

**HOTĂRÂRE nr. 1.113 din 12 decembrie 2014**

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

**EMITENT:** GUVERNUL

**PUBLICAT ÎN:** MONITORUL OFICIAL nr. 33 din 15 ianuarie 2015

**Data intrării în vigoare :** 15 ianuarie 2015

**Forma actualizată valabilă la data de :** 26 septembrie 2017

**Prezenta formă actualizată este valabilă de la 15 ianuarie 2015 până la 26 septembrie 2017**

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, prevăzut 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.

---

\*) 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.

---

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 Bănicioiu

Ministrul tineretului și sportului,  
Gabriela Szabo

București, 12 decembrie 2014.  
Nr. 1.113.

[ANEXA 1](#)

STRATEGIA NAȚIONALĂ PENTRU PROTECȚIA ȘI PROMOVAREA  
DREPTURILOR COPILULUI

2014-2020

## CUPRINS

### 1. INTRODUCERE

Cadru strategic

Procesul participativ de elaborare a strategiei

### 2. SCOPUL STRATEGIEI

### 3. PRINCIPIILE STRATEGIEI

### 4. CADRUL DE POLITICI

#### PROVOCĂRI

Prevenirea separării copilului de familie

Educație

Sănătate

### 5. DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE

Context general

Structura demografică - Dinamica numărului de copii

Structura gospodăriilor

Sărăcie și excluziune socială

Copii afectați de sărăcie

Forme de deprivare a copiilor din mediul rural

Copii romi

Excluziunea socială a copiilor cu dizabilități

Copii din sistemul de protecție specială

Alte categorii de copii vulnerabili

Educație

Sănătate

Violența asupra copilului

Forme de discriminare a copilului

Ascultarea opiniei și participarea copilului

### 6. OBIECTIVE GENERALE ȘI SPECIFICE/MĂSURI/REZULTATE

### 7. REZULTATELE POLITICILOR PUBLICE

### 8. IMPLICAȚII PENTRU BUGET

### 9. PROCEDURI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE

Dezvoltarea mecanismelor de guvernanță și consolidarea sinergiilor între sectoare

Monitorizarea implementării Strategiei Naționale

### 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 guvernare, 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 ași 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 diverșii actori instituționali, factorii interesați și beneficiari vor avea ca scop schimbarea modului în care comunitatea înțelege să asigure protecția reală și efectivă a copiilor.

Este promovat, de asemenea, parteneriatul comunitar, care pornește de la premisa că responsabilitatea față de copii nu trebuie să aparțină unei singure autorități sau instituții, ci unei întregi rețele alcătuite din familia acestuia, liderii informali ai comunității și reprezentanți ai instituțiilor sau organizațiilor responsabile.

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

Participarea și consultarea reprezintă elemente cheie ale procesului de elaborare a politicilor destinate copiilor, asigurând calitatea acestora în luarea deciziilor referitoare la aceștia.

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 același timp schimbul de informații și dialogul constant între adulți și copii, în baza respectului reciproc și valorizării opiniilor acestora, prin prisma vârstei și gradului de maturitate. Inclusiv copiii cu dizabilități trebuie implicați în procesul de participare, asigurându-li-se în acest sens asistență adecvată dizabilității și vârstei.

7. Asigurarea stabilității, continuității și complementarității îngrijirii personalizate acordate fiecărui copil și primordialitatea asigurării unui mediu familial pentru copiii din sistemul de protecție specială.

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

Importanța asigurării stabilității pentru fiecare copil trebuie să rămână o prioritate inclusiv pentru copilul separat de familie, profesioniștilor din domeniu revenindu-le rolul de a identifica acele soluții care pot avea caracter de permanență și satisfac toate nevoile copilului.

8. Echitatea și transparența bugetării/alocărilor financiare destinate copiilor.

Starea de sănătate, educația și incluziunea socială a copiilor au un impact direct atât asupra costurilor sociale prezente, cât și asupra evoluției viitoare a societății, iar finanțarea constantă și echitabilă a măsurilor destinate dezvoltării armonioase a acestora reprezintă una dintre modalitățile efective de îndeplinire a obligațiilor asumate de către stat în ceea ce privește protecția drepturilor copilului. Asigurarea transparenței alocațiilor 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 ne semnificativ.

