de mediu, pe lângă nevoile identificate prin evaluarea complexă. Prin urmare, PIRIS-urile, așa cum sunt acum, au o legătură slabă cu concluziile evaluării complexe și nu reprezintă nici măcar o schiță a unui plan de intervenție, în timp ce PIS-urile existente sunt doar

liste de recomandări generale, care nu respectă nici măcar standardele de bază ale informării adecvate, cu atât mai puțin orientarea sau îndrumarea persoanelor cu dizabilități către serviciile necesare. În plus, nu există un mecanism de monitorizare și evaluare conectat la PIS și PIRIS. În consecință, datele din PIRIS nu sunt înregistrate și analizate pentru a identifica nevoile de servicii sociale pentru persoanele cu dizabilități la nivel județean. Oricum, PIRIS și PIS pot deveni eficiente doar dacă pachetul de servicii conectat la evaluarea nevoilor este extins, serviciile sociale devin disponibile, în special în zonele rurale, managementul de caz pentru persoanele adulte cu dizabilități este dezvoltat și un mecanism de monitorizare a implementării PIRIS/ PIS este pus în funcțiune.

6. Provocări privind tranziția de la copil la adult cu dizabilități

Procesul de tranziție al tinerilor cu dizabilități la evaluarea pentru adulți este deficitar în informații, sprijin și consiliere. În momentul în care împlinesc 18 ani, tinerii cu dizabilități constată adesea că nu mai au acces la sprijinul și serviciile de care au nevoie și se pierd prin breșele unui sistem ineficient de protecție a persoanelor adulte. Lipsa informațiilor referitoare la procesul de tranziție, neînțelegerea schimbărilor de la nivelul sistemului de evaluare și absența consilierii generale îngreunează procesul de tranziție pentru numeroase familii.

În România, procesul de tranziție nu este unul echitabil și transparent, iar diferențele înregistrate în ceea ce privește încadrarea în grad de handicap creează discrepanțe la nivelul sistemului. Pentru mulți tineri cu dizabilități, tranziția este una abruptă și confuză. Legea definește sprijinul la care au dreptul tinerii cu dizabilități în perioada de tranziție la viața de adult. Însă, în practică, acesta este aproape inexistent, lăsând tinerii cu

dizabilități și familiile lor să se descurce singuri în fața noii lor realități. Sunt necesare reforme pentru a ușura procesul de tranziție și pentru a crea servicii adecvate, care să sprijine copiii și familiile lor pe parcursul perioadei dificile de tranziție.

Evaluarea copiilor în vederea încadrării în grad și tip de handicap nu se mai face exclusiv pe baza modelului medical, ci pe baza modelului social care ține cont de principiile fundamentale ale CIF. Raportul de față nu vizează criteriile de evaluare aplicate în cazul copiilor, însă există diferențe semnificative între evaluarea și încadrarea în grad de handicap a copiilor și cea a persoanelor adulte. Tranziția la vârsta adultă este însoțită, în unele cazuri, de modificarea încadrării în grad de handicap sau chiar cu neîncadrarea, ceea ce poate afecta în mod direct beneficiile și serviciile acordate și poate avea un impact negativ semnificativ asupra calității vieții tinerilor cu dizabilități și familiilor acestora.

7. Provocări privind contestarea certificatului de handicap

Procesul de contestare a certificatului de încadrare în grad și tip de handicap este deficitar. Dispozițiile referitoare la contestațiile privind certificatul de încadrare în grad de handicap au fost modificate prin OUG nr. 51/2017 cu scopul declarat de simplificare a procedurii de contestare și de facilitare a accesului pentru adresarea directă la instanța de contencios a persoanelor cu dizabilități. Analiza prezentată în capitolul 7 arată însă că: (1) predictibilitatea demersului de contestare este redusă, iar informarea furnizată în cadrul DGASPC nu contribuie la creșterea predictibilității

în cele mai multe cazuri, deși câteva comisii de evaluare au dezvoltat o bună practică de informare, consiliere și sprijin; (2) mecanismul de contestare a certificatului nu are incorporată o dimensiune de învățare continuă și nici nu respectă principiul de transparență; (3) instanțele de contencios administrativ nu soluționează cu celeritate contestațiile formulate împotriva certificatului; (4) persoanele cu dizabilități și ONG-urile își exprimă nemulțumirea sau chiar renunță la contestație din cauza procedurii greoaie și costurilor implicate; (5) deciziile instanțelor referitoare la contestațiile

împotriva certificatului au un nivel ridicat de subiectivitate, din două motive principale, și anume (i) lipsa în instanțe a sprijinului informațional sau de specialitate pe tema dizabilității și a criteriilor medico-psihsociale și (ii) lipsa unei formări pe aceste subiecte atât în rândul judecătorilor, cât și al avocaților. Așadar, noul cadru legislativ nu și-a atins scopul declarat și nici nu sprijină desfășurarea demersului de contestare în condiții de informare

corectă și tratare a persoanei cu demnitate și respect. Îmbunătățirea demersului de contestare nu se poate realiza prin schimbări doar la nivelul tribunalelor de contencios administrativ, ci sunt necesare schimbări majore și la nivelul DGASPC, prin crearea unui mecanism de redresare a plângerilor și contestațiilor ca „factor de verificare” pentru SECPAH/CEPAH și cale alternativă pentru persoanele cu dizabilități nemulțumite de încadrare.

10.2. Recomandări cheie privind politicile

Sistemul de evaluare a persoanelor adulte cu dizabilități din România trebuie reformat, de la evaluarea dizabilității, la determinarea dizabilității (încadrarea în grad de handicap), respectiv la evaluarea nevoilor, în principal prin alinierea la cadrul și principiile CIF. În acest scop, reformele propuse ar trebui să includă trei piloni principali:

A: îmbunătățirea evaluării și încadrării în grad de handicap prin introducerea cadrului CIF,
B: îmbunătățirea accesului la servicii adaptate nevoilor specifice ale persoanelor cu dizabilități și
C: integrarea tuturor sistemelor din domeniul dizabilității.

Pilonul A. Îmbunătățirea evaluării și încadrării în grad de handicap pentru persoanele adulte, prin introducerea cadrului CIF

A.1. Integrarea funcționării în evaluarea și încadrarea în grad de handicap

Actuala evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap, care, conform reglementărilor legale în vigoare, acoperă șase domenii obligatorii, ar trebui înlocuită cu o evaluare medicală, însoțită de un scor de evaluare a funcționării obținut prin aplicarea unui instrument psihometric, care să fie aliniat în întregime la modelul CIF privind funcționarea și dizabilitatea și folosit într-o manieră standard și unitară în toate județele.

Modernizarea sistemului de evaluare și încadrare în grad de handicap din România presupune integrarea informațiilor referitoare la funcționare, într-o manieră pertinentă și fundamentată științific. În prezent, din diverse motive, acestea nu sunt integrate în actualul sistem: (i) criteriile medico-psihsociale își propun să evalueze domeniile CIF privind „activitățile” și „participarea”, însă aceste informații nu sunt colectate într-o manieră viabilă și nici folosite în evaluare; (ii) ancheta socială colectează unele informații despre nivelul de funcționare și mediul de viață a persoanei solicitante, dar aceste informații nu sunt adunate în mod sistematic și nu există o procedură clară cu privire la modalitatea de utilizare a acestor informații în procesul de evaluare complexă, respectiv în cele șase domenii obligatorii de evaluare;⁵⁹³ (iii) sunt folosite uneori instrumente

psihologice fiabile, dar asemenea informațiilor despre activitatea profesională, educație și integrarea socială, datele privind funcționarea sunt colectate sporadic și neuniform; (iv) niciuna dintre informațiile colectate privind funcționarea nu are un impact semnificativ asupra evaluării finale realizate predominant de medicul de specialitate. Prin urmare, prima reformă care este esențială și necesară pentru modernizarea sistemului o constituie colectarea informațiilor referitoare la funcționare, într-o manieră consistentă, standardizată la nivelul tuturor județelor și fundamentată științific. În al doilea rând, aceste informații trebuie să aibă același impact real, transparent și cuantificabil asupra evaluării finale în vederea încadrării în grad de handicap în toate cazurile și în toate județele.

În loc de șase domenii de evaluare complexă, sistemul ar trebui să strângă informații referitoare la funcționare, într-o manieră uniformă, folosind un singur instrument psihometric standardizat. Acest instrument trebuie să fie unul adecvat din punct de vedere științific pentru a permite obținerea unui scor global sau total al dizabilității persoanei, preferabil în baza unei scale integrale. Un astfel de instrument poate asigura un scor al funcționării, ce ar putea fi integrat sistematic în evaluarea medicală pentru stabilirea rezultatului

593 HG nr. 268/2007, art. 48.

final al evaluării în vederea încadrării în grad și tip de handicap. Această modificare substanțială a instrumentelor va necesita, bineînțeles, schimbări la nivelul responsabilităților și al procedurilor folosite atât de către SECPAH, cât și de către CEPAH.

Actualele criterii medico-psihologice (eventual cu componenta „activități-limitări și participare-necesități”) ar trebui revizuite prin o actualizare a informațiilor medicale și o modificare a acestora care să permită evaluarea comună a afecțiunilor și comorbidităților, precum și alinierea la CIM-11.

Actualele criterii medico-psihosociale sunt bazate în principal pe metoda baremelor.⁵⁹⁴ În general, abordarea bazată pe bareme nu este în concordanță cu modelul privind funcționarea și dizabilitatea prezentat în cadrul CIF. Cu toate acestea, informațiile medicale și psihologice sunt esențiale pentru evaluarea gradului de handicap al persoanei solicitante, deoarece reflectă nivelul capacității intrinseci, care este un determinant al dizabilității, împreună cu factorii de mediu. Mai concret, este vital ca pentru evaluarea gradului de handicap – și mai apoi pentru acordarea de sprijin și servicii – să fie disponibile informații medicale, precum stadiul bolii, cronicitatea și efectele pe termen lung, precum și alți factori de prognostic. În plus, în forma lor actuală, criteriile medico-psihosociale includ parametri funcționali, care sunt importanți, fiindcă asigură o evaluare medicală standardizată a simptomelor și a factorilor de risc.

A.2. Redefinirea și elaborarea unor proceduri clare, în concordanță cu principiile CIF

Asigurarea unor instrumente și proceduri de evaluare care să fie aplicate uniform la nivelul județelor și o posibilă revizuire a aranjamentului instituțional actual constituie o necesitate din perspectiva drepturilor omului și ar trebui să reprezinte o prioritate cheie în cadrul reformelor de politică.

Este absolut necesar să se definească și să se implementeze noi proceduri de evaluare și încadrare în grad de handicap, fondate pe principiile CIF. În momentul de față, procedurile de evaluare și încadrare în grad de handicap nu sunt întotdeauna clare sau uniforme la nivelul județelor. Este important de subliniat faptul că asigurarea unor instrumente și proceduri uniforme la nivelul județelor constituie practic o necesitate din perspectiva drepturilor omului: este just și echitabil ca persoanele cu situații similare și cu niveluri de dizabilitate similare să fie evaluate într-

Criteriile medico-psihosociale de încadrare în grad și tip de handicap necesită o permanentă actualizare în concordanță cu progresul înregistrat în domeniul medicinei, dar și o continuă apropiere de conceptul de dizabilitate, astfel încât procesul de evaluare să stabilească nevoia reală de suport și potențialul funcțional al acestor persoane. În scopul evaluării gradului de handicap, ar fi binevenite două modificări ale criteriilor medico-psihosociale: (i) în forma lor actuală, criteriile medico-psihosociale nu pot evalua în mod corespunzător comorbiditățile, de exemplu, în situația des întâlnită în care o persoană are mai multe afecțiuni sau probleme de sănătate ce pot interacționa și pot avea efecte combinate asupra nivelului său de funcționare; (ii) pe viitor, România ar putea beneficia de un sistem electronic mai robust pentru colectarea informațiilor din domeniul sănătății, prin care informațiile referitoare la sănătate și funcționare să poată fi colectate într-un mod standard și raportate într-o manieră comparabilă la nivel național și internațional. Aceasta va presupune existența unei terminologii standardizate și a unei capacități de codificare în vederea asigurării interoperabilității. CIF oferă o astfel de infrastructură informațională pentru datele referitoare la funcționare. Totuși, în ceea ce privește informațiile medicale, va trebui ca criteriile medico-psihosociale să fie actualizate cu timpul, astfel încât să se alinieze la ultima versiune a Clasificării Internaționale a Maladiilor, CIM-11.

un mod similar pe tot cuprinsul țării. Orice altă abordare este inechitabilă și discriminatorie. Acest lucru este prevăzut în toate tratatele referitoare la drepturile omului și în Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Redefinirea procedurilor de evaluare și încadrare în grad de handicap va permite introducerea unui instrument mai pertinent și comparabil, alături de o nouă abordare a demersului de încadrare în grad de handicap. Noile proceduri ar trebui elaborate în cadrul unei colaborări care să implice specialiști, asistenți sociali, experți internaționali în domeniul CIF, responsabili de politici și activiști pentru drepturile persoanelor cu dizabilități.

Rolul și responsabilitățile îndeplinite de CEPAH, în raport cu SECPAH, în cadrul demersului în vederea încadrării în grad de handicap ar trebui clarificate și standardizate la nivelul județelor. Este necesară o revizuire

594 Metoda baremelor constă în folosirea unor scale de referință, cărora le sunt atașate valori sau procente, pentru a defini handicapul, conform Consiliului Europei (2002: 13).

generală a rolului și responsabilităților CEPAH și ale SECPAH în contextul modernizării evaluării și încadrării în grad de handicap. O astfel de revizuire ar trebui să țină cont de nevoia ca evaluarea și încadrarea să fie realizate de o singură structură instituțională și, pe cât posibil, cu ajutorul unor instrumente și proceduri standardizate la nivelul

A.3. Investiții în dezvoltarea competențelor

Investițiile în capitalul uman și organizarea unor cursuri de formare privind cadrul CIF sunt esențiale pentru explicarea și utilizarea corectă a acestei clasificări, precum și pentru evidențierea impactului și a utilității sale în practica de zi cu zi, în special în cadrul echipelor multidisciplinare.

