

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRĂRE

privind aprobarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului pentru perioada 2014—2020 și a Planului operațional pentru implementarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014—2016

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 11 lit. f) din Legea nr. 90/2001 privind organizarea și funcționarea Guvernului României și a ministerelor, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere prevederile art. 5 alin. (7) lit. a) și b) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 11/2014 privind adoptarea unor măsuri de reorganizare la nivelul administrației publice centrale și pentru modificarea și completarea unor acte normative,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului pentru perioada 2014—2020, denumită în continuare *Strategie*, prevăzută în anexa nr. 1.

Art. 2. — Se aprobă Planul operațional pentru implementarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014 — 2016, prevăzută în anexa nr. 2.

Art. 3. — (1) Se desemnează Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție ca instituție responsabilă cu coordonarea implementării Strategiei.

(2) Pentru implementarea Strategiei, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție colaborează cu Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, Ministerul Educației Naționale, Ministerul Sănătății, Ministerul Tineretului și Sportului, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției și Ministerul Finanțelor Publice, în conformitate cu atribuțiile legale ale acestora și cu prevederile prezentei Strategii.

Art. 4. — Anexele nr. 1 și 2*) fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:

p. Viceprim-ministru, ministrul afacerilor interne,
Ilie Botoș,
secretar de stat

p. Viceprim-ministru, ministrul dezvoltării regionale
și administrației publice,

Shhaideh Sevil,
secretar de stat

Ministrul muncii, familiei, protecției sociale
și persoanelor vârstnice,

Rovana Plumb

Președintele Autorității Naționale
pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție,

Gabriela Coman

Ministrul finanțelor publice,

Ioana-Maria Petrescu

Ministrul delegat pentru buget,

Darius-Bogdan Vâlcov

Ministrul educației naționale,

Remus Pricopie

Ministrul delegat pentru învățământ superior,
cercetare științifică și dezvoltare tehnologică,

Mihnea Cosmin Costoiu

Ministrul sănătății,

Nicolae Băncioiu

Ministrul tineretului și sportului,

Gabriela Szabo

București, 12 decembrie 2014.
Nr. 1.113.

*) Anexele nr. 1 și 2 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 33 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

**STRATEGIA NAȚIONALĂ PENTRU PROTECȚIA ȘI PROMOVAREA
DREPTURILOR COPILULUI**

2014-2020

CUPRINS

1. INTRODUCERE	3
Cadru strategic	3
Procesul participativ de elaborare a strategiei	4
2. SCOPUL STRATEGIEI	6
3. PRINCIPIILE STRATEGIEI	6
4. CADRUL DE POLITICI - PROVOCĂRI	9
Prevenirea separării copilului de familie	10
Educație	14
Sănătate	18
5. DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE	20
Context general	20
Structura demografică - Dinamica numărului de copii	21
Structura gospodăriilor	22
Sărăcie și excluziune socială	23
Copii afectați de sărăcie	23
Forme de deprivare a copiilor din mediul rural	24
Copii romi	25
Excluziunea socială a copiilor cu dizabilități	26
Copii din sistemul de protecție specială	30
Alte categorii de copii vulnerabili	31
Educație	33
Sănătate	38
Violența asupra copilului	40
Forme de discriminare a copilului	44
Ascultarea opiniei și participarea copilului	45
6. OBIECTIVE GENERALE ȘI SPECIFICE/MĂSURI/REZULTATE	46
7. REZULTATELE POLITICILOR PUBLICE	53
8. IMPLICAȚII PENTRU BUGET	53
9. PROCEDURI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE	53
Dezvoltarea mecanismelor de guvernanță și consolidarea sinergiilor între sectoare	53
Monitorizarea implementării Strategiei Naționale	54

1. INTRODUCERE

Cadru strategic

Elaborarea *Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014-2020* are loc într-un moment de reconfigurare a tuturor politicilor publice, din toate sectoarele, în contextul pregătirii noii perioade de programare a Fondurilor Europene Structurale și de Investiții, dar și a respectării cu prioritate a obiectivelor incluse în Programul de Guvernare 2013-2016 și a Țintelor stabilite și asumate prin Strategia Europa 2020.

Strategia își propune asigurarea unui cadru efectiv de implementare a principalelor priorități în domeniul politicilor pentru copii ale **Programului de Guvernare**, concepute astfel încât „să permită condiții de dezvoltare și formare a copiilor de la naștere și până la majorat”.

Elaborarea **Acordului de Parteneriat** în vederea stabilirii priorităților de finanțare europeană a declanșat un proces generalizat de planificare strategică la nivelul tuturor sectoarelor importante ale guvernării ce vizează inclusiv politicile adresate copilului din domeniile protecției sociale, educației și sănătății, alături de justiție și afaceri interne. Strategia de față își propune măsuri de intervenție corelate cu principalele documente strategice care vizează protecția copilului, în special **Strategia privind promovarea incluziunii sociale și combaterea sărăciei**, aflată în curs de elaborare.

Strategia Europa 2020 a avut un rol esențial în revizuirea politicilor care privesc protecția copilului, prin ținta propusă de reducere cu cel puțin 20 de milioane a numărului pe persoane afectate de sărăcie sau excluziune socială. În 2012 aproximativ 125 de milioane de cetățeni europeni trăiau în sărăcie sau excluziune socială, iar copiii reprezentau mai mult de un sfert din total, fiind mai afectați decât populația adultă în cele mai multe dintre țări. România și-a asumat în acest context reducerea în perioada 2008-2020 cu mai mult de jumătate de milion (580.000) a numărului de persoane afectate de sărăcie relativă, până la atingerea țintei de 4,408 mii de persoane. **Prezenta Strategie propune, în mod complementar, scăderea cu 250.000 până în 2020 a numărului de copii afectați de sărăcie relativă, ținta propusă fiind de cel mult 1.106.000 copii săraci în 2020.**

Strategia Consiliului Europei pentru Promovarea Drepturilor Copilului 2012-2015 a constituit de asemenea un reper important în elaborarea acestui document, fiind modalitatea prin care CE urmărește să își consolideze capacitatea de a ghida și de a oferi suport statelor membre pentru politicile în domeniul protecției copilului.

Similar Strategiei CE la nivel european, strategia de față își propune rolul de catalizator pentru punerea în aplicare a principiilor **Convenției ONU cu privire la drepturile copilului** la nivel național.

Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ratificată de România prin Legea nr.221/2010 și Protocolul său opțional, semnat de România în septembrie 2008 reprezintă, de asemenea, documente cadru ale căror prevederi vor trebui să se regăsească în toate demersurile ce au ca scop promovarea, protejarea și asigurarea exercitării depline și egale a tuturor drepturilor omului și a libertăților fundamentale de către toate persoanele cu dizabilități, inclusiv copii.

Un alt document strategic esențial la nivel european în această perioadă îl constituie **Recomandarea Comisiei 2013/112/UE - Investiția în copii: ruperea cercului vicios al defavorizării**, construită astfel încât să constituie cadrul comun european care să consolideze sinergiile dintre domeniile politice relevante. De asemenea, Recomandarea își propune să ajute statele membre să-și revizuiască politicile și să învețe unele din experiența altora în vederea îmbunătățirii eficienței și eficacității politicilor proprii prin abordări inovatoare, ținând seama de diversitatea problemelor cu care se confruntă, precum și contextul local și regional.

Procesul participativ de elaborare a strategiei

O evaluare detaliată a măsurilor prevăzute în precedenta strategie din domeniul protecției și promovării drepturilor copiilor, a cărei perioadă de implementare a vizat perioada 2008-2013 a reprezentat un demers dificil având în vedere o serie de dificultăți obiective întâmpinate pe durata procedurilor de aprobare și implementare a acesteia.

Documentul cadru mai sus menționat a fost elaborat în cursul anului 2004-2005, însă din motive independente de instituția inițiatoare, aprobarea acesteia de către Guvern a avut loc abia în anul 2008, astfel încât la momentul intrării sale în vigoare, o parte dintre măsurile și obiectivele vizate de strategie erau deja depășite de realitate obiectivă.

Acestei întârzieri, i-au fost asociate ulterior alte modificări ale cadrului organizatoric și instituțional al principalelor autorități care își asumaseră implementarea strategiei (ex: desființarea fostei ANPFDC, reorganizări ale ministerelor, etc.).

Din aceste cauze, în procesul de elaborare a prezentului document strategic s-a apreciat ca pertinentă realizarea unei analize a actualei situații din domeniu, în locul evaluării rezultatelor implementării fostei strategii care din multe puncte de vedere nu au mai corespuns cu prioritățile și principiile avute în vedere la momentul elaborării sale.

Procesul de elaborare a strategiei a inclus o consultare amplă a tuturor ministerelor cu atribuții în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului, a organizațiilor non-guvernamentale, dar și a structurilor reprezentative ale copiilor și a partenerilor internaționali.

Astfel, sub coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și cu sprijin tehnic și financiar din partea reprezentanței UNICEF România, a fost constituit un grup de lucru al cărui rol a fost acela de a stabili structura, prioritățile, principiile și obiectivele ce stau la baza actualei strategii, urmărindu-se în același timp asigurarea coerenței și coordonării din punct de vedere instituțional și legislativ.

Un rol esențial l-a avut, de asemenea, sectorul nonguvernamental, care s-a alăturat încă de la început eforturilor grupului interministerial, prin reprezentanții Federației Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil (FONPC), Hopes and Homes for Children (HHC România), Fundația SERA România și Organizația Salvați Copiii-România.

Astfel, în cadrul procesului de elaborare a strategiei au fost avute în vedere contribuțiile transmise de organizațiile non-guvernamentale care dețin o experiență relevantă în domeniul protecției copilului.

Fundația HHC România a organizat la nivel național un larg proces de consultare cu reprezentanți ai sectorului public și privat relevanți pentru domeniul protecției copilului. În cadrul celor 8 conferințe regionale organizate în acest sens, au fost discutate problemele sau dificultățile identificate în practică, în mod special de către autoritățile locale, fiind formulate recomandări cu privire la eventualele măsuri de soluționare ce ar trebui incluse în noua strategie 2014-2020.

La rândul său, FONPC a organizat întâlniri cu reprezentanții a 56 de organizații non-guvernamentale, concluziile și recomandările desprinse în urma consultărilor fiind transmise MMFPSPV în vederea analizei și includerii lor în cuprinsul noii strategii.

Prioritățile de acțiune din cuprinsul Manifestului pentru copii – 10 priorități pentru copiii din România, inițiat de Organizația Salvați Copiii și UNICEF și susținut de 35 de organizații neguvernamentale au fost de asemenea avute în vedere.

În procesul consultativ au fost implicați și reprezentanți ai Consiliului Național al Elevilor care au contribuit în mod direct la elaborarea măsurilor pentru creșterea participării copiilor, propuneri care se regăsesc în prezenta strategie.

Obiectivele, măsurile și planul operațional aferent prezentei strategii au avut la bază o serie de analize de situație, realizate de experți independenți, care au vizat o evaluare detaliată a principalelor evoluții din domeniul sănătății, educației și protecției sociale al căror scop a fost tocmai identificarea deficiențelor existente și a modalităților prin care acestea pot fi remediate prin intermediul prezentei strategii. De asemenea, informațiile furnizate de Studiul conclusiv din 2012 de evaluare la nivel național a Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC), a Serviciilor Publice de Asistență Socială (SPAS) și a altor instituții și organizații implicate în sistemul de protecție a copilului, au stat la baza stabilirii unora dintre obiectivele și măsurile prevăzute în prezenta Strategie.ⁱ

2. SCOPUL STRATEGIEI

Strategia își propune să promoveze investiția în dezvoltarea și bunăstarea copilului, pe baza unei abordări holistice și integrate de către toate instituțiile și autoritățile statului, în condițiile respectării drepturilor copilului, satisfacerii nevoilor acestuia, precum și accesului universal la servicii.

Strategia își propune să devină elementul integrator al tuturor proceselor ce vizează întărirea reformelor structurale și de modernizare, inclusiv cele din cadrul procesului de programare 2014-2020, care au impact asupra dezvoltării copiilor în România.

De asemenea, Strategia își propune să asigure coerența și consolidarea politicilor la nivel sectorial, între diferitele nivele și mecanisme de guvernanță, precum și concordanța acestora cu obiectivele stabilite în documentele europene.

3. PRINCIPIILE STRATEGIEI

1. Promovarea centrării societății pe dezvoltarea și bunăstarea copilului

Copilul trebuie să reprezinte o valoare centrală a oricărei societăți și resursa umană a viitorului. Actualele probleme critice ale societății nu pot fi depășite fără un efort colectiv direcționat sistematic pentru bunăstarea copilului.

2. *Promovarea și respectarea interesului superior al copilului.*

Interesul superior al copilului reprezintă principiul fundamental pe care se bazează toate actele normative ce reglementează domeniul protecției și promovării drepturilor copilului, cu impact în toate domeniile: educație, sănătate, justiție, asistență socială, etc.

Principiul interesului superior reprezintă, în fapt, o regulă procedurală conform căreia atunci când se impune luarea oricărei decizii, de către o autoritate publică sau privată, care poate influența viața, sănătatea sau dezvoltarea copilului, indiferent dacă este privit ca individ sau ca parte integrantă a unui grup, factorii de decizie trebuie să analizeze în prealabil toate implicațiile posibile pe care decizia în cauză le poate avea asupra acestuia.

3. *Universalitatea, nediscriminarea și egalitatea de șanse*

Prin măsurile propuse, Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului asigură cadrul necesar respectării drepturilor tuturor copiilor, fără nicio discriminare, asigurând fiecăruia exercitarea liberă și deplină a drepturilor lor, în condiții de egalitate.

Problema discriminării este cu atât mai dificil de combătut cu cât atitudinea generală a populației este de a-i atribui o importanță marginală. Principiul nediscriminării obligă autoritățile să ofere tuturor copiilor aflați într-o situație similară același tratament și să nu existe o disproporție între scopul urmărit prin tratament inegal și mijloacele folosite.

4. *Primordialitatea responsabilității părinților în creșterea și îngrijirea copiilor și caracterul subsidiar, dar responsabil, al intervențiilor autorităților statului*

Prezenta strategie își propune continuarea măsurilor privind acompanierea/sprijinirea, responsabilizarea și conștientizarea părinților copilului cu privire la responsabilitatea primară ce le revine în tot ceea ce înseamnă creșterea, îngrijirea, educarea, bunăstarea acestuia.

Exercitarea acestor responsabilități esențiale trebuie sprijinită prin intervenția autorităților administrației publice locale sau a altor actori instituționali, doar atunci când resursele familiale nu asigură pe deplin satisfacerea nevoilor copilului.

5. *Promovarea parteneriatului interinstituțional și cu societatea civilă*

Obiectivele, măsurile și activitățile prevăzute în cuprinsul prezentei strategii continuă linia demersurilor orientate spre întărirea parteneriatului dintre sectorul public și cel privat, dar și a celui dintre profesioniști și beneficiari. Parteneriatul trebuie să asigure susținerea eforturilor depuse în vederea promovării unor politici și acțiuni destinate copiilor, cu un accent mai puternic pe valorile comunității.

Parteneriatele între diverşii actori instituţionali, factorii interesaţi şi beneficiari vor avea ca scop schimbarea modului în care comunitatea înţelege să asigure protecţia reală şi efectivă a copiilor. Este promovat, de asemenea, parteneriatul comunitar, care porneşte de la premisa că responsabilitatea faţă de copii nu trebuie să aparţină unei singure autorităţi sau instituţii, ci unei întregi reţele alcătuite din familia acestuia, liderii informali ai comunităţii şi reprezentanţi ai instituţiilor sau organizaţiilor responsabile.

6. Participarea şi consultarea copiilor în adoptarea deciziilor care îi privesc

Participarea şi consultarea reprezintă elemente cheie ale procesului de elaborare a politicilor destinate copiilor, asigurând calitatea acestora în luarea deciziilor referitoare la aceştia. Participarea copiilor, văzută ca un proces continuu de implicare a acestora în deciziile care îi privesc, la toate nivelurile (familial, local, comunitar, central), favorizează în acelaşi timp schimbul de informaţii şi dialogul constant între adulţi şi copii, în baza respectului reciproc şi valorizării opiniilor acestora, prin prisma vârstei şi gradului de maturitate. Inclusiv copiii cu dizabilităţi trebuie implicaţi în procesul de participare, asigurându-li-se în acest sens asistenţă adecvată dizabilităţii şi vârstei.

7. Asigurarea stabilităţii, continuităţii şi complementarităţii îngrijirii personalizate acordate fiecărui copil şi primordialitatea asigurării unui mediu familial pentru copiii din sistemul de protecţie specială.

Copilul are nevoie de un mediu familial stabil, iar serviciile oferite lui şi familiei trebuie gândite astfel încât să fie disponibile în orice moment al vieţii acestuia, urmărind sprijinirea autonomiei la momentul maturităţii, concomitent cu acoperirea diferitelor nevoi specifice care pot apărea la un moment dat.

Importanţa asigurării stabilităţii pentru fiecare copil trebuie să rămână o prioritate inclusiv pentru copilul separat de familie, profesioniştilor din domeniu revenindu-le rolul de a identifica acele soluţii care pot avea caracter de permanenţă şi satisfac toate nevoile copilului.

8. Echitatea şi transparenţa bugetării/alocărilor financiare destinate copiilor.

Starea de sănătate, educaţia şi incluziunea socială a copiilor au un impact direct atât asupra costurilor sociale prezente, cât şi asupra evoluţiei viitoare a societăţii, iar finanţarea constantă şi echitabilă a măsurilor destinate dezvoltării armonioase a acestora reprezintă una dintre modalităţile efective de îndeplinire a obligaţiilor asumate de către stat în ceea ce priveşte protecţia drepturilor copilului. Asigurarea transparenţei alocaţiilor destinate copiilor nu înseamnă

numai evidențierea separată a acestora în cadrul bugetului general ci și identificarea acelor modalități concrete prin care legislația, politicile din domeniu și bugetele să fie utilizate în vederea asigurării respectării drepturilor copiilor.

În procesul de asigurare a transpunerii în practică a măsurilor referitoare la respectarea și promovarea drepturilor copilului, statului îi revine în primul rând responsabilitatea asigurării resurselor.

Însăși Convenția ONU cu privire la drepturile copilului obligă, de o manieră lipsită de echivoc, statele părți în ceea ce privește disponibilitatea resurselor publice, alocarea judicioasă a acestora și utilizarea în scopul asigurării respectării drepturilor copilului.

Alocările bugetare explicite pentru copii vor trebui să devină pentru autorități o prioritate care să contribuie la asigurarea resurselor necesare asigurării unei protecții adecvate și a respectării efective a drepturilor.

4. CADRUL DE POLITICI - PROVOCĂRI

Creșterea performanțelor sistemului de promovare și protecție a drepturilor copiilor trebuie urmărită în condițiile unei limitări severe a resurselor publice, acestea fiind semnificativ mai scăzute în România, cu aproximativ 10 puncte procentuale sub media europeană, raportat la PIB. Totuși, este de remarcat faptul că ponderea cheltuielilor cu protecția socială a cunoscut, după 2008, o creștere ca pondere într-un PIB diminuat, în timp ce alocările pentru educație și sănătate au oscilat nesemnificativ.

În comparație cu țările europene, în anul 2011 situația României pe diferite capitole de cheltuieli, ca pondere a acestora în PIB, conform Eurostat se prezintă astfel în comparație cu UE27:

- cheltuieli publice totale: 39,5% față de 49,0%;
- cheltuieli cu protecția socială: 14,1% față de 19,6%;
- cheltuieli cu educația: 4,1% față de 5,3%;
- cheltuieli cu sănătatea: 3,4% față de 7,3%.

Ponderea cheltuielilor pentru familie și copil în totalul cheltuielilor pentru protecție socială a scăzut cu aproximativ o treime între 2005 și 2010¹. Ca pondere în PIB, scăderea a fost de la nivelul de 1,8 la 1,7 în același interval (și 1,4% în 2011).²

¹ Eurostat

² Idem

Prevenirea separării copilului de familie

Protecția copilului și politicile sociale în acest domeniu au fost constant în prim-planul atenției tuturor factorilor de decizie, la aceasta contribuind atât implementarea unor reforme importante în acest sector după anii 1997 (reformarea cadrului normativ în domeniu, descentralizarea activităților de protecție a copilului, restructurarea și diversificarea instituțiilor de ocrotire a copilului, dezvoltarea de alternative de tip familial la ocrotirea de tip rezidențial și creșterea accentului pe politicile de prevenire a separării copilului de familie), cât și dezvoltarea accentuată a sectorului nonguvernamental din domeniu și în general preocuparea constantă față de situația copiilor a cercetătorilor, a organizațiilor internaționale și a întregii colectivități.

Deși legislația privind protecția și promovarea drepturilor copilului este aliniată cerințelor europene și internaționale în materie, se identifică în continuare lipsa **alocării unor resurse adecvate, care să asigure aplicarea ei în mod unitar**. Analiza situației tuturor Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) și a Serviciilor Publice de Asistență Socială (SPAS), bazată pe evaluarea aplicării prevederilor legale în domeniu, a identificat o eterogenitate ridicată a structurilor organizaționale din teritoriu și a procedurilor de lucru utilizate la nivelul acestora.ⁱⁱ

Dificultățile de natură funcțională identificate în cadrul evaluării se bazează în marea lor majoritate pe lipsa resurselor umane și a capacității administrativeⁱⁱⁱ necesare aplicării integrale a cadrului legislativ existent. Studiul evidențiată o serie de aspecte critice:

- **Asistenții sociali de la nivelul SPAS dedică cea mai mare parte a timpului de lucru acordării de beneficii**, în detrimentul activității de prevenire a separării copilului de familie, respectiv în detrimentul identificării, evaluării, managementului de caz și monitorizării copiilor expuși riscului de separare.
- **Marea majoritate a serviciilor destinate prevenirii separării copilului și menținerii acestuia în familie sunt concentrate la nivelul DGASPC**, contrar spiritului descentralizării și al principiului subsidiarității în asistența socială, în timp ce SPAS se rezumă la acordarea beneficiilor.
- **SPAS sunt slab dezvoltate, în special în mediul rural** unde sunt lipsite de personal de specialitate iar gradul de utilizare a metodologiilor de lucru este foarte redus.
- **Lipsa aspectelor de ordin strategic în managementul resurselor umane la nivel local, deficitul de personal cu pregătire specifică în sistemul public de asistență socială, evaluarea**

mai mult formală a performanțelor, existența unui număr insuficient de specialiști, subocuparea posturilor și supraîncărcarea specialiștilor sunt câteva dintre problemele identificate în domeniul resurselor umane.

- **Există deficite în privința reglementărilor referitoare la supervizarea și acreditarea serviciilor sociale, a metodologiilor și procedurilor de lucru specifice**, precum și a celor ce vizează evaluarea gradului de implementare a legislației.
- **Sistemul de protecție socială din România este încă excesiv orientat pe dimensiunea beneficiilor bănești**, asistența socială în familie și în comunitate, și în cadrul ei componenta de prevenire, fiind necesar să fie dezvoltate suplimentar.

Față de 2007 se remarcă o scădere cu 27% a numărului de angajați în sistemul de protecție a copilului, cea mai mare scădere fiind în cazul celor care lucrează în serviciile de îngrijire de zi/alte servicii (36%), iar cea mai mică în cazul celor din centrele de plasament și al asistenților maternali (18%, respectiv 19% mai puțin la jumătatea anului 2013 față de finalul anului 2007). Analiza calificărilor specialiștilor care activează în cadrul sistemului arată o pondere încă redusă a celor cu studii de specialitate universitare^{iv}.

Un alt punct critic, identificat de mai multe cercetări și confirmat de practicienii din sistemul de protecție a drepturilor copilului, se referă la **insuficienta colaborare între sectoare sau autorități în implementarea cadrului legislativ existent**.

O analiză a cadrului instituțional a subliniat probleme în sfera coordonării activităților de promovare și protecție a drepturilor copilului. La nivel județean și local nu există un mecanism de coordonare a paletei largi de instituții cu responsabilități în asigurarea drepturilor copilului³.

Evaluările⁴ pe totalul populației demonstrează **performanțele bune ale beneficiilor financiare pentru familii /copii. Beneficiile bazate pe testarea mijloacelor sunt bine direcționate și au o pondere semnificativă în bugetele gospodăriilor sărace**, - alături de alocația universală pentru copii - iar contribuția lor la diminuarea sărăciei este relevantă. Cercetările din teren⁵ arată însă că încă există grupuri importante numeric de copii vulnerabili, care beneficiază prea puțin de aceste prestații sau a căror situație nu se îmbunătățește considerabil în timp, urmare acestor beneficii financiare. **Sistemul de asistență socială nu este încă suficient de bine dezvoltat la nivelul**

³ Salvați Copiii România, 2011

⁴ UNICEF, 2005, 2011

⁵ UNICEF, 2012

întregii țări pentru a asigura identificarea tuturor cazurilor vulnerabile în comunitate, pentru a le orienta spre forme de suport instituțional, inclusiv financiar, și pentru a preveni agravarea situațiilor.

Procesele de dezorganizare familială, corelate cu sărăcia, au generat o creștere a numărului și incidenței problemelor cu care se confruntă anumite categorii de copii, cum ar fi **părăsirea copiilor de către părinți, delincvență juvenilă, consum de droguri, abuz/neglijare/exploatare, inclusiv exploatare prin muncă sau alte forme, trafic, traiul în stradă**, etc. Persistența acestor probleme în societatea românească, în ciuda programelor dedicate combaterii lor, constituie o provocare de dezvoltare în sine.

Dinamica societății contemporane a relevat noi valențe ale importanței **reconcilierii vieții de familie cu cea profesională**, motiv pentru care, în cadrul prezentei strategii, părinții vor reprezenta un alt grup țintă pentru măsurile de asistență necesare în vederea creșterii copiilor, accesul la un sistem integrat de îngrijire și educare, în creșe, servicii de îngrijire de zi, concomitent cu asigurarea accesului la o bună îngrijire și educație antepreșcolară, preșcolară și școlară.

Activitățile prin care se va realiza punerea în practică a acestor măsuri vor avea în vedere sprijinirea consolidării și dezvoltării rețelei de creșe, grădinițe și a programelor de tip "after-school" care să permită modelarea intelectuală a tinerelor generații, în paralel cu asigurarea serviciilor de asistență medicală, dezvoltare fizică (în cluburi școlare sportive) și socioculturală.

Continuarea reformei în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului este strâns legată de continuarea reformei sistemului de asistență socială, care va trebui să asigure, în fapt, transformarea acestuia într-un sistem proactiv. O astfel de intenție nu poate fi realizată decât prin schimbarea accentului de pe asistența acordată pasiv individului pe **construirea măsurilor de suport social în jurul protecției familiei**, prin creșterea gradului de securitate socială, dar și al responsabilității individuale printr-o politică centrată pe copil și familie.

Deși reforma în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului a cunoscut o evoluție semnificativă, mutarea accentului de pe îmbunătățirea condițiilor de trai oferite copiilor din mediul instituțional pe **întărirea intervențiilor destinate prevenirii separării copilului de familie** impune îmbunătățirea calității vieții prin creșterea calității serviciilor oferite familiei.

Se va avea astfel în vedere asigurarea cadrului necesar **dezvoltării serviciilor sociale în raport cu acordarea unor beneficii financiare directe**, și dezvoltarea serviciilor sociale destinate sprijinirii creșterii și îngrijirii copiilor în familie, facilitându-se în același timp promovarea unor mecanisme de sprijin al părinților în vederea asigurării unui echilibru între viața de familie și cea profesională, prin standardizarea calității în domeniul îngrijirii pe timp de zi ale copiilor, implementarea unui sistem integrat de îngrijire și educare a copiilor și monitorizarea asigurării calității acestor servicii.

Nu în ultimul rând, unul dintre grupurile țintă vizate de Strategia națională pentru protecția și promovarea drepturilor copilului pentru perioada 2014 – 2020, este adolescenții, în contextul în care nevoile concrete de dezvoltare și afirmare a acestora impun adoptarea unor măsuri imediate. **Abordarea problematicii adolescenților, prin prisma drepturilor copilului, va avea în vedere stimularea acestei categorii** în vederea atingerii deplinei afirmări a acestora, și a sprijinirii integrării lor mai bune în societate.

Adopția este cea mai bună soluție de a oferi o familie permanentă copilului pentru care nu poate fi găsit un mediu corespunzător în familia sa de origine și pentru care o astfel de alternativă răspunde nevoilor identificate în urma procesului de evaluare realizat de către profesioniștii din domeniu.

Legislația în acest domeniu a suferit de-a lungul timpului o serie de modificări de substanță al căror rol a fost acela de a asigura premisele instituirii unor mecanisme mai eficiente care să sprijine atât flexibilizarea procedurilor privind adopția copiilor pentru care reintegrarea în familia naturală nu a fost posibilă, cât și creșterea numărului de copii declarați adoptabili.

Analizele efectuate au relevat și necesitatea continuării eforturilor privind conștientizarea viitorilor părinți adoptivi, cu privire la specificul adopției, consecințele acesteia și responsabilitățile ce derivă din adopția unui copil.

Strategiile aplicate la nivel național au vizat sprijinirea identificării celor mai potrivite familii adoptatoare pentru fiecare copil adoptabil, precum și creșterea numărului adoptatorilor și al adopțiilor încuviințate pentru copii din categoriile greu adoptabile, reprezentate de cei cu vârsta mai mare de 3 ani la momentul adopției, cei aparținând unor etnii minoritare, cu probleme de sănătate fizică/ psihică sau grupurilor de frați.

După modificările aduse în anul 2012 legislației din domeniul adopției, s-a constatat că numărul copiilor declarați adoptabili anual este mai mare decât numărul familiilor atestate să adopte. Cu toate acestea, 80% dintre copii adoptabili nu fac parte din categoria copiilor pe care majoritatea

familiilor adoptatoare din România doresc să îi adopte. Drept pentru care, o serie de aspecte necesită încă o atenție suplimentară fiind nevoie de identificarea unor soluții care să reglementeze proceduri speciale ce pot fi aplicabile în cauzele de adopție aflate pe rolul instanțelor și care să vizeze procedurile prealabile, actele procedurale, termene, căi de atac etc. Astfel de soluții devin necesare în contextul în care s-a constatat existența unor practici diferențiate, aplicarea neunitară a legislației în vigoare ceea ce influențează în mod direct calitatea procesului de adopție.

Educație

Există încă numeroase provocări în ceea ce privește accesul, participarea și finalizarea învățământului obligatoriu de către toți copiii din România. Este dificil de identificat și contracarat factorii de risc care duc la abandonul copiilor, neînscrierea lor în ciclurile superioare de învățământ sau la performanțele slabe în școală. Celor mai des invocate cauze, reprezentate de veniturile mici, nivelul scăzut de educație al părinților, distanța mare față de școală sau lipsa sprijinului din partea familiei, li se adaugă o serie de alte cauze individuale, cum ar fi anumite probleme de sănătate, întârzieri de dezvoltare, dificultăți de învățare, nivel deficitar de cunoaștere a limbii române (în special în cazul copiilor a căror limbă maternă nu este limba română) etc.

Măsurile inițiate în decursul ultimilor ani la nivelul școlilor pentru monitorizarea mai atentă a situațiilor de absenteism și abandon au avut efecte limitate. Diminuarea abandonului școlar și menținerea cât mai mult a indivizilor în sistemul de educație, dar și adaptarea sistemului de învățământ la cerințele pieții muncii, pentru a evita „producerea” de viitori șomeri, a fost și este în continuare prioritatea reformei sistemului de educație românesc.

Consecutiv, începând cu anul 1998, Ministerul Educației și-a asumat rolul atribuit prin Programele de Guvernare și, ținând cont de faptul că educația este recunoscută prin Constituție ca o prioritate națională, și-a dezvoltat și adaptat politicile.

Astfel, calitate și eficiență, echitate, deschiderea sistemului de educație către alte sisteme (economic, social, cultural etc.) au devenit fundamente pentru politicile în domeniu din România cu scopul de a oferi tuturor cetățenilor oportunități de a învăța oricând, oriunde și în ce mod alege fiecare.

Pentru încurajarea participării școlare și a reducerii pierderilor, Ministerul Educației, pe lângă cadrul legislativ care garantează dreptul la educație, a dezvoltat un sistem de reglementări centrate pe aspecte specifice, a elaborat planuri naționale și strategii de incluziune socială și a pus în aplicare programe de intervenție destinate diferitelor grupuri țintă.

- Măsuri de intervenție directă asupra cauzelor și efectelor fenomenului de neparticipare școlară (ordine de ministru, regulamente, metodologii, strategii, programe de formare etc.)
- Măsuri care vizează flexibilizarea structurii anului școlar în funcție de condițiile locale de climă, relief și specificul ocupațiilor din zonă și măsuri de flexibilizare a organizării procesului de învățământ prin forme de învățământ cu frecvență redusă, școli de vară etc.
- Măsuri pentru stimularea participării la educație a copiilor și tinerilor de etnie romă (locuri speciale pentru romi la liceu și universități, inspector de romi, mediatorul școlar, manuale și programe pt.lb.romani etc.)
- Măsuri de protecție socială în vederea facilitării accesului la educație al copiilor/tinerilor (Bani de liceu, Euro 200, rechizite, transport școlar, Cornul și laptele etc.)

În același timp au fost inițiate și derulate o serie de programe/proiecte de intervenție cu susținere financiară externă:

- Proiectul *pentru învățământul rural* (2003-2009);
- Programul *de reabilitare a construcțiilor școlare* (1998-2002 – faza I; 2003-2009 – faza a II-a);
- Programul PHARE *Accesul la educație al grupurilor dezavantajate* (din 2002 și până în 2010);
- Proiectele multianuale Phare TVET RO(2001-2003 și 2004-2006);
- Programul Educație timpurie incluzivă și Programul Reforma educației timpurii (2007-2012);
- Proiectele FSE ale Ministerului Educației Naționale, îndeosebi cele care privesc Axa prioritară 1 - *Educație și formare profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere* și Axa prioritară 2 - *Corelarea învățării pe tot parcursul vieții cu piața muncii* (2008 – 2013).

Proiectele de succes s-au dovedit a fi cele bazate pe **abordări integrate** la nivelul comunității-școlii-familiei-copilului, intervențiile ce au urmărit în mod sistematic să contrabalanseze mai multe categorii dezavantajate.

Astfel de programe dezvoltate la nivel național cu sprijinul fondurilor structurale sau ale unor organizații internaționale (UNICEF, Organizația Salvați Copiii, World Vision, REF, Step by Step etc.) au oferit, în același timp:

- *sprijin copiilor atât în activitatea școlară* (prin programe de educație remedială), cât și în ceea ce privește nutriția, activitățile de timp liber sau dezvoltare personală prin programe de tip școală după școală;
- *informare, formare și consiliere a familiilor acestor copii;*
- *resurse și programe de dezvoltare profesională la dispoziția practicienilor și specialiștilor, care oferă diferite servicii copilului (educaționale, sociale, medicale etc.);*

Pregătirea vocațională, menționată în cuprinsul articolului 28 al Convenției ONU cu privire la drepturile copilului, se referă atât la învățământ liceal filieră vocațională sau tehnologică precum și la învățământ profesional.

În conformitate cu prevederile Legii Educației Naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare, Ministerul Educației Naționale a elaborat în anul 2012 metodologia de organizare și funcționare a învățământului profesional cu durata de 2 ani, parte a liceului tehnologic, pentru absolvenții clasei a IX- a. De asemenea, au fost organizate stagii de pregătire practică, cu durata de 720 de ore, a căror parcurgere conferă absolvenților clasei a X-a de liceu participarea la examenul care permite obținerea certificatului de calificare profesională. Din 2014, conform Legii educației naționale nr.1/2011, cu modificările și completările aduse prin OUG 117/2013, respectiv prin OUG 49/2014, învățământul profesional are durata de minim trei ani și se organizează pentru absolvenții învățământului gimnazial. În paralel cu forma amintită anterior, vor exista până la finalizare și alte categorii de elevi care, în anul școlar 2013-2014, au fost deja cuprinși într-una din formele existente anterior, mai exact:

- elevii care s-au încadrat în art. 6 din OUG 117/2013, care modifică art 32, alin. (3) din Legea nr. 1/2011 astfel: "(3) absolvenții clasei a X-a din cadrul filierei tehnologice sau vocaționale care au finalizat un stagiul de pregătire practică" și care pot susține examen de certificare a calificării corespunzător nivelului 3 de certificare stabilit prin Cadrul național al calificărilor.
- absolvenții, respectiv elevii învățământului profesional desfășurat pe o perioadă de doi ani, după clasa a IX-a, ca parte a filierei tehnologice a învățământului liceal, conform metodologiei din

Anexa nr. 1 la Ordinul MECS nr. 3168 din 03.02.2012 privind organizarea și funcționarea învățământului profesional de 2 ani, în condițiile legii, pentru perioada 2012-2016.

Printre cele mai importante provocări legate de asigurarea dezvoltării întregului potențial al elevilor la nivelul sistemului actual de învățământ și formare profesională inițială pot fi menționate:

- **Asigurarea unei pregătiri corespunzătoare a cadrelor didactice**, atât în formarea inițială, cât și în formarea continuă în ceea ce privește lucrul cu copiii în risc major de excluziune (de exemplu, cei din familii cu venituri reduse, din mediul rural, cu cerințe educaționale speciale, de etnie romă) și adaptarea, în continuare, a curriculumului actual la nevoile unor categorii de elevi aflați în risc de excluziune (spre exemplu, elevii cu cerințe educaționale speciale).
- **Alocările financiare suficiente**; finanțarea per-capita acoperă nevoile de bază ale unităților școlare dar nu reușește să ofere un sprijin suplimentar școlilor cu un număr ridicat de elevi în situație de risc. O consecință directă a acestui fapt este dificultatea de a asigura resursele necesare organizării unor activități de recuperare sau unor activități extra-curriculare prin care școala să exploateze talentele și abilitățile elevilor și să asigure, astfel, dezvoltarea întregului potențial al acestora;
- **Identificarea copiilor care au abandonat școala și sprijin acordat pentru a preveni acest fenomen sau pentru a asigura reintegrarea în învățământul de zi, cu frecvență redusă sau de tip A doua șansă.**
- **Stabilirea unui echilibru în ceea ce privește ponderea diferitelor tipuri de educație** (educație formală și educație non-formală).
- **Recunoașterea importanței activității didactice cu copiii în risc de eșec școlar**, în evaluarea activității profesorilor, în comparație cu lucrul cu elevii care au performanțe înalte la diferite concursuri sau competiții școlare.

Implicarea părinților continuă să fie o provocare pentru majoritatea școlilor, în special în ceea ce privește implicarea familiilor copiilor aflați în situație de risc. Valorizarea scăzută a educației, a școlii și a actorilor școlari fac de multe ori dificilă comunicarea și colaborarea cu acești părinți. Totuși, practicile incluzive s-au extins în multe școli și asupra părinților și găsim astăzi numeroase proiecte de succes în care părinții copiilor cu CES, ai copiilor cu posibilități materiale reduse sau ai copiilor romi ajung să se implice în mod direct în educația copiilor și chiar în rezolvarea unor probleme ale școlii.

Prevenirea abandonului școlar rămâne una dintre principalele provocări, în contextul în care efectele acestuia au consecințe profunde și complexe asupra dezvoltării copilului, pe paliere multiple. În aceste condiții, strategia își propune să promoveze o abordare inter-sectorială a acestui fenomen prin creionarea unor acțiuni și activități de prevenție, intervenție și compensare, inclusiv prin susținerea programelor tip „A doua șansă”, în vederea eliminării analfabetismului și integrării pe piața muncii, prin garantarea egalității de șanse și eliminarea oricăror forme de discriminare, implementarea de politici și programe adecvate grupurilor vulnerabile și de programe suport pentru cei care au părăsit timpuriu școala.

Sănătate

Alături de educație, sănătatea reprezintă un alt domeniu de referință, în cadrul căruia există încă multe zone de interes, în special în ceea ce privește serviciile preventive, care sunt insuficient abordate, în contextul diferențierii problemelor și a specificului nevoilor anumitor categorii de copii pentru care creșterea accesului la servicii de sănătate de bază a devenit o necesitate.

Dreptul copilului la sănătate și implicit la servicii de sănătate este reglementat pe de o parte de legislația privind protecția drepturilor copilului, iar pe de altă parte de legislația specifică domeniului sănătății.

În România, serviciile de asistență medicală primară sunt furnizate prin medicii de familie^v, care asigură servicii medicale preventive și curative pentru toți copiii, indiferent de statutul de asigurat al părinților/ aparținătorilor. Principalele probleme existente la nivelul asistenței medicale primare sunt reprezentate de **existența unei capacități limitate de depistare activă a riscurilor pentru sănătate în rândul copiilor în comunități, dar și oferta limitată de servicii preventive din pachetul de bază.**

Pachetul de servicii medicale de bază este sărac în servicii preventive centrate pe identificarea riscurilor pentru sănătate la copii, în special la adolescenți (identificarea riscurilor de fumat, consum de alcool și droguri) și nu oferă practic alternative de tratament după adoptarea comportamentelor de risc. O bună parte din serviciile preventive sunt incluse în plata per capita, neexistând stimulente directe pentru realizarea lor. Chiar și pentru serviciile medicale plătite ”per serviciu”, raportările sunt centrate în special pe dimensiunea financiară, în timp ce analiza globală

în termeni de stare de sănătate/riscuri pentru sănătate nu se realizează, iar unele servicii necesare (în special pentru copiii cu dizabilități) nu sunt incluse în pachetul de bază.

Serviciile de sănătate oro-dentară sunt furnizate de medici dentiști, care sunt organizați în formă liberală (cabinete/clinici private), circa o treime dintre ei având contracte cu casele de asigurări de sănătate. **Numărul copiilor care beneficiază de servicii de sănătate oro-dentară este necunoscut și multe dintre aceste servicii sunt plătite integral de către părinți.**

Serviciile de specialitate ambulatorii sunt furnizate de medici specialiști organizați în ambulatorii de specialitate sau de spital și în clinici/cabinete private, accesul realizându-se în baza biletului de trimitere de la medicul de familie. Cu toate acestea, **serviciile de specialitate ambulatorii sunt puțin dezvoltate**, atât pentru copii cât și pentru adulți și sunt disponibile în special în mediul urban, astfel încât se poate concluziona că accesul prin sistemul de asigurări sociale de sănătate (gratuit) este deficitar (timp de așteptare lung sau necesitatea de a apela la servicii medicale cu plată). Continuitatea lor – dimensiune a calității actului medical – trebuie îmbunătățită prin acordarea unui rol mai activ.

Servicii spitalicești sunt furnizate prin circa 350 de spitale, 20% dintre internările care apar anual fiind făcute pentru copii. La nivelul serviciilor spitalicești, solicitările de internări pentru copii sunt onorate, chiar și pentru afecțiuni care ar putea fi tratate în ambulator, dar **apar probleme în privința calității serviciilor și continuității îngrijirii post-externare. Un fenomen îngrijorător îl constituie persistența părăsirii în unitățile sanitare a nou-născuților/copiilor de vârste mici.**

Un tip special de servicii, necesare în special din punct de vedere al sănătății publice, îl constituie asistența medicală din unitățile de învățământ. Aceasta se realizează prin intermediul unui personal angajat specific în mediul urban și prin cabinetele medicilor de familie în rural, ceea ce creează din start o inegalitate. Rețeaua medicilor școlari este una extrem de restrânsă, subfinanțată și deficitară în resursa umană, lăsând descoperită aproape în totalitate componenta de prevenție și promovare a sănătății copiilor în mediul școlar. **În acest domeniu nu s-a evidențiat o strategie coerentă de dezvoltare în ultimele două decenii**, acoperirea fiind în scădere.

Acoperirea rețelei de asistență medicală comunitară este insuficientă, fiind asigurată de aproximativ 1000 de asistente comunitare și facilitată de circa 300 mediatori sanitari, ambele

categorii de profesioniști fiind active numai în mediul rural, în comunitățile cu pondere ridicată de romi.

Îngrijirile de sănătate mintală pentru copii și adolescenți se concentrează în spitale de psihiatrie sau secții de psihiatrie infantilă din alte tipuri de unități sanitare. O cercetare realizată asupra serviciilor de sănătate mintală pentru copiii din România a arătat că în România existau „aproximativ 20 de centre de sănătate mintală pentru copii și adolescenți”. Printre dificultățile identificate în sistemul de sănătate mintală destinat copiilor și adolescenților, s-au remarcat orientarea excesivă a sistemului public de sănătate mintală pediatrică spre aspectele curative, în detrimentul prevenției, dificultățile privind constituirea unor echipe terapeutice complexe, lipsa comunicării formale între specialiștii implicați sau lipsa colaborării eficiente între sistemul educațional și cel de protecție și asistență socială a copilului.⁶

5. DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE

Context general

În România, deși criza economică a dus la scăderea resurselor economice, în special în anii 2009 și 2010 (PIB-ul real scăzând cu 6,6% în 2009 și 0,9% în 2010 față de anul anterior, dar în creștere cu 2,5% în 2011), se poate constata totuși o apropiere a nivelului PIB per capita la standardul puterii de cumpărare de media UE28, raportul crescând de la 35% în 2005 din nivelul european la 49% în 2012⁷.

Inegalitatea veniturilor, măsurată prin indicele Gini al veniturilor, plasează România în 2012 cu 3 puncte procentuale peste media UE28 și în grupa celor 6 țări europene cu cele mai ridicate valori⁸.

În 2012, 41,7% dintre persoanele din România se aflau în risc de sărăcie și /sau excluziune socială^{vi}, mult peste nivelul de 25,0% în UE27. Riscul sărăciei și excluziunii sociale crește considerabil în gospodăriile cu mulți copii sau în cele monoparentale, acestea fiind cele mai afectate.

Șomajul tinerilor^{vii}, adică a celor aflați în jurul vârstei medii când apare primul copil, este considerabil mai ridicat decât pe ansamblul populației, deoarece pe lângă problemele financiare, survenite în mare măsură ca urmare a accesului precar la piața muncii, standardul de viață al

⁶ Salvați Copiii România, 2010

⁷ Eurostat

⁸ Idem

populației din România este afectat puternic de lipsa accesului la soluții de locuire independentă (prețul de cumpărare este prohibitiv, chiriile sunt ridicate mai ales în mediul urban, în timp ce veniturile sunt scăzute). Lipsa accesului la o locuință decentă cauzează aglomerarea tinerilor în gospodării multigeneraționale, locuirea împreună cu părinții și alte rude fiind singura opțiune posibilă. Aceste aranjamente în gospodării extinse, alături de greutatea găsirii și nesiguranța păstrării unui loc de muncă, afectează comportamentul tinerilor în privința întemeierii unei familii și deciziei de a avea copii. 44,9% dintre persoanele angajate full-time din România locuiesc cu părinții față de 38% în Europa-28. Se înregistrează cea mai ridicată pondere a populației rezidente în locuințe supra-aglomerate din UE-27, cu excepția Ungariei, mai mult de jumătate din populația totală aflându-se în această situație.

Structura demografică - Dinamica numărului de copii

Dacă la începutul anilor 1990 în România erau peste 6,6 milioane de copii, urmare în principal a natalității scăzute^{viii} în România trăiesc în prezent mai puțin de 3,7 milioane de copii, mai exact 3.653.637 copii la 1 Ianuarie 2013⁹. Această scădere este importantă și ca pondere în populație^{ix}, în același interval de timp - 1990-2013 - având loc, pe fondul creșterii speranței de viață, o schimbare a structurii demografice (dacă raportul era de aproximativ un copil la ceva mai mult de doi adulți, acum este de aproximativ un copil la patru adulți - persoane de 18 ani și peste).

Rata de dependență a copiilor^x nu a suferit schimbări importante, fiind de 23,6 în 2007 și 23,4 în 2011¹⁰. Schimbările în structura populației evidențiază accentuarea procesului de îmbătrânire demografică^{xi}, cu consecințe negative economice și sociale pe termen lung, aceasta conducând la creșterea dependenței economice și apariția unor dezechilibre în sistemele de asigurări sociale.

Una dintre caracteristicile cheie, distinctivă pentru România în comparație cu majoritatea celorlalte țări europene, este ponderea ridicată a populației rurale^{xii}, situație care are consecințe importante pe diferite dimensiuni ale bunăstării copilului, conducând la forme de deprivare de locuire și materiale, precum și dificultăți de acces la serviciile sociale.

În ceea ce privește raportul populației de copii din mediile rural și urban, se poate observa o fluctuație semnificativă a structurii acesteia. Astfel, dacă prima jumătate a anilor 1990 este

⁹ Idem

¹⁰ Idem

caracterizată de scăderea populației de copii din rural cu aproximativ 5 procente, de la jumătatea anilor 1990 până în 2012 tendința s-a inversat, numărul copiilor din rural devenind mai ridicat decât în urban. Ponderea copiilor în populație a scăzut de la un nivel aproape egal în 1990 de aproximativ 28-29% în ambele medii de rezidență la 16,5% în urban și 20,2% în rural¹¹.

Structura gospodăriilor

Conform datelor de la recensământul din 2011, dimensiunea medie a gospodăriei în România este de 2,7 persoane per gospodărie. Modelul familial cel mai răspândit este cel al cuplurilor cu un copil, peste jumătate dintre familii fiind de acest tip. Se observă o creștere continuă a vârstei medii la prima căsătorie, care ajunge la 26 de ani pentru femei și 29 de ani pentru bărbați în 2011¹². În același timp, o tendință similară de creștere este înregistrată și în ceea ce privește vârsta mediană a femeilor la nașterea primului copil, care a ajuns la 26 de ani în 2011.

O serie de fenomene identificate de specialiști, indică pentru România o insuficiență a planificării familiale, a educației pentru sănătate sexuală și a reproducerii, în special pentru categoriile vulnerabile social. Astfel, pe fondul unei creșteri pe ansamblul populației a vârstei medii la prima naștere, fenomenul nașterilor în rândul adolescentelor și tinerelor rămâne în continuare îngrijorător, ceva mai mult de un copil din zece fiind născut de mame sub 20 de ani. În același timp, în România, rata avorturilor a fost extrem de crescută, până în 2003 frecvența avorturilor depășind-o pe cea a nașterilor. Deși rata avorturilor rămâne una ridicată, cu 52,7 cazuri raportate la 100 de nașterii vii, nivelul a scăzut de 7 ori în decursul ultimelor două decenii.

Cu o rată de 5,2 copii afectați de divorțul părinților dintr-o mie de persoane sub 17 ani, România are un indice scăzut comparativ la nivel european. Se remarcă însă că, în timp ce în multe țări CEE indicele este în ușoară scădere, în România ponderea copiilor afectați de divorțul părinților a crescut cu 0,5% în perioada 2005-2011.

Sărăcie și excluziune socială

Mai mult de jumătate dintre copiii români se află în risc de sărăcie sau excluziune socială^{xiii} (52,2% în 2012), cel mai ridicat nivel din UE27 cu excepția Bulgariei. De asemenea, se înregistrează una dintre cele mai ridicate diferențe din Europa între nivelul riscului în cazul copiilor și cel înregistrat pe ansamblul populației (41,7% în 2012).

¹¹ INS

¹² TransMONEE

Analiza pe grupe de vârstă arată că cel mai ridicat risc se înregistrează în grupa de vârstă 12-17 ani (54,8%) și 5-11 ani (52,5%). **Riscul sărăciei și excluziunii sociale crește considerabil în gospodăriile cu mulți copii** (72,5% dintre gospodăriile cu 2 adulți și 3 sau mai mulți copii) **sau în cele monoparentale** (60,7%), acestea fiind cele mai afectate. În general, indiferent de structura gospodăriei, prezența unui copil crește considerabil vulnerabilitatea economică.

Copii afectați de sărăcie

Mai mult de un copil din trei este sărac relativ^{xiv} și aproximativ un copil din trei se află în sărăcie persistentă, fiind sărac în 2011 dar și în cel puțin doi dintre cei trei ani anteriori. Adolescenții (12-17 ani) sunt cei mai expuși și prin prisma valorilor indicatorului de sărăcie relativă, având nivelul cel mai ridicat de sărăcie relativă și cea mai importantă creștere din 2007 (32,4%) până în 2012 (38%). Toate aceste diferențe au, după cum remarcă și primul proiect al Acordului de Parteneriat dintre România și Comisia Europeană, un caracter profund teritorial, cu variații pronunțate între regiuni, precum și între zonele urbane și cele rurale^{xv}.

Un copil român din trei este sărac deși locuiește în gospodării în care adulții lucrează. Aproape 1 din 5 copii din gospodării active pe piața muncii este sărac deși adulții lucrează mai mult de 80% din timpul lor activ (au o intensitate foarte ridicată a muncii). România înregistrează pentru ambii indicatori cele mai ridicate rate ale sărăciei la nivel european¹³. Rata sărăciei copiilor din gospodării în care adulții muncesc a crescut de la 29,1% în 2007 la 32,6% în 2012. Rata sărăciei copiilor din gospodării cu o intensitate a muncii foarte ridicată a scăzut ușor, de la 18,9% în 2007 la 17,3% în 2012. **Aproape unul din zece copii trăiește în gospodării fără locuri de muncă.** În același timp, riscul de sărăcie relativă pe total adulți care lucrează și au copii în întreținere este mai mult decât dublu în România față de UE27: 23,4% față de 11,5% în 2012¹⁴; veniturile din muncă sunt așadar suficiente pentru a asigura traiul în condiții adecvate, inclusiv întreținerea copiilor, înregistrându-se o sărăcie salarială.

În 2012, **rata deprivării materiale severe^{xvi} era în România de 29,9% față de 10,3% în UE27.** Prin natura lui, indicatorul măsoară lipsa unor resurse de bază, care afectează copiii români în mare măsură. Dacă în medie la nivel UE deprivarea materială afectează în ponderi apropiate copiii și

¹³ Eurostat

¹⁴ Idem

adulții (11,7% pentru populația sub 18 ani și 10,3% pentru cea între 18 și 64 de ani), copiii români suferă mult mai accentuat de deprivare materială severă decât adulții (37,9% față de 27,9%).^{xvii}

Mai mult de o treime dintre copiii săraci relativ din România sunt în același timp afectați de deprivare de locuire^{xviii}, față de ceva mai mult de un sfert dintre copiii săraci la nivelul UE27 și aproximativ unul din zece copii non-săraci din România. În 2012, problema deprivării de locuire afecta în mai mare măsură copiii săraci cu vârste mici (46,3% dintre cei sub 6 ani) față de adolescenți (27,7% dintre cei de 12-17 ani) în timp ce în UE27 copiii erau afectați la fel, indiferent de vârstă.

Supraaglomerarea^{xix} afectează mai mult de trei sferturi dintre copii în 2012, respectiv 78,3%, față de media UE27 de 42,5%. Supraaglomerarea este o problemă care afectează o proporție mare dintre copiii români, atât cei săraci cât și cei non-săraci, respectiv 78,3% dintre copiii săraci sub 18 ani și 69,6% dintre cei care nu sunt afectați de sărăcie.

Sărăcia pe ansamblu este mai ridicată în mediul rural, însă **în ultimele decenii au început să se formeze în mediul urban zone compacte teritoriale în care predomină sărăcia extremă^{xx}**. În toate aceste zone, copiii și tinerii reprezintă principala categorie de populație (peste 60%), în timp ce populația de 60 de ani și peste reprezintă sub 10% din total. Aceste zone sunt izolate de ansamblul spațiului urban și reprezintă forme de segregare spațială care contribuie la consolidarea capcanei sărăciei.

Forme de deprivare a copiilor din mediul rural

Formele de sărăcie tradițională din mediul rural se manifestă pe diferite dimensiuni ale bunăstării copilului, conducând la forme de deprivare de locuire și materiale, precum și dificultăți de acces la serviciile sociale.

Conform unui studiu reprezentativ la nivelul mediului rural din 2012¹⁵, **numai o treime dintre locuințele de la sat au baie în interior, un sfert au toaletă în interior și doar una din zece este conectată la canalizare. Unul din zece copii intervievați declară că frecvent (2%) sau uneori (11%) nu a avut hrană suficientă**. Aproape două treimi dintre adulții intervievați au afirmat că își tratează copilul acasă, fără a-l duce la medic atunci când este bolnav, iar dintre cei care merg la medic, două treimi apelează la medicul din orașul apropiat și numai o treime la medicul din

¹⁵ World Vision, 2012: p. 87

comună.¹⁶ Aproape un sfert dintre copii (23%) petrec în drumul dintre casă și școală o oră sau mai mult.¹⁷ Rezultatele la evaluările naționale la clasa a VIII-a, la examenele de bacalaureat la clasa a XII-a, precum și testările internaționale (PISA, TIMSS, PIRLS) arată, de asemenea, că există discrepanțe între rezultatele elevilor din mediul rural în comparație cu cei din mediul urban.

Copii romi

Problematica copiilor aparținând etniei rome continuă să preocupe atât autoritățile române cât și cele internaționale. **Apartenența la etnia romă crește cu 37% riscul unui copil de a fi sărac**¹⁸. Studiile arată de asemenea că **aproximativ 40% dintre copiii romi beneficiază de hrană insuficientă**, iar aproximativ 28% dintre copiii /tinerii între 15 și 19 ani sunt căsătoriți, situație cu un impact negativ asupra participării școlare, accesului la piața muncii a tinerelor familii și a oportunităților următoarelor generații de copii¹⁹.

În același timp, o serie de decalaje între acești copii și cei ne-romi apar în ceea ce privește participarea la educație și performanțele școlare, astfel încât participarea la educația preșcolară a copiilor romi este de aproape două ori mai scăzută decât a celorlalți copii (37% față de 63%), o rată mai ridicată, de peste 50%, fiind înregistrată în cazul copiilor de 6 ani.

- La nivelul copiilor de vârstă școlară, mai mult de 15% se află în afara școlii: 6,9% au întrerupt studiile, iar 8,9% nu au fost înscriși niciodată²⁰.
- 14,2% dintre copii nu frecventează deloc școala unde sunt înscriși sau nu merg regulat²¹.
- 16,3% dintre copiii romi repetă clasa, de trei ori mai mulți decât copiii ne-romi²² care trăiesc în aceleași zone.
- La nivelul de învățământ secundar superior (16-19 ani), participarea copiilor romi e de patru ori mai scăzută.²³

Excluziunea socială a copiilor cu dizabilități

La jumătatea anului 2013, în România erau înregistrate aproximativ 680.000 de persoane cu handicap dintre care aproximativ 10% erau copii, în perioada 2000-2012 numărul copiilor crescând cu 7%, iar numărul adulților cu 80%. Majoritatea persoanelor cu handicap (peste 95%) trăiește independent de instituții.

¹⁶ Idem, p. 90

¹⁷ Idem, p. 89

¹⁸ Banca Mondială, 2013

¹⁹ Unicef, Roma Early Childhood Inclusion Report, 2012

²⁰ Agenția Împreună 2013

²¹ Idem. p.78

²² Idem. p. 79

²³ UNDP/WB/EC Regional survey, 2011

Anumite studii indică sub-înregistrarea copiilor cu dizabilități, mulți dintre aceștia prezentându-se în fața autorităților doar la vârsta începerii școlii în vederea încadrării într-o categorie de persoane cu handicap și îndrumării către o formă de școlarizare.

Nu există informații recente asupra frecventării școlii și performanțelor școlare ale copiilor cu CES, cercetări mai vechi²⁴ indicând faptul că există o **rată ridicată de abandon școlar a acestora**. Una dintre întrebările de cercetare care încă nu a primit răspuns în România se referă la impactul politicilor de integrare a copiilor cu nevoi educaționale speciale în învățământul de masă.

Sistemul educațional din România face eforturi să asigure pentru toate persoanele cu dizabilități o educație la standarde de calitate corespunzătoare. Incidența neșcolarizării și a abandonului timpuriu este semnificativ mai ridicată pentru persoanele cu dizabilități față de populația generală. În pofida progreselor făcute în ultimele decenii, probabilitatea ca un copil cu dizabilități să înceapă și să termine cursurile școlare este mai mică decât în cazul copiilor fără dizabilități. Adesea, există o corelație puternică între un nivel scăzut de educație și prezența unei dizabilități – mai puternică decât între un nivel educațional scăzut și alte caracteristici cum ar fi sexul, rezidența în mediul rural sau o situație economică precară. În plus, calitatea educației în învățământul segregat sau în învățământul la domiciliu este percepută ca fiind mai slabă.²⁵

Un subiect de reflecție este reprezentat de punerea în practică a prevederii Legii nr. 1/2011 a educației naționale, prin care orientarea școlară și profesională a copiilor cu cerințe educaționale speciale a fost transferată de la Comisia pentru Protecția Copilului înapoi în sistemul educațional, fiind necesară armonizarea procedurilor interinstituționale, astfel încât familiile să nu întâmpine dificultăți în obținerea drepturilor copiilor²⁶.

Serviciile comunitare de prevenire, identificare, intervenție timpurie sunt subdezvoltate, mai ales în mediul rural. Serviciile de sănătate, inclusiv cele oro-dentare și de reabilitare, precum și dispozitivele medicale sunt greu accesibile, nu sunt întotdeauna de calitate, țin cont de necesitățile persoanelor cu dizabilități în mică măsură și nu sunt la prețuri abordabile, mai ales pentru grupurile de risc. Persoanele cu dizabilități, cu precădere cele cu dificultăți de deplasare, din mediul rural și/sau sărace, au acces limitat la servicii de sănătate de calitate, inclusiv la tratamente medicale de rutină, ceea ce creează inegalități în materie de sănătate fără legătură cu

²⁴ Horga, Jigău, 2009

²⁵ Societatea Academică din România, 2009

²⁶ Unicef, Copiii cu dizabilități, raport 2013

handicapul. O altă problemă încă nesoluționată este contenționarea persoanelor cu tulburări psihice.

Studiile sporadice arată că **gradul de accesibilizare a spațiului public, precum și a mediului informațional și comunicațional pentru persoanele cu dizabilități este scăzut.**

O altă problemă care se evidențiază în ansamblul acestei problematici este cea a copiilor diagnosticați cu tulburări din spectrul autist (TSA). Conform Ministerului Sănătății, în România existau la 31 decembrie 2012, 7900 copii diagnosticați cu TSA, dintre care 5952 erau încadrați în grad de handicap. Un sondaj de opinie^{xxi} realizat în anul 2011, în rândul medicilor de familie a arătat că acceptarea diagnosticului de către membrii familiei și stabilirea unei relații de colaborare cu familia în urma prezentării diagnosticului reprezintă principalele probleme cu care se confruntă aceștia²⁷.

Copiii cu dizabilități au nevoie de asistență adecvată tipului de dizabilitate și vârstei în exercitarea dreptului de a fi consultați și de a participa la luarea deciziilor care îi privesc, mijloacele adaptate fiind insuficiente în prezent: interpreți de limbaj mimico-gestual, interpreți pentru copiii cu surdocecitate, tehnologii și sisteme informatice și de comunicații, inclusiv Internet, limbaj Braille etc²⁸.

Principiul educației incluzive a fost adoptat în România din anii '90 prin inițierea măsurilor în vederea respectării diversității, inițierea și realizarea practică a accesului și participării la educație și viață socială pentru toate categoriile de copii. Astăzi, aproximativ jumătate din elevii cu dizabilități sunt școlarizați în învățământul de masă.²⁹

În domeniul educației speciale a copiilor/elevilor cu dizabilități au fost inițiate și derulate programe educaționale destinate reducerii abandonului școlar și susținerii participării școlare a elevilor din întreg sistemul de învățământ preuniversitar. Multe unități de învățământ special au fost transformate în centre școlare pentru educație incluzivă, iar elevii cu cerințe educaționale speciale din învățământul de masă beneficiază atât de servicii calificate din partea profesorului de sprijin/itinerant, cât și de terapii specifice acordate de profesorii psihopedagogi din centrele de resurse.

²⁷ Fundația Romanian Angel Appeal, în parteneriat cu MMFPSPV, Asociația de Psihologii Cognitive, Iași, 2013

²⁸ Unicef, Copiii cu dizabilități, raport 2013

²⁹ MEN

Fiecare unitate de învățământ poate hotărâ în consiliul profesoral ce plan de învățământ să aplice în funcție de tipul și gradul deficienței. Unele unități de învățământ special pot aplica planul de învățământ al școlii de masă – adaptat sau altfel structurat.

Proiectele PHARE Acces la educație pentru grupuri dezavantajate, derulate de MEN începând cu anul 2001, au avut ca scop prevenirea și lupta împotriva marginalizării și excluziunii sociale, precum și crearea unui mecanism pentru îmbunătățirea accesului la educație și pentru o educație de calitate pentru copiii din școlile speciale integrați în școlile de masă.

În cadrul programului „Recunoașteți ADHD”, implementat de Ministerul Educației Naționale,³⁰ care a avut drept scop dezvoltarea unui sistem integrat de servicii complexe de sănătate și educație, adresat copiilor cu ADHD și familiilor acestora, au fost identificate următoarele probleme care împiedică participarea deplină și accesul la un tratament eficient al acestor persoane defavorizate, ca membri cu drepturi egale ale societății:

- formarea cadrelor didactice atât din învățământul special, cât și învățământul de masă care școlarizează copii cu CES, pentru toate categoriile de deficiențe.
- numărul mic de profesori de sprijin/itineranți precum și lipsa sprijinului suplimentar necesar în unele cazuri creează încă o problemă privind situația copiilor cu dizabilități integrați în școli de masă.
- o altă problemă deosebit de importantă care se impune este aceea a înființării atelierelor protejate. Înființarea atelierelor protejate pentru absolvenții școlilor de arte și meserii sau liceelor tehnologice pentru învățământ special (ca etapă necesară inserției socio-profesionale).
- reconsiderarea statutului internatelor școlare transformate în centre de plasament prin intrarea lor în administrarea unităților de învățământ special precum și reglementarea finanțării acestora în condițiile transferării lor din subordinea direcțiilor județene de protecția copilului în subordinea inspectoratelor școlare.
- campanie de imagine în mass-media privind reabilitarea imaginii persoanei cu dizabilități.
- colaborare cu toți factorii responsabili pentru identificarea copiilor cu CES neșcolarizați.

Totodată trebuie găsite posibilități de a sprijini și a susține familiile și pe cei care au responsabilități directe în îngrijirea acestor copii și tineri, pentru a reduce dependența de aceștia, sporindu-le autonomia, în paralel cu evitarea neglijării și marginalizării. Pentru aceasta trebuie avute în vedere mai multe aspecte:

- conștientizarea faptului că dizabilitatea este o problemă a întregii societăți.
- generalizarea acțiunii de intervenție timpurie privind compensarea și recuperarea deficienței sau a dificultăților intelectuale.
- creșterea numărului de clase speciale integrate în unități de învățământ de masă.

³⁰ Program implementat în parteneriat cu Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog și S.C. Eli Lilly România S.R

- creșterea numărului de profesori de sprijin în fiecare unitate de învățământ de masă pentru elevii cu dizabilități intelectuale integrați individual.
- introducerea în formarea inițială și continuă a cadrelor didactice a trei module psihopedagogice privind: educația incluzivă, limbajele nonverbale și asistență educațională de sprijin.
- programele de intervenție și sprijin ar trebui să implice familiile la maximum.
- să aibă asigurate instrumente de asistare, în funcție de necesitățile diverse ale persoanelor cu dizabilități.
- informarea părinților asupra potențialului real al copilului și asupra mijloacelor susceptibile să-i favorizeze dezvoltarea.
- informarea părinților asupra tipurilor de servicii care pot asigura cel mai bine educarea și dezvoltarea copilului cu dizabilități intelectuale.

Direcțiile de acțiune prioritare în vederea cuprinderii și menținerii tuturor copiilor/elevilor/tinerilor cu cerințe educaționale speciale, în general și a celor cu dizabilități în special, într-o formă de învățământ:

1. debutul școlar al tuturor copiilor în școala de masă cea mai apropiată de domiciliul copilului;
2. menținerea copiilor/elevilor în școala de masă prin acordarea serviciilor educaționale, a terapiilor logopedice și consiliere psihopedagogică celor care prezintă dificultăți de învățare, de adaptare, de integrare sau care au abateri comportamentale;
3. transferul în școala de masă a elevilor din școala specială care nu fac obiectul acestui tip de învățământ sau a acelor care, fie că au avut un diagnostic greșit, fie că prezintă un progres evident în urma activității de educație.
4. orientarea către școlile speciale numai în cazul în care elevul nu poate să se integreze în colectivul clasei din școala de masă, pentru ca și acești elevi să beneficieze de educație.

Copii din sistemul de protecție specială

Ca rezultat al eforturilor de reformare a sistemului de protecție a copilului după 1997, numărul de copii protejați în servicii de tip rezidențial, centre de plasament publice și private a continuat să scadă în perioada 2008 – 2013, deși mult mai puțin accentuat decât în perioada anterioară, de la 25.114 existenți în decembrie 2007 la 22.124 în septembrie 2013. În privința copiilor cu vârsta sub 3 ani, deși se fac eforturi pentru evitarea instituționalizării acestora, există încă 723 copii în centre de plasament (comparativ cu 907 copii în 2004 și 605 în 2007). Majoritatea copiilor din sistemul de protecție de tip rezidențial au 14-17 ani, urmați de cei de 10-13 ani. Tinerii care părăsesc sistemul de protecție specială după împlinirea vârstei de 18 ani reprezintă o categorie vulnerabilă, expusă riscului de excluziune ocupațională și socială din cauza disponibilității reduse a serviciilor de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă. Lipsiți de sprijinul familiei și fără deprinderile necesare pentru integrare socio-profesională, acești tineri nu beneficiază adesea nici

de servicii sociale de consiliere și asistență în găsirea unui loc de muncă sau suport pentru asigurarea unei locuințe sociale.

Restructurarea instituțiilor de ocrotire a copilului s-a desfășurat în strânsă legătură cu încercarea de a oferi alternative de tip familial la ocrotirea de tip rezidențial a copilului și de a preveni abandonul. Pe de o parte, instituțiile clasice, **cu o capacitate mare (între 100 și 400 de locuri) au fost restructurate, încercându-se reducerea capacității**, modularea acestora, pentru a oferi mai mult spațiu pentru fiecare copil, într-un mediu cât mai apropiat de cel familial. Reducerea numărului de copii, prin dezinstituționalizare, în special prin reintegrarea copiilor în familia naturală sau lărgită, ori prin plasamentul la o familie sau persoană, a făcut posibilă “umanizarea” instituțiilor. Nu toate centrele de plasament au fost astfel transformate; lipsa de fonduri și de experiență a făcut ca după anul 2007 procesul să se desfășoare lent, în etape, în funcție de fondurile existente sau de prioritățile stabilite prin strategiile județene. În anul 2011 52% din copiii protejați în servicii de tip rezidențial se aflau în instituții de tip clasic și modulată.³¹

Numărul copiilor plasați la asistent maternal profesionist, rude până la gradul IV sau la alte familii a înregistrat o scădere semnificativă în ultimii 7 ani. Astfel, dacă în decembrie 2007 erau 46.160 de copii protejați în familii, numărul acestora a ajuns la 38.253 în septembrie 2013, scăderea fiind mai accentuată în cazul copiilor aflați în îngrijirea rudelor (-25%) comparativ cu cei aflați în îngrijirea asistenților maternali (-7%).

În perioada 2006 – 2012 la nivel național erau declarați adoptabili în medie aproximativ 1600 de copii anual, în 2013 și primele luni ale anului 2014 au fost deja comunicate ANPDCA un număr de 2964 de sentințe definitive de deschidere a procedurii de adopție.

Din cei 2964 de copii declarați adoptabili în 2013, doar 622 au vârsta sub 3 ani reprezentând 21% din total, iar din cei 622 de copii adoptabili cu vârsta de până la 3 ani, 21 % au boli cronice, retard sau întârzieri în dezvoltare.

Datele statistice menționate anterior capătă relevanță prin raportarea lor la rezultatele unei cercetări realizate în anul 2011 de Oficiul Român pentru Adopții în parteneriat cu UNICEF România - “Profilul părinților adoptivi din România și adopția copiilor greu adoptabili”.

Concluziile raportului au arătat că cei mai mulți adoptatori “au preferat copii mai mici de 3 ani (72.4%), de sex feminin (41.7%), fără probleme medicale (80.8%), neprecizând neapărat, în scris,

³¹ HHC România, 2012

să fie sau să nu fie de o anumită etnie (21.1%).” Același raport de cercetare mai arată că “numai 1.2% sunt dispuși să adopte copii cu probleme medicale”.

Alte categorii de copii vulnerabili

Categoriilor de copii afectați de surse majore ale excluziunii sociale mai sus prezentate li se adaugă o serie de alte categorii care, deși numeric nu sunt atât de importante, necesită o atenție prioritară prin gravitatea și consecințele menținerii acestora în situația de excluziune pe termen lung.

Avem în vedere aici situația copiilor părăsiți în unitățile sanitare, a celor fără acte de identitate, fără adăpost, a celor aflați în conflict cu legea, consumatorii de droguri, copiii afectați de migrație, victime ale violenței sau ale discriminării.

Deși a scăzut de aproape patru ori în ultimii 10 ani, numărul **copiilor părăsiți în unități sanitare** a înregistrat o creștere cu 12% în perioada 2010 – 2012, din totalul celor 1474 de copii abandonați în 2012 în unități medicale, cele mai multe cazuri (918) fiind înregistrate în maternități.

Copiii fără acte de identitate reprezintă categoria afectată de cele mai grave forme de excluziune socială, deoarece aceștia nu au posibilitatea de a accesa și beneficia de servicii sociale de bază, fiind practic lipsiți de mijloace de participare socială, potrivit datelor unui studiu realizat de UNICEF, la nivel național putând fi înregistrate 5-6.000 de cazuri de copii fără acte de identitate.

Copiii fără adăpost sunt o altă categorie afectată grav de excluziunea socială, iar viața pe stradă este asociată de cele mai multe ori cu probleme serioase de sănătate, subnutriție cronică, abandon școlar și analfabetism (în jur de 50%), abuz fizic și sexual (de obicei început în familie și continuat pe stradă), stigmă și discriminare, acces redus la servicii sociale (educație, sănătate, asistență socială), utilizarea de droguri. Cele mai recente date (2009) arată că în România trăiau în stradă, temporar sau permanent, aproximativ 1.400 copii și tineri, cei mai mulți (1.150) în București, Brașov și Constanța.³² Aceștia aveau un nivel scăzut de educație (cei mai mulți având cel mult școală primară), principala sursă de venit era cerșetoria, urmată de munca cu ziua și spălatul mașinilor. În ceea ce privește accesul la servicii, acesta era destul de redus. Dacă în București, situația era mai bună, în sensul că mai mult de jumătate (55,9%) au beneficiat la un moment dat de servicii, în Brașov și Constanța foarte puțini au beneficiat de astfel de servicii.

³² Organizația Salvați Copiii România, 2009

Deși la nivelul UE-27, România se plasează printre țările în care **utilizarea drogurilor de către tineri și copii** este mai redusă, se înregistrează totuși o tendință de creștere a consumului de substanțe psihoactive în rândul copiilor /tinerilor de 16 ani, ponderea fiind de 10% în 2011, de două ori mai ridicată decât în 2007. Un aspect îngrijorător este faptul că primul tip de substanță consumată de copiii sub 15 ani este heroina în cazul a 75% dintre aceștia, restul indicând canabisul și hașișul.

Situația **copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate**, deși nu este atât de precară din punct de vedere economic, în condițiile în care remitențele le asigură temporar un nivel de trai satisfăcător, are consecințe profunde la nivel emoțional, reflectate în scăderea performanțelor școlare și chiar a abandonului școlar. Conform datelor centralizate la nivel național, în evidențele autorităților administrației publice locale se aflau, la 30 iunie 2013, 82.000 de copii cu cel puțin un părinte plecat în străinătate, estimările unor studii efectuate în anii anteriori indicând valori semnificativ mai mari.

O altă categorie care necesită măsuri speciale este cea a **mamelor adolescente**, mai mult de un copil din zece fiind născut de mame sub 20 de ani.

Educație

Dreptul la educație este înțeles în cadrul acestei strategii, în primul rând, ca drept de acces și participare la educația obligatorie, respectiv nivelul de învățământ primar (inclusiv clasa pregătitoare), nivelul de învățământ gimnazial și primii 2 ani ai învățământului secundar superior. Conform datelor demografice și celor privind cuprinderea școlară ale INS (2013), la nivelul anului școlar 2012/2013 un **număr de aproximativ 56.000 copii de vârstă învățământului primar erau în afara sistemului de educație.**

Majoritatea copiilor din grupa de vârstă 7-10 ani care sunt în afara sistemului au participat o vreme la școlarizare, dar au abandonat. Studiul UNICEF/ISE privind copiii în afara sistemului de educație (2012) indică faptul că în învățământul primar copiii renunță la școală fie pe parcursul primului an (datorită inadaptării la mediul și cerințele școlare), fie ulterior, în multe cazuri datorită situațiilor de repetenție sau repetenție repetată. Devine astfel importantă dezvoltarea unor sisteme de monitorizare și intervenție eficiente, care să detecteze la timp semnalele care

”anunță” situațiile de abandon și care să inițieze o serie de măsuri educaționale și extra-educaționale adecvate, în funcție de cauzele identificate (*sisteme de alertă timpurie*).

O analiză comparativă a situației abandonului școlar în funcție de mediul de proveniență a copiilor arată că aceia din mediul rural se confruntă mai des cu riscul de abandon în învățământul primar, prin comparație cu cei din mediul urban. Astfel, conform datelor INS (2013), speranța de viață școlară în învățământul primar în rural este de 3,3 ani în comparație cu 3,7 ani în urban.

O condiție pentru asigurarea cuprinderii tuturor copiilor în această formă de educație este și asigurarea unei experiențe de frecventare a învățământului preșcolar. Numeroase studii demonstrează faptul că există o legătură directă între frecventarea grădiniței și parcurgerea cu succes a etapelor următoare de educație. La nivelul anului 2011, **România era cu peste 10 puncte procentuale sub ținta stabilită la nivel UE pentru 2020 în ceea ce privește participarea la învățământul preșcolar (grupa de vârstă 4-5 ani) de 95%**. Măsura de introducere a clasei pregătitoare oferă oportunitatea de a ameliora acest indicator, însă statisticile oficiale nu mai oferă date în prezent cu privire la ponderea copiilor înscriși în această clasă care au frecventat anterior grădinița. În anul școlar 2011/2012, 7% dintre elevii care au intrat pentru prima oară în clasa I nu au avut această experiență și, implicit, au fost mai puțin pregătiți pentru a avea un debut al școlarității de succes.³³

Scăderea capacității creșelor ca unități de educație timpurie reprezintă un element ce ar trebui avut în vedere din perspectiva asigurării respectării dreptului la educație pentru copiii de vârstă mică – de la un număr total de 76.944 de paturi în anul 1990, la 19.718 în anul 2001 și ajungând la 14.880 în anul 2010. Pe de altă parte, nici sectorul privat nu a oferit o variantă alternativă, numărul total al copiilor care frecventau creșe private în anul 2010 fiind de doar 62³⁴.

Deși numărul mediu de copii/clasă este mai ridicat în mediul rural (18 copii/clasă) în comparație cu mediul urban (15 copii/clasă), conform datelor INS (2013), **ponderea copiilor care frecventează grădinița din totalul copiilor de vârstă învățământului preșcolar este cu aproximativ 6 puncte procentuale mai redusă în rural**. Cea mai mare diferență o întâlnim în cazul

³³ Implementarea clasei pregătitoare în sistemul educațional românesc în anul școlar 2012-2013, ISE (studiu disponibil la adresa: http://www.ise.ro/wp-content/uploads/2013/12/Studiu_CP_clasapregatitoare.pdf)

³⁴ Institutul Național de Sănătate Publică, 2010

copiilor de 3 ani (peste 86% dintre copiii de această vârstă din mediul urban merg la grădiniță în comparație cu aproximativ 70% în rural). Această situație se explică, în primul rând, prin distanța medie mai mare față de grădiniță și prin condițiile mai dificile de acces în mediul rural (drumuri, transport), în special în cazul unor condiții meteorologice nefavorabile.

Asigurarea oportunităților egale tuturor copiilor rămâne o prioritate și pentru **nivelul gimnazial** de învățământ. Ca și în cazul învățământului primar și aici întâlnim un număr semnificativ de copii care sunt în afara sistemului de educație. Comparând populația de vârstă corespunzătoare (11-14 ani) cu cea care este înscrisă oficial, constatăm că **peste 60.000 de copii nu mai frecventează învățământul gimnazial. Durata medie de frecventare este de 3,8 ani în cazul mediului urban și de doar 3,1 ani în cazul mediului rural.** De asemenea, valoarea ratei abandonului este mai ridicată în mediul rural (2,1%) în comparație cu mediul urban (1,8%), iar diferențele pe sexe devin mai accentuate în comparație cu învățământul primar. Astfel, fetele au o rată a abandonului de 1,7%, în timp ce băieții au 2,2%. Din perspectiva evoluției pe clase, clasa a V-a înregistrează valorile cele mai ridicate, ceea ce demonstrează, în egală măsură, dificultățile de adaptare ale unor copii la cerințele noului nivel de învățământ, cât și lipsa de sprijin pentru aceștia din partea familiei, școlii sau comunității.³⁵

Este important de remarcat și faptul că **numărul total de copii care au abandonat școala în cursul anului școlar 2011/2012 per total în învățământul primar și gimnazial a fost de aproximativ 28.000 de elevi.**³⁶

Ratele importante de repetenție pe parcursul întregului învățământ obligatoriu, cât și numărul relativ ridicat de elevi care au depășit cu un an sau mai mult vârsta teoretică a clasei pe care o urmează conduc, de asemenea, la efecte precum: creșterea riscului de abandon și, implicit, pregătire insuficientă pentru un rol activ în societate. La rândul lor, aceste efecte sunt accentuate de **ponderea încă relativ redusă a celor care ulterior se întorc în sistemul de educație, și sunt cuprinși spre exemplu în programe de tip „A doua șansă”^{xxii}.**

Tranziția și participarea la educație în nivelul secundar superior reprezintă o provocare pentru asigurarea dreptului la educație. Astfel, rata de tranziție de la clasa a VIII-a în învățământul liceal

³⁵ Învățământul primar și gimnazial, începutul anului școlar 2012/2013. INS, 2013

³⁶ Învățământul primar și gimnazial, sfârșitul anului școlar 2011/2012. INS, 2012

și profesional evidențiază în anul școlar 2012/2013 faptul că cei mai mulți (96,7%) dintre elevii înscriși cu un an în urmă în clasa a VIII-a și-au continuat studiile la liceu sau în învățământul profesional.

De asemenea, **există un număr semnificativ de elevi care abandonează școala pe parcursul primilor ani de studiu în învățământul secundar superior** (clasa a IX-a și a X-a). Astfel, **peste 55.000 de copii în vârstă de 15 și 16 ani ajung să fie în afara sistemului de educație**, ceea ce demonstrează faptul că acest fenomen nu este specific unui anumit nivel de învățământ ci afectează întreg sistemul. Per total, la nivelul anului 2012, **peste 170.000 de copii de vârstă învățământului obligatoriu nu mergeau la școală** (excluzând clasa pregătitoare).³⁷

În acest context este de menționat faptul că prin recente modificări ale Legii educației naționale, învățământul profesional începe din clasa a IX-a, după absolvirea clasei a VIII-a, are o durată de 3 ani, conform OUG 117/2013, respectiv minim de 3 ani, din 2014, conform OUG 49/2014. În paralel cu această formă se organizează învățământul profesional desfășurat pe o perioadă de doi ani pentru absolvenții clasei a IX-a, ca parte a filierei tehnologice a învățământului liceal, conform metodologiei din Anexa nr. 1 la Ordinul MECTS nr. 3168 din 03.02.2012 privind organizarea și funcționarea învățământului profesional de 2 ani, în condițiile legii, pentru perioada 2012-2016.

Serviciile de informare, consiliere și orientare la nivelul învățământului preuniversitar sunt asigurate, în principal, de rețeaua de consilieri coordonată de Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională. **Numărul curent alocat (un consilier la 800 de elevi) face ca doar școlile mari să aibă propriul consilier**, astfel încât din păcate serviciile cel mai puțin dezvoltate sunt cele de consiliere pentru categoriile dezavantajate socio-economic de elevi^{xxiii}. Resursele aflate la dispoziția profesorilor în aria implicării părinților copiilor în situație de risc sunt, de asemenea, puțin dezvoltate.

În perioada 2007-2012, rata de părăsire timpurie a sistemului de educație a înregistrat o evoluție oscilantă, cu creșteri sau scăderi de la un an la altul. Anul 2008 marchează cea mai scăzută valoare înregistrată în România pentru acest indicator, ajungând la 15,9%. În perioada 2008-2010, rata de părăsire timpurie a sistemului de educație a crescut de la 15,9% (2008) la 18,4% (2010).

³⁷ UNICEF/ISE, Studiu privind copiii în afara sistemului de educație, 2012

Odată cu debutul crizei economice în România, efectele au fost vizibile și în plan educațional. Criza economică a pus multe familii în dificultatea de a susține participarea copiilor la niveluri superioare de educație, concomitent cu creșterea ratei șomajului la tineri.

Anul 2011 marchează însă o revenire a situației acestui indicator, România reușind să atingă prognoza estimată pentru acest an, de 17,5%, conform ȋintelor propuse în *Programul Național de Reformă 2011-2013*. În anul 2012 se păstrează în continuare trendul descendent, cu o scădere nesemnificativă față de anul trecut (17,4%). Această îmbunătățire relativă a indicatorului din ultimul an poate fi explicată ca fiind un efect al dezvoltării programelor de tip „a doua șansă” în sistemul național de educație, concomitent cu implementarea proiectelor finanțate din cadrul POSDRU care au avut ca obiect prioritar reducerea valorii acestui indicator.

Conform datelor EUROSTAT, valoarea indicatorului de 17,4% din anul 2012 situează România mai aproape de media europeană (12,8%). Progresul înregistrat a permis depășirea unor țări precum Portugalia (20,8%) sau Spania (24,9%). Cu toate acestea, într-o perspectivă comparativă, evoluțiile din ultimii ani pun în evidență vulnerabilitatea României în raport cu acest obiectiv, având în vedere faptul că, deși în ușoară scădere față de anul 2010, rata părăsirii timpurii a școlii este încă cu peste 7 puncte procentuale peste ținta stabilită de Strategia UE la nivel european.

Aceasta înseamnă că, pentru atingerea țintei de 11,3%, sunt necesare eforturi instituționale și financiare complexe care să vizeze reducerea ratei de părăsire timpurie a sistemului de educație.³⁸

România a înregistrat progrese, dar la nivelul UE încă se află printre țările cu scoruri slabe înregistrate de elevii de 15 ani la testările internaționale cu privire la competențe de scris și lectură, matematică și științe. De exemplu, la testarea PISA 2012, un număr relativ mare de elevi au obținut rezultate slabe³⁹.

Sănătate

România a avut tradițional o mortalitate infantilă foarte ridicată. Deși indicatorul s-a redus la aproape o treime față de valoarea din 1990 (9 decese 0 – 1 an la 1000 născuți vii în anul 2012⁴⁰, față de 26.9‰ în 1990⁴¹), **România rămâne țara cu cea mai mare mortalitate infantilă din UE**, cu o valoare de peste două ori mai mare comparativ cu media Uniunii. Cele mai mari diferențe se

³⁸ Raportul privind Starea învățământului 2013

³⁹ PISA 2012 Results in Focus, OECD, 2013 (studiu disponibil la adresa <http://www.oecd.org/pisa/keyfindings/pisa-2012-results-overview.pdf>)

⁴⁰ Institutul Național de Sănătate Publică. Mortalitatea infantilă în România. Anul 2012.

⁴¹ Eurostat

înregistrează în mortalitatea postnatală, dominată de cauze evitabile (în anul 2012, 29% dintre decese au fost cauzate de boli respiratorii și 4.6% de accidente, ambele cauze fiind considerate potențial evitabile).

Analizând structura deceselor pe cauze, se constată că **29% dintre decesele infantile sunt determinate de boli respiratorii acute și 4.6% de accidente, ambele cauze fiind considerate evitabile.**

În afara diferențelor dintre România și media UE, există însă și diferențe notabile în nivelul mortalității infantile în interiorul țării, evidențiindu-se următoarele aspecte sensibile:

- genul masculin comportă un risc de deces în primul an de viață cu 14% mai mare, comparativ cu genul feminin;
- greutatea la naștere sub 2500 grame este asociată unui risc de deces de 13 ori mai ridicat comparativ cu greutatea de 2500 g și peste;
- vârsta mamei sub 20 de ani la nașterea copilului se asociază unei rate de mortalitate infantilă aproape dublă față de vârsta de 25 – 29 ani;
- copiii de rang patru au un risc de deces de peste trei ori mai mare comparativ cu copiii de rang 1.

Rata mortalității infantile a fost, constant, mai ridicată în mediul rural; cauzele, conform cercetărilor desfășurate de Organizația Salvați Copiii, țin, în principal, de accesul mai redus la servicii medicale, de distanța mare până la localitățile unde astfel de servicii pot fi accesate, de nivelul scăzut de educație a mamei și de veniturile reduse ale gospodăriei.

România are o probabilitate de **deces înainte de împlinirea vârstei de 5 ani de 12,2 /1000 născuți vii (2012), cea mai ridicată între statele Uniunii Europene.** În analiza pe cauze a mortalității înainte de vârsta de cinci ani, unele cauze evitabile ocupă încă proporții importante (bolile respiratorii acute – 29%, prematuritate – 14% și accidentele – 7%). Aceste cauze asociază ca riscuri nivelul socio-economic și educațional, tipul gospodăriei, venitul acesteia și nu în mod special acoperirea cu personal medical.

Analiza morbidității particularizează România prin **incidențe mari ale unor boli transmisibile (infecțioase), prevenibile prin vaccinare**, comparativ cu restul statelor membre UE, în condițiile unei scheme naționale de vaccinare care acoperă aceste boli.

Tuberculoza continuă să reprezinte o problemă majoră de sănătate publică în general (România are o incidență a tuberculozei de 6 ori peste media UE și furnizează aproape un sfert din cazurile de tuberculoză din UE, dintre care 15% apar la copii).

O problemă deosebită o reprezintă screening-ul și depistarea precoce în rândul populației de copii, a tulburărilor de sănătate mintală. În acest moment, în lipsa competenței medicilor de familie în identificarea diferitelor tulburări de sănătate mintală, numeroși copii accesează serviciile specializate în etape târzii, în care recuperarea este dificilă și de lungă durată.

În ceea ce privește serviciile de sănătate mintală destinate copiilor și adolescenților, este nevoie de înființarea de centre de sănătate mintală în comunitățile în care nu există acest serviciu (atât în urban, cât și în rural) precum și a echipelor mobile pentru zonele rurale sau greu accesibile, în care să funcționeze echipe multidisciplinare de profesioniști cu competențe în evaluarea și intervenția în tulburările de sănătate mintală ale copilului, în consilierea părinților precum și în managementul situațiilor în care sunt identificați copii victime ale abuzului în familie.

În prezent, în lipsa competenței medicilor de familie în identificarea diferitelor tulburări de sănătate mintală, numeroși copii accesează serviciile specializate în etape târzii, în care recuperarea este dificilă și de lungă durată. Prin urmare, screening-ul și depistarea precoce în rândul populației de copii de către medicii de familie sunt probleme asupra cărora trebuie să fie îndreptată atenția autorităților.

O caracteristică epidemiologică specifică României este numărul mare de copii diagnosticați cu HIV în anii 90, în prezent înregistrându-se un număr scăzut de noi cazuri în rândul populației de copii. Din totalul de 19.026 de cazuri HIV/SIDA înregistrate din anul 1985, 12.119 erau în viață la data de 30 septembrie 2013, printre aceștia fiind 196 de cazuri cu vârsta de 0 – 14 ani și 213 cu vârsta de 15 – 19 ani. În primele trei trimestre ale anului 2013, la nivel național s-au înregistrat 577 cazuri noi, dintre care 15 copii 0 – 14 ani și 28 cu vârsta de 15 – 19 ani. Dintre caracteristicile particulare ale persoanelor cu infecție HIV/SIDA în România se impun a fi subliniate existența unui număr mare de tineri și creșterea de la an la an a importanței căii de transmitere injectabile la utilizatorii de droguri. Reducerea drastică a transmiterii verticale (de la mamă la făt) este un

obiectiv important de sănătate publică, în primele trei trimestre ale anului 2013 fiind înregistrate 15 noi cazuri.

În România starea de **sănătate orodentară a copiilor nu este cunoscută**, ultima raportare în baza de date a OMS datând din anul 2007 (Indicatorul "Dinți cariați, lipsă și tratați la vârsta de 12 ani", care ajunge la valoarea de 3,3, aproape dublu față de ținta Strategiei Sănătate pentru toți până în anul 2020 în UE). "Media numărului de carii prezente la un copil este de 3,39, semnificativ mai mare în mediul rural și la fete. Mai mult de jumătate din cariile decelate nu sunt tratate", (<http://www.insp.gov.ro/cnepss/wpcontent/uploads/2010/12/Raport-Sanatatea-Orala-2011.pdf>) - Raport național de sănătate orală la copii și tineri 2011, INSP – CNEPSS).

Referitor la riscurile comportamentale privind sănătatea la adolescenți, este de menționat că **aproximativ 23% dintre adolescenții din România au fumat cel puțin o dată** (6% dintre adolescenții de 10 – 13 ani și 33% dintre adolescenții de 14 – 17). Proporția celor care au fumat cel puțin o dată este mai ridicată la băieți și în mediul urban. 68% dintre cei care au experimentat fumatul s-au declarat fumători zilnici și cei mai mulți au declarat că au început să fumeze între 13 – 16 ani, cu predilecție la vârsta de 14 ani.

Alcoolul se asociază în cazul copiilor și adolescenților cu afectarea dezvoltării creierului, în special a capacității cognitive și socio-emoționale. **În România, 42% dintre adolescenți au consumat alcool cel puțin o dată pe parcursul vieții lor** (21% dintre cei în vârstă de 10 – 14 ani și 53% dintre cei de 14 – 17 ani), proporția consumatorilor fiind mai ridicată la băieți (57%, față de 27% în rândul fetelor) și în mediul urban. **Dintre adolescenții cu vârste între 14 – 17 ani, 5,4% au experimentat un tip de drog pe parcursul vieții lor.**

Un sfert din adolescenții de 14 – 17 ani se declară activi sexual, vârsta medie de debut a vieții sexuale fiind de 15 ani și jumătate. Circa două treimi dintre adolescenții activi sexual declară că au un partener stabil și **mai puțin de jumătate dintre cei cu partener stabil utilizează în mod constant mijloace de protecție.**

În România, riscul consumului de tutun și droguri în rândul copiilor, pe de o parte, și al adoptării unor comportamente sexuale la risc în adolescență este agravat de lipsa unor politici educaționale pe teme menționate anterior.

Neglijarea micului dejun este un obicei frecvent la adolescenți, deși în prezent este cunoscut faptul că servirea zilnică a micului dejun se asociază în general cu o stare de sănătate, un control al greutății, precum și cu performanțe cognitive și școlare mai bune. Circa jumătate dintre copiii de 11 ani declară că nu servesc zilnic micul dejun, iar proporția celor care "sar" peste micul dejun crește cu vârsta, în special în rândul fetelor⁴².

Organizația Mondială a Sănătății recomandă pentru copiii de 5 -17 ani cel puțin o oră de activitate fizică moderată sau intensă zilnic, subliniind că realizarea constantă a unei forme de activitate fizică are efecte benefice asupra organismului copiilor". În România, **doar 32% dintre băieții de 11 ani și 20% dintre fetele de aceeași vârstă declară că se încadrează în nivelul recomandat de activitate fizică**, iar situația se deteriorează cu vârsta, ajungând la 7% fete și 16% băieți la vârsta de 15 ani.

Pe de altă parte, timpul alocat pentru consum TV și internet este foarte ridicat la adolescenți, în detrimentul activităților de mișcare, astfel încât 96% dintre adolescenți declară că se uită la TV, iar timpul mediu zilnic alocat este de 2,9 ore, în timp ce 88% utilizează internetul în medie 3,4 ore zilnic.

Violența asupra copilului

În ceea ce privește violența asupra copilului, se constată o creștere (+7%) a numărului de cazuri de violență raportate (neglijare, abuz emoțional, abuz fizic, abuz sexual, exploatare prin muncă, exploatare prin comiterea de infracțiuni) de la 11.232 în 2010 la 12.074 în 2012. Disponibilitatea serviciilor pare a fi principalul factor determinat al gradului de raportare: media sesizărilor cu privire la copiii a căror dezvoltare fizică, mentală, spirituală și psihică este primejduită în familie și necesită intervenția DGASPC a crescut în 2010 la nivelul municipiilor cu aproximativ 16% față de 2009, în timp ce la nivelul celorlalte orașe creșterea este nesemnificativă iar în mediul rural este în ușoară scădere.

Un sfert dintre respondenții unui studiu reprezentativ pentru mediul rural nu resping complet afirmația: "uneori e nevoie să îți bați copiii ca să îi poți educa bine".⁴³ La nivel național, conform

⁴² WHO. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey

⁴³ World Vision, 2012

unui studiu recent⁴⁴, un părinte din cinci consideră că bătaia este un mijloc pozitiv de educare în timp ce nivelul abuzului fizic ușor și moderat are o incidență cuprinsă între 38 și 63 de procente din totalul părinților.

În cadrul populației defavorizate, comportamentele violente sunt mai răspândite, după cum arată un studiu asupra beneficiarilor, părinți și copii, din Centrele Educaționale Salvați Copiii^{xxiv}. **Dacă cele mai multe cazuri survin în mediul rural, ponderea beneficiarilor copii care primesc servicii de asistență socială este de aproximativ zece ori mai mare la nivelul municipiilor.**

Același studiu arată că în mediul școlar 7% dintre copii afirmă că sunt abuzați fizic, 33% sunt jigniți. Studiul mai arată că frecvența violenței fizice din partea cadrelor didactice este dublă în cazul școlilor din mediul rural comparativ cu cele din urban, semnificativ mai mare în cazul băieților comparativ cu fetele și afectează în mai mare măsură elevii de etnie romă.

Fenomenul violenței online afectează un număr în creștere al copiilor, România având la nivel european, una dintre cele mai ridicate ponderi ale cazurilor de violență pe internet. Creșterea numărului de cazuri este determinată și de reducerea vârstei medii a copiilor care folosesc pentru prima dată internetul (9 ani), 86% utilizând internetul zilnic sau aproape zilnic. Studiul relevă faptul că 52% dintre copii au suferit o formă de violență online, pondere în creștere cu 10 puncte procentuale față de 2009.⁴⁵

Un studiu epidemiologic^{xxv} asupra abuzului și neglijării copiilor de 11-16 ani realizat la nivel național arată **creșterea ratei raportării abuzului psihologic odată cu vârsta** (pe fondul conștientizării abuzului), scăderea celui fizic pe măsura creșterii copiilor, abuzul psihologic fiind menționat de 65,8% dintre copii, respectiv de 62,6% dintre părinți. În privința neglijării, **pe măsură ce copiii cresc, aceștia resimt mai frecvent neglijarea din partea părinților** (23% dintre cei de clasa a X-a , față de 14.9% la cei de clasa a V-a) în timp ce **părinții din mediul rural recunosc mai degrabă decât cei din urban că își neglijează uneori copiii.**

Prevenirea și combaterea violenței în familie este insuficient dezvoltată, puțin peste jumătate dintre DGASPC-uri având o metodologie specială de lucru cu cazurile de violență și de

⁴⁴ Organizația Salvați Copiii România, 2013

⁴⁵ Organizația Salvați Copiii România, 2013

monitorizare, în vreme ce doar 27% au un plan de coordonare și sprijin a activităților autorităților administrației publice locale din județ în acest domeniu. La nivelul SPAS-urilor locale, nivelul utilizării metodologiilor și procedurilor specifice este modest, în timp ce serviciile specializate sunt disponibile în puține cazuri.

În ceea ce privește implicarea copiilor în această problemă, se poate spune că unitățile de învățământ investighează într-o măsură redusă opiniile elevilor privind situațiile de violență cu care se confruntă în spațiul școlar. De asemenea, datele existente privind violența sunt uneori subestimate, înregistrându-se doar situațiile grave.

Numărul înregistrat de victime ale traficului de persoane se menține în jurul cifrei de 1000 de persoane anual. Conform datelor ANITP de la jumătatea anului 2013, ponderea copiilor în totalul persoanelor victime ale traficului și exploatării este de 34%, fiind vorba preponderent de fete (90.5% din cazuri) exploatate sexual, cele mai multe intern, în timp ce în cazul băieților, traficul se realizează preponderent în scopul exploatării economice. Exploatarea poate avea loc în interiorul țării sau în afara acesteia, uneori combinându-se cu traficul de ființe umane. **Majoritatea victimelor înregistrate sunt tinere și foarte tinere, mai ales în ceea ce privește exploatarea sexuală dar și a celei pentru muncă.** Gradul comparativ mai scăzut de stigmă asociat cu exploatarea prin muncă este de așteptat să faciliteze raportarea ceva mai ridicată comparativ cu fenomenul exploatării sexuale.

Există anumite indicii, oferite de cercetări, potrivit cărora **în anumite categorii sociale din România, utilizarea muncii copilului este destul de răspândită**, astfel că în rural un sfert dintre copii afirmă că sunt obosiți din cauza faptului că au trebuit să muncească în gospodărie înainte sau după terminarea programului de școală, iar 12% spun că au lipsit de la școală pentru că au trebuit să lucreze. Copiii din rural petrec în medie două ore pe zi pentru activități de curățenie, îngrijire a animalelor sau îngrijire a altor membri ai gospodăriei⁴⁶.

Forme de discriminare a copilului

Problema discriminării este cu atât mai dificil de combătut cu cât atitudinea generală a populației este de a-i atribui o importanță marginală. **Datele arată că populația României pe ansamblu se divide în două părți aproximativ egale cu privire la percepția despre discriminare:** 51% dintre

⁴⁶ World Vision, 2013

români consideră că fenomenul de discriminare este una din problemele actuale în mare și în foarte mare măsură, în timp ce 44% în mică și în foarte mică măsură⁴⁷. Cele mai discriminate categorii sociale, conform opiniilor respondenților acestui studiu sunt reprezentate de persoanele de etnie romă, persoanele cu dizabilități fizice sau psihice, persoanele infectate cu HIV/SIDA, persoanele fără adăpost, orfanii și persoanele dependente de droguri.

O cercetare reprezentativă pentru copiii din mediul rural arată că aproximativ 20% dintre aceștia consideră că sunt tratați la școală mai rău decât alți colegi, un predictor important al aprecierii subiective a copiilor privind mediul școlar fiind nivelul de dotare al gospodăriei din care provin. Astfel, copiii care provin din locuințe cu dotări precare se simt în medie mai puțin confortabil la școală decât ceilalți copii⁴⁸.

Romii au, în grade și în procente diferite, percepția discriminării pe cele mai multe dimensiuni ale vieții, ocupare, sănătate, acces la servicii publice în general, precum și în cadrul raporturilor lor sociale cotidiene^{xxvi}. Analizele arată că simplul fapt de a fi rom, în condiții de control statistic al altor caracteristici, cum ar fi vârsta, nivelul de educație, structura gospodăriei, structura demografică a comunității și localizarea geografică, crește cu 38% riscul unei persoane de a fi săracă⁴⁹.

Una dintre dimensiunile în care discriminarea este mai ușor vizibilă este cea educațională:

- 6% dintre romi afirmă că au copii preșcolari care nu au fost acceptați la grădiniță⁵⁰; România este țara cu cea mai mare pondere a copiilor care merg la grădinițe destinate exclusiv sau aproape exclusiv pentru copii romi⁵¹.
- diferite cercetări în comunități mari de romi au indicat comportamente discriminatorii.
- deși fenomenul a fost descurajat de către MEN apar încă fenomene de segregare a copiilor romi în anumite zone, prin repartizarea lor în clase sau școli separate.^{xxvii}

În cadrul școlilor în care copiii romi și/sau cei cu nevoi speciale formează majoritatea, calitatea resurselor umane și materiale este mai redusă în comparație cu celelalte școli⁵², iar o analiză a serviciilor educaționale oferite de unitățile școlare cu un număr ridicat de elevi de etnie romă

⁴⁷ CNCD, 2012

⁴⁸ World Vision, 2012

⁴⁹ Banca Mondială, 2013

⁵⁰ Agenția Împreună, 2013

⁵¹ Roma Early Childhood Inclusion (RECI) Overview Report, 2012

⁵² Unicef, 2010

arată că, în general, ponderea elevilor romi dintr-o școală este invers proporțională cu calitatea serviciilor educaționale furnizate⁵³.

Două treimi dintre elevi apreciau în cadrul unei anchete derulate de DPC în 2006 cu mai mult de 7000 de respondenți o slabă integrare sau neintegrarea copiilor cu dizabilități în școală și/sau în comunitatea proprie^{xxviii}.

Ascultarea opiniei și participarea copilului

În familie, riscul excluderii vocii copilului din procesul de luare a deciziilor apare în special în cadrul categoriei de populație cu educație scăzută, astfel încât în mediul rural doar ceva mai mult de jumătate dintre respondenții adulți afirmă că în gospodăria lor copiii sunt consultați atunci când sunt luate decizii importante⁵⁴.

Pe de altă parte, **în cadrul școlilor au fost adoptate măsuri pentru asigurarea consultării copiilor în stabilirea conținutului educațional, dar nu există evaluări care să indice în ce măsură acestea sunt efectiv implementate**. Tot în sistemul de învățământ a fost formalizat Consiliul Elevilor, o structură care poate sprijini procesul de „împuternicire” a copiilor în vederea exprimării opiniilor și participării la deciziile din sistemul educațional.

Cu toate acestea, nivelul participării copiilor este încă deficitar având în vedere că structurile de reprezentare ale elevilor sunt încă în stadiu incipient de dezvoltare, diverse rapoarte ale sectorului non-guvernamental⁵⁵ evidențiind deficiențe în funcționarea acestora sau constituirea artificială a structurilor, fără ca acestea să aibă un rol în reprezentarea elevilor, **critică rămânând mai ales participarea elevilor la deciziile care îi afectează la nivelul școlilor din mediul rural**. Cercetările au stabilit că **nivelul de informare al adolescenților cu privire la serviciile care le sunt adresate sunt vagi și stereotipe în mediul urban și extrem de limitate în rural**.

Un studiu a relevat că, dintre elevii care au răspuns chestionarului aplicat, aproape 60% au spus că, în cadrul școlii, sunt consultați în ceea ce privește activitățile extrașcolare, 54% privind regulamentul școlii, 50% privind modul de predare al profesorilor și 49% privind disciplinele opționale. Procente mai mici se întâlnesc în cazul consultării elevilor privind amenajarea școlii (39%) și alegerii manualelor opționale (35%). Comparativ cu datele din studiul similar desfășurat de Salvați Copiii în anul 2006, consultarea elevilor cu privire la problemele școlii, a scăzut, în opinia acestora, cu aproximativ 10 procente. Notorietatea Consiliului elevilor a crescut cu

⁵³ Unicef, 2009

⁵⁴ World Vision, 2012

⁵⁵ Salvați Copiii, FONPC, 2012

aproximativ 7 procente, comparativ cu anul 2006. Cu toate acestea, deși, în mod formal, fiecare școală are un Consiliu al elevilor, aproximativ 19% dintre respondenți nu știu de existența acestuia, iar 9% afirmă că în școala lor acesta nu există. Dintre elevii care știu de existența Consiliului elevilor, 76% nu au apelat niciodată la acesta pentru a-și rezolva o problemă sau a face o propunere, iar dintre cei care au apelat (7%), majoritatea spun că problema lor nu a fost luată în discuție (73%). În ceea ce privește profilul celor care au auzit de Consiliul elevilor, acesta este cunoscut, mai degrabă, de persoanele de gen feminin, cu rezultate bune la învățătură, din mediul urban și care urmează cursuri liceale.⁵⁶

Informarea copiilor cu privire la propriile drepturi dar și la procesul de elaborare a deciziilor care îi privesc este considerată o premisă necesară pentru capacitatea de exprimare a opiniilor. O mare parte dintre adolescenții români^{xxix} declară că sunt conștienți cu privire la drepturile copilului, dar sunt sceptici cu privire la respectarea acestora (doar 44% cred că sunt respectate în mare măsură sau în foarte mare măsură).

Probleme în privința participării la procesele sociale apar și în privința copiilor cu dizabilități, în cazul acestora lipsind atât mijloacele tehnice pentru facilitarea opiniei lor cât și mecanismele participative.

⁵⁶ Organizația Salvați Copiii România, 2013

5. OBIECTIVE GENERALE ȘI SPECIFICE/MĂSURI/REZULTATE

OBIECTIV GENERAL 1. Îmbunătățirea accesului copiilor la servicii de calitate		
OBIECTIV SPECIFIC	Măsuri	Rezultate așteptate
1.1. Creșterea gradului de acoperire a serviciilor la nivel local	1.1.1. Asigurarea unui serviciu public de asistență socială funcțional în fiecare unitate administrativ-teritorială	Cel puțin 80% din unitățile administrative teritoriale au SPAS funcțional Toate localitățile urbane au SPAS funcționale Cel puțin 80% din SPAS-uri au cel puțin un asistent social
	1.1.2. Creșterea accesului copiilor la servicii de sănătate de tip preventiv și curativ	Copiii beneficiază de serviciile curative și preventive din pachetul de bază Cel puțin 95% din copii beneficiază de programele naționale de sănătate cu caracter preventiv
	1.1.3. Creșterea accesului copiilor la educație	Cel puțin 98 % din copii finalizează învățământul obligatoriu
	1.1.4. Dezvoltarea de facilități destinate activităților recreative și petrecere a timpului liber de către copii	Rețea funcțională de facilități destinate copiilor pentru activități recreative și petrecerea timpului liber, adaptată particularităților de vârstă și nevoilor specifice ale acestora
	1.1.5. Analizarea oportunității acordării unui pachet minim de servicii sociale pentru copii	Studiu acordare pachet minim de servicii sociale realizat
	1.1.6. Dezvoltarea de servicii comunitare integrate	Cel puțin un sfert dintre unitățile administrativ teritoriale asigură servicii comunitare integrate
	1.1.7. Creșterea capacității instituționale de definire și de implementare de politici intersectoriale pentru protecția drepturilor copilului la nivel central și local	Cadru legislativ revizuit și stimulat pentru realizarea de parteneriate public-privat în beneficiul copilului Parteneriate public-privat funcționale Servicii destinate copiilor înființate în baza parteneriatelor public-privat

1.2. Creșterea calității serviciilor furnizate copiilor	1.2.1. Creșterea calității serviciilor sociale destinate copiilor	Standarde minime de calitate elaborate și difuzate la nivelul tuturor unităților administrativ-teritoriale. Metodologii de lucru elaborate și difuzate la nivelul SPAS și DGASPC
	1.2.2. Asigurarea calității serviciilor medicale pentru copii la toate nivelurile de asistență medicală	Copiii au acces la servicii medicale de calitate Sistem de măsurare a stării de sănătate îmbunătățit
	1.2.3. Creșterea calității serviciilor de educație	Servicii de educație antepreșcolară și preșcolară adecvate nevoilor copiilor, în special a celor din categorii în risc de excluziune Copiii dobândesc competențe de bază prin parcurgerea învățământului obligatoriu Oferta învățământului profesional dezvoltată în acord cu nevoile copiilor și cerințele pieței muncii
	1.2.4. Stimularea transferului de bune practici în domeniul serviciilor și politicilor pentru copil	Politicile și strategiile includ bune practici recunoscute și evaluate
	1.2.5. Creșterea calității profesionale a resurselor umane din serviciile sociale, de educație și de sănătate pentru copii	Profesioniștii care intră în contact cu copilul sunt formați în domeniul protecției drepturilor copilului și adopție
1.3. Creșterea capacității beneficiarilor de a accesa și utiliza serviciile destinate copilului și familiei	1.3.1. Creșterea gradului de cunoaștere și de conștientizare de către copii și familiile acestora a drepturilor și responsabilităților lor și a serviciilor pe care aceștia le pot accesa	Copiii și familiile acestora sunt informați cu privire la drepturile și îndatoririle lor și la serviciile publice pe care le pot accesa
	1.3.2. Dezvoltarea competențelor parentale în ceea ce privește creșterea, îngrijirea și educarea copiilor	Cel puțin 50000 de profesioniști finalizează cel puțin un program de formare în aria educației parentale.
	1.3.3. Implicarea comunității în asigurarea respectării drepturilor copiilor	Structuri comunitare consultative constituite și susținute (prin asistență tehnică) în cadrul unui program pilot Campanii locale și naționale derulate în vederea promovării drepturilor copilului

1.4. Întărirea capacității de evaluare și monitorizare a drepturilor copilului și a situației sociale a acestuia.	1.4.1. Instituirea unui sistem național de monitorizare și evaluare cu privire la situația copiilor din România	Set de indicatori elaborat și preluat în sistemul de raportare al instituțiilor relevante Metodologie de colaborare interinstituțională elaborată Studii periodice cu privire la respectarea drepturilor copilului realizate
	1.4.2. Crearea unui mecanism de identificare și monitorizare a tuturor copiilor vulnerabili	Copiii vulnerabili identificați Hartă a sărăciei și excluziunii sociale realizată
	1.4.3. Stimularea culturii organizaționale în utilizarea evaluării în toate instituțiile publice cu un rol activ în promovarea drepturilor copilului	Mecanism funcțional de monitorizare a drepturilor copilului realizat.
		Metodologie de monitorizare a drepturilor copilului realizată
OBIECTIV GENERAL 2. Respectarea drepturilor și promovarea incluziunii sociale a copiilor aflați în situații vulnerabile		
2.1. Asigurarea unui minim de resurse pentru copii, în cadrul unui program național antisărăcie, cu atenție specială pe copii	2.1.1. Creșterea accesului copiilor săraci la serviciile de bază	Pachet minim de servicii sociale pilotat
2.2. Reducerea decalajelor existente între copiii din mediul rural și copiii din mediul urban	2.2.1. Creșterea accesului la educație, sănătate și servicii sociale a copiilor din mediul rural	Decalaj redus în ceea ce privește cuprinderea, participarea și rezultatele elevilor în toate formele de educație, accesul la servicii de sănătate și servicii sociale

2.3. Eliminarea barierelor de atitudine și mediu în vederea reabilitării și reintegrării sociale a copiilor cu dizabilități	2.3.1. Dezvoltarea unui sistem integrat de depistare precoce și evaluare complexă a copilului cu dizabilități	Copii cu dizabilități identificați timpuriu și orientați către servicii de sprijin adecvate: educaționale, medicale, sociale.
	2.3.2. Furnizare de servicii integrate sociale, de sănătate și educaționale prietenoase și accesibile pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora	Copiii cu dizabilități beneficiază de servicii prietenoase și accesibile
	2.3.3. Susținerea familiilor cu copii cu dizabilități în vederea creșterii și îngrijirii în familie.	Părinții care au în îngrijire copii cu dizabilități sunt sprijiniți în vederea acoperirii nevoilor specifice ale copiilor și ale lor
	2.3.4. Dezvoltarea de atitudini pozitive în familie și societate, față de copiii cu dizabilități.	Populația este informată cu privire la nevoile și drepturile copiilor cu dizabilități
	2.3.5. Creșterea incluziunii educaționale a copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale.	Bază de date la nivel național cu copiii cu CES realizată. Copiii identificați în învățământul de masă cu CES beneficiază de educație incluzivă. Copiii cu CES care sunt în afara sistemului de educație beneficiază de măsuri de reintegrare școlară.
2.4. Reducerea decalajului de oportunități dintre copiii romi și ne-romi	2.4.1. Combaterea atitudinii negative a societății față de romi, în general și față de copiii romi în special	Campanii media pentru reducerea stereotipurilor negative față de romi, în general și față de copiii romi în special, implementate
	2.4.2. Facilitarea accesului copiilor romi la serviciile sociale, educaționale și medicale	Comunitățile romi au personal specializat în intervenția la nivelul comunității
	2.4.3. Eliminarea segregării în unitățile de învățământ care au primit recomandări în acest sens din partea autorităților competente.	Copiii romi au asigurate oportunități egale cu copiii ne-romi în unitățile de învățământ.
2.5. Continuarea tranziției de la îngrijirea instituțională a copiilor la îngrijire comunitară	2.5.1. Creșterea eficienței și eficacității actualului sistem de servicii de îngrijire de tip familial	Servicii de tip familial restructurate și adaptate la nevoile actuale ale copiilor.
	2.5.2. Interzicerea instituționalizării copilului de vârstă mică	Copiii de vârstă mică separați temporar sau definitiv de familie beneficiază de îngrijire în servicii de tip familial.

	2.5.3. Închiderea de instituții de tip vechi și dezvoltarea de servicii comunitare	Toate instituțiile clasice închise Cel puțin 25% din numărul copiilor expuși riscului de separare de familie nu vor mai intra în sistemul de protecție specială
	2.5.4. Dezvoltarea abilităților de viață independentă ale copiilor, în vederea pregătirii acestora pentru părăsirea sistemului de protecție specială	Profesioniștii din sistemul de protecție specială formați în vederea pregătirii copiilor pentru părăsirea sistemului de protecție specială Cadru legal care vizează condițiile de mediu favorabil formării deprinderilor de viață independentă revizuit și aprobat Abilități de viață independentă ale copiilor dezvoltate
2.6. Reducerea fenomenului copiii străzii	2.6.1. Dezvoltarea serviciilor specializate destinate copiilor străzii, în acord cu nevoile existente	Studiu privind situația copiilor străzii la nivel național realizat Rețea de servicii sociale destinate copiilor străzii dezvoltată
	2.6.2. Reducerea cauzelor ajungerii copiilor în stradă	Incidență scăzută a fenomenului copiilor străzii.
2.7. Încurajarea reintegrării sociale și familiale a copiilor în conflict cu legea și prevenirea recidivelor	2.7.1. Dezvoltarea rețelei de servicii implicate în lucrul cu copiii aflați în conflict cu legea	Copiii aflați în situații de conflict cu legea au acces la servicii de reintegrare socială și familială
	2.7.2. Eliminarea culturii impunității față de copilul aflat în conflict cu legea	Copiii privați de libertate, pot depune plângeri legate de tortură și alte pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante prin intermediul unui mecanism accesibil și funcțional
2.8 Reducerea influenței factorilor de risc și dezvoltarea influenței factorilor de protecție la consumul de droguri și alte substanțe nocive pentru copii, corelat cu diversificarea serviciilor de asistență integrată a	2.8.1. Conștientizarea de către copii, familie și comunitate a efectelor grave ale consumului de droguri sau de alte substanțe nocive în rândul copiilor	Copiii cunosc riscurile și efectele grave ale consumului de droguri sau de alte substanțe nocive
	2.8.2. Asigurarea funcționării la nivel comunitar a unor servicii de asistență integrate, adecvate și accesibile, care să corespundă nevoilor copiilor consumatori de droguri sau alte substanțe nocive	Rețea funcțională de servicii de asistență integrată, care să corespundă nevoilor copiilor consumatori de droguri sau alte substanțe nocive.

consumului de substanțe		
2.9. Oferirea de sprijin adecvat copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate precum și persoanelor care îi îngrijesc.	2.9.1. Dezvoltarea de măsuri specifice și servicii de suport pentru copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate	Copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate au acces la servicii de suport
	2.9.2. Creșterea rolului școlii în compensarea deficitului de suport generat de lipsa părinților	Servicii de consiliere psihologică în școli, accesibile tuturor copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate
2.10. Promovarea unui stil de viață sănătos în rândul adolescenților	2.10.1. Asigurarea de servicii de sănătate în rândul copiilor și adolescenților	Copiii au acces la servicii de sănătate, în funcție de caracteristicile vârstei.
OBIECTIV GENERAL 3. Prevenirea și combaterea oricăror forme de violență		
3.1. Promovarea valorilor non-violenței și implementarea unor acțiuni de sensibilizare	3.1.1. Creșterea gradului de cunoaștere și de conștientizare de către copii, părinți, profesioniști și populația generală a tuturor formelor de violență.	Copiii, părinții, profesioniștii și populația generală recunosc toate formele de violență și efectele grave ale acestora.
	3.1.2. Scăderea expunerii copiilor la violență în mass-media și mediul on-line	Cadru legislativ cu privire la violența în mass-media și mediul on-line, evaluat, îmbunătățit și implementarea lui monitorizată
3.2. Reducerea fenomenului violenței în rândul copiilor	3.2.1. Întărirea capacității furnizorilor de servicii publice în ceea ce privește prevenirea și combaterea oricăror forme de violență asupra copilului	Metodologie de monitorizare a cazurilor de violență realizată
OBIECTIV GENERAL 4. Încurajarea participării copiilor la luarea deciziilor care îi privesc		
4.1. Dezvoltarea mecanismelor care să asigure participarea	4.1.1. Asigurarea accesului echitabil la informații adecvate pentru toți copiii	Campanii naționale de informare în școli cu privire la formele și activitățile concrete prin care copiii pot participa la procesul de luare a deciziilor care-i privesc, derulate

copiilor	4.1.2. Susținerea diversificării formelor de participare a copiilor	Evaluare la nivel național a activității Consiliului Național al elevilor realizată Programe de susținere a structurilor participative implementate.
----------	---	---

6. REZULTATELE POLITICILOR PUBLICE

Strategia își propune să devină elementul integrator al tuturor proceselor ce vizează întărirea reformelor structurale și de modernizare, inclusiv cele din cadrul procesului de programare 2014-2020, care au impact asupra dezvoltării copiilor în România.

De asemenea, Strategia își propune să asigure coerența și consolidarea politicilor la nivel sectorial, între diferitele nivele și mecanisme de guvernare, precum și concordanța acestora cu obiectivele stabilite în documentele europene.

7. IMPLICAȚII PENTRU BUGET

Îndeplinirea obiectivelor și măsurilor aferente acestora, din cuprinsul prezentei strategii va fi asigurată cu încadrarea în bugetele ministerelor și instituțiilor publice implicate, astfel cum sunt ele aprobate pentru anul 2014, precum și în estimările avute în vedere pentru anii următori.

În același timp, fondurile europene vor reprezenta în continuare unul dintre cele mai importante instrumente ce vor fi utilizate pentru protecția și promovarea drepturilor copilului în România.

În acest context, utilizarea sprijinului structural pentru perioada 2014-2020 are în vedere îmbunătățirea accesului copiilor la servicii de calitate, respectarea și promovarea incluziunii sociale a copiilor aflați în situații vulnerabile, precum și prevenirea și combaterea oricăror forme de violență și încurajarea participării copiilor la deciziile care îi privesc.

Contribuției organizațiilor neguvernamentale la elaborarea strategiei i se adaugă și participarea efectivă la implementare și finanțare, fiind de așteptat să contribuie semnificativ în atingerea obiectivelor propuse.

8. PROCEDURI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE

Dezvoltarea mecanismelor de guvernare și consolidarea sinergiilor între sectoare

Implementarea efectivă și finanțarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului va fi realizată la nivelul fiecărui sector guvernamental. Partenerii neguvernamentali și privați își vor concentra activitatea pentru sprijinirea îndeplinirii obiectivelor prezentei strategii.

Mecanismul de comunicare și coordonare pentru implementarea Strategiei va fi stabilit de Consiliul de Coordonare în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului și adopției, înființat prin Hotărârea Guvernului nr. 299/2014 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție.

Coordonarea activităților intersectoriale privind îndeplinirea obiectivelor se va face la nivelul ANPDCA, pe baza unui plan de implementare a strategiei care va include atât programele și intervențiile proprii ale ANPDCA, cât și ale celorlalți actori importanți din domeniul protecției și promovării drepturilor copilului. De asemenea planul de implementare va viza și mecanismul de coordonare la nivel județean și local.

În contextul descentralizării din domeniul protecției și promovării drepturilor copilului, dar și a celui social, în general, o responsabilitate mai mare revine autorităților locale. Instituțiile reprezentate în cadrul CC vor sprijini, în limita competențelor ce le revin, acele autorități din zone în care copiii se confruntă cu probleme critice.

Monitorizarea implementării Strategiei Naționale

Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție, în calitate de autoritate centrală responsabilă cu coordonarea activităților și măsurilor de implementare a obiectivelor strategiei naționale din domeniu, va asigura monitorizarea implementării acesteia.

Implementarea Planului de acțiune va fi urmărită pe baza unui plan de evaluare și monitorizare creat în acest scop. Activitățile și măsurile dezvoltate la nivelul fiecărui minister, precum și programele de la nivel local vor fi monitorizate pe baza unui plan de monitorizare, elaborat în cooperare cu toți partenerii de implementare, inclusiv cu beneficiarii direcți, copiii. Va fi adoptat un set de indicatori de evaluare a rezultatelor, pornind de la indicatorii precizați în Recomandarea Comisiei Europene - Investiția în copii: ruperea cercului vicios al defavorizării, cu adăugarea unor indicatori contextuali care măsoară situația specifică la nivel național. De asemenea, se va urmări și evoluția procesului de implementare cu ajutorul indicatorilor specificați în Planul operațional.

Planul de monitorizare și evaluare va urmări:

- consolidarea utilizării abordărilor bazate pe fapte și utilizarea pe deplin a statisticilor și a datelor administrative existente;
- îmbunătățirea disponibilității rapide a datelor pentru monitorizarea situației copiilor;

- îmbunătățirea capacității statistice (inclusiv a defalcării pe vârste și sexe), acolo unde este posibil și necesar, în special în ceea ce privește măsurarea accesului la servicii de calitate și accesibile financiar, urmărind în mod special situația celor mai vulnerabili copii;
- transparența procesului de monitorizare și evaluare și diseminarea largă a rezultatelor;
- evaluarea intermediară a impactului măsurilor și activităților strategiei în vederea ajustării acestora.

Strategia include o serie de măsuri referitoare la derularea unor anchete speciale, menite să asigure o diagnoză mai bună a situației inițiale (la momentul lansării Strategiei), în special cu privire la anumite probleme ale copilului puțin documentate prin informații statistice.

De asemenea, Planul de implementare a Strategiei propune crearea unui sistem de monitorizare a situației copilului, inclusiv a respectării drepturilor și a accesului la servicii, disponibilitatea acestui sistem conducând la îmbunătățirea capacității de măsurare a rezultatelor și impactului Planului de acțiune.

Planul de monitorizare va presupune, pe lângă evaluarea progresului global realizat ca urmare a implementării strategiei, și realizarea unor evaluări sectoriale și chiar punctuale asupra unor probleme critice. Activități de monitorizare se vor realiza și prin vizite de teren comune și rapoarte anuale de progres.

O primă evaluare de etapă a implementării prezentei strategii se va desfășura la sfârșitul anului 2015. Pe baza rezultatelor acestei evaluări de etapă se va decide cu privire la oportunitatea ajustării Planului de acțiuni pentru perioada 2017-2018, astfel încât acesta să răspundă mai bine nevoilor și să traseze direcțiile de intervenție cele mai potrivite pentru următoarea etapă de implementare a strategiei.

Note explicative

ⁱ Studiu concluziv realizat în cadrul proiectului “Îmbunătățirea eficacității organizaționale a sistemului de protecție a copilului în România”, implementat de MMFPSPV în parteneriat cu SERA România, bazat pe evaluarea la nivel național a DGASPC, SPAS și a altor instituții și organizații implicate în sistemul de protecție a copilului, 2012

ⁱⁱ “Prevederile cadrului legal sunt aplicate variabil de la o unitate administrativă la alta. Vorbim în special de prevederile care se referă la aspecte non-materiale, cum ar fi proceduri de organizare, funcționare, selecție, recrutare, identificare, ierarhizare” MMFPSPV /SERA, p.219

ⁱⁱⁱ “În cadrul capacității administrative, resursele care lipsesc în primul rând sunt metodologiile actualizate și cunoașterea și aplicarea lor în sistem”, MMFPSPV /SERA, p.219

^{iv} 8% asistenți sociali (Lazăr & Grigoraș, 2011/2013). În evaluarea DGASPC-urilor din 2013 datele sunt diferite, dar îi includ și pe cei cu studii în administrație publică, drept/științe socio-umane

^v Conform cu raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) pe anul 2012, au existat relații contractuale cu 11914 medici de familie, dintre care 61,6% activau în mediul urban și restul în mediul rural. Numărul persoanelor sub 18 ani înscrise pe listele medicilor de familie depășește practic numărul total de copii publicat pentru România, fiind greu de estimat proporția copiilor neînscrși

^{vi} Totalitatea copiilor care locuiesc într-o gospodărie cu risc de sărăcie relativă sau în condiții de deprivare materială severă sau într-o gospodărie cu o intensitate foarte slabă a muncii (indicatorii din compoziția indicelui sunt definiți separat)

^{vii} 21,2% pentru grupa de vârstă 15-24 de ani și 10,7% pentru grupa de vârstă 25-34 de ani în România față de 7% pe total populație în 2012; în UE28 nivelul șomajului pe total populație în același an era de 10,2%; Sursa: Eurostat

^{viii} Rata fertilității a fost de 1,3 în 2011 în toată decada anterioară cu excepția anilor 2008 și 2009, când a crescut la 1,4. Nivelul este așadar în mod constant departe de cel de înlocuire a generațiilor de 2,1 dar și de nivelul UE27 din 2011 de 1,6. Sursa: Eurostat, ultima actualizare 3 Noiembrie 2013

^{ix} O proiecție Eurostat bazată pe un scenariu de convergență între țările UE, în care valorile țărilor cu decalaj de dezvoltare socio-economică, cum este și cazul României, se apropie de nivelul țărilor mai dezvoltate (membre ale Asociației Europene a Liberului Schimb) pe indicatorii privind fertilitatea, speranța de viață la naștere și migrația, indică o scădere, în acest scenariu, de până la 2,8 milioane de copii /tineri până în 19 ani în 2060.

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_10c2150p&lang=en

^x Raportul dintre populația de vârstă 0-14 ani și populația de vârstă activă economic, 15-59 de ani

^{xi} În prezent, ponderea populației în vârstă de peste 60 de ani este de 18,3%, ca urmare a unei creșteri de 2,3 puncte procentuale în ultimii 8 ani, dar valoarea așteptată, conform aceluiași scenariu de convergență, este de 22,3% în 2030 și peste 30% până în 2050

^{xii} 54,2% la 1 Iulie 2013, România în cifre 2013, INS

^{xiv} Rata sărăciei relative, conform metodologiei Eurostat, măsoară ponderea populației aflate sub 60% din venitul median pe adult echivalent la nivel național, prin urmare este mai degrabă un indicator de inegalitate și nu informează cu privire la resursele economice efectiv disponibile pentru indivizi în raport cu necesitățile ci doar despre distribuția veniturilor la nivel național. O altă modalitate de măsurare a sărăciei decât cea relativă promovată de UE este metoda absolută, adoptată la nivel național. Rata sărăciei absolute oferă estimări cu privire la insuficiența resurselor și se calculează anual de către MMFPSPV și INS. Copiii sunt în risc mai ridicat și din punct de vedere al sărăciei absolute, indicator care măsoară procentul indivizilor aflați sub un prag considerat necesar pentru asigurarea unui minim al nivelului de trai. În 2011, nivelul sărăciei era de 5,0% pe total populație, de 6,1% pentru categoria 0-5 ani, 7,7% pentru 6-14 ani și 8,4% pentru adolescenții de 15-19 ani. Între anii 2009 și 2010, copiii și tinerii au resimțit cel mai dur șocul crizei economice, pentru aceștia având loc cele mai ridicate creșteri ale ratei sărăciei absolute ca urmare a crizei economice. Gospodăriile cu 2 copii au un nivel de sărăcie mai mult decât dublu față de cele fără copii, în timp ce gospodăriile cu trei sau mai mulți copii înregistrează un risc mai mult decât triplic de sărăcie absolută.

^{xv} Acord de parteneriat propus de România, Primul Proiect, Ministerul Fondurilor Europene, Octombrie 2013: p.8. Documentul propune copiii săraci, cei din mediul rural și copiii romi ca grupuri-țintă pentru Instrumentele Structurale în perioada de programare 2014-2020

^{xvi} Rata depriverii materiale severe se măsoară ca proporție a indivizilor care trăiesc într-o gospodărie în care condițiile de trai sunt puternic marcate de lipsa de resurse, respectiv nu își pot permite cel puțin 4 din următoarele 9 elemente: i) să-și plătească chiria sau utilitățile la timp; ii) să-și încălzească locuința adecvat; iii) să achite cheltuieli neprevăzute; iv) să mănânce carne, pește sau un echivalent proteic o dată la două zile; v) o săptămână de vacanță în afara locuinței; vi) un automobil; vii) o mașină de spălat; viii) un televizor color sau ix) un telefon.

^{xvii} Modulul ad-hoc al EU-SILC din 2009 a oferit informație specifică unor forme de deprivare a copilului. Astfel, după Bulgaria, România înregistra cea mai dificilă situație la nivelul UE, cu mai mult de un copil din 4 care nu avea asigurată zilnic o masă pe bază de carne, pește sau fructe și legume, nu avea haine noi și aproximativ un copil din cinci care nu avea încălțări noi.

^{xviii} Deprivarea de locuire înseamnă că acești copii au în același timp următoarele probleme cu locuința: 1) acoperiș cu probleme de izolație, pereți/podele/fundație umede sau mușcături la nivelul cadrelor ferestrelor sau al podelei; 2) lipsa băii sau a dușului în locuință; 3) lipsa unui WC interior pentru uzul exclusiv al gospodăriei; 4) alte probleme cu locuința: prea întunecoasă, lipsa de suficientă lumină.

^{xix} Rata de supraaglomerare a locuinței se măsoară luând în calcul numărul de camere disponibile în gospodărie, numărul de membri precum și vârsta și statutul lor familial.

^{xx} Mai multe cercetări indică în mod consistent apariția zonelor urbane compacte teritoriale de sărăcie extremă: Rughiniș (2000); Stănculescu și Berevoescu (coord., 2004); Sandu (2005); Berescu et al. (2006); Berescu et al. (2007); CPARSD (2009); Stănculescu (coord., 2010); Botonogu (coord., 2011)

^{xxi} Sondaj de opinie realizat în anul 2011, pe baza aplicării unui chestionar în rândul medicilor de familie (141 medici de familie practicanți și non-practicanți în cadrul proiectului "Si ei trebuie sa aiba o sansa! - Program de sprijin pentru integrarea sociala si profesionala a persoanelor cu tulburari de spectru autist", implementat de Fundatia Romanian Angel Appeal, în parteneriat cu MMFPSPV, Asociația de Psihologii Cognitive, Iași.

^{xxii} Conform datelor INS există în prezent peste 120.000 de persoane care nu au finalizat nici măcar învățământul primar. Programul A doua șansă școlariza în 2012 puțin peste 8000 de persoane, anual aproximativ 1500 de persoane intrând în acest program, marea majoritate fiind tineri de 20 de ani și peste.

^{xxiii} Așa cum demonstrează și analiza de nevoi realizată în cadrul proiectului Zone Prioritare de Educație, derulat în cadrul Campaniei Naționale UNICEF *Hai la școală!* (2009-2013)

^{xxiv} Familii în dificultate, copii vulnerabili – SCR. Eșantionul folosit în cercetare a fost unul teoretic, pe cote. Cercetarea a fost realizată pe 200 de persoane din 11 județe, părinți (86%) sau alte rude ale copiilor din 12 Centre Educaționale ale Organizației Salvați Copiii

^{xxv} Vezi site-ul proiectului: <http://www.prevenireaviolentei.ro/cercetare/proiectul-becan/rezultatele-cercetarii/> precum și articole derivate din acesta

^{xxvi} Roma Early Childhood Inclusion (RECI) Overview Report, Fundația pentru o Societate Deschisă, Unicef, 2012, p28, INSOMAR, 2009; UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey (2011). pentru percepția discriminării pe piața muncii vezi și Observatorul social, Universitatea din București, 2010, anchetă reprezentativă la nivel național pe angajatori și angajați

^{xxvii} Cercetarea derulată de organizația Împreună a identificat astfel de cazuri în 31% din unitățile de învățământ analizate.

^{xxviii} Raportul copiilor privind respectarea drepturilor copiilor din România, DPC, 2007, chestionar aplicat în 2006 pe un eșantion de 7.424 de elevi cu vârste între 12 – 19 ani; doar 29% dintre respondenți au apreciat că acești copii cu dizabilități sunt integrați în mare măsură

^{xxix} Cea mai mare pondere dintre tinerii de 15-18 ani din Europa, conform Eurobarometrul Drepturilor Copilului, 2009, p.8

LISTĂ ABREVIERI

ANITP	- Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane
ANPDCA	- Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție
CC adopție	- Consiliul de Coordonare în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului și adopție
CE	- Consiliul Europei
CES	- Cerințe Educative Speciale
CNCD	- Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării
DGASPC	- Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
DPC	- Direcția Protecția Copilului – MMFPSPV
EC	- European Commission
FONPC	- Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil
FSE	- Fondul Social European
HBSC	- Health Behaviour In School-Aged Children
HHC	- Hopes and Homes for Children
INS	- Institutul Național de Statistică
MMFPSPV	- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
OMS	- Organizația Mondială a Sănătății
ONU	- Organizația Națiunilor Unite
PIB	- Produsul Intern Brut
PIRLS	- Progress in International Reading Literacy Study
PISA	- Programme For International Student Assessment
REF	- Roma Education Fund
SPAS	- Serviciul Public de Asistență Socială
TIMSS	- Trends in International Mathematics and Science Study
UE	- Uniunea Europeană
UNDP	- United Nations Development Programme
UNPCJ	- Uniunea Națională a Președinților Consiliilor Județene
WB	- World Bank
WHO	- World Health Organization

Planul operațional pentru implementarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului
2014 - 2016

1. OBIECTIV GENERAL Îmbunătățirea accesului copiilor la servicii de calitate

OBIECTIV SPECIFIC 1.1. Creșterea gradului de acoperire a serviciilor la nivel local

Măsuri	Acțiuni	Indicatori	Indicatori de referință*	Țintă intermediară (2016)*	Țintă finală (2020)*	Surse de finanțare	Instituții responsabile/Instituții partenere**
1.1.1. Asigurarea unui serviciu public de asistență socială funcțional în fiecare unitate administrativ-teritorială	1.1.1.1. Ocuparea posturilor vacante din serviciile destinate protecției copilului	Ponderea posturilor ocupate din total posturi normate	93,1% comune; 83,5% orașe; 84,8% municipii; 84,1% DGASPC	100%	100%	Buget de stat Buget local	MMFPSPV ANPDCA MDRAP APL
	1.1.1.2. Asigurarea de personal specializat la nivelul fiecărui SPAS	Ponderea SPAS care au cel puțin un asistent social	NA	60%	80%	Buget local Fonduri europene	MMFPSPV ANPDCA MDRAP APL
	1.1.1.3. Asocierea a două sau mai multe localități în mediul rural pentru crearea unui SPAS funcțional, acolo unde resursele nu permit crearea unei structuri autonome	Ponderea comunelor care beneficiază de un SPAS funcțional;	55,30%	75%	100%	Buget local Fonduri europene	MMFPSPV ANPDCA MDRAP APL
		Număr de SPAS-uri care funcționează în baza unei asocieri	NA	NC	NC	Buget local Fonduri europene	MDRAP APL
	1.1.1.4. Înființarea de SPAS în localitățile urbane unde nu există	Ponderea localităților urbane care beneficiază de un SPAS funcțional	93%	100%	100%	Buget local Fonduri europene	APL
	1.1.2.1. Diversificarea serviciilor de asistență medicală primară, cu accent pe serviciile preventive care să fie furnizate prin pachetul de servicii de bază, bazate pe riscuri specifice și pe grupe de vârstă	% copii care beneficiază de serviciile curative și preventive din pachetul de bază	NA	90%	100%	FNUASS Buget de stat	MS CNAS APL
		% copii care beneficiază de programele naționale de sănătate cu caracter preventiv	NA	90%	95%	FNUASS Buget de stat	MS CNAS APL
	1.1.2.2. Dezvoltarea sistemului de asistență medicală comunitară (inclusiv prin mediatori sanitari) și constituirea de servicii comunitare integrate	Număr servicii comunitare integrate constituite;	0	9	20	Buget de stat Programul Elvețian de Cooperare și Programul Norvegian; Fonduri Europene Buget local	MS ANPDCA MMFPSPV APL
		Numărul asistentelor medicale comunitare	1000	2000	3000	Buget de stat Programul Elvețian de Cooperare și Programul Norvegian; Fonduri Europene Buget local	MS APL
	1.1.2.3. Dezvoltarea asistenței medicale în unitățile de învățământ antepreșcolar, preșcolar, școlar și studentesc.	Număr cabinete medicale școlare cu personal angajat conform normativelor în vigoare; % elevi care beneficiază de servicii de asistență medicală în unități de învățământ	1000	1600	2000	Buget de stat Buget local	MEN, APL MS

1.1.2.Creșterea accesului copiilor la servicii de sănătate de tip preventiv și curativ	1.1.2.4. Definirea și implicarea activă a medicului de familie și al specialiștilor medicali din comunitate în depistarea copiilor aflați în situații de risc și în orientarea lor către servicii eficiente de prevenție primară și secundară.	% consultații active la copii din totalul consultațiilor la copii ale medicului de familie	NA	creștere cu 20% față de valoarea de referință	creștere cu 40% față de valoarea de referință	FNUASS	MS CNAS CMR APL
	1.1.2.5. Identificarea de modalități flexibile de asigurare a accesului tuturor copiilor la servicii de medicină dentară preventive și curative, pe cât posibil gratuite	Ponderea copiilor care au beneficiat de consultații medicină dentară în sistemul ASS/an	NA	creștere cu 30%	creștere cu 50%	FNUASS	MS CNAS CMD
	1.1.2.6. Identificarea de modalități flexibile de asigurare a accesului copiilor la serviciile necesare de asistență medicală de specialitate ambulatorie	Nr. copii care au beneficiat de asistență ambulatorie de specialitate în sistemul ASS/an	NA	NA	NA	FNUASS	MS CNAS
	1.1.2.7. Identificarea de modalități flexibile de asigurare a accesului copiilor cu tulburări de sănătate mintală la servicii de tip preventiv, diagnosticare precoce și de tip curativ	Nr. copii cu TSA care au beneficiat de asistență de specialitate în sistemul ASS/an	NA	NA	NA	FNUASS, Buget de stat	MS CNAS
	1.1.2.8. Asigurarea unei acoperiri vaccinale adecvate pentru copii	% copii vaccinați DTP la 12 luni	89%	91%	95%	Buget de stat	MS APL CMI CNAS
		% copii vaccinați ROR la 12 luni	95%	95%	95%	Buget de stat	MS APL CMI
		% copii vaccinați antipolio la 12 luni	89%	91%	95%	Buget de stat	MS APL CMI
		% copii vaccinați antiHepatita B la 12 luni	96%	96%	96%	Buget de stat	MS APL CMI
	1.1.2.9. Asigurarea prevenirii primare a HIV și ITS prin intervenții adaptate specificului beneficiarilor.	% copii care au beneficiat de servicii de prevenție pe niveluri de învățământ	NA	30%	60%	Buget de stat Buget local	MS MEN APL CMI
	1.1.2.10. Dezvoltarea cu prioritate a paletelor de servicii prenatale, perinatale și postnatale și a alternativelor de facilitare a accesului la aceste servicii acordând o atenție aparte persoanelor și comunităților defavorizate	mortalitate infantilă	9,9	8,9	7,9	FNUASS Buget de stat Buget local	MS CNAS APL CMI
		% nou născuți sub 2500 g	8,50%	7,50%	6%	FNUASS Buget de stat Buget local	MS CNAS APL CMI

1.1.3. Creșterea accesului copiilor la educație	1.1.2.11. Întărirea capacității instituționale pentru identificarea de riscuri și pentru monitorizarea și evaluarea calității serviciilor la toate nivelurile de asistență medicală	nr. examene de screening adresate copiilor	3	5	7	FNUASS Buget de stat Buget local	MS CNAS APL
		% copii la risc examinați	NA	20% - 60%	60 - 80%	FNUASS Buget de stat Buget local	MS CNAS APL
	1.1.2.12. Implementarea de intervenții de prevenție primară, secundară și terțiară pentru copii/adolescenți privind principalele riscuri legate de sănătate- consum de alcool, tutun, droguri, nutriție sănătoasă, activitate fizică, consum media, comportament sexual.	% copii/adolescenți care beneficiază de intervenții de prevenție primară , secundară, terțiară privind principalii determinanți ai sănătății.	NA	25%	50%	Buget de stat Buget local	MS MEN MMFPSPV ANPDCA APL ANA MAI
	1.1.2.13. Îmbunătățirea sistemului informațional în domeniul sănătății pentru a asigura identificarea corectă a nevoilor de servicii, a acoperirii cu servicii de sănătate	NC	NA	Sistem informațional revizuit	NC	Buget de stat	MS
	1.1.3.1. Creșterea accesului copiilor cu vârste de la naștere la 6 ani în învățământul antepreșcolar și preșcolar	Număr de unități care oferă servicii de educație timpurie antepreșcolară	313	450	600	Buget de stat Buget local	MEN MMFPSPV ANPDCA APL
		% copiilor în vârstă de 3-6 ani înscriși în învățământul preșcolar	82%	86%	95%		
	1.1.3.2. Dezvoltarea sistemului de monitorizare a participării copiilor în învățământul primar și gimnazial	Rata de participare în învățământul primar și gimnazial	90,6%	93,5%	98%	Buget de stat	MEN

	1.1.3.3. Multiplicarea la nivel de sistem a unor intervenții integrate (inclusiv de tip Zone de Educație Prioritară) în zonele dezavantajate socio-economic pentru prevenirea fenomenului de absenteism și abandon școlar în învățământul obligatoriu	Număr intervenții integrate promovate	234	400	1000	Buget de stat	MEN MMFPSPV ANPDCA
	1.1.3.4. Îmbunătățirea serviciilor de sprijin în învățământul obligatoriu prin dezvoltarea rețelei de mediatori, consilieri și psihologi școlari, profesori de sprijin, profesori itineranți	Număr mediatori, consilieri și psihologi școlari, profesori de sprijin, profesori itineranți	3000	3800	5000	Buget de stat Fonduri europene	MEN
	1.1.3.5. Dezvoltarea unei oferte de învățământ profesional și tehnologic atractiv și implicarea agenților economici pentru creșterea șanselor de angajare ale absolvenților	Număr elevi înscriși în învățământul profesional și tehnologic	19732	30.000	45.000	Buget de stat	MEN
		Număr parteneriate dezvoltate la nivel național între unități de învățământ profesional și tehnologic și angajatori	350 (estimat)	500	650	Buget de stat Buget local Fonduri europene	MMFPSPV MEN APL
	1.1.3.6. Dezvoltarea serviciilor de asistență educațională pentru copiii care au părăsit sistemul de învățământ și s-au reîntors și sunt înscriși în programe de sprijin	Număr copii care au părăsit sistemul de învățământ și s-au reîntors și care beneficiază de servicii de asistență educațională	NA	12.000 copii	50.000 copii	Buget de stat	MEN
1.1.4. Dezvoltarea de facilități destinate activităților recreative și petrecere a timpului liber de către copii	1.1.4.1. Realizarea unei analize detaliate a nevoilor de investiții pentru creșterea accesului copiilor, în special a celor din medii dezavantajate socio-economic, la facilități destinate activităților recreative și de petrecere a timpului liber	Numărul de facilități pentru copii destinate activităților recreative și de petrecere a timpului liber din fonduri ale autorităților locale/centrale	NA	Analiză detaliată a nevoilor de investiții realizată	Dublarea numărului de facilități	Buget de stat FSE	MTS MEN MMFPSPV ANPDCA APL
1.1.5. Analizarea oportunității acordării unui pachet minim de servicii sociale pentru copii	1.1.5.1 Realizarea unui studiu la nivel național cu privire la conținutul pachetului minim de servicii sociale pentru copil	NC	NC	Studiu realizat	NC	Buget de stat	ANPDCA
	1.1.5.2 Stabilirea standardului de cost pentru pachetul minim de servicii sociale pentru copil	NC	NC	Standard de cost stabilit	NC	Buget de stat	ANPDCA
	1.1.5.3 Testare pachetului minim de servicii sociale	NC	NC	NC	Testare realizată	Fonduri europene Cofinanțare ministere	ANPDCA MS MEN
1.1.6. Dezvoltarea de servicii comunitare integrate	1.1.6.1. Realizarea unui studiu cu privire la organizarea și funcționarea serviciilor comunitare integrate.	NC	NC	Studiu realizat	NC	Buget de stat	MMFPSPV ANPDCA MS MEN
	1.1.6.2. Implementarea și evaluarea rezultatelor unor programe pilot la nivelul a 4 județe care au ca obiectiv dezvoltarea și implementarea serviciilor comunitare integrate	NC	NC	Proiect pilot realizat	NC	Fonduri europene Cofinanțare ministere	MMFPSPV ANPDCA MS MEN APL

	1.1.6.3. Extinderea serviciilor comunitare integrate conform studiului	1) Ponderea localităților vulnerabile în care există servicii comunitare integrate	NA NA	5% din totalul localităților vulnerabile	25 % din totalul localităților vulnerabile	Fonduri europene Cofinanțare ministere	MMFPSPV ANPDCA MS MEN APL
1.1.7. Creșterea capacității instituționale de definire și de implementare de politici intersectoriale pentru protecția drepturilor copilului la nivel central și local	1.1.7. 1. Definirea de politici publice multisectoriale, integrate, coordonate și adaptate contextului național	Număr de inițiative intersectoriale	NA	2	5	Nu este cazul	MMFPSPV ANPDCA MS MEN MAI MTS MJ MDRAP APL MFP
	1.1.7. 2. Formarea/dezvoltarea profesională a decidenților /experților din grupurile inter/multisectoriale în domeniul analizei, definirii și implementării de politici intersectoriale	Număr decidenți/experti participanți la cursurile de formare în domeniul analizei, definirii și implementării politicilor intersectoriale	NA	140	280	Fonduri europene Cofinanțare bugete ministere	MMFPSPV ANPDCA MS MEN MAI MTS MDRAP-ANFP APL MFP
	1.1.7. 3. Dezvoltarea de mecanisme și proceduri pentru intervenții multisectoriale	NC	NC	NC	Mecanisme și proceduri dezvoltate	Nu este cazul	MMFPSPV ANPDCA MS MEN MAI MTS MJ
	1.1.7. 4. Integrarea acțiunilor de protecție a copiilor aflați în situații vulnerabile în Strategia de incluziune, precum și în ansamblul strategiilor de acțiune și al politicilor MMFPSPV	NA	NC	Strategie de incluziune realizată și corelată cu prezenta Strategie	NC	Nu este cazul	MMFPSPV ANPDCA
	1.1.7. 5. Integrarea acțiunilor de protecție a copiilor aflați în situații vulnerabile în strategiile sectoriale	NC	NC	Strategii sectoriale în care sunt integrate acțiuni de protecție a copiilor	Strategii sectoriale în care sunt integrate acțiuni de protecție a copiilor	Nu este cazul	MS MEN MTS MAI MJ
	1.1.7.6 Includerea parteneriatului public-privat în politicile publice destinate copiilor	NC	NC	Politici publice destinate copilului care includ parteneriatul public-privat realizate	Politici publice destinate copilului care includ parteneriatul public-privat realizate	Nu este cazul	MS MEN MTS MAI MJ

OBIECTIV SPECIFIC 1.2. Creșterea calității serviciilor furnizate copiilor

1.2.1. Creșterea calității serviciilor sociale destinate copiilor	1.2.1.1. Revizuirea standardelor minime de calitate și de cost privind furnizarea de servicii destinate protecției copilului și elaborarea de standarde pentru serviciile care nu au astfel de standarde	NC	NC	Standarde minime de calitate și de cost elaborate și difuzate la nivelul tuturor unităților administrativ-teritoriale.	NC	Nu este cazul	ANPDCA MMFPSPV
	1.2.1.2. Elaborarea și implementarea unor proceduri de lucru și ghiduri de bune practici pentru activitatea desfășurată cu principalele categorii de copii vulnerabili la nivelul tuturor SPAS și DGASPC	NC	NC	Metodologii de lucru elaborate și implementate la nivelul SPAS și DGASPC	NC	Nu este cazul	ANPDCA MMFPSPV
1.2.2. Asigurarea calității serviciilor medicale pentru copii la toate nivelurile de asistență medicală	1.2.2.1. Elaborarea de proceduri și ghiduri de bune practici pentru monitorizarea stării de sănătate a copiilor	Nr ghiduri de bune practici / proceduri elaborate	NA	3	6	Buget de stat	MS
	1.2.2.2. Elaborarea și utilizarea în practica medicală de ghiduri de bune practici și instrumente valide pentru identificarea precoce a unor afecțiuni /condiții cronice și pentru tratamentul adecvat al acestora, care să permită dezvoltarea normală a copiilor	%medici de familie care utilizează instrumente de screening pentru afecțiuni /condiții cronice și pentru tratamentul adecvat al acestora	0	25%	50%	Bugetul de stat	MS
	1.2.2.3. Dezvoltarea continuă a capacităților profesionale ale personalului medical la toate nivelurile de asistență medicală, cu accent pe asistența primară, asistența în unitățile de învățământ și asistența comunitară	Pondere personal format în funcție de nevoile specifice din total personal pe categorii	NA	40%	75%	Fonduri europene Cofinanțare bugete ministere	MS MMFPSPV APL
	1.2.2.4. Asigurarea unei infrastructuri adecvate pentru acordarea de servicii medicale de calitate la nivelul asistenței medicale primare , inclusiv în unitățile de învățământ	Pondere cabinete medici de familie cu condiții corespunzătoare ASF în total cabinete verificate; % cabinete școlare cu condiții corespunzătoare ASF din total cabinete școlare	NA	80%; 50%	90%; 70%	Fonduri europene Cofinanțare Buget de stat Buget local	MS MEN APL
	1.2.2.5. Asigurarea dezvoltării rețelei de medicină școlară prin creșterea numărului de personal medical specific (medici, asistenți)	% medici % asistenți Ponderea unităților școlare care au personal medical specific	Urban: Medici 600,5 Asistenți 2380 Rural: Medici 2 Asistenți 9	Medici 20% Asistenți 40%	Medici 40% Asistenți 60 %	Fonduri europene Cofinanțare minister Buget de stat Buget local	MS MEN APL
	1.2.3.1. Promovarea unor programe de formare continuă pentru profesori, adaptate nevoilor copiilor în risc de abandon școlar și absenteism, precum și celor din medii dezavantajate socio-economic	Număr programe de formare	NA	2	6	Fonduri europene Cofinanțare Buget de stat Buget local	MEN

1.2.3.Creșterea calității serviciilor de educație	1.2.3.2. Continuarea procesului de reformă a curriculumului național și a sistemului de evaluare pentru îmbunătățirea competențelor elevilor în domeniul lecturii, matematicii și științelor, cu efecte vizibile la evaluările naționale și internaționale (PISA, TIMSS, PIRLS)	Scăderea procentului elevilor care obțin rezultate slabe la matematică, științe și lectură, la evaluările naționale și internaționale	38-40%	32-34%	sub 25%	Nu este cazul	MEN
	1.2.3.3. Identificarea unor mecanisme de finanțare viabile pentru dezvoltarea programelor de sprijin tip: Școală după școală, A doua șansă, ZEP, Centre multifuncționale etc. care au ca beneficiari copii vulnerabili	NC	NC	Mecanisme de finanțare a diferitelor programe de sprijin stabilite	Mecanisme de finanțare a diferitelor programe de sprijin aplicate	Nu este cazul	MEN ANPDCA MFP
1.2.4. Stimularea transferului de bune practici în domeniul serviciilor și politicilor pentru copil	1.2.4.1. Identificarea/Mediatizarea intervențiilor/experiențelor de bună practică, în special în cazul categoriilor de copii cu oportunități reduse și promovarea lor la nivel național.	NC	NC	Intervenții/experiențe de bună practică recunoscute și promovate	100	Nu este cazul	MMFPSPV MEN MS
	1.2.4.2. Elaborarea unui set de standarde privind practicile prietenoase furnizate copilului și mediatizarea acestora.	NC	NC	Set de standarde elaborat	NC	Nu este cazul	ANPDCA MEN MS
	1.2.4.3. Promovarea și implementarea conceptului de comunități prietenoase pentru copii	Număr de comunități care implementează modelul de comunitate prietenoasă	NA	25	50	Nu este cazul	ANPDCA MDRAP APL MEN MS
1.2.5. Creșterea calității profesionale a resurselor umane din serviciile sociale, de educație și de sănătate pentru copii	1.2.5.1. Creșterea gradului de înțelegere și de respectare a drepturilor copilului în rândul profesioniștilor ce lucrează cu și pentru copii	Număr de profesioniști formați în domeniul protecției drepturilor copilului și adopției	NA	20000	50000	Fonduri europene Cofinanțare Buget de stat	ANPDCA MS MEN
		Număr de acțiuni de sensibilizare organizate în vederea introducerii cursului opțional referitor la drepturile și îndatoririle copilului	NA	2	6	Nu este cazul	MEN
	1.2.5.2. Implementarea unui sistem de recrutare și selecție a personalului care lucrează cu și pentru copii bazat pe examene de cunoștințe	Ponderea noilor angajați recrutați pe baza unui examen care include și testarea cunoștințelor specifice domeniului protecției copilului	NC	1) Sistem de recrutare și selecție a personalului bazat pe examene de cunoștințe realizat 2) 20%	50%	Nu este cazul	MMFPSPV ANPDCA
	1.2.5.3. Includerea unor tematici relevante pentru drepturile copilului în cursurile de formare inițială și continuă ale specialiștilor care lucrează cu și pentru copii.	NC	NC	Tematici relevante incluse	NC	Nu este cazul	ANPDCA MEN
	1.2.5.4. Dezvoltarea competențelor de atragere de fonduri și management de proiect a autorităților locale cu responsabilități în domeniul protecției drepturilor copilului	Ponderea angajaților participanți la cursuri în domeniul managementului de proiect	NA	20%	50%	Fonduri europene	MDRAP MMFPSPV ANPDCA APL

OBIECTIV SPECIFIC 1.3. Creșterea capacității beneficiarilor de a accesa și utiliza serviciile destinate copilului și familiei

1.3.1. Creșterea gradului de cunoaștere și de conștientizare de către copii și familiile acestora a drepturilor și responsabilităților lor și a serviciilor pe care aceștia le pot accesa	1.3.1.1. Elaborarea și distribuirea de materiale informative, ghiduri, site-uri prietenoase pentru informarea copiilor, pentru transformarea conținutului lor în deprinderi comportamentale durabile.	NC	NC	Materiale informative, ghiduri ce vizează drepturile și îndatoririle copilului elaborate și distribuite	NC	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
		NC	NC	Materiale informative, ghiduri ce vizează serviciile pe care copiii le pot accesa elaborate și distribuite	NC	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
	1.3.1.2. Evaluarea impactului și ajustarea acțiunilor de informare	NC	NC	1) Studiu de impact realizat 2) Plan de implementare revizuit	NC	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
	1.3.1.3. Informarea periodică și cu mijloace adecvate a părinților cu privire la drepturile copilului și la accesul la serviciile existente pentru copii, inclusiv prin campanii de informare/educare/conștientizare	NC	NC	Materiale informative, ghiduri pentru părinți ce vizează drepturile și îndatoririle copilului elaborate și distribuite	NC	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
		NC	NC	Materiale informative, ghiduri pentru părinți ce vizează serviciile pe care copiii le pot accesa elaborate și distribuite	NC	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
	1.3.1.4. Identificarea unui mecanism de promovare și susținere a numerelor unice europene destinate copilului care funcționează în România	NA	NC	Mecanism de promovare și susținere identificat	NC	Fonduri europene Cofinanțare minister Buget de stat	ANPDCA
	1.3.1.5 Organizarea de campanii de promovare a adopției	Număr de campanii organizate	NC	2	6	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
	1.3.2.1. Implicarea/Cooptarea categoriilor de personal care lucrează cu copii în programe de formare în aria educației parentale	Număr persoane care lucrează cu copii care au participat și finalizat cel puțin un program de formare în aria educației parentale.	NA	20000	50000	Buget de stat	MEN MS ANPDCA

1.3.2. Dezvoltarea competențelor parentale în ceea ce privește creșterea, îngrijirea și educarea copiilor	1.3.2.2. Implicarea părinților în planificarea și derularea unor activități extracurriculare în vederea creșterii competențelor parentale, în parteneriat cu actorii școlari;	Ponderea elevilor ai căror părinți sunt implicați	NA	15%	45%	Nu este cazul	MEN
	1.3.2.3. Crearea și dezvoltarea serviciilor de consiliere și educație parentală la nivelul medicinei de familie, precum și în instituțiile de învățământ și în serviciile sociale, în vederea dezvoltării abilităților parentale.	Număr beneficiari servicii de consiliere și educație parentală la nivelul medicinei de familie, precum și în unitățile de învățământ și în serviciile sociale Număr programe structurate de educație parentală derulate la nivel național în instituțiile de învățământ și în serviciile sociale	NA NA	40000 2	90000 4	Buget de stat Buget local	MS ANPDCA MEN APL
1.3.3. Implicarea comunității în asigurarea respectării drepturilor copiilor	1.3.3.1. Elaborarea unei metodologii de lucru pentru structurile comunitare consultative (SCC)	NC	NC	Metodologie de lucru realizată	NC	Nu este cazul	ANPDCA
	1.3.3.2. Pregătirea personalului din structurile comunitare consultative în problematica drepturilor copilului și adopției	Ponderea membrilor SCC participanți la cursuri cu tematici relevante pentru drepturile copilului și adopției	NA	20%	50%	Fonduri europene Cofinanțare MMFPSPV	ANPDCA
	1.3.3.3. Activarea structurilor comunitare consultative	Număr de SCC funcționale și susținute (prin asistență tehnică) în cadrul unui proiect pilot	2036	1) Proiect pilot realizat 2) creșterea cu 20% a SCC	creșterea cu 40% a SCC	Fonduri europene Cofinanțare MMFPSPV	ANPDCA

OBIECTIV SPECIFIC 1.4. Întărirea capacității de evaluare și monitorizare a drepturilor copilului și a situației sociale a acestuia

1.4.1. Instituirea și implementarea unui sistem național de monitorizare și evaluare cu privire la situația copiilor din România	1.4.1.1. Instituirea și implementarea unui sistem național de indicatori sociali cu privire la copil, cu raportarea regulată, care să includă date privind sărăcia /situația socio-economică, excluziunea socială, educație, sănătate etc.	NC	NC	Set de indicatori elaborat și implementat în sistemul de raportare al instituțiilor relevante	NC	Nu este cazul	ANPDCA MMFPSPV MEN MS MJ
	1.4.1.2. Realizarea de schimburi de date pe bază de protocoale de colaborare, între instituțiile relevante pentru respectarea drepturilor copilului și instituțiile furnizoare de date statistice	Număr de protocoale semnate între instituții relevante pentru respectarea drepturilor copilului	0	6	6	Nu este cazul	ANPDCA MMFPSPV MEN MS
	1.4.1.3. Efectuarea de studii periodice despre respectarea drepturilor copiilor pentru care nu se poate realiza o colectare continuă de date	Număr studii periodice efectuate	NA	1	3	Buget de stat	ANPDCA
	1.4.1.4. Realizarea de studii care să ofere puncte de pornire pentru îmbunătățirea cadrului normativ al adopțiilor, în acord cu contextul social actual.	Număr studii efectuate	NC	1	3	Buget de stat	ANPDCA

1.4.2. Crearea și implementarea unui mecanism de identificare și monitorizare a tuturor copiilor vulnerabili	1.4.2.1. Identificarea la nivel național a tuturor copiilor aflați în situații de vulnerabilitate	NC	NC	Identificare la nivel național realizată	NC	Nu este cazul	ANPDCA APL
	1.4.2.2. Elaborarea unei hărți a sărăciei și excluziunii sociale la nivel comunitar, cu date defalcate pe vârste, nivel de educație și participare școlară	NC	NC	Hartă a sărăciei și excluziunii sociale pentru copii realizată	NC	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA MMFPSPV APL
	1.4.2.3. Monitorizarea comunităților vulnerabile	Ponderea comunităților vulnerabile identificate prin studiul realizat prin acțiunea 1.4.2.2. monitorizate	NC	100%	100%	Nu este cazul	ANPDCA MMFPSPV
1.4.3. Stimularea culturii organizaționale în utilizarea evaluării în toate instituțiile publice cu un rol activ în promovarea drepturilor copilului	1.4.3.1. Dezvoltarea periodică a unor studii de diagnoză organizațională în instituțiile cu un rol activ în promovarea drepturilor copilului în vederea elaborării de recomandări ameliorative în urma analizei și monitorizarea ulterioară a progresului	NC	NC	NC	1) Studii de diagnoză organizațională realizate 2) Monitorizare a progresului realizată	Nu este cazul	ANPDCA MEN MS
	1.4.3.2. Instituirea unui mecanism de monitorizare și de supervizare prin care să se asigure că alocarea resurselor și efectuarea cheltuielilor se fac într-un mod cât mai eficient	NC	NC	Metodologie de monitorizare realizată	Mecanism de monitorizare testat	Nu este cazul	ANPDCA MFP

OBIECTIV GENERAL 2 Respectarea drepturilor și promovarea incluziunii sociale a copiilor aflați în situații vulnerabile

OBIECTIV SPECIFIC 2.1. Asigurarea unui minim de resurse pentru copii, în cadrul unui program național antisărăcie, cu atenție specială pe copii

2.1.1. Creșterea accesului copiilor săraci la serviciile de bază	2.1.1.1. Testarea pachetului minim de servicii în câteva dintre zonele vulnerabile cu ponderi dintre cele mai ridicate de copii săraci	NC	NC	NC	Pachet minim testat	Fonduri europene	ANPDCA APL
	2.1.1.2. Includerea în formula de finanțare per capita a unui coeficient de corecție pentru școlile care au minim 50% elevi școlarizați ce provin din familii sărace	NC	NC	Metodologie de corecție financiară realizată	NC	Nu este cazul	MEN MFP
	2.1.1.3. Analizarea posibilității acordării unui sprijin financiar sub formă de voucher pentru acoperirea costurilor de participare a elevilor la programe de tip școală după școală, a doua șansă, ZEP, Centre multifuncționale etc.	NC	NA	Studiu realizat	NC	Nu este cazul	MEN ANPDCA MFP
	2.1.1.4. Îmbunătățirea calității serviciilor medicale oferite în zonele vulnerabile social	% copii din zonele vulnerabile înscrși la medicul de familie ponderea copiilor care au beneficiat de un consult pe an	NA NA	80%	100%	Nu este cazul	MS
	2.1.1.5. Dezvoltarea asistenței medicale primare, în unitățile de învățământ și a asistenței medicale comunitare, cu prioritate în zonele vulnerabile social	% unități de învățământ cu personal medical	NA	NC	50% din comunitățile identificate la acțiunea 1.4.2.2.	Buget local	MS MEN

	2.1.1.6. Dezvoltarea abordărilor active de asigurare a accesului la serviciile medicale din pachetul de bază, în special în zonele vulnerabile social	%copiilor din zonele vulnerabile care au beneficiat de un consult pe an	NA	creștere cu 10%	creștere cu 20%	Nu este cazul	MS
OBIECTIV SPECIFIC 2.2. Reducerea decalajelor existente între copiii din mediul rural și copiii din mediul urban							
2.2.1.Creșterea accesului la educație, sănătate și servicii sociale a copiilor din mediul rural	2.2.1.2. Dezvoltarea unor programe de sprijin de tipul Școală după școală, ZEP, Centre multifuncționale etc. pentru scăderea riscului de absentism și abandon școlar al copiilor din mediul rural	Scăderea ratei abandonului școlar în învățământul rural la nivelul educației de bază (înv. primar și gimnazial)	1,9-2,3%	1,5-2,0%	1,5% - 1%	Buget de stat Buget local Fonduri europene	MEN APL
	2.2.1.3. Dezvoltarea unor programe integrate de sprijin pentru creșterea șanselor de continuare a studiilor după finalizarea ciclului secundar inferior într-un nivel superior de educație (liceal, profesional, postliceal și universitar)	Număr beneficiari programe de sprijin, pe forme de studiu și nivel de educație	NA	60000	200000	Buget de stat Buget local Fonduri europene	MEN APL
	2.2.1.4. Îmbunătățirea condițiilor de învățare (inclusiv materiale și echipamente didactice, laboratoare, acces la internet etc.)	Număr unități de învățământ care au condiții adecvate de învățare (indicator calitativ, cf. declarațiilor reprezentanților unității de învățământ)	NA	40%	minim 80%	Buget de stat Buget local Fonduri europene	MEN APL
	2.2.1.5. Instituirea unui sistem formal prin care copiilor din mediul rural să li se ofere oportunități de educație antepreșcolară	% copiilor din mediul rural care participă la programe de educație antepreșcolară	NA	creștere cu 20%	creștere cu 40%	Buget de stat Fonduri europene Buget local	MEN ANPDCA APL
	2.2.1.6. Dezvoltarea de alternative flexibile pentru asigurarea accesului echitabil la servicii medicale de asistență primară pentru copiii din mediul rural	% copii din mediul rural înscriși pe lista MF;	NA	70%;	90%	FNUASS Buget de stat Buget local	MS CNAS APL
	2.2.1.7. Dezvoltarea de alternative flexibile pentru asigurarea accesului echitabil la servicii medicale de asistență de medicină dentară pentru copiii din mediul rural	% copii din mediul rural beneficiari de asistență de medicină dentară;	NA	20%	40%	FNUASS Buget de stat Buget local	MS CNAS APL
	2.2.1.8. Dezvoltarea de alternative flexibile pentru asigurarea accesului echitabil la servicii medicale de asistență de specialitate pentru copiii din mediul rural	% copii din mediul rural beneficiari de asistență medicală de specialitate	NA	30%	50%	FNUASS Buget de stat Buget local	MS CNAS APL
OBIECTIV SPECIFIC 2.3. Eliminarea barierelor de atitudine și mediu în vederea reabilitării și reintegrării sociale a copiilor cu dizabilități							
	2.3.1.1. Implementarea de programe complete de screening pentru depistarea precoce a dizabilității	% copiii cu dizabilități care au acces la serviciile necesare într-un interval rezonabil de timp	NA	60%	100%	Buget de stat	MS ANPDCA APL CMI

2.3.1. Dezvoltarea unui sistem integrat de depistare precoce și evaluare complexă a copilului cu dizabilități	2.3.1.2. Stabilirea unui traseu simplificat și cu costuri cât mai mici pentru familia copilului cu dizabilități în obținerea certificatului de încadrare în grad de handicap, a certificatului de orientare școlară/profesională și a planificării serviciilor	NC	NC	Traseu simplificat definit și implementat	Traseu simplificat implementat	Nu este cazul	ANPDCA MS MEN
2.3.2. Furnizare de servicii integrate sociale, de sănătate și educaționale prietenoase și accesibile pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora	2.3.2.1. Includerea tuturor serviciilor medicale necesare în pachetul de servicii de bază	% servicii necesare copiilor cu dizabilități incluse în pachetul de servicii de bază	NA	80%	100%	Buget de stat	MS
	2.3.2.2. Dezvoltarea serviciilor de abilitare/reabilitare	Ponderea copiilor cu dizabilități cu nevoi de abilitare/reabilitare care beneficiază de servicii	NA	40%	60%	Buget de stat	MS
	2.3.2.3. Înființarea de echipe mobile specializate, în zonele în care dezvoltarea serviciilor de abilitare/reabilitare nu a fost posibilă	Număr echipe mobile specializate Numărul copiilor care beneficiază de serviciile echipelor mobile specializate	20	30 creștere cu 50%	41 creștere cu 100%	Buget local	APL
	2.3.2.4. Promovarea sănătății mintale, prevenirea cazurilor de suicid și a comportamentului agresiv	% copii cu dizabilități expuși la intervenții de promovare a sănătății mintale	NA	10%	20%	Buget de stat	MS
2.3.3. Susținerea familiilor cu copii cu dizabilități în vederea creșterii și îngrijirii în familie.	2.3.3.1. Dezvoltarea abilităților parentale specifice cu suportul profesioniștilor din comunitate	Număr de părinți ai copiilor cu dizabilități care au participat și finalizat un astfel de program	NA	10000	20000	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA MEN APL
	2.3.3.2. Informarea completă și într-un limbaj accesibil a părinților privind dizabilitatea, alternativele de abilitare/reabilitare, tratament și integrare educațională și socială disponibile pentru copil	Ponderea părinților informați	NA	50% dintre părinții care au în îngrijire copii cu dizabilități	90% dintre părinții care au în îngrijire copii cu dizabilități	Buget de stat Fonduri europene Buget local	ANPDCA APL MS
2.3.4. Dezvoltarea de atitudini pozitive în familie și societate, față de copiii cu dizabilități.	2.3.4.1. Implementarea de acțiuni de informare, educare și comunicare	Ponderea populației informate cu privire la nevoile și drepturile copiilor cu dizabilități	NA	30% din populația neinformată	50% din populația neinformată	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA APL MS
	2.3.4.2. Promovarea conceptului de abilitate versus dizabilitate	Număr campanii de informare implementate la nivel național	NA	1	3	Nu este cazul	ANPDCA MMFPSPV
	2.3.4.3. Formarea profesioniștilor care lucrează cu copilul cu dizabilități	Ponderea profesioniștilor care lucrează cu copilul cu dizabilități cuprinși în programe de formare	NA	30%	70%	Fonduri europene Cofinanțare ministere	ANPDCA MMFPSPV MS MEN

2.3.5. Creșterea incluziunii educaționale a copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale	2.3.5.1 Promovarea educației incluzive prin definirea clară în legislație și planificarea unor măsuri concrete în acest sens, inclusiv prin cooperare interinstituțională	NC	NC	Cadru legislativ revizuit	NC	Nu este cazul	MEN ANPDCA
	2.3.5.2. Identificarea numărului și profilului copiilor cu dizabilități și/sau cu CES școlarizați în învățământul de masă (medii de rezidență, localitate/județ, caracteristici familie, caracteristici copil) cât și a celor care au vârsta corespunzătoare învățământului obligatoriu dar nu mai frecventează școala	NC	NC	1) Metodologie de identificare realizată 2) Bază de date la nivel național realizată privind copiii cu CES	NC	Nu este cazul	MEN ANPDCA
	2.3.5.3. Dezvoltarea la nivel național a unor programe de formare a cadrelor didactice în domeniul educației incluzive, cu prioritate pentru cei care lucrează la clasă/grupă, în prezent, cu cel puțin doi/trei copii cu dizabilități și/sau cu CES	Număr programe naționale de formare a cadrelor didactice în domeniul educației incluzive	NA	3	7	Buget de stat Fonduri europene	MEN
	2.3.5.4. Promovarea dreptului copiilor cu dizabilități și/sau cu CES integrați în învățământul de masă la un program individualizat de pregătire și la un profesor de sprijin, precum și la alte servicii de sprijin	% Copiilor cu CES integrați în învățământul de masă care beneficiază de profesor de sprijin	NA	30%	90%	Buget de stat	MEN
	2.3.5.5. Dezvoltarea unor noi resurse/materiale de învățare pentru elevii/copiii cu CES, din perspectiva curriculumului adaptat și facilitarea accesului la aceste resurse pentru toți cei care fac parte din această categorie	Ponderea elevilor/copiilor care beneficiază de cel puțin o resursă nouă de învățare din totalul copiilor/elevilor cu CES	NA	20%	40%	Buget de stat	MEN

OBIECTIV SPECIFIC 2.4. Reducerea decalajului de oportunități dintre copiii romi și ne-romi

2.4.1. Combaterea atitudinii negative a societății față de romi, în general și față de copiii romi în special	2.4.1.1. Continuarea campaniilor media la nivel național pentru reducerea stereotipurilor negative față de romi, în general și față de copiii romi în special	Număr campanii	NA	1	3	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
2.4.2. Facilitarea accesului copiilor romi la serviciile sociale, educaționale și medicale	2.4.2.1. Implicarea activă a personalului specializat în facilitarea accesului copiilor romi la servicii sociale, educaționale și medicale la nivelul comunităților de romi (mediatori școlari, mediatori sanitari, experți romi locali)	Ponderea comunităților rome care au personal specializat în intervenția la nivelul comunităților de romi	NA	15%	40%	Buget de stat Buget local	MS MEN ANPDCA MMFPSPV ANR
	2.4.2.2. Sprijinirea programelor de formare în aria educației interculturale, a istoriei/tradițiilor rome pentru toți profesorii care predau în școli cu minim 25% populație școlară romă	% profesorilor care predau în școli cu minim 25% populație școlară romă care a beneficiat de formare în aria educației interculturale și istoriei/tradițiilor rome.	NA	25%	70%	Nu este cazul	MEN

2.4.3. Eliminarea segregării în unitățile de învățământ care au primit recomandări în acest sens din partea autorităților competente	2.4.3.1. Promovarea recomandărilor autorităților competente în aria combaterii discriminării cu privire la eliminarea segregării în unitățile de învățământ	% unităților școlare care au inițiat măsuri corective în urma recomandărilor formulate de autoritățile competente, din total cazuri	NA	80%	100%	Nu este cazul	MEN
--	---	---	----	-----	------	---------------	-----

OBIECTIV SPECIFIC 2.5. Continuarea tranziției de la îngrijirea instituțională a copiilor la îngrijire comunitară

2.5.1. Creșterea eficienței și eficacității actualului sistem de servicii de îngrijire de tip familial	2.5.1.1. Evaluarea oportunității specializării rețelei de asistență maternală pentru anumite categorii de copii, cum ar fi copilul mic pentru care este interzisă instituționalizarea, copilul cu dizabilități și copilul cu tulburări de comportament	NC	NA	Studiu de evaluare a oportunității realizat	Rețea de asistență maternală specializată pe anumite categorii de copii constituită	Buget de stat	ANPDCA
	2.5.1.2. Revizuirea, completarea și modificarea legii privind regimul juridic al adopției și a normelor metodologice ale acesteia.	NC	NC	Legislație revizuită, completată și modificată	NC	Nu este cazul	ANPDCA
2.5.2. Interzicerea instituționalizării copilului de vârstă mică	2.5.2.1. Creșterea vârstei minime de instituționalizare a copilului de la 2 la 3 ani.	Număr de copii cu vârste sub 3 ani instituționalizați	738	0 copii cu vârste sub 3 ani instituționalizați	NC	Nu este cazul	ANPDCA
2.5.3.Închiderea de instituții de tip vechi și dezvoltarea de servicii comunitare	2.5.3.1. Închiderea tuturor instituțiilor din sistemul de protecție a copilului care funcționează în structura preluată în anul 1997, respectiv anul 2000 și înființarea de case de tip familial și apartamente	Număr instituții de plasament organizate clasic închise	90	70	0	Buget de stat Fonduri europene Cofinanțare Buget local	ANPDCA APL
	2.5.3.2. Înființarea a cel puțin un serviciu de îngrijire de zi (exemplu: centru de consiliere, serviciu comunitar integrat) la nivelul fiecărei unități administrativ teritoriale până în anul 2020, în funcție de nevoile identificate în planurile elaborate de DGASPC și APL	Ponderea unităților administrativ teritoriale cu cel puțin un serviciu de îngrijire de zi	NA	60%	100%	Fonduri europene Buget local	ANPDCA MS APL
2.5.4. Dezvoltarea abilităților de viață	2.5.4.1. Formarea personalului implicat în creșterea și îngrijirea copiilor din instituțiile de tip familial în dezvoltarea deprinderilor de viață independentă	Ponderea personalului din instituții format în dezvoltarea deprinderilor de viață independentă	NA	50%	100%	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA APL

adulților de viață independentă ale copiilor, în vederea pregătirii acestora pentru părăsirea sistemului de protecție specială	2.5.4.2. Asigurarea condițiilor de mediu pentru exercitarea deprinderilor de viață independentă, în instituțiile destinate protecției copilului	NC	NC	Cadru legislativ revizuit	NC	Nu este cazul	MS ANPDCA MEN
OBIECTIV SPECIFIC 2.6. Reducerea fenomenului copiii străzii							
2.6.1. Dezvoltarea serviciilor specializate destinate copiilor străzii, în acord cu nevoile existente	2.6.1.1. Evaluarea fenomenului copiilor străzii în vederea stabilirii dimensiunii fenomenului și a cauzelor principale ale acestui fenomen	NC	NA	Studiu la nivel național realizat	NC	Buget de stat	ANPDCA MMFPSPV
	2.6.1.2. Întărirea rețelei de echipe mobile (serviciul social stradal) din cadrul DGASPC	Număr de localități cu copii ai străzii deservite de echipe mobile	NA	NA	100%	Nu este cazul	APL
	2.6.1.3. Dezvoltarea adăposturilor de zi și de noapte și a centrelor de primire în regim de urgență pentru copiii străzii	Număr de localități cu copii ai străzii în care este disponibil sprijin de urgență	NA	NA	100%	Fonduri europene	APL
2.6.2. Reducerea cauzelor ajungerii copiilor în stradă	2.6.2.1. Sprijinirea copiilor expuși riscului de a rămâne fără locuință	NC	NC	Procedură de identificare a copiilor în risc de a rămâne fără locuință realizată	NC	Nu este cazul	MMFPSPV ANPDCA
	2.6.2.2. Campanii de descurajare a cerșetoriei	Număr de campanii	NA	1	3	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
	2.6.2.3. Elaborarea de proceduri interinstituționale pentru intervenția imediată în cazul copiilor străzii	NC	NC	Procedură interinstituțională de intervenție realizată	NC	Nu este cazul	ANPDCA MAI APL
OBIECTIV SPECIFIC 2.7. Încurajarea reintegrării sociale și familiale a copiilor în conflict cu legea și prevenirea recidivelor							
	2.7.1.1.Specializarea personalului implicat în investigarea cauzelor penale cu autori minori	Ponderea personalului implicat în investigarea cauzelor penale cu autori minori care a participat la programe de specializare	NC	50%	100%	Buget de stat	MJ IMN MAI

2.7.1. Dezvoltarea rețelei de servicii implicate în lucrul cu copiii aflați în conflict cu legea		Număr camere de audiere care să asigure un cadru favorabil unei audieri optime a minorului aflat în conflict cu legea	2	10	40	Buget de stat Buget local	MJ MAI ANPDCA APL
	2.7.1.2.Crearea de servicii specializate pentru copilul care săvârșește fapte penale și care nu răspunde penal	Număr servicii specializate	12	20	30	Fonduri europene Buget local	ANPDCA APL
	2.7.1.3.Dezvoltarea componentei de asistență psiho-socială pentru copiii din penitenciare, centre educative și centre de detenție	Ponderea copiilor din penitenciare, centre educative și centre de detenție care beneficiază de servicii de asistență psiho-socială	NA	50%	100%	Buget de stat Fonduri europene	MJ
2.7.2.Eliminarea culturii impunității față de copilul aflat în conflict cu legea	2.7.2.1. Instituirea unui mecanism accesibil copiilor privați de libertate, pentru a putea depune plângeri legate de tortură și alte pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante	NC	NC	Mecanism accesibil copiilor privați de libertate, pentru a putea depune plângeri creat	NC	Nu este cazul	MJ ANPDCA

OBIECTIV SPECIFIC 2.8. Reducerea influenței factorilor de risc și dezvoltarea influenței factorilor de protecție la consumul de droguri și alte substanțe nocive pentru copii, corelat cu diversificarea serviciilor de asistență integrată a consumului de substanțe

2.8.1.Conștientizarea de către copii, familie și comunitate a efectelor grave ale consumului de droguri sau de alte substanțe nocive în rândul copiilor	2.8.1.1. Derularea de acțiuni de informare, educare, sensibilizare și conștientizare în vederea neînțelegerii consumului de droguri și alte substanțe nocive, precum și în vederea evitării transformării consumului experimental și ocazional în consumul regulat de către copii, prin intervenții de prevenire în școală, familie și comunitate	Număr de campanii	NA	2	6	Buget de stat Buget local Fonduri europene	MAI prin ANA MEN MS ANPDCA APL
2.8.2. Asigurarea funcționării la nivel comunitar a unor servicii de asistență integrate, adecvate și accesibile, care să corespundă nevoilor copiilor consumatori de droguri sau alte substanțe nocive	2.8.2.1. Dezvoltarea la nivel comunitar a intervențiilor de identificare, atragere și motivare a copiilor care consumă droguri și alte substanțe nocive în servicii specializate de asistență integrată, adaptate nevoilor acestora	NC	NC	Intervenții de identificare, atragere și motivare a copiilor dezvoltate	NC	Nu este cazul	MAI prin ANA MS MEN ANPDCA APL
	2.8.2.2. Derularea de activități de promovare și dezvoltare a serviciilor de tratament specializat (medical și social) pentru reducerea riscului de consum și prevenirea recăderilor	% copii consumatori de droguri cu acces la tratament corect și complet	NA	50%	100%	Buget de stat Buget local	MAI prin ANA MS APL

	2.8.2.3. Dezvoltarea și susținerea programelor de tip "harm reduction" destinate copiilor și adolescenților consumatori de droguri	% copii și adolescenți consumatori de droguri care beneficiază de programe de tip "harm reduction"	NA	30%	50%	Fonduri europene	MS MAI prin ANA
OBIECTIV SPECIFIC 2.9. Oferirea de sprijin adecvat copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate precum și persoanelor care îi îngrijesc.							
2.9.1. Dezvoltarea de măsuri specifice și servicii de suport pentru copii cu părinți plecați la muncă în străinătate	2.9.1.1. Identificarea tuturor copiilor cu ambii părinți/părintele unic susținător plecați la muncă în străinătate	NC	NC	Evidență a copiilor cu părinți plecați în străinătate realizată	NC	Nu este cazul	ANPDCA APL
	2.9.1.2. Elaborarea unei metodologii specifice de intervenție pentru copii cu părinți plecați la muncă în străinătate și care se confruntă cu probleme de integrare socială	NC	NC	Metodologie de lucru cu copii cu părinți plecați la muncă în străinătate realizată	NC	Nu este cazul	ANPDCA
	2.9.1.3. Dezvoltarea unor programe personalizate de consiliere și suport pentru copii cu părinți plecați la muncă în străinătate	% copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate care au acces la servicii de suport	NA	40%	80%	Buget de stat Buget local	ANPDCA MEN APL
2.9.2. Creșterea rolului școlii în compensarea deficitului de suport generat de lipsa părinților	2.9.2.1. Dezvoltarea unor programe personalizate de sprijin educațional pentru elevii care înregistrează o scădere a randamentului școlar	Numărul copiilor care beneficiază de programe personalizate de sprijin educațional	NA	X	X	Nu este cazul	MEN
OBIECTIV SPECIFIC 2.10. Promovarea unui stil de viață sănătos în rândul adolescenților							
2.10.1. Asigurarea de servicii de sănătate în rândul copiilor și adolescenților	2.10.1.1. Diversificarea și extinderea intervențiilor de educație pentru sănătate în rândul copiilor/adolescenților	Nr. Campanii naționale de educație pentru sănătate	NA	2	6	Buget de stat Buget local Fonduri europene	MS MEN APL
	2.10.1.2. Asigurarea unei acoperiri adecvate cu servicii de planificare familială pentru adolescenți	Ponderea nașterilor survenite în cazul unor tinere sub 20 ani	10%	9%	7%	Buget de stat	MS MEN APL
	2.10.1.3. Stimularea instituțiilor școlare de a oferi elevilor cursuri de educație pentru sănătate sau a altor programe sau proiecte.	Număr de acțiuni de sensibilizare organizate în vederea introducerii cursului opțional referitor la educația pentru sănătate	NA	2	6	Nu este cazul	MEN APL MS
OBIECTIV GENERAL 3 Prevenirea și combaterea oricăror forme de violență							
OBIECTIV SPECIFIC 3.1. Promovarea valorilor non-violenței și implementarea unor acțiuni de sensibilizare							
	3.1.1.1. Campanii de schimbare a percepției colective cu privire la violență, cu accent pe impactul negativ asupra dezvoltării copilului	Ponderea persoanelor care conștientizează efectele negative ale tuturor formelor de violență	NA	NA	70%	Fonduri europene Cofinanțare minister	ANPDCA
	3.1.1.2. Continuarea programelor de formare pentru personalul din educație în aria prevenirii și combaterii violenței în spațiul școlar	Ponderea personalului din școli participant la programele de prevenire și combatere a violenței în spațiul școlar	NA	20%	50%	Buget de stat Buget local	MEN APL

3.1.1. Creșterea gradului de cunoaștere și de conștientizare de către copii, părinți, profesioniști și populația generală a tuturor formelor de violență.	3.1.1.3. Implicarea copiilor, prin educația de la egal la egal, în activități derulate la nivelul școlii de prevenire și diminuare a violenței asupra copiilor	Ponderea copiilor din școli participanți în educație de la egal la egal în activități de prevenire și diminuare a violenței asupra copiilor	NA	15%	30%	Buget de stat Buget local	MEN APL
	3.1.1.4. Implicarea părinților în activități derulate la nivelul școlii de prevenire și diminuare a violenței asupra copiilor	Ponderea părinților cu copii înscriși în școală, care participă la activități de prevenire și diminuare a violenței asupra copiilor	NA	10%	25%	Buget de stat Buget local	MEN APL
	3.1.1.5. Realizarea unei baze de date cu bune practici în domeniu	Bază de date realizată și actualizată periodic	NA	100%	NC	Buget de stat	ANPDCA
	3.1.1.6. Întărirea capacității și promovarea telefonului copilului de la nivelul DGASPC înființat pentru semnalarea tuturor situațiilor de violență asupra copilului și intervenție în urgență	Ponderea serviciilor telefonul copilului de la nivelul DGASPC organizate conform standardelor existente	NA	25%	50%	Fonduri europene Cofinanțare minister Buget de stat Buget local	ANPDCA APL

3.1.2. Scăderea expunerii copiilor la violență în mass-media și mediul online	3.1.2.1. Revizuirea legislației cu privire la protecția copilului de formele de violență promovate în mass-media și mediul online	Număr de acte normative modificate și completate	NC	1) Identificarea lacunelor la nivelul legislației privind violența asupra copilului promovată în mass media și mediul online 2) Recomandări elaborate	Legislație completată și modificată	Nu este cazul	ANPDCA MAI CNA
---	---	--	----	--	-------------------------------------	---------------	----------------------

OBIECTIV SPECIFIC 3.2. Reducerea fenomenului violenței în rândul copiilor

3.2.1. Întărirea capacității furnizorilor de servicii publice în ceea ce privește prevenirea și combaterea oricăror forme de violență asupra copilului	3.2.1.1. Revizuirea sistemului actual de monitorizare a situațiilor de violență în spațiul școlar și includerea cadrelor didactice la nivelul școlii în procesul de monitorizare a situațiilor de abuz, neglijare, exploatare sau orice altă formă de violență asupra copilului	Sistem de monitorizare a situațiilor de violență în spațiul școlar revizuit	NA	NC	Sistem de monitorizare revizuit	Nu este cazul	MEN
	3.2.1.2. Implementarea mecanismului de semnalare, intervenție și monitorizare a cazurilor de violență, indiferent de locul de producere (familie, școală, comunitate, instituții)	Ponderea instituțiilor cu atribuții în protecția copilului care utilizează mecanismul de semnalare, intervenție și monitorizare a cazurilor de violență	21 EIL	60%	100%	Nu este cazul	ANPDCA APL
	3.2.1.3. Stabilirea unui sistem de indicatori de monitorizare și evaluare a numărului de cazuri și a dimensiunii abuzului, neglijării, exploatării sau oricărei forme de violență asupra copilului, în familie, instituții și comunitate	NC	NC	Sistem de monitorizare și evaluare creat	NC	Nu este cazul	ANPDCA MEN MS APL

OBIECTIV GENERAL 4 Încurajarea participării copiilor la luarea deciziilor care îi privesc

OBIECTIV SPECIFIC 4.1. Dezvoltarea mecanismelor care să asigure participarea copiilor

4.1.1. Asigurarea accesului echitabil la informații adecvate pentru toți copiii	4.1.1.1. Derularea unor campanii naționale de informare în școli cu privire la formele și activitățile concrete prin care copiii pot participa la procesul de luare a deciziilor care-i privesc	Număr de campanii implementate	NA	2	6	Buget de stat	MEN
4.1.2. Susținerea diversificării formelor de participare a copiilor	4.1.1.2. Evaluarea nevoilor de dezvoltare organizațională a Consiliului Național al Elevilor la nivel național și identificarea unor forme de suport pentru creșterea capacității acestora de participare activă	NC	Analiză de nevoi privind dezvoltare organizațională a Consiliului Național al Elevilor la nivel național realizată	Program de susținere a structurilor participative ale elevilor implementat	NC	Buget de stat	MEN ANPDCA
	4.1.1.3. Stimularea participării copiilor din mediul rural la structurile reprezentative ale elevilor	Pondere copii /adolescenți din mediul rural care participă activ la structurile reprezentative ale elevilor	NA	10%	30%	Nu este cazul	MEN ANPDCA APL
	4.1.1.4. Stimularea implicării organizațiilor societății civile în programe și proiecte pentru și alături de structurile asociative ale elevilor	Număr de parteneriate	NA	20% față de prezent	40% față de prezent	Nu este cazul	MEN
	4.1.1.5. Consultarea structurilor reprezentative ale copiilor în elaborarea strategiilor și documentelor de politică publică	NC	NA	Strategii și documente de politică publică realizate cu consultarea structurilor reprezentative ale copiilor	Strategii și documente de politică publică realizate cu consultarea structurilor reprezentative ale copiilor	Nu este cazul	MEN

* NA - nu avem date, NC - nu e cazul

** prima instituție menționată este responsabilă

LISTĂ ABREVIERI

ANA	Agenția Națională Antidrog
ANITP	Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane
ANPDCA	Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție
APL	Autoritățile Publice Locale
ASF	Autorizație Sanitară de Funcționare
CAS	Colegiul Asistenților Sociali
CES	Cerințe Educative Speciale
CMD	Colegiul Medicilor Dentiști
CMI	Cabinet Medical Individual
CMR	Colegiul Medicilor din România
CNA	Consiliul Național al Audiovizualului
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
EIL	Echipa intersectorială locală
FNUASS	Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
MDRAP	Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice
MEN	Ministerul Educației Naționale
MF	Medic de Familie
MFP	Ministerul Finanțelor Publice
MJ	Ministerul Justiției
MMFSPSV	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice

MS
MTS
PIRLS

Ministerul Sănătății
Ministerul Tineretului și Sportului
Progress in International Reading
Literacy Study