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 2010\*1). 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.<sup>ii</sup>

Dificultățile de natură funcțională identificate în cadrul evaluării se bazează în marea lor majoritate pe lipsa resurselor umane și a capacității administrative<sup>iii</sup> necesare aplicării integrale a cadrului legislativ existent. Studiul evidențiază 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<sup>iv</sup>.

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 paletelor largi de instituții cu responsabilități în asigurarea drepturilor copilului\*3).

Evaluările\*4) 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 teren\*5) 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 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.

---

\*3) Salvați Copiii România, 2011

\*4) UNICEF, 2005, 2011

\*5) UNICEF, 2012

---

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 reprezentat de adolescenți, 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 copiii 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.

- Măsurile de intervenție directă asupra cauzelor și efectelor fenomenului de neparticipare școlară (ordine de ministru, regulamente, metodologii, strategii, programe de formare etc.)

- Măsurile care vizează flexibilizarea structurii anului școlar în funcție de condițiile locale de climă, relief și specificul ocupațiilor din zonă și măsurile de flexibilizare a organizării procesului de învățământ prin forme de învățământ cu frecvență redusă, școli de vară etc.

- Măsurile 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.români etc.)

- Măsurile 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 nr. 117/2013](#), respectiv prin [OUG nr. 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 nr. 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 MECTS 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, 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)

---

\*6) Salvați Copiii România, 2010

---

## 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 2012\*7).

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 valori\*8).

---

\*7) Eurostat

\*8) Idem

---

În 2012, 41,7% dintre persoanele din România se aflau în risc de sărăcie și /sau excluziune socială<sup>vi</sup>, 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<sup>vii</sup>, 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 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<sup>viii</sup> în România trăiesc în prezent mai puțin de 3,7 milioane de copii, mai exact 3.653.637 copii la 1 Ianuarie 2013<sup>\*9</sup>). Această scădere este importantă și ca pondere în populație<sup>ix</sup>, 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<sup>x</sup> nu a suferit schimbări importante, fiind de 23,6 în 2007 și 23,4 în 2011<sup>\*10</sup>). Schimbările în structura populației evidențiază accentuarea procesului de îmbătrânire demografică<sup>xi</sup>, cu consecințe negative economice și sociale pe termen lung, aceasta conducând la creșterea dependenței economice și apariția unor dezechilibre în sistemele de asigurări sociale.

---

\*9) Idem

\*10) Idem

---

Una dintre caracteristicile cheie, distinctivă pentru România în comparație cu majoritatea celorlalte țări europene, este ponderea ridicată a populației rurale<sup>xii</sup>, 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 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 rural<sup>\*11</sup>).

---

\*11) INS

#### 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 2011<sup>\*12</sup>). 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.

---

\*12) TransMONEE

---

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 la mie în perioada 2005-2011.

#### Sărăcie și excluziune socială

Mai mult de jumătate dintre copiii români se află în risc de sărăcie sau excluziune socială<sup>xiii</sup> (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).

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<sup>xiv</sup> 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<sup>xv</sup>.

Un copil român din trei este sărac de și locuiește în gospodăria în care adulții lucrează. Aproape 1 din 5 copii din gospodăria 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 european\*13). Rata sărăciei copiilor din gospodăria în care adulții muncesc a crescut de la 29,1% în 2007 la 32,6% în 2012. Rata sărăciei copiilor din gospodăria 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 gospodăria 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 2012\*14); veniturile din muncă sunt așadar suficiente pentru a asigura traiul în condiții adecvate, inclusiv întreținerea copiilor, înregistrându-se o sărăcie salarială.

---

\*13) Eurostat

\*14) Idem

---

În 2012, rata deprivării materiale severe<sup>xvi</sup> 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 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%).<sup>xvii</sup