Alinierea la CIF a procedurilor, instrumentelor și criteriilor de evaluare și încadrare în grad de handicap are implicații la nivelul cerințelor privind capitalul uman. În general, când se trece de la abordarea medicală la o abordare holistică și multidimensională a funcționării în baza cadrului CIF, apar schimbări și la nivelul cerințelor privind calificarea și expertiza evaluatorilor. În mod normal, această schimbare ține de competența specialiștilor din sfera reabilitării, care beneficiază în mod expres de formare în domeniul funcționării. Specialiștii în medicină fizică și reabilitare dețin atât cunoștințele, cât și expertiza clinică necesare pentru a face o evaluare a funcționării în baza informațiilor și documentației suficiente și adecvate. Și alți specialiști din domeniul reabilitării – kinetoterapeuți, terapeuți ocupaționali, terapeuți educaționali și vocaționali – sunt la fel de familiarizați cu noțiunile referitoare la funcționare și dizabilitate prezentate în cadrul CIF, indiferent dacă dețin sau nu experiența clinică și expertiză necesară pentru evaluarea dizabilității la modul general. În unele țări, se apelează și la asistenți medicali comunitari, asistenți sociali și alți profesioniști din domeniul medical și social.

Alinierea la cadrul CIF presupune ca demersul de evaluare și încadrare în grad de handicap să beneficieze de expertiza medicală, fără a mai fi determinat exclusiv de aceasta. Experiența internațională arată că țările recurg la soluția unei echipe multidisciplinare, formate din medici, psihologi, specialiști în reabilitare și asistenți sociali. În teorie, o echipă multidisciplinară se asigură că sunt luați în calcul toți factorii determinanți ai dizabilității – factori de sănătate, sociali, de reabilitare și de mediu. Toți evaluatorii sau membrii echipelor ori comisiilor de evaluare ar trebui să fie informați și instruiți pentru a înțelege funcționarea din perspectiva CIF și necesitatea de a aborda

tuturor județelor din România. În cadrul acestei revizuirii, ar trebui să se urmărească plusul de valoare pe care o poate crea CEPAH și evitarea suprapunerii sau a redundanței cu SECPAH. Îmbunătățirea procedurilor și instrumentelor de lucru va asigura creșterea performanței sistemului.

dizabilitatea ca pe o experiență globală, determinată de factori ce țin atât de sfera sănătății, cât și de factori de mediu. S-ar putea realiza o reformă mai consistentă în vederea adoptării integrale a abordării CIF în demersul de evaluare a gradului de handicap, astfel încât cunoștințele, expertiza clinică și experiența profesională pe care trebuie să le dețină evaluatorii să nu mai fie pur medicale, ci cu accent pe funcționare și factorii contextuali (de mediu și personali).

Reforma ar trebui însoțită de o serie de îmbunătățiri la nivelul personalului. Fără sensibilizarea și formarea specialiștilor din cadrul SECPAH și CEPAH nu poate fi realizată reforma sistemului în domeniul dizabilității. Alte măsuri necesare la nivelul resurselor umane includ: .

- La nivelul țării, fiecare SECPAH ar trebui să poată realiza o evaluare completă. În acest scop, trebuie găsite soluții pentru suplimentarea personalului și asigurarea unui număr suficient de medici de specialitate, cu precădere în medicină fizică și reabilitare, pe cât posibil.
- Completarea componenței SECPAH/CEPAH cu un jurist ar putea îmbunătăți transparența procesului decizional.
- În paralel, volumul de muncă al specialiștilor ar trebui diminuat și echilibrat. O soluție ar fi menționarea în legislație/ghid metodologic a timpului necesar alocat pentru evaluare.

Numărul membrilor CEPAH și al specialiștilor SECPAH ar trebui corelat cu dimensiunea populației cu încadrare în grad și tip de handicap înregistrate la nivelul județului sau cu numărul de dosare ce trebuie evaluate sau cu numărul de specialiști angajați în SECPAH.

Formarea personalului ar trebui extinsă la nivelul tuturor instituțiilor implicate în demers, SPAS-uri, SECPAH-uri și CEPAH-uri. Ar trebui organizate cursuri de formare privind cadrul CIF pentru tot personalul și ar trebui multiplicat oportunitățile de schimb de experiență și dezvoltare a echipelor. Și judecătorii și alte categorii relevante de specialiști ar trebui să dispună de formare cu

privire la noile proceduri și metodologii bazate pe CIF. În cazul anumitor categorii de specialiști (de exemplu, terapeuții ocupaționali), formarea privind

cadrul CIF ar trebui aliniată la conținutul curriculei obligatorii.

A.4. Creșterea interacțiunii cu persoanele solicitante și o mai bună gestionare a datelor

Digitalizarea și dezvoltarea interoperabilității bazelor de date vor crește transparența la toate nivelurile demersului de încadrare în grad și tip de handicap, vor simplifica și îmbunătăți fluxurile de lucru și vor crește semnificativ performanța sistemului.

CIF oferă o platformă adecvată pentru colectarea și stocarea digitală a informațiilor privind sănătatea și funcționarea, într-o manieră ce garantează interoperabilitatea semantică cu alte platforme existente. ANDPDCA, în colaborare cu toți actorii, ar trebui să se asigure că toate instrumentele de colectare a datelor privind sănătatea și reabilitarea, folosite în mod uzual, corespund clasificărilor CIF, astfel încât noile date bazate pe cadrul CIF să fie compatibile cu datele clinice adunate anterior și cu alte baze de date mai vechi. Aceasta este o condiție necesară dezvoltării cu succes a unui sistem de e-sănătate și de informații în domeniul sănătății. Fiind un standard internațional, CIF asigură că informațiile naționale în materie de sănătate sunt comparabile cu date similare din alte țări.

În momentul în care sunt disponibile date colectate prin instrumente compatibile cu CIF, se pot colecta și stoca date statistice naționale mai fiabile cu privire la toate aspectele dizabilității. Asigurarea unui flux constant de date administrative, codificate pe baza clasificărilor CIF, este esențială pentru urmărirea și monitorizarea tuturor programelor din domeniul dizabilității. Odată cu extinderea acestor baze de date, se vor putea analiza tendințele privind solicitările depuse pentru drepturile acordate persoanelor cu handicap, rata de succes și alți parametri. Într-un final, se va putea face o corelare între rata de dizabilitate și afecțiunile concomitente și factorii socio-demografici, precum modelele de îmbătrânire a populației și condițiile economice, astfel încât să se identifice direcțiile pentru elaborarea și planificarea politicilor.

În ceea ce privește prima întâlnire cu persoana solicitantă, trebuie să existe o procedură, pași sau reguli aprobate pentru efectuarea anchetei sociale necesare evaluării în vederea încadrării în grad de handicap. Mai mult, este important să se adune și să se păstreze informații despre toate persoanele solicitante, nu doar despre cele care devin, în final, beneficiari. Având în vedere că, în general, aceste procese nu sunt automatizate, ANDPDCA ar trebui

să creeze un sistem informatic care să permită gestionarea și administrarea sistemului privind dizabilitatea, la toate nivelurile sale:

- Este vital să se asigure interoperabilitatea bazelor de date administrative existente, astfel încât să devină disponibile date precum numărul persoanelor diagnosticate de către un medic specialist cu una (sau mai multe) dintre afecțiunile medicale incluse în criteriile de dizabilitate, numărul persoanelor care solicită/obțin o scrisoare medicală de la medicii lor de familie sau numărul persoanelor care au încercat să obțină documentele medicale necesare pentru solicitarea certificatului de încadrare în grad și tip de handicap.
- Trebuie asigurat accesul SPAS și SECPAH/SECC la registrele naționale și la bazele de date administrative existente, ceea ce ar putea reduce eforturile solicitanților de a obține actele necesare la dosar și, în același timp, ar permite verificarea încrucișată din partea instituțiilor.
- Ar trebui îmbunătățite sau create aplicații informatice pentru automatizarea funcțiilor și a proceselor cheie, precum controalele încrucișate, validarea și verificarea, administrarea beneficiilor, administrarea plăților și managementul datelor beneficiarilor.
- Ar trebui să se transmită norme clare județelor cu privire la datele ce trebuie colectate și ar trebui dezvoltat un soft pentru înregistrarea datelor. De pildă, SPAS și SECPAH/SECC ar trebui să colecteze, să păstreze și să analizeze în mod sistematic date despre etapa de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului, inclusiv referitoare la fenomenul de renunțare/refuz pe parcursul demersului pentru a identifica disfuncționalitățile sistemului care devin bariere de acces pentru încadrarea în grad de handicap.
- În general, ar trebui îmbunătățite calitatea datelor și concordanța dintre bazele de date existente, prin note metodologice, validare și un program informatic adecvat. Majoritatea bazelor de date existente nu sunt decât niște liste, cu doar câteva elemente ce permit interogări extrem de limitate, iar procesul de gestionare a datelor este foarte fragmentat între județe și în interiorul județelor (la nivelul SECPAH, CEPAN și al secretariatului).

- Existența a cel puțin unui specialist IT/administrarea și analiza datelor sau chiar a unui compartiment cu acest scop în cadrul SECPAH ar putea îmbunătăți gestionarea datelor,

calitatea și utilizarea acestora în procesul de formulare de politici și planuri de dezvoltare a serviciilor pentru persoanele cu dizabilități, la nivel județean și național.

Pilonul B. Îmbunătățirea accesului la servicii adaptate nevoilor persoanelor cu dizabilități

B.1. Prioritizarea informării persoanelor cu dizabilități

România ar trebui să articuleze o strategie viabilă și programe de informare și comunicare cu persoanele cu dizabilități. Populația cu dizabilități este extrem de diversă, incluzând femei, bărbați, copii, tineri, persoane în vârstă, persoane din diferite grupuri etnice, persoane care trăiesc în orașele mari și cele din zone rurale izolate, persoane care trăiesc cu familia și persoane din instituțiile rezidențiale, pacienții din secțiile de psihiatrie sau persoanele aflate în detenție, persoane fără adăpost și fără domiciliu fix și persoane din familii cu un statut socio-economic și o situație socio-economică diferite. Aceste categorii pot necesita anumite adaptări care să le asigure accesul la informații și servicii. Comunicarea trebuie să fie disponibilă într-o manieră pe înțelesul acestora, astfel încât să fie familiarizate și informate, dar și capabile și încurajate să se implice. Este dovedit faptul că, în lipsa unei strategii de informare inițială bine gândite, programele de protecție socială riscă să exacerbeze erorile de excludere din cauza lipsei de informare și a scepticismului. Eforturile de informare proactive pot contribui la gestionarea așteptărilor, la reducerea numărului de contestații și la creșterea gradului de înțelegere reciprocă, astfel încât să se evite riscul unei spirale negative, al eșecului programului, al manipulării externe, al lipsei de credibilitate și al politizării. Este esențial ca persoanele cu dizabilități să participe la elaborarea strategiei și programelor de informare și comunicare.

Cu toate că sunt necesare analize mai aprofundate în acest domeniu, se pot sintetiza câteva măsuri de politică, după cum urmează:

- Este esențială evaluarea sistematică a eficacității eforturilor întreprinse. ANDPDCA ar trebui să realizeze o evaluare completă a programelor și practicilor de informare în vederea identificării nevoilor viitoare de formare și dezvoltare și în vederea diseminării celor mai bune practici în acest domeniu. ANDPDCA ar trebui să efectueze studii mai aprofundate în scopul elaborării unei strategii specifice, inclusiv pentru o informare completă și îmbunătățirea serviciilor și a accesului.

- CEPAH și SECPAH ar trebui să implementeze programe comune de informare, care să cuprindă și instrumente ce să vină și în sprijinul SPAS-urilor. Ar trebui înființată o comisie formată din experți tehnici din mai multe instituții cu scopul de a elabora și a testa un set de norme și modele în domeniul comunicării și informării persoanelor cu dizabilități.
- O metodă folosită în unele țări pentru optimizarea informării inițiale este introducerea unui formular standardizat (de exemplu, un „formular verde”) ce trebuie completat de către toți medicii specialiști după ce stabilesc un diagnostic care este menționat în criteriile de încadrare în grad de handicap. Spre exemplu, în acest sens ar putea fi stabilită o listă de coduri de boală care să fie aprobată în comun de MS și MMPS. În plus, „formularul verde” ar putea fi însoțit de o broșură cu informații esențiale (privind posibilitatea încadrării în grad de handicap și principalii pași ai demersului) pe care unitatea sanitară ar trebui să o înmâneze persoanelor care primesc formularul completat de medic. Introducerea unei astfel de măsuri nu doar că ar avea potențialul de a îmbunătăți sensibil informare inițială a tuturor categoriilor de populație, dar ar crește și accesul la evaluarea dizabilității simultan cu o restrângere a oportunităților de a obține/elibera documente medicale asupra cărora există suspiciunea cu privire la realitatea sau corectitudinea informațiilor menționate în acestea.
- În vederea susținerii reformelor care asigură trecerea sistemului de la o abordare medicală la una holistică, ar trebui modificat mesajul cheie, din „handicap” în „dizabilitate” atât în Constituție, cât și în documentele de politici publice. În egală măsură, este nevoie de informare, educare și comunicare susținută pentru a schimba modul în care sunt percepuți actualii beneficiari, precum și percepția generală a dizabilității ca un „handicap” și a certificatului de încadrare în grad de handicap ca o compensație pentru anumite afecțiuni medicale.

- Site-ul ANDPDCA ar trebui să conțină o pagină dedicată, care să fie permanent actualizată, cu privire la evaluarea copiilor și a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de

handicap, pentru a compensa conținutul lacunar al site-urilor DGASPC-urilor și SPAS-urilor și pentru a asigura un acces echitabil la informații tuturor cetățenilor.

B.2. Îmbunătățirea evaluării nevoilor și dezvoltarea managementului de caz pentru persoanele adulte cu dizabilități

Îmbunătățirea evaluării nevoilor și a managementului de caz sunt la fel de importante ca și îmbunătățirea evaluării și încadrării în grad de handicap, căci fără acest pas nu poate fi atins scopul final de a crește accesul la servicii și beneficii și, astfel, de a contribui la creșterea calității vieții persoanelor cu dizabilități. O serie de măsuri ar fi necesare în acest sens, și anume:

- **Îmbunătățirea managementului de caz reprezintă o reformă importantă ce ar trebui realizată pentru a asigura că acesta este parte integrantă a sistemului de evaluare și încadrare în grad de handicap.** Managerii de caz comunică cu persoana încadrată în grad de handicap pentru coordonarea sprijinului și a intervențiilor adecvate ce vizează mediul de viață a acesteia și în vederea mobilizării resurselor personale. Managerii de caz nu trebuie să se concentreze doar pe afectarea funcției sau pe limitările de activitate ale persoanei, ci și pe barierele și provocările ridicate de mediul exterior. Astfel, managerii de caz utilizează abordarea CIF, integrată și multidisciplinară, în elaborarea planurilor de intervenție centrate pe persoană.
- Instrumentele de evaluare a nevoilor PIS și PIRIS ar trebui să devină obligatorii pentru toate persoanele încadrate în grad de handicap și ar trebui să fie îmbunătățite. Instrumentele trebuie standardizate și armonizate în baza unui model de PIS și a unui format revizuit al PIRIS, precum și a unei metodologii specifice alinate la CDPD și CIF. Ar trebui să existe un mecanism de monitorizare a implementării PIRIS/PIS, care să fie evaluat frecvent. Rezultatele monitorizării ar putea ajuta și la identificarea nevoilor de dezvoltare în sfera serviciilor de care au nevoie

persoanele cu dizabilități. În timp, pe măsură ce serviciile devin disponibile, România poate lua în considerare și condiționarea beneficiilor și serviciilor acordate în funcție de realizarea efectivă a recomandărilor din planurile individualizate (PIRIS/PIS), mai ales cu privire la serviciile de recuperare și reabilitare.⁵⁹⁵

- Ar trebui extins pachetul de servicii asociat cu demersul de încadrare în grad de handicap. Serviciile ar trebui să fie disponibile în toată țara, inclusiv în zonele izolate și în mediul rural. ANDPDCA ar trebui de asemenea să aibă în vedere introducerea unor noi măsuri de sprijin, cum ar fi programe de acordare a unui ajutor financiar pentru adaptarea locuinței sau a autovehiculului în raport cu nevoile unei persoane cu dizabilități.
- Dezvoltarea serviciilor de reabilitare medicală și profesională în baza cadrului CIF reprezintă o prioritate cheie pentru reformarea sistemului din domeniul dizabilității și eficientizarea planurilor individuale. Îmbunătățirea accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile existente este un alt aspect important. Ar trebui efectuate mai multe demersuri la nivel județean pentru dezvoltarea parteneriatelor, a comunicării și a colaborării între DGASPC/SECPAH și ceilalți furnizori de servicii (publici și privați) în vederea creării unei rețele funcționale, în locul actualelor grupuri de servicii izolate. Dezvoltarea unei platforme integrative, cu informații despre beneficiile și serviciile pe tot parcursul vieții disponibile pentru persoanele încadrate în grad de handicap, coordonate de ANDPDCA, ar putea aduce un plus important.

B.3. Asigurarea unei tranziții treptate de la copil la adult cu dizabilități

Procesul de tranziție al tinerilor cu dizabilități la evaluarea pentru adulți ar trebui simplificat de către ANDPDCA și clar articulat în cadrul unor legi și proceduri noi, în baza următoarelor principii directoare:

- Ar trebui introdusă o nouă procedură, eventual comună între SECC/CPC și SECPAH/CEPAH, de care să beneficieze tinerii cu dizabilități de 16-26 ani și familiile lor. Atât serviciile de evaluare complexă, cât și comisiile pentru copii și adulți,

⁵⁹⁵ În prezent, prevederile legale stipulează doar obligația persoanelor cu dizabilități și a îngrijitorilor acestora de a utiliza pe deplin serviciile și activitățile incluse în PIS. Însă, nerealizarea acestora nu este urmată de aplicarea de sancțiuni pentru că prea puțin persoane adulte cu încadrare în grad de handicap au desemnat un manager de caz sau beneficiază de un PIS, iar serviciile pentru persoane cu dizabilități sunt foarte slab dezvoltate, nu sunt accesibile sau chiar inexistente în multe părți din țară.

ar trebui să aibă întâlniri consultative periodice și să își transmită toate documentele de evaluare. În același timp, ar fi utilă organizarea unor întâlniri de acomodare și cunoaștere reciprocă între tinerii cu dizabilități și familiilor lor cu reprezentanții SECPAH/CEPAH.

- Extinderea perioadei oficiale a tranziției de la copil la adult, spre exemplu de la 16 ani la 20 de ani. În cazul tinerilor înscriși într-o formă de învățământ, perioada ar trebui prelungită până la obținerea diplomei sau împlinirea vârstei de 26 de ani. Pe întreaga perioadă a studiilor ar trebui asigurată menținerea aceleiași încadrări în grad de handicap, astfel încât tinerii care studiază să continue să primească aceleași beneficii.
- Începând de la vârsta de 16 ani, alături de evaluările periodice, tânărul și familia ar trebui să beneficieze și de informații în legătură cu posibilul rezultat al unei simulări a evaluării și cu procedurile aplicate în cazul persoanelor adulte (de către SECPAH/CEPAH). Ar trebui create instrumente dedicate, de către specialiștii în evaluarea persoanelor adulte, care să asiste SECC/CPC în realizarea simulărilor.
- Pe lângă informare, ar trebui să fie desfășurate activități de consiliere cu tinerii cu dizabilități și familiile lor pentru înțelegerea efectelor tranziției de la copil la adult, în legătură cu o posibilă reducere a beneficiilor și a serviciilor acordate copilului și de eventualitatea unei scăderi semnificative a venitului în urma tranziției. De asemenea, sesiunile de consiliere ar putea avea în vedere și furnizarea de sprijin în identificarea scenariilor alternative ce ar putea fi urmate.
- Ar trebui intensificate eforturile de a furniza programe de pregătire pentru viața de adult

desfășurate în colaborare sau în parteneriat cu persoanele juridice, publice ori private. Aceste programe ar trebui să vizeze cu prioritate creșterea participării tinerilor cu dizabilități atât la educație, cât și la piața muncii. În acest scop, serviciile de orientare educațională și profesională ar trebui dezvoltate pentru fi cât mai ușor de accesat și a putea cuprinde un număr cât mai mare de tineri cu dizabilități de 16-26 ani atât din sistemul de protecție specială, cât și din familie. De asemenea, în cadrul unor astfel de programe ar putea fi disponibile servicii de mediere și integrare pe piața muncii (posibil în colaborare cu specialiștii ai agențiilor județene de ocupare a forței de muncă) atât pentru tinerii cu dizabilități, cât și pentru părinții acestora, în special în eventualitatea pierderii de către tineri a dreptului la asistent personal.

- Tranziția la viața adultă ar trebui asociată cu un program de evaluare a nivelului de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă care să fie aplicat unitar la nivelul țării pentru toți tinerii cu dizabilități, cu precădere pentru tinerii care trăiesc în familie, atât înainte de împlinirea vârstei de 18 ani, cât și după. Și serviciile pentru dezvoltarea deprinderilor independentă sunt insuficiente, mai ales pentru tinerii cu dizabilități din familie. Pentru a facilita trecerea tinerilor cu dizabilități la viața independentă, este necesară introducerea de măsuri specifice începând cu etapa de tranziție la viața de adult, pentru a reduce povara îngrijirii pentru familie. Spre exemplu, un program de monitorizare sistematică în vederea identificării timpurii a unor eventuale riscuri/ vulnerabilități sau programe de consiliere și pregătire educațională pentru părinți și familie.

B.4. Facilitarea accesului persoanelor cu dizabilități de a se adresa direct instanțelor și dezvoltarea unui mecanism de redresare a plângerilor

Cu privire la contestarea certificatului de handicap, analizele prezentate în acest raport au pus în evidență următoarele măsuri cu potențial de a îmbunătăți situația din prezent:

- Elaborarea unui Ghid („Cum să contesti certificatul de încadrare în grad de handicap”) care să fie distribuit tuturor persoanelor cu dizabilități ar putea funcționa ca o modalitate de creștere a predictibilității demersului de contestare a certificatului, dacă ar fi elaborat la nivel național și pus la dispoziția DGASPC-urilor din țară. Însă, dacă responsabilitatea de a elabora un astfel de Ghid este delegată la nivel

de județ, fără a crește resursele instituționale disponibile, nu ar face decât să crească stresul și nivelul de non-conformare la reglementări.

- Chiar și în condițiile actualului cadru legislativ, Secretariatele CEPAH județene ar trebui să continue să primească și înregistreze contestațiile formulate împotriva certificatelor, precum și să colecteze date în baza cărora să asigure publicarea de statistici, studii de caz sau informații mai detaliate despre tratarea anumitor cazuri, aspect important pentru a demonstra legitimitatea mecanismului și a contribui la creșterea încrederii în eficiența acestuia.

- Este necesară introducerea unui model tip de motivare a soluției de încadrare/neîncadrare din certificatul de încadrare în grad de handicap, care să fie completată de SECPAH sau CEPANH și să poată fi folosită de instanțele de judecată. Pentru ca această măsură să poată fi pusă în aplicare în toate județele, trebuie înainte găsite soluții de suplimentare a personalului și de echilibrare a volumului de muncă de la nivel de SECPAH și CEPANH. O soluție ar fi includerea unui jurist în componența SECPAH/CEPANH care ar putea răspunde de: elaborarea motivării soluțiilor CEPANH, asigurarea calității proceselor verbale ale ședințelor CEPANH, informarea și consilierea persoanelor care contestă certificatul, formularea punctelor de vedere pentru instanțele de judecată, precum și de coordonarea mecanismului de redresare a plângerilor legate de evaluarea și încadrarea în grad de handicap (dacă un astfel de mecanism ar fi înființat). În acest mod, prezența unui jurist ar contribui la transparentizarea procesului decizional de încadrare în grad de handicap.
- La nivelul instanțelor de judecată, pentru a minimiza subiectivitatea în soluționarea contestațiilor împotriva certificatului de handicap, este necesară asigurarea de sprijin informațional sau de specialitate pe tema dizabilității și a criteriilor medico-psihosociale, alături de oferirea de cursuri de formare pe aceste subiecte atât în rândul judecătorilor, cât și al avocaților. În acest scop, ANDPDCA ar putea

identifica și forma experți care să poată oferi asistență instanțelor.

- La nivelul DGASPC, este recomandată dezvoltarea unui mecanism de redresare a plângerilor și contestațiilor propriu-zis, care să respecte principiile de accesibilitate, echitate, predictibilitate, transparență și învățare continuă, care ar putea reprezenta o modalitate de a veni în sprijinul persoanelor nemulțumite de încadrare și ar putea reduce numărul de contestații depuse în instanță. Iar, pentru persoanele nemulțumite care totuși ar depune contestația în instanță, DGASPC, printr-un compartiment dedicat, ar putea furniza servicii de orientare și referire pentru asistența avocațială gratuită, poate în baza unui protocol de colaborare cu Baroul și cu ONG-urile, și ar putea pregăti pentru instanțe o listă a adaptărilor procedurale necesare fiecărei persoane, în baza datelor de la dosar și prin interacțiune cu persoana în cauză și familia sa. Acest nou mecanism de redresare nu trebuie să fie o întoarcere la situația anterioară anului 2017, cu o comisie unică la nivel național, fără resurse suficiente, ci ar putea să se bazeze pe o rețea de structuri județene sau regionale. De asemenea, noul mecanism nu trebuie să împiedice cetățenii să își urmărească drepturile și interesele pe orice altă cale (proceduri de drept administrativ sau alte mecanisme oficiale de soluționare a litigiilor), de la nivel național sau local, și nici nu este destinat să înlocuiască sistemul judiciar sau alte forme de recurs legal.

Pilonul C. Integrarea tuturor sistemelor din domeniul dizabilității

În România, sistemul din domeniul dizabilității prezintă o fragmentare pronunțată. Evaluarea gradului de handicap se realizează în cadrul unui sistem ce cuprinde un singur program, acordat la cerere (demersul fiind demarat de către persoane), care permite o integrare dinamică (persoanele pot depune dosarul, pot solicita asistență sau pot actualiza informațiile personale în orice moment). Cu toate acestea, există în paralel un sistem dedicat invalidității și un sistem separat adresat copiilor cu dizabilități. Existența altor sisteme cu programe specifice ce cuprind pachete de beneficii și servicii acordate în baza certificatului de încadrare în grad de handicap (de exemplu, majoritatea programelor din domeniul sănătății) accentuează și mai mult fragmentarea. Demersul este costisitor și ineficient pentru persoanele care trebuie să parcurgă fiecare

program separat, să furnizeze aceleași informații și documente la nesfârșit și să aștepte la cozi lungi în sediile diferitelor instituții. Demersul este ineficient și pentru instituții, deoarece poate cauza suprapuneri sau lacune în acoperirea populației, suprapunerea proceselor, irosirea resurselor și dificultatea de a identifica de ce servicii au beneficiat clienții sau modul în care sunt cheltuite fondurile dedicate protecției sociale a persoanelor cu dizabilități. Integrarea tuturor sistemelor din domeniul dizabilității din România nu face obiectul prezentului raport sau al prezentului Acord de servicii de asistență tehnică. Cu toate acestea, rămâne un factor ce trebuie avut în vedere în momentul elaborării noului set de instrumente și proceduri menit să producă o schimbare de paradigmă în domeniul dizabilității.



Referințe bibliografice

- ANDPDCA (Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții). 2018. „Instrucțiune Nr. 1 din 3.12.2018 privind modul de completare a Raportului de evaluare complexă.” București: ANDPDCA, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Guvernul României. <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2018/12/instrucțiune-1-completare-raport-evaluare-complexa.pdf>.
- ANPD. 2019. „Competitivi împreună!” București: ANPD, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Guvernul României. <http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2019/10/ANUNT-WEB-final-ANPD-v2.pdf>.
- ANPIS (Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială). 2019. *Inspecția socială raport de activitate*. București: ANPIS, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Guvernul României. https://www.mmanpis.ro/wp-content/uploads/2020/07/RAPORT-ACTIVITATE_DIS_2019.pdf.
- Banca Mondială. 2015. *Greece Social Welfare Review: Review of Disability Assessment in Greece*. Washington, DC: World Bank.
- Banca Mondială. 2020. *Disability Policy and Disability Assessment System in Lithuania*. Washington, DC: World Bank.
- Bickenbach, J., A. Posarac, A. Cieza, și N. Kostanjsek. 2015. „Assessing Disability in Working Age Population: A Paradigm Shift from Impairment and Functional Limitation to Disability Approach.” Working Paper, World Bank, Washington, DC. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2015/06/24660032/assessingdisability-working-age-population-paradigm-shift-impairment-functional-limitationdisability-approach>
- Consiliul Europei. 2002. *ASSESSING DISABILITY IN EUROPE – SIMILARITIES AND DIFFERENCES Report drawn up by the Working Group on the assessment of person-related criteria for allowances and personal assistance for people with disabilities (Partial Agreement) (P-RR-ECA). Integration of people with disabilities*. <https://rm.coe.int/16805a2a27>
- European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. 2018. „White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe.” *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 54 (2): 125–55. <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2018N02A0125>.
- Grigoraș, V., M. Salazar și C. Vladu (coord.). 2020. *Output 4: Diagnosis of the Situation of People with Disabilities in Romania*. Reimbursable Advisory Services Agreement on Consolidating the Coordination Mechanism to Implement the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) (P168612). Washington, DC: World Bank.
- INS (Institutul Național de Statistică). 2020. *Activitatea unităților sanitare în anul 2019*. București: INS, Guvernul României. <https://insse.ro/cms/ro/content/activitatea-unit%C4%83%C5%A3ilor-sanitare-%C3%AEn-anul-2019-0>.
- Lindert, K., T.G. Karippacheril, L. Rodriguez Caillava, și K. Nishikawa Chávez, eds. 2020. *Sourcebook on the Foundations of Social Protection Delivery Systems*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34044>.
- McAnaney, D.F. 2003. „Rethinking the Role of Case Management in the Rehabilitation Process.” Paper presented at the Pan-European Organisation of Personal Injury Lawyers, Dublin, June 13–14. <http://www.re-integrate.eu/resources/rethinking-the-role-of-case-management-in-the-rehabilitation-process.pdf>.
- Meyer, T., C. Gutenbrunner, J. Bickenbach, A. Cieza, J. Melvin și G. Stucki. 2011. „Towards a Conceptual Description of Rehabilitation as a Health Strategy.” *Journal of Rehabilitation Medicine* 43 (9): 765–69. <https://doi.org/10.2340/16501977-0865>.

- MMPS/ANDPDCA. 2021. *Buletin statistic: Date statistice, diferite ediții*. București: ANDPDCA, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Guvernul României. <http://andpdca.gov.ro/w/wp-content/uploads/2021/04/ANDPDCA-adulti-cu-handicap-evolutii-trim-IV-2020-Buletin-statistic-v3-1.pdf>. <http://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparenta/statistici/buletin-statistic>
- OCDE (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică), Eurostat și OMS (Organizația Mondială a Sănătății). 2017. *A System of Health Accounts 2011: Revised Edition*. Paris: OECD. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- OMS (Organizația Mondială a Sănătății). 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>.
- OMS. 2010. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>.
- OMS. 2012. „Implementing the Merger of the ICF and ICF-CY: Background and Proposed Resolution for Adoption by the WHO FIC Council.” https://www.who.int/docs/default-source/classification/icf/whoficresolution2012icfcy.pdf?sfvrsn=2c8e5e9b_4.
- PCUE (Punctul de Contact Unic Electronic). 2016. „Ancheta Socială—protecție persoane cu handicap.” <https://edirect.e-guvernare.ro/Admin/Proceduri/ProceduraVizualizare.aspx?IdInregistrare=25982&IdOperatiune=4>.
- Selb, M., R. Escorpizo, N. Kostanjsek, G. Stucki, B. Üstün și A. Cieza. 2015. „A Guide on How to Develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set.” *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 51 (1): 105–17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24686893/>.
- SGG (Secretariatul General al Guvernului). 2019. *The national stage analysis of the habilitation/rehabilitation of the person with autism spectrum disorders (child and adult)*, Background report for the 2020–2024 National Autism Plan.
- Teng, S.-W., C.-F. Yen, H.-F. Liao, K.-H. Chang, W.-C. Chi, Y.-H. Wang, T.-H. Liou și Taiwan ICF Team. 2013. „Evolution of System for Disability Assessment Based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Taiwanese Study.” *Journal of the Formosan Medical Association* 112 (11): 691–98. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2013.09.007>.
- Teșliuc, E., V. Grigoraș și M.S. Stănculescu (coord.). 2016. *The Atlas of Rural Marginalized Areas and of Local Human Development in Romania*. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2016/06/26536853/atlas-marginalized-rural-areas-local-human-development-romania>.
- Üstün, T.B., N. Kostanjsek, S. Chatterji și J. Rehm, eds. 2010. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule—WHODAS 2.0*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

Anexe

Anexa 1. Lista ONG-urilor intervievate

Nr. Crt.	Denumirea ONG-ului	Județ	Tip
1	Asociația Nevăzătorilor din România	Timiș	Local
2	Asociația Națională a Surzilor din România	București	Local
3	Asociația Handicapaților Neuromotor din România	Arad	Local
4	Asociația Distroficiilor Muscular din România	Covasna	Național
5	Asociația Persoanelor cu Talasemie Majoră	București	Național
6	Asociația Nevăzătorilor din România	Brașov	Local
7	Asociația Red Ribbon	Suceava	Local
8	Asociația Viața și Speranța	Giurgiu	Local
9	Asociația Pacienților cu Afecțiuni Neurodegenerative din România	București	Național
10	Asociația Down Plus București	București	Local
11	Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune	București	Național
12	Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune	Cluj	Regional
13	Asociația Help Autism	București	Regional
14	Asociația Autism România	București	Local
15	Asociația Națională pentru Copii și Adulți cu Autism din România	București	Național
16	Fundația Pentru Familia Creștină	Mureș	Local
17	Asociația Tonal	Sibiu	Local
18	Asociația Pro ACT Suport	București	Regional
19	Asociația Ceva de spus	Timiș	Local
20	Fundația de Abilitare Speranța	Timiș	Local

Anexa 2. Principalele acte legislative din domeniul dizabilității

Legea nr. 554/2004	Legea contenciosului administrativ nr. 554/2004
Legea nr. 448/2006	Legea nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare
HG nr. 268/2007	Hotărârea Guvernului nr. 268 din 14 martie 2007 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare
Ordinul nr. 762/1.992/2007	Ordinul comun al ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și ministrului sănătății publice nr. 762/1.992 din 31 august 2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap, cu modificările și completările ulterioare
HG nr. 430/2008	Hotărârea Guvernului nr. 430 din 16 aprilie 2008 pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea și funcționarea comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, cu modificările și completările ulterioare
Ordinul nr. 2298/2012	Ordinul ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 2298 din 23 august 2012 privind aprobarea Procedurii-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap
Ordinul nr. 1261/2016	Ordinul ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 1261/2016 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei superioare de evaluare a persoanelor adulte cu handicap
Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016	Ordinul comun al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice, ministrului sănătății și ministrului educației naționale și cercetării științifice nr. 1985/1305/5805/2016 din 4 octombrie 2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea și intervenția integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilități în grad de handicap, a orientării școlare și profesionale a copiilor cu cerințe educaționale speciale, precum și în vederea abilitării și reabilitării copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale
Ordinul nr. 1306/1883/2016	Ordinul comun nr. 1306/1883/2016 pentru aprobarea criteriilor biopsihosociale de încadrare a copiilor cu dizabilități în grad de handicap și a modalităților de aplicare a acestora
HG nr. 797/2017	Hotărârea Guvernului nr. 797 din 8 noiembrie 2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal
Ordinul nr. 393/630/4236/2017	Ordinul ministrului muncii și justiției sociale din 13 martie 2017 pentru aprobarea Protocolului de colaborare în vederea implementării serviciilor comunitare integrate necesare prevenirii excluziunii sociale și combaterii sărăciei
OUG nr. 51/2017	Ordonanța de urgență nr. 51/2017 pentru modificarea și completarea unor acte normative
HG nr. 502/2017	Hotărârea Guvernului nr. 502 din 13 iulie 2017 privind organizarea și funcționarea comisiei pentru protecția copilului
HG nr. 140/2018	Hotărârea Guvernului nr. 140 din 21 martie 2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, cu modificările și completările ulterioare
Ordinul ANDPDCA nr. 136	Ordinul nr. 136 din 30 ianuarie 2020 al Președintelui ANDPDCA privind Regulamentul de organizare și funcționare a Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții

Anexa 3. ONG-uri pentru persoanele cu dizabilități din România

În România, înființarea și funcționarea organizațiilor non-guvernamentale sunt reglementate prin Ordonanța nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații. Astfel, organizațiile non-guvernamentale (ONG) sunt forme asociative create în mod voluntar de persoane fizice sau juridice, cu rolul de promovare a valorilor civice, ale democrației și ale statului de drept. Ordonanța nr. 26/2000 recunoaște trei tipuri de forme asociative: asociații, fundații și federații.

Mișcarea persoanelor cu dizabilități din România cuprinde organizații reprezentative ale persoanelor cu dizabilități create în funcție de specificul handicapului, (handicap fizic, vizual, auditiv, intelectual, boli rare, boli cronice, HIV/SIDA etc.), organizații pentru persoanele cu dizabilități coordonate de părinții persoanelor cu dizabilități, organizații care oferă servicii sociale sau de recuperare persoanelor cu dizabilități. Principalul rol al acestor organizații este promovarea și protejarea drepturilor persoanelor cu handicap, în lupta pentru eliminarea obstacolelor întâmpinate în ceea ce privește accesul la educație, sănătate, piața muncii și participare socială.

Domeniile de interes ale ONG-urilor din domeniul dizabilității sunt diverse: protecția drepturilor copiilor cu dizabilități; protecția drepturilor adulților cu dizabilități; integrarea școlară și socială a copiilor cu dizabilități/promovarea educației incluzive; furnizarea de servicii copiilor, tinerilor și/sau adulților cu dizabilități; furnizarea de servicii pentru adulții cu dizabilități intelectuale: locuințe protejate și viață independentă; integrarea socială a adulților cu dizabilități; formare profesională și integrare pe piața muncii a adulților cu dizabilități etc.

Prezentăm mai jos unele dintre organizațiile care activează în domeniul dizabilității și al serviciilor sociale. Precizăm că lista nu este exhaustivă, ci are mai degrabă un rol ilustrativ pentru ceea ce înseamnă mișcarea persoanelor cu dizabilități din România.

Organizații reprezentative

Federația Consiliul Național al Dizabilității din România (CNDR) este formată din organizații reprezentative la nivel național pentru protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități. CNDR conține organizații membre (cu drept de vot) și o rețea de organizații aderente (membri observatori, fără drept de vot). Membrii cu drepturi depline sunt:

- Asociația Nevăzătorilor din România – ANR, care are 35 de filiale, reprezintă 91.568 adulți și 2.757 copii cu handicap vizual;
- Asociația Națională a Surzilor din România – ANSR – 37 de filiale, reprezintă 21.697 adulți și 2.019 de copii cu handicap auditiv;
- Asociația Persoanelor cu Handicap Neuromotor din România – AHNR – are opt asociații membre în județele Arad, Argeș, Caraș – Severin, Cluj, Hunedoara, Ialomița, Mehedinți, Sălaj;
- Asociația Distroficilor Muscular din România, care reprezintă interesele a 35.000 de persoane diagnosticate cu distrofii musculare;
- Asociația Invalizilor de Război Nevăzători din România – AIRNR;
- Asociația RENINCO – Rețeaua Națională de Informare și Cooperare pentru Integrarea în Comunitate a Copiilor și Tinerilor cu Cerințe Educativ Speciale (16 organizații membre);
- Asociația Națională pentru Copii și Adulți cu Autism din România (7 filiale);
- Asociația „Ridica-te și umblă!”, prezentă în 25 de județe.
- Asociația de Sprijin a Copiilor cu Handicap Fizic din România – ASCHFR – care are 9 filiale naționale, după cum urmează: Argeș, București, Buzău, Călărăși, Giurgiu, Neamț, Olt, Prahova, Vâlcea, în cadrul cărora dezvoltă programe cu și pentru copiii și tinerii cu dizabilități fizice și/sau asociate și familiile acestora în vederea facilitării incluziunii sociale.

Printre membrii observatori ai CNDR se află: Asociația Down Plus București; Light Into Europe; Asociația Aripă; SPIIR – Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România; Asociația CONIL; Asociația persoanelor cu handicap „Sporting Club” Galați; Asociația Pacienților cu Afecțiuni Autoimune – APAA; Fundația Română pentru Persoane cu Handicap Vizual „Prietenii Nevăzătorilor”; Asociația Maternity, Advocacy, Medicină, Educație M.A.M.E.; Fundația ENABLE România; Asociația Română de Psihiatrie Medico-legală; Asociația THEOEMYDOR; Asociația Transplantaților din România; Federația Sindicatelor Asistenților Personali ai Persoanelor cu Handicap; Asociația Sportivă Mereu Împreună pentru Oameni; Asociația Română de Hemofilie; Asociația Distonia.

Asociația Nevăzătorilor din România (ANR) este organizație nonguvernamentală națională, recunoscută de utilitate publică prin HG nr. 1033/03.09.2008, care funcționează în baza Ordonanței Guvernului nr. 26/2000.⁵⁹⁶ ANR are personalitate juridică potrivit Sentinței Civile nr. 3288 din 27 septembrie 1956 a fostului Tribunal Popular al Raionului «23 August» București și este continuatoarea organizației „Societatea Orbilor din România” întemeiată de Regina Elisabeta a României.⁵⁹⁷ Asociația Nevăzătorilor din România reprezintă interesele nevăzătorilor la nivelul întregii țări, fiind recunoscută ca organizație națională reprezentativă a nevăzătorilor atât de către autoritățile publice române, cât și de către organizațiile internaționale ale nevăzătorilor. Este membră a Uniunii Europene a Nevăzătorilor, a Uniunii Mondiale a Nevăzătorilor, a Consiliului Național al Dizabilității și, implicit, a Forumului European al Dizabilității.

Asociația Națională a Surzilor din România (ANSR) este o organizație neguvernamentală, independentă, non-profit, necondiționată politic și religios, cu personalitate juridică, de utilitate publică, care apară și promovează drepturile și interesele sociale, profesionale, culturale și educative a persoanelor cu deficiență de auz (surzi, surdo-muți, hipoacuzici) pentru incluziune socială și egalitate de șanse. Primește sprijin în susținerea activităților specifice din partea autorităților centrale și locale, precum și de la persoane fizice și juridice. Prin specificul activității desfășurate, ANSR este continuatoarea „Societății Amicale a Surdo-muților din România”⁵⁹⁸ și a „Asociației Surdo-muților din Republica Populară Română”,⁵⁹⁹ însumând astfel o tradiție de aproape un veac de activitate pusă în slujba persoanelor din România.

Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România (COPAC) are misiunea de a sprijini pacienții și organizațiile de pacienți să acționeze unitar și eficient pentru apărarea și promovarea drepturilor pacienților. În anul 2010, COPAC a organizat primul Forum Național al Asociațiilor de Pacienți din dorința de a da posibilitatea reprezentanților unor asociații de pacienți din întreaga țară de a intra în dialog

cu autoritățile. Evenimentul a devenit brandul cel mai cunoscut al COPAC, reunește anual peste 150 de reprezentanți ai asociațiilor de pacienți și a ajuns în prezent la ediția a IX-a. Printre membrii COPAC se regăsesc: Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA, Asociația de Scleroză Multiplă din România, Alianța Națională de Boli Rare din România, Asociația Transplantaților din România, Asociația Persoanelor cu Talasemie Majoră, Fundația Baylor Marea Neagră, Asociația Română de Hemofilie, Asociația pentru Sprijinirea, Pacienților cu Tuberculoză MDR, Asociația Prader Willi România, Asociația Română de Cancere Rare, Asociația Pacienților Oncologici din România, Asociația Pacienților cu Boli Reumatismale Inflamatorii din Transilvania „ART”, Federația pentru Drepturi și Resurse pentru Persoanele cu Tulburări din Spectrul Autist, Asociația Copilul Meu Inima Mea, Asociația OncoHope, Asociația Pacienților cu Sclerodermie din România, Asociația Copiilor și Tinerilor cu Diabet ASCOTID Mureș, Asociația Pacienților Hipertensivi Pulmonari.

Alianța Națională pentru Boli Rare din România (ANBRaRo) a fost înființată la inițiativa Asociației Prader Willi din România în august 2007, printr-un proiect finanțat de CEE Trust. Pentru înființarea Alianței și-au reunit eforturile 32 de membri fondatori: organizații de boli rare și grupuri de pacienți pentru care boala este atât de rară încât nu există o asociație. Misiunea ANBRaRo este aceea de a dezvolta și derula activități de lobby și advocacy pentru îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boli rare din România. Scopul organizației constă în creșterea responsabilității comunității față de pacienții afectați de boli rare prin implicarea actorilor sociali din acest domeniu: pacienți, familii, specialiști și autorități. Obiectiv general este îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu boli rare din România. Dintre membri fac parte: ASCID – Centrul de Informare și Îmbunătățire a Calității Vieții pentru bolnavii de Distrofie Musculară și pacienții asistați Respirator; Asociația AntiParkinson; Asociația Bolnavilor de Parkinson și a altor Afecțiuni Neurologice Degenerative „Sufletul Lalelelor”; Asociația Copiilor cu Boli Mitochondriale; Asociația Copiilor cu Sindrom

596 Ordonanța Guvernului nr. 26 din 30 ianuarie 2000 cu privire la asociații și fundații, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 39/31.01.2000, modificată și completată prin Legea nr. 246 din 18 iulie 2005, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 656 din 25 iulie 2005.

597 Așa cum rezultă din documentele privind subvenționarea acesteia de către stat, publicate în Monitorul Oficial nr. 194 din 27 noiembrie 1909 și din Statutul aprobat prin Decretul Regal nr. 3159 din 11 noiembrie 1910 publicat în Monitorul Oficial nr. 180 din 14 noiembrie 1910.

598 Conform Statutului autentificat la Tribunalul Ilfov, secția de notariat, sub numărul 328 din 05 ianuarie 1920.

599 Recunoscută prin HCM numărul 1153 din 20 iulie 1952 și a Sentinței Civile numărul 1909 din 15 august 1953 a Tribunalului Popular al Raionului Tudor Vladimirescu, București.

Hunter din România; Asociația de Fibroză Chistică din România; Asociația de Scleroză Multiplă București; Asociația de Scleroză Multiplă din România – ASMR; Asociația DMD Care; Asociația Down Sindrom Cehu Silvaniei; Asociația Gaucher România; Asociația Inima Copiilor; Asociația Mini Debra; Asociația Națională Miastenia Gravis România; Asociația Oamenilor Mici; Asociația Pacienților cu Angioedem Ereditar din România; Asociația Pacienților cu Boala Fabry din România; Asociația Pacienților cu boli Autoinflamatoare „FLAMA”; Asociația Pacienților cu Sindrom Hemolitic Uremic; Asociația Pacienților cu Talasemie Majora; Asociația Pacienților cu Tumori Neuroendocrine din România; Asociația Pacienților Hipertensivi Pulmonari; Asociația Parent Project pentru Cercetare și Asistență în Distrofia Musculară; Asociația Persoanelor cu Glicogenoză; Asociația PKU Life România; Asociația Prader Willi din Romania; Asociația Prader-Willi București; Asociația Română a Pacienților cu Imunodeficiențe Primare – ARPID; Asociația Română de Cancere Rare – ARCrare; Asociația Română de Hemofilie; Asociația Română de Osteogeneză Imperfectă „Oameni Fragili”; Asociația Română pentru Boli Neurologice Periferice; Asociația Română Spina Bifida și Hidrocefalie; Asociația SM Speromax Alba; Asociația SMACare (Amiotrofie Spinală); Asociația Smiling Faces Romania; Asociația Werdnig Hoffman; Asociația „Charcot Marie Tooth România”; Asociația „Children’s Joy”; Asociația „Suport Mastocitoza România”; Asociația „Williams Syndrome” pentru Sprijinirea Persoanelor cu Sindrom William; Fundația pentru Protecția Adulților cu Boli Cardiace Congenitale; Fundația Română pentru Bolile Lizozomale; Neuro Move CMT; Organizația Salvați Copiii – Filiala Timiș; Rețeaua Română de Angioedem Ereditar; Sense International (Romania); Societatea Română de Genetică Medicală.

Federația pentru Drepturi și Resurse pentru Persoanele cu Tulburări din Spectrul Autist (FEDRA) are drept scop crearea și păstrarea unui mediu adecvat pentru stimularea și sprijinirea persoanelor cu tulburări din spectrul autistic (TSA) și a familiilor acestora.

Rețeaua RO-TSA este formată din peste 60 organizații din domeniul autismului. Rețeaua RO-TSA s-a înființat în cadrul proiectului „Creșterea implicării ONG-urilor și partenerilor sociali în promovarea politicilor publice alternative pentru copiii cu TSA” inițiat de Help Autism.

Autism România este prima asociație de părinți ai copiilor cu autism din țară, care nu este afiliată FEDRA sau RO-TSA, dar încă joacă un rol important în cadrul mișcării persoanelor cu dizabilități din România.

Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA) este singura federație neguvernamentală din România formată din organizații ale persoanelor afectate de HIV/SIDA, axată pe advocacy pentru promovarea și apărarea drepturilor persoanelor infectate și afectate de HIV/SIDA din România.

Ceva de Spus este organizația auto-reprezentanților persoanelor cu dizabilități intelectuale și fizice, foarte activă în domeniul politicilor publice.

Federația Organizațiilor de Părinți care au în Îngrijire Copii cu Dizabilități reunește următoarele organizații: Asociația Surâsul Albastru Iași; Fundația Enable România Iași; Asociația Cutezătorii Iași; Fundația Star of Hope România; Asociația Renașterea Speranței Iași; ANCAAR Iași; Asociația Națională a Surzilor România - Filiala Iași; Asociația Ne Trebuie Speranța Botoșani; Asociația Mereu Împreună 2008 Dorohoi; Fundația Univers Plus Piatra Neamț; Asociația Riana Piatra Neamț; Asociația Luceafărul Piatra Neamț; Asociația Dar din Dar Hârlău; Asociația Vino și Vezi Vaslui; Asociația Salut Prieteni Pașcani; Asociația „Pentru Noi” Bârlad; Asociația Căsuța cu Miracole Tg. Neamț; Asociația Sprijin pentru Autism București.

Asociația Persoanelor cu Handicap „Sporting Club” Galați (APH) funcționează din februarie 1992, în conformitate cu prevederile Legii nr. 21/1924 modificată prin Ordonanța Guvernului 26/2000 și a celorlalte reglementări legale, fiind persoană juridică neguvernamentală, apolitică și umanitară. APH „Sporting Club” Galați este prima organizație neguvernamentală cu specific social și sportiv ce a organizat începând din 1992 competiții sportive pentru persoanele cu handicap locomotor numită „Cupa Danubius”. Asociația are înscriși un număr de 723 membri și un centru de zi licențiat care este frecventat de un număr aproximativ de 100 beneficiari lunar. La serviciile acestui centru pot apela toate persoanele cu dizabilități fizice și asociate din municipiul și județul Galați. Prioritate pentru a beneficia de serviciile gratuite din centru îl au persoanele cu dizabilități care se confruntă cu o situație financiară precară, cu o situație de criză și/sau expuși riscului de a fi marginalizați, excluși din familie și societate. De asemenea, sunt favorizate și persoanele aflate în situații de criză din mediul

rural, pentru care accesul la aceste servicii este mult mai dificil (oferind spațiu de cazare gratuit în perioada în care se necesită consult medical prelungit, studenților cu dizabilități din mediul rural care vin la cursuri la sfârșit de săptămână, cursanților de la școala de șoferi și donații de cărucioare și dispozitive de mers).

Asociația Aripă reprezintă persoanele cu probleme de sănătate mintală din România. Activitățile asociației au în vedere reinsertia socială a persoanelor care au sau au avut probleme de sănătate mintală; militarea pentru respectarea drepturilor generale, speciale și a demnității umane ale persoanelor care au sau au avut probleme de sănătate mintală; armonizarea legislației în conformitate cu recomandările OMS și UE cu privire la problemele de sănătate mintală; implicarea mass-media în explicarea complexității fenomenului generat de boală; organizarea de seminarii privind domeniul sănătății mintale; parteneriate cu alte ONG-uri și autorități; implicarea autorităților centrale și locale în terapia comunitară.

Societatea handicașilor locomotor din România desfășoară activități de reintegrare socio-profesională a persoanelor adulte cu handicap locomotor, programe specifice de transport adaptat, cursuri de operare PC, echipă de sport, centru de reabilitare, formare și recreere, trupă de teatru, consiliere legislativă și orientare profesională, turism. Organizația asigură editarea singurei reviste lunare din țară realizată în întregime de persoane cu handicap „Învingătorul”.

Organizații pentru servicii sociale

Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Servicii Sociale (FONSS) este formată în prezent din 37 de organizații neguvernamentale, persoane juridice de drept român, implicate în furnizare de servicii sociale pentru grupuri vulnerabile, cu activitate recunoscută în domeniul lor.

Rețeaua Dizabnet, reprezentată de către Federația Dizabnet a fost înființată în 2007 și acționează ca o platformă de comunicare și reprezentare pentru prestatorii de servicii sociale în domeniul dizabilității, în complementaritate cu organizațiile care reprezintă interesele și drepturile persoanelor cu dizabilități și în acord cu documentele internaționale din acest domeniu, în special Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități. Federația are 5 organizații fondatoare, iar rețeaua extinsă are 117 de membri, aceștia fiind organizații/instituții cu caracter privat și public, unități protejate, cabinete

individuale, precum și experți independenți sau din domeniul universitar. Este rețeaua de furnizori de servicii cu cea mai mare acoperire în domeniul său. Viziunea DIZABNET este aceea că serviciile pentru persoanele cu dizabilități din România sunt instrumente esențiale de promovare a incluziunii sociale, iar modernizarea și îmbunătățirea lor vor contribui substanțial la creșterea calității vieții acestor persoane, precum și la buna guvernare în cadrul comunității.

Fundația „Alături de Voi” România (ADV) este o organizație neguvernamentală de tip întreprindere socială de inserție, înființată în februarie 2002 de către Holt International Children’s Service USA, a cărei misiune este incluziunea persoanelor cu dizabilități și din alte grupuri vulnerabile. ADV România are sediul național în Iași și este înregistrată ca fundație românească, este independentă față de autoritățile statului, nu-și condiționează sprijinul și acțiunile de apartenențe la anumite ideologii, doctrine sau religii. Începând cu luna mai 2019, ADV România este membru cu drepturi depline în EASPD – Asociația Europeană a Furnizorilor de Servicii pentru Persoane cu Dizabilități care include peste 15.000 de servicii suport pentru persoanele cu dizabilități, din Uniunea Europeană.

ADV România, a înființat în timp trei întreprinderi sociale, fiind declarată Antreprenorul Social al Anului 2016 în cadrul competiției mondiale EY Entrepreneur Of The Year: (1) UtilDeco a fost înființată în 2008 și a creat în timp peste 100 de locuri de muncă, din care minim 40% pentru persoane cu dizabilități. Oferă servicii de arhivare și depozitare documente, producție echipamente de protecție și magazin online. (2) JobDirect a fost înființată în mai 2016 ca Agenție de Plasare și Asistență la Locul de Muncă. Oferă servicii de evaluare, testare, consiliere, formare profesională, mediere și plasare pe piața muncii, respectiv job coaching pentru persoane cu dizabilități sau din grupuri vulnerabile. (3) WISE.travel a fost înființată în august 2016, inițial sub numele UtilDeco Travel, iar din iunie 2018 a fost reautorizată ca tour operator în domeniul turismului sub brand-ul WISE.travel. Oferă servicii travel și organizări de evenimente, iar 50% din profit este donat către ONG-uri și întreprinderi sociale.

Asociația Persoanelor cu Handicap din România (APHR) este o organizație neguvernamentală, obștească, apolitică, este persoană juridică de drept privat, autonomă, cu caracter social-cultural, educativ, sportiv și umanitar, de interes general, de utilitate publică, cu durata nedeterminată, care promovează permanent

principiile deplinei libertăți și democrații. Primește sprijinul în desfășurarea activității din partea autorităților centrale și locale ale puterii și administrației de stat, precum și al unor persoane fizice și juridice. De asemenea, asociația a înființat și gestionează și Centrul de îngrijiri medicale la domiciliu PRO MED.

Fundația Motivation România este o organizație neguvernamentală creată în 1995 pentru a veni în sprijinul copiilor și adulților cu dizabilități din România. Serviciile pe care le oferă acoperă o gamă largă de nevoi ale persoanelor cu dizabilități, de la echipament adaptat pentru diferite tipuri de dizabilități motorii, la recuperare medicală și instruire pentru viață independentă, alături de un instructor în fotoliu rulant. În cei peste 25 de ani de funcționare, fundația a avut peste 25.000 de beneficiari. Unii dintre beneficiarii Motivation – utilizatori de scaune rulante – au ajuns în timp să lucreze ca instructori de viață independentă, tehnicieni de evaluare, prescriere și adaptare de scaune rulante, coordonatori de echipe regionale Motivation sau manageri în organizație.

Fundația de Abilitare Speranța Timișoara este organizație neguvernamentală cu peste 20 de ani de activitate în sprijinul copiilor cu nevoi speciale și al familiilor acestora, având ca misiune includerea acestor copii în școli și grădinițe obișnuite, precum și schimbarea mentalității și atitudinii față de ei. De-a lungul timpului, Fundația s-a implicat la nivel local, în sprijinirea copiilor, prin oferirea de servicii directe adresate copiilor, părinților și cadrelor didactice. În ultimii ani, Fundația a contribuit la elaborarea Metodologiei de înființare, organizare și funcționare a Centrelor de Abilitare și Suport Educațional pentru copii și tineri (C.A.S.E.).

Asociația Pro ACT Suport a fost înființată în luna aprilie a anului 2011, cu misiunea de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor dezavantajate, oferind servicii sociale și promovând practici profesionale în domeniul social-comunitar și educațional.

Fundația Estuar a fost fondată în septembrie 1993 de către Asociația Penumbra din Scoția și Liga Română de Sănătate Mintală și este prima organizație din România care a creat pentru adulții cu probleme de sănătate mintală o rețea de servicii de îngrijiri comunitare de zi și locative acreditate și recunoscute la nivel local, național și internațional. Fundația Estuar este membru al Mental Health Europe; FOND (Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Dezvoltare din România); Coaliția pentru Bune Practici din România; Coaliția ONG pentru Fonduri Structurale.

Asociația Betania Bacău a fost înființată la data de 24 octombrie 1995, iar în 2004 a devenit organizație de utilitate publică.⁶⁰⁰ De-a lungul timpului, organizația a înființat o serie de servicii, unele chiar în premieră la nivel național sau cel puțin regional, precum Centrul de Integrare a Tinerilor sau Centrul Delfinul pentru copii cu autism. Asociația Betania este de două decenii un sprijin la nivel comunitar, având mii de beneficiari ai proiectelor derulate în domeniul umanitar, educațional, sanitar. Asociația Betania este acreditată de Comisia de Acreditare a județului Bacău ca furnizor pentru următoarele servicii sociale: Centrul de Integrare a Tinerilor; Centrul „Delfinul” pentru copii cu autism; Centrul de Consiliere, Informare și Sprijin pentru familii aflate în situații de criză; Centrul de Asistență a Victimelor Traficului de Persoane. În plus, Centrul Delfinul este licențiat în ceea ce privește furnizarea de servicii sociale de specialitate.

Asociația Star of Hope este o organizație neguvernamentală cu sediul în Iași, înființată în 1998 cu sprijinul Organizației suedeze Star of Hope Internațional. Organizația „Star of Hope” Suedia este prezentă în România încă din zilele revoluției din 1989 (la Timișoara) și a sprijinit permanent Fundația Star of Hope Romania, aducând în țară atât fonduri private cât și fonduri guvernamentale suedeze (prin SMC/SIDA). Star of Hope Romania este partener cu Star of Hope Norvegia și cu Star of Hope SUA.

600 Hotărârea de Guvern nr. 1481/2004, publicată în Monitorul Oficial nr. 848 din 15 septembrie 2004.

Anexa 4. Informarea

Anexa 4. Tabel 1: Ce fel de informații ușor de utilizat despre dizabilități pot găsi oamenii pe site-urile municipalității (SPAS) și ale ONG-urilor din 39 de județe și cele 6 sectoare ale municipiului București

Informații despre ...	Da, informații complete pe site-urile localităților, conform informațiilor deținute de...		Da, informații complete pe site-urile ONG-urilor, conform informațiilor deținute de...	
	SECPAH	SECC	SECPAH	SECC
Numărul total de respondenți, din care:	201	187	201	187
(%)	100	100	100	100
a. Ce conține dosarul și cum ar trebui să fie pregătit	64	37	19	10
b. Cum și unde se depun cererea și dosarul	66	37	20	9
c. Informații privind modul de accesare a SECPAH	59	20	14	6
d. În ce constă evaluarea complexă și cum se realizează	33	21	10	6
e. Cum se stabilesc gradul și tipul de handicap	22	13	10	3
f. Care sunt beneficiile și serviciile aferente	47	22	12	8
g. Cum se poate contesta certificatul de handicap, inclusiv cum și unde poate fi contestat, precum și cum se poate solicita și obține asistență juridică	25	17	7	7
Niciuna dintre cele de mai sus	17	9	60	27
Toate cele de mai sus	16	5	4	1
Nu știu/non-răspuns	12	52	12	52

Sursa: Sondaj de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=201) și a copiilor (SECC, N=187), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Anexa 4. Tabel 2: SPAS și SECPAH care pun la dispoziție formularele de cerere standardizate pe site-urile primăriilor/DGASPC (număr de SPAS/SECPAH)

	URBAN		RURAL			Total eșantion SPAS	JUDEȚ SECPAH
	Orașe mari	Orașe mici	Comune tip 1	Comune tip 2	Comune tip 3		
Număr total de cazuri, din care...							
Formularul standard de cerere este disponibil pe website-urile municipalității/DGASPC ...	18	10	12	15	16	71	36
a. pentru persoane adulte (HG nr. 430/2008, art. 6)	10	3	3	5	9	30	36
b. pentru copii (Ordinul comun nr. 1985/1305/5805/2016)	10	4	3	6	9	32	31
c. ... pentru ancheta socială (SPAS)	13	6	5	7	9	40	

Sursa: Sondaj SPAS cu răspunsuri din 26 de județe, ianuarie-februarie 2021. Studiu instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=36) și a copiilor (SECC, N=32), din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Orașe mici = Orașe cu până în 20 de mii de locuitori, la 1 ianuarie 2020; Orașe mari = orașe cu >20 de mii de locuitori, la 1 ianuarie 2020; rural = comune de orice tip; comune de tip 1 = comune dezvoltate și situate la mică distanță de reședința de județ; comune de tip 2 = alte comune (localități rurale obișnuite); comune de tip 3 = comune subdezvoltate și izolate.

Anexa 4. Tabel 3: SPAS și SECPAH care au procedură de comunicare (număr de SPAS/SECPAH)

	URBAN		RURAL			Total eșantion SPAS	JUDEȚ
	Orașe mari	Orașe mici	Comune tip 1	Comune tip 2	Comune tip 3		SECPAH
Număr total de cazuri, din care ...							
Au o procedură aprobată sau un paragraf dintr-o procedură generală privind furnizarea de ...	18	10	12	15	16	71	36
a. ... informații privind evaluarea dizabilității							26
b. ... informații privind riscurile sociale și drepturile persoanelor cu dizabilități	9	0	3	2	2	16	
Dacă DA,							
A fost atașată procedura în pachetul de răspuns la sondaj	6	0	1	1	1	9	9

Sursa: Sondaj SPAS cu răspunsuri din 26 de județe, ianuarie-februarie 2021. Studiu instituțional Q2A: Date factuale și indicatori privind activitatea serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH, N=36) și a copiilor (SECC, N=32), din 32 de județe și 4 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Notă: Orașe mici = Orașe cu până în 20 de mii de locuitori, la 1 ianuarie 2020; Orașe mari = orașe cu >20 de mii de locuitori, la 1 ianuarie 2020; rural = comune de orice tip; comune de tip 1 = comune dezvoltate și situate la mică distanță de reședința de județ; comune de tip 2 = alte comune (localități rurale obișnuite); comune de tip 3 = comune subdezvoltate și izolate.

Anexa 5. Evaluarea complexă realizată de SECPAH

Anexa 5. Tabel 1: Evaluarea medicală din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH

Pe o scală de la 1 la 10 (ca la școală), ...	Media	Abaterea standard	N
STRUCTURI ȘI FUNCȚII			
EVM16. În ce măsură documentele medicale din dosar permit o bună evaluare a afectărilor structurilor corpului și funcțiilor organismului, (pe care o considerați aproape de realitate)?	8,08	1,29	157
LIMITĂRI DE ACTIVITATE			
EVM18. În ce măsură documentele medicale din dosar permit o bună evaluare a limitărilor activității persoanei (comprehensivă, suficient de detaliată, pe care o considerați aproape de realitate)?	7,72	1,64	158

Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Anexa 5. Tabel 2: Evaluarea psihologică din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH

Pe o scală de la 1 la 10 (ca la școală), ...	Media	Abaterea standard	N
EVP11. În ce măsură documentele din dosare permit o bună evaluare a funcționării din perspectiva psiho-socială (activități și participare)?	7,72	1,89	150
EVP12. Dar mai specific, în ce măsură permit instrumentele folosit(e) de psiholog o evaluare pe care o considerați completă, detaliată, aproape de realitate, a aspectelor psihosomatice, a comportamentului, autonomiei personale și sociale a persoanei ...?			
LIMITĂRILE DE ACTIVITATE			
1. într-un context standardizat (capacitate)	7,02	2,81	108
2. în mediul său de viață (performanță)	7,11	3,17	100
RESTRIȚIILE DE PARTICIPARE			
4. Sarcini și solicitări generale	7,29	2,79	102
5. Comunicare	7,50	2,81	109
9. Relații și interacțiuni cu ceilalți	7,55	2,79	110

Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Anexa 5. Tabel 3: Evaluarea vocațională sau a abilităților profesionale din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH

EVV8. Pe o scală de la 1 la 10 (ca la școală), în ce măsură documentele de evaluare vocațională și orientare profesională din dosare permit o evaluare corectă (detaliată, corespunzătoare realității) cu privire la ...?	Media	Abaterea standard	N
LIMITĂRILE DE ACTIVITATE			
1. Într-un context standardizat (capacitate)	5,87	2,92	137
2. În mediul său de viață (performanță)	5,69	2,90	138
RESTRIȚIILE DE PARTICIPARE LEGATE DE:			
3. Învățare și aplicarea cunoștințelor	5,78	3,11	137
4. Sarcini și solicitări generale	5,67	3,00	137
9. Domenii majore ale vieții: muncă, educație	6,01	2,97	138
FACTORII DE MEDIU CARE POT ACȚIONA CA BARIERE SAU FACILITATORI în câmpul muncii:			
11. Produse și tehnologii	5,39	3,14	140
12. Mediul natural al persoanei, schimbările de mediu	5,37	3,29	140
13. Sprijinul și relațiile interumane	6,36	3,06	140
14. Atitudini	5,27	3,43	140
15. Servicii de sprijin, sisteme sau politici ocupaționale relevante	4,81	3,25	140

Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Anexa 5. Tabel 4: Evaluarea nivelului de educație din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH

EVE8. Pe o scală de la 1 la 10 (ca la școală), în ce măsură documentele din dosare permit o evaluare corectă (în acord cu realitatea) cu privire la ...?	Media	Abaterea standard	N
RESTRIȚIILE DE PARTICIPARE LEGATE DE:			
3. Învățare și aplicarea cunoștințelor	5,83	3,10	140
9. Domenii majore ale vieții: educație	6,00	2,99	134
FACTORII DE MEDIU CARE POT ACȚIONA CA BARIERE SAU FACILITATORI în educație:			
11. Produse și tehnologii	5,79	3,11	140
12. Mediul natural al persoanei, schimbările de mediu	5,56	3,12	140
13. Sprijinul și relațiile interumane	6,52	2,84	140
14. Atitudini	6,17	3,17	140
15. Servicii de sprijin, sisteme sau politici educaționale relevante	5,76	3,22	140

Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Anexa 5. Tabel 5: Evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH

Pe o scală de la 1 la 10, în ce măsură datele obținute din anchetele sociale trimise de SPAS sunt suficiente astfel încât să permită o evaluare detaliată și corectă a nivelului de integrare socială (gradului de dependență) ...	URBAN			RURAL		
	Media	Abaterea standard	N	Media	Abaterea standard	N
EVA5. În mod specific, în ce măsură permit datele disponibile o bună evaluare cu privire la ...?						
Mobilitate - nevoile de mobilitate ale PAH, precum și ajutoarele necesare cu dispozitive și sisteme asistive	7.9	1.9	167	7.3	2.1	166
Auto-îngrijire – autonomia în activități zilnice de igienă corporală, igienă intimă, îmbrăcat/dezbrăcat, servire și hrănire	8.4	1.7	167	7.6	1.9	166
Auto-gospodărire – activități în gospodărie – gătit, spălat, cumpărături, plata facturilor etc.	8.3	1.6	169	7.5	1.9	167
Comunicare - utilizarea mijloacelor de comunicare	8.3	1.8	168	7.6	2.0	166
Interacțiuni cu ceilalți	8.0	1.9	169	7.3	2.1	167
Participarea la educație, muncă, activități de timp liber	7.4	2.1	169	6.7	2.3	167
Activități civice, culturale, alte activități în comunitate	6.8	2.5	169	6.0	2.6	167
EVA7. Dar mai specific, pentru o eventuală argumentare a nevoii de instituționalizare sau de îngrijire la domiciliul persoanei, în ce măsură datele din dosar permit o evaluare corectă (în acord cu realitatea) cu privire la participarea persoanei în ...						
Relații intime și rețele de suport - Rețeaua de familie, prieteni și vecini, suportul pe care aceștia îl oferă	7.7	2.0	170	7.2	2.1	168
Viața în gospodărie - Activități gospodărești, prepararea hranei, curățenie, cumpărături, gestionarea veniturilor, conformarea la recomandările medicale	8.2	1.6	170	7.7	1.8	168
Viața în comunitate, socială și civică - Utilizarea mijloacelor de transport, activități de timp liber, activități civice, culturale și / sau sportive	7.3	2.2	171	6.8	2.2	169
Atitudini - Atitudinile familiei, vecinilor și a comunității față de PAH și nevoia de protecție împotriva discriminării	6.8	2.7	170	6.2	2.7	168

Sursa: Sondajul de opinie Q2B: Practici și experiențe ale specialiștilor care lucrează în cadrul serviciilor de evaluare complexă a persoanelor adulte cu handicap (SECPAH), din 39 județe și 6 sectoare ale municipiului București, ianuarie-februarie 2021.

Anexa 6. Un model de Plan Individual de Servicii (PIS)

Serviciul Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap și Monitorizare	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ	Cod: PO.49.01
	PROCEDURA PRIVIND EVALUAREA/REEVALUAREA MEDICO-PSIHO-SOCIALĂ A PERSOANELOR ADULTE CU HANDICAP	Ediția I/ Revizia 3

Anexa nr.5

Nr. _____ / _____

PLAN INDIVIDUAL DE SERVICII

Numele și Prenumele persoanei cu handicap _____

Reprezentant legal al persoanei cu handicap _____

Data realizării planului _____

SERVICII				
Tipul evaluării	Instituția responsabilă	Obiective generale	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă
Protecție și / sau Asistență socială a persoanei cu handicap	<input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Centru de zi <input type="checkbox"/> Centru rezidențial <input type="checkbox"/> Altele	<input type="checkbox"/> socializare și petrecerea timpului <input type="checkbox"/> socializare și activități de terapie ocupațională liber <input type="checkbox"/> îngrijire și supraveghere permanentă specializată <input type="checkbox"/> sprijin și ajutor în gospodărie	<input type="checkbox"/> 6 luni <input type="checkbox"/> 12 luni <input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Alți specialiști
MEDICALE	Instituție Medicală Specializată	DISPENSARIZARE <input type="checkbox"/> Recuperare medicală <input type="checkbox"/> Alergologie <input type="checkbox"/> O.R.L. <input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Oftalmologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Cardiologie <input type="checkbox"/> Pneumologie <input type="checkbox"/> Nefrologie <input type="checkbox"/> Oncologie <input type="checkbox"/> Ortopedie <input type="checkbox"/> Reumatologie <input type="checkbox"/> Hematologie <input type="checkbox"/> Psihiatrie <input type="checkbox"/> Diabetologie <input type="checkbox"/> Medicină internă <input type="checkbox"/> Psiholog <input type="checkbox"/> Boli infecțioase <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Altele	<input type="checkbox"/> 6 luni <input type="checkbox"/> 12 luni <input type="checkbox"/> Permanent	Medic de Specialitate

Tipul evaluării	Instituția responsabilă	Obiective generale	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă
PSIHOLOGICE	Unitatea medicală Cabinet ONG <input type="checkbox"/> Furniz. de servicii sociale	Dispensarizare psihiatrică Consiliere psihologică Consiliere de familie <input type="checkbox"/> Psihoterapie <input type="checkbox"/> Nu este cazul	<input type="checkbox"/> Permanent	Psihiatru Psiholog Psihoterapeut <input type="checkbox"/> Alți specialiști
VOCAȚIONALE	<input type="checkbox"/> Unit. de învățământ <input type="checkbox"/> Unit. economică <input type="checkbox"/> Loc de munca protejat <input type="checkbox"/> Unit. protejată <input type="checkbox"/> Atelier protejat <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Furniz. de formare profesională <input type="checkbox"/> Agenția locală pt. ocuparea forței de muncă <input type="checkbox"/> Centru de consiliere	<input type="checkbox"/> formare profesională <input type="checkbox"/> formarea, dezvoltarea și perfecționarea abilităților sociale și profesionale în conformitate cu capacitatea fizică și intelectuală existentă <input type="checkbox"/> adaptarea cerințelor educaționale la nevoile și particularitățile individuale <input type="checkbox"/> valorificarea potențialului de muncă existent <input type="checkbox"/> loc de muncă corespunzător <input type="checkbox"/> adaptarea rezonabilă a locului de muncă <input type="checkbox"/> terapie ocupațională <input type="checkbox"/> terapie prin muncă <input type="checkbox"/> informare, consiliere și orientare profesională <input type="checkbox"/> medierea angajării <input type="checkbox"/> consiliere post-angajare <input type="checkbox"/> asistarea angajării <input type="checkbox"/> reconversie profesională <input type="checkbox"/> reabilitare psiho-socială <input type="checkbox"/> (re) integrare socială <input type="checkbox"/> Nu este cazul	<input type="checkbox"/> 6 luni <input type="checkbox"/> 12 luni <input type="checkbox"/> Permanent	Specialiști în domeniu: - Psihopedagog - Profesor de specialitate - Instructor ergoterapeut - Pedagog de recuperare - Consilier orientare privind cariera - Consilier vocațional - Mediator - Agentul economic (angajatorul) - Alți specialiști

Avizat,
Director General Adjunct,

Aprobat,
Sef Serviciu,

Medic Specialist: _____

Asistent social: _____

Psiholog: _____

Consilier vocațional: _____

Alți specialiști: _____

Anexa 7. Profilul persoanelor care au depus și câștigat contestații

Profilul persoanelor care au depus și câștigat contestații împotriva certificatului de încadrare în grad de handicap, din noiembrie 2020, studiu de caz pe județul Suceava (% din total)

	W1. Total contestații depuse, din care:	W2. Contestații cu decizie definitivă care au fost câștigate de PAH
CH5. Numărul total de contestații	187 100%	51 100%
GRADUL		
a. în grad ușor	0.0	0.0
b. în grad mediu	6.4	3.9
c. în grad accentuat	25.7	27.5
d. în grad grav	17.1	17.6
e. în grad grav cu asistent personal	50.8	51.0
TIPUL		
aa. handicap fizic (cod 1)	46.0	47.1
bb. handicap somatic (cod 2)	14.4	23.5
cc. handicap auditiv (cod 3)	0.5	0.0
dd. handicap vizual (cod 4)	5.9	3.9
ee. handicap mintal (cod 5)	15.0	11.8
ff. handicap psihic (cod 6)	4.8	7.8
gg. handicap asociat (cod 7)	9.1	5.9
hh. handicap HIV/SIDA (cod 8)	0.0	0.0
ii. handicap boli rare (cod 9)	3.7	0.0
jj. handicap surdocecitate (cod 10)	0.5	0.0
TERMEN VALABILITATE		
x. 1 an	96.3	86.3
y. 2 ani	0.0	0.0
z. permanent	3.7	13.7
MEDIU DE REZIDENȚĂ		
u. urban	35.3	35.3
r. rural	64.7	64.7
GEN		
f. femei	44.9	47.1
m. bărbați	55.1	52.9
VÂRSTĂ		
v1. 18-20 ani	1.1	9.8
v2. 21-26 ani	10.2	3.9
v3. 27-34 ani	11.2	7.8
v4. 35-44 ani	8.6	17.6
v5. 45-54 ani	14.4	27.5
v6. 55-64 ani	17.1	13.7
v7. 65-74 ani	20.3	15.7
v8. 75+ ani	17.1	3.9

	W1.	W2.
	Total contestații depuse, din care:	Contestații cu decizie definitivă care au fost câștigate de PAH
GRUPURI DIN COMUNITATE		
g0. total PAH din familii	67.9	88.2
g1. persoane fără adăpost	0.0	0.0
g2. persoane puse sub interdicție – cu tutore un membru de familie	6.4	9.8
g3. persoane puse sub interdicție – cu tutore autoritatea publică locale	0.0	0.0
g4. persoane puse sub interdicție – cu tutore ONG	0.0	0.0
g5. persoane cu cel mult 8 clase	16.6	43.1
g6. persoane nedeplasabile	19.8	29.4
PERSOANE INSTITUȚIONALIZATE		
g7. persoane cu măsură de protecție *	0.0	0.0
g8. persoane internate în spitale psihiatrice	0.0	0.0
g9. persoane din penitenciar	0.0	0.0
ASISTENȚA AVOCAȚIALĂ		
CHA4a. fără asistență avocațială	50.8	62.7
CHA4b. asistență avocațială gratuită	3.7	3.9
CHA4c. cu avocat ales (de persoana respectivă)	45.5	33.3

Sursa: Sondaj instituțional Q3D: Contestațiile privind certificatul de încadrare în grad de handicap (Secretariatul CEPAH), ianuarie-februarie 2021.

Note: Sunt marcate cu galben celulele cu valori semnificativ mai mari. PAH = persoană adultă cu încadrare în grad de handicap; * Persoane cu măsură de protecție, indiferent de tipul de serviciu în care se află (centre, locuințe protejate, etc.).

Anexa 8. Măsuri de sprijin pentru trecerea tinerilor cu dizabilități la viața de adult

Mai jos sunt prezentate principalele măsuri de sprijin, așa cum sunt prevăzute în Ordinul nr. 1985/1305/5805/2016.

Art. 55 (4) Obiectivul general al planului de abilitare-reabilitare este dezvoltarea personală și socială, maximizarea potențialului, dobândirea autonomiei personale și sociale a copilului în vederea incluziunii sociale. În cazul copiilor cu vârsta peste 16 ani, obiectivul planului va conține și tranziția la viața de adult. În cazul copiilor aflați în îngrijire paliativă, la domiciliu sau în centru de tip hospice, obiectivul planului va conține și menținerea calității vieții/încetinirea degenerării stării de sănătate.

Art. 65 (6) (3) Măsurile de sprijin pentru tranziția de la pubertate la adolescență pot fi:

- a) pregătirea copilului prin informare adecvată vârstei, gradului de maturitate și tipului dizabilității de către familie și cadrele didactice;
- b) educație pentru sănătate sub forma disciplinei opționale sau oferită de alți furnizori de servicii educaționale, de sănătate sau sociale;
- c) consiliere din partea consilierului școlar sau din partea altor furnizori de servicii educaționale, de sănătate sau sociale;
- d) dezvoltarea abilităților de viață independentă în cadrul unor servicii sau cursuri.

(4) Măsurile de sprijin pentru tranziția de la gimnaziu la liceu sau școală profesională pot fi cele menționate la alin. (3), la care se adaugă orientarea școlară și profesională.

(6) Măsurile de sprijin pentru tranziția la viața de adult pot fi cele menționate la alin. (4), la care se adaugă măsurile care vizează tranziția la sistemul de protecție a persoanelor adulte cu dizabilități:

- a) pregătirea copilului/tânărului prin informare adecvată vârstei, gradului de maturitate și tipului dizabilității de către familie și managerul de caz, incluzând aspectele privind acordarea gradului de handicap pentru persoanele adulte cu dizabilități;
- b) sprijinul pentru părinți/reprezentant legal pentru pregătirea documentelor necesare acordării gradului de handicap pentru persoanele adulte cu dizabilități;
- c) medierea relației părinților/reprezentantului legal cu serviciul de evaluare complexă pentru persoanele adulte cu handicap, denumit în continuare SECPAH;
- d) vizitarea centrului rezidențial sau a domiciliului asistentului personal profesionist de către tinerii care urmează să părăsească sistemul de protecție specială a copilului și să fie transferați în sistemul de protecție a persoanelor adulte cu dizabilități.

Art. 83 (1) Planul de abilitare-reabilitare se încheie odată cu expirarea certificatului de încadrare în grad de handicap, iar planul de servicii individualizat se încheie odată cu expirarea certificatului de orientare școlară și profesională.

(2) Închiderea cazului are loc odată cu expirarea certificatului, dar poate avea loc și în următoarele situații:

- a) schimbarea domiciliului în alt județ/sector al municipiului București;
- b) tranziția la viața de adult;
- c) refuzul părinților/reprezentantului legal de a colabora cu autoritățile abilitate pentru încadrarea în grad de handicap și/sau implementarea unui plan de abilitare-reabilitare;
- d) la cererea părinților/reprezentantului legal în cazurile de încadrare în grad de handicap;
- e) în situația în care părinții/reprezentantul legal nu mai solicită reevaluarea complexă în cazurile de încadrare în grad de handicap;
- f) decesul copilului.

Notă: Primele măsuri (art 65 alin. (3) și (4)) sunt luate în considerare nu numai în faza de tranziție către viața adultă, ci și în inaintea celorlalte etape de tranziție din viața copilului.

Lista de tabele și figuri

Tabele

Tabel 1:	Sondajul SPAS (număr)	28
Tabel 2:	O privire de ansamblu asupra tipurilor și ratelor de răspuns la studiile instituționale privind evaluarea și încadrarea în grad și tip de handicap	30
Tabel 3:	Informații privind dizabilitatea disponibile pe site-urile DGASPC-urilor	63
Tabel 4:	Accesibilitatea comunicării offline	69
Tabel 5:	Obligația de a plăti pentru documentele medicale (număr)	77
Tabel 6:	Ce documente sunt colectate înainte de a efectua ancheta socială obligatorie inclusă în dosarul pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap în diferite localități	83
Tabel 7:	Modalități de desfășurare și durata medie a anchetei sociale obligatorii necesară pentru evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, în funcție de tipul de localitate (număr)	86
Tabel 8:	Cum se face evaluarea complexă	106
Tabel 9:	Cum sunt stabilite recomandările și propunerile SECPAH, conform șefilor SECPAH (număr)	123
Tabel 10:	Cum sunt stabilite deciziile CEPAN, conform președinților CEPAN (număr)	153
Tabel 11:	Pondere SPAS care respectă structura orientativă a personalului (%)	244
Tabel 12:	Într-un caz ipotetic standard al unei persoane care solicită încadrarea într-un anumit grad și tip de handicap, cum se desfășoară de obicei interacțiunea cu specialiștii SECPAH și, respectiv, ai SECC?	256
Tabel 13:	Calitatea datelor din bazele de date existente ale SECPAH/CEPAN pe o selecție de indicatori	262
Tabel 14:	Compararea plăților lunare pentru membrii CEPAN în noiembrie 2020	270
Anexa 4.	Tabel 1: Ce fel de informații ușor de utilizat despre dizabilități pot găsi oamenii pe site-urile municipalității (SPAS) și ale ONG-urilor din 39 de județe și cele 6 sectoare ale municipiului București	302
Anexa 4.	Tabel 2: SPAS și SECPAH care pun la dispoziție formularele de cerere standardizate pe site-urile primăriilor/DGASPC (număr de SPAS/SECPAH)	302
Anexa 4.	Tabel 3: SPAS și SECPAH care au procedură de comunicare (număr de SPAS/SECPAH)	303
Anexa 5.	Tabel 1: Evaluarea medicală din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH	304
Anexa 5.	Tabel 2: Evaluarea psihologică din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH	304
Anexa 5.	Tabel 3: Evaluarea vocațională sau a abilităților profesionale din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH	305
Anexa 5.	Tabel 4: Evaluarea nivelului de educație din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH	305
Anexa 5.	Tabel 5: Evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială din perspectiva psiho-socială, conform opiniilor specialiștilor SECPAH	306

Figuri

Figura 1:	Profilul celor 61 de persoane adulte cu dizabilități interviewate (număr)	33
Figura 2:	Statistici privind dizabilitatea, publicate de Eurostat și Ministerul Muncii și Protecției Sociale	44
Figura 3:	Sursele de informare inițială pentru persoanele care solicită evaluarea complexă în vederea încadrării în grad și tip de handicap (%)	60
Figura 4:	Adaptarea informațiilor de pe site-urile DGASPC-urilor pentru persoanele cu deficiențe de vedere	67
Figura 5:	Numărul de SECPAH-uri care au adaptat procedurile de comunicare a informațiilor referitoare la evaluare pentru grupurile vulnerabile	68
Figura 6:	Statistici generale privind fluxurile de intrări/ieșiri (numărul de cereri depuse și admise sau respinse/neefectuate), de-a lungul unei luni, corespunzătoare pașilor din etapa de depunere a dosarului și înregistrare (număr de persoane)	75
Figura 7:	Distribuția SPAS-urilor în funcție de estimările pe care le-au oferit cu privire la numărul mediu de zile în care o persoană care solicită o anchetă socială poate aduna toate documentele solicitate (număr)	84
Figura 8:	Distribuția anchetelor sociale în funcție de modul în care au fost efectuate (% din total)	86
Figura 9:	Ponderele rapoartelor de anchetă socială pentru evaluarea în vederea încadrării în grad de handicap efectuate pentru adulți și copii, în conformitate cu modelele-cadru (% din numărul total de anchete sociale)	89
Figura 10:	Numărul total de dosare înregistrate pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap în județele selectate, în noiembrie 2019 față de noiembrie 2020 (număr)	93
Figura 11:	Cum sunt transmise dosarele solicitanților de încadrare în grad de handicap de la SPAS la SECPAH/SECC/DGASPC, în februarie 2021 (număr)	94
Figura 12:	Distribuția solicitanților pentru evaluare în vederea încadrării în grad de handicap în conformitate cu scenariul utilizat pentru înregistrarea la SECPAH (% din total în noiembrie 2020)	95
Figura 13:	Rezultatul verificării inițiale a dosarelor de cerere admise și respinse după județ, în noiembrie 2020 (%)	97
Figura 14:	Adaptarea procedurii de depunere și înregistrare a dosarului pentru persoanele din grupurile vulnerabile (număr de județe)	98
Figura 15:	Specializarea șefilor SECPAH (număr)	103
Figura 16:	Lucrul în echipa multidisciplinară și interacțiunea între evaluatori și solicitanți, conform șefilor SECPAH (număr)	104
Figura 17:	Adaptarea procedurii de evaluare complexă pentru persoanele din grupurile vulnerabile (număr de județe)	106
Figura 18:	Procesul de evaluare complexă, conform șefilor SECPAH (număr)	109
Figura 19:	Ponderele dosarelor cu nepotrivire între evaluarea din referatul medicului specialist și evaluarea medicului SECPAH, în baza documentelor de la dosar, estimări ale șefilor SECPAH referitoare la luna noiembrie 2020 (% din total dosare evaluate)	111
Figura 20:	Evaluarea psihologică, conform șefilor SECPAH (număr)	113
Figura 21:	Cine efectuează evaluarea vocațională sau a abilităților profesionale, conform șefilor SECPAH (număr)	117

Figura 22:	Evaluarea nivelului de educație, conform șefilor SECPAH (număr)	119
Figura 23:	Măsura în care datele obținute din anchetele sociale trimise de SPAS-urile rurale și urbane sunt suficiente astfel încât să permită o evaluare detaliată și corectă a nivelului de integrare socială (gradul de dependență), conform opiniilor specialiștilor SECPAH (valori medii, pe o scală de la 1-deloc la 10-total)	121
Figura 24:	Schimbarea practicilor în organizarea ședințelor CEPAH, pe perioada pandemiei de COVID-19, în funcție de tipul ședințelor, conform estimărilor oferite de președinții CEPAH (număr ședințe/ dosare/ minute)	140
Figura 25:	Timpul mediu petrecut de Comisie pentru fiecare caz în parte, în minute	141
Figura 26:	Procesul-verbal al unei ședințe CEPAH de 3 de ore care a implicat decizii pentru 65 de persoane cu dizabilități	142
Figura 27:	Adaptarea procedurii de încadrare în grad și tip de handicap pentru persoanele adulte din grupurile vulnerabile (număr de județe)	144
Figura 28:	Opiniile membrilor CEPAH față de instrumentele de evaluare complexă folosite de SECPAH (scoruri medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)	146
Figura 29:	Gestionarea dosarelor pe parcursul etapei de încadrare în grad și tip de handicap, conform președinților CEPAH (număr)	147
Figura 30:	Principalele surse de informații pentru verificarea criteriilor medico-psihsociale de încadrare în grad și tip de handicap, conform președinților CEPAH (număr)	148
Figura 31:	Criteriile medico-psihsociale care sunt folosite cu preponderență de comisiile de evaluare pentru îndeplinirea principalelor lor atribuții, conform președinților CEPAH (număr)	150
Figura 32:	Oricum, conform opiniei dominante în rândurile membrilor CEPAH, în prezent, modelul medical este încă dominant în încadrarea în grad și tip de handicap a persoanelor adulte	152
Figura 33:	Ponderele membrilor CEPAH care confirmă existența erorilor de excluziune și de incluziune în cadrul procesului de încadrare în grad și tip de handicap, pe tipuri de surse de eroare (%)	154
Figura 34:	Rezultatele procesului de determinare a dizabilității în România, pe județe, în anul 2019	157
Figura 35:	Distribuția certificatelor în funcție de gradul de handicap, pe județe, în anul 2019	158
Figura 36:	Distribuția certificatelor în funcție de termenul de valabilitate, pe județe, în anul 2019	159
Figura 37:	Demersul de încadrare în grad de handicap de la Etapa 3 de evaluare complexă până la Etapa 5 de identificare a nevoilor de servicii: Statistici generale, în noiembrie 2020 (număr de solicitanți/beneficiari)	169
Figura 38:	Legătura dintre PIRIS și raportul de evaluare complexă: Date factuale (număr)	170
Figura 39:	Legătura dintre PIRIS și raportul de evaluare complexă: Opinii ale specialiștilor din SECPAH și CEPAH (valori medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)	171
Figura 40:	Două exemple de PIRIS	173
Figura 41:	Numărul total de PIS-uri pentru 29 de județe, după strategia pe care o are SECPAH referitor la elaborarea PIS-ului pentru adulții cu dizabilități	176
Figura 42:	Legătura dintre PIS și raportul de evaluare complexă (REC), PIRIS și nevoile identificate în ancheta socială: Opinii ale specialiștilor din SECPAH și SPAS (valori medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)	177
Figura 43:	Opiniile principalilor actori instituționali privind gradul de realizare a serviciilor și activităților incluse în PIS/PIRIS de către persoanele cu dizabilități (valori medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)	180

Figura 44:	Raportul dintre persoanele adulte cu handicap și medicii de recuperare, medicină fizică și balneologie, pe județe	182
Figura 45:	Distribuția contestațiilor privind certificatul de încadrare în grad de handicap din noiembrie 2019, respectiv noiembrie 2020, pe județe (număr contestații/lună)	188
Figura 46:	Opiniile dominante ale practicienilor cu privire la două posibile măsuri de îmbunătățire a informării referitoare la contestare, pe o scală de la 1 la 10 (scoruri medii)	193
Figura 47:	Opiniile dominante ale practicienilor cu privire la introducerea unui model tip de motivare a soluției de încadrare/neîncadrare în baza căreia să se poată formula în instanță contestarea certificatului de handicap, pe o scală de la 1 la 10 (scoruri medii)	207
Figura 48:	Distribuția pe categorii de vârstă a persoanelor care au depus și câștigat contestații împotriva certificatului de încadrare în grad și tip de handicap, din noiembrie 2020, studiu de caz pe județul Suceava (% din total)	216
Figura 49:	Informarea tinerilor cu dizabilități cu privire la tranziția la viața de adult (%)	223
Figura 50:	Măsura în care diverse aspecte afectează negativ asigurarea continuității serviciilor și viața copiilor cu dizabilități și a familiilor lor, pe o scală de la 1-deloc la 10-total, conform opiniilor practicienilor	225
Figura 51:	Exemple de cazuri și cele mai probabile soluții: comparație între comisiile de evaluare pentru copii (CPC) și adulți (CEPAH) (număr răspunsuri ale președinților CEPAH/CPC)	230
Figura 52:	Nivelul de cunoaștere a criteriilor de încadrare în grad de handicap, așa cum este eutoevaluat de către membrii CEPAH și CPC (valori medii pe o scală de la 1-deloc la 10-total)	231
Figura 53:	Cea mai bună soluție pentru viitor pentru a asigura o tranziție lină de la copilărie la maturitate pentru tinerii cu dizabilități, în opinia membrilor CEPAH și CPC (%)	235
Figura 54:	Distribuția eșantionului de SPAS după forma de organizare și numărul de angajați (%)	242
Figura 55:	Personalul SPAS după nivelul de educație, specializare și atribuții (%)	243
Figura 56:	Cât de mult știu SPAS-urile despre persoanele cu certificat de handicap din localitatea lor (număr)	248
Figura 57:	Diferența dintre județe în ceea ce privește numărul oficial al persoanelor adulte cu dizabilități și numărul de specialiști SECPAH	250
Figura 58:	Personalul SECPAH în funcție de specializare	251
Figura 59:	Împărțirea sarcinilor în cadrul echipei SECPAH (% din categorie)	252
Figura 60:	Volumul de muncă per specialist SECPAH (numărul minim, maxim și numărul mediu de dosare evaluate pe an)	253
Figura 61:	Ponderea dosarelor evaluate pe baza actelor de la dosar, eventual combinate cu interviuri prin telefon, WhatsApp sau Skype, și care nu implică interacțiunea față în față dintre echipa SECPAH și solicitant pe județ (% din totalul dosarelor evaluate)	255
Figura 62:	Principalele nevoi de formare a specialiștilor SECPAH (%)	257
Figura 63:	Proceduri de lucru (% din SECPAH, % din membrii SECPAH și scorul mediu de utilitate)	259
Figura 64:	Resursele umane CEPAH după profesie și poziție în cadrul comisiei (număr)	264
Figura 65:	Volumul de muncă CEPAH pe lună	269
Figura 66:	Numărul de angajați ai SECPAH și ai Secretariatului CEPAH din județe selectate, în funcție de satisfacția * față de numărul de angajați ai Secretariatului CEPAH (număr)	271
Figura 67:	Proceduri de lucru (% din CEPAH, % din membrii CEPAH și scorul mediu de utilitate)	272

Infografice

Infografic 1: Componentele studiului de fundamentare, pe scurt	27
Infografic 2: Statistici generale privind populația de referință pentru demersul de încadrare în grad de handicap, în funcție de principalele etape de implementare, noiembrie 2020 (număr de persoane)	47
Infografic 3: Scurtă prezentare a activităților privind implementarea CIF în România	52

Casete

Caseta 1: Scurt istoric al celor două sisteme privind dizabilitatea din România	36
Caseta 2: CIF, CIM-10 și WHODAS 2.0 instrumente cheie ale OMS pentru un mecanism modern de evaluare a dizabilității	49
Caseta 3: Evaluarea dizabilității în Taiwan	55
Caseta 4: Exemplul unei proceduri de comunicare din cadrul unui SECPAH	65
Caseta 5: Preferințele exprimate de persoanele cu dizabilități și organizațiile care le reprezintă cu privire la accesibilitatea site-urilor	70
Caseta 6: Exemplu de încadrare în grad de handicap	126
Caseta 7: Componenta de exemple de Activități – Limitări/Participare – Necesități	127
Caseta 8: Exemplu de Activități – Limitări/Participare – Necesități utilizate pentru a furniza descrierea foarte detaliată a capacității de muncă și a nevoilor de la locul de muncă	128
Caseta 9: Un exemplu de bună practică. Procedura operațională privind contestațiile a CEPAH Sălaj	192
Caseta 10: Extras dintr-o hotărâre judecătorească definitivă	206
Caseta 11: Extras dintr-o hotărâre judecătorească definitivă	208
Caseta 12: Extras dintr-o hotărâre judecătorească definitivă	209
Caseta 13: Legislația care reglementează determinarea handicapului la copii și tineri	222
Caseta 14: Interpretări diferite ale prevederilor legale din HG nr. 797/2017 furnizate de reprezentanții SPAS	245
Caseta 15: Un exemplu de mod de calcul al volumului de muncă per membru SECPAH, pe an	254
Caseta 16: Motivele pentru includerea mai frecventă a medicilor de medicină fizică și reabilitare (MFR) în CEPAH și SECPAH	266

Scheme

Schema 1: Principalii actori instituționali implicați în sistemul de evaluare a dizabilității din România	40
Schema 2: Principalele etape de implementare ale sistemului de evaluare a dizabilității din România	46
Schema 3: Principalii pași ai etapei de întocmire, depunere și înregistrare a dosarului în vederea încadrării în grad de handicap.	74
Schema 4: Prezentare generală a pașilor de înregistrare	92

Schema 5:	Etapa de identificare a nevoilor de servicii și legăturile acestora cu celelalte etape principale ale demersului de încadrare în grad de handicap: O privire de ansamblu	168
Schema 6:	Statistici privind contestațiile din noiembrie 2019 din zece județe	213
Schema 7:	Evaluarea gradului de handicap - Copii și Adulți	227

Hărți

Harta 1:	Acoperirea geografică a studiului de fundamentare (număr de participanți, în funcție de județ)	26
Harta 2:	Discrepanțele existente între județe din perspectiva numărului de persoane adulte cu încadrare în grad și tip de handicap înregistrate la nivelul județului (număr), la 31 decembrie 2019	45
Harta 3:	Discrepanțele existente între județe din perspectiva ponderii persoanelor încadrate în grad și tip de handicap în populația totală a județului (%), la 31 decembrie 2019	45



Proiect cofinanțat din Fondul Social European, prin Programului Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020

Titlul proiectului: „Modernizarea sistemului de evaluare a dizabilității din România” Cod SIPOCA/ SMIS2014+: 719/129751

Beneficiar: Ministerul Muncii și Protecției Sociale

Data publicării: Octombrie 2021

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.

Material distribuit gratuit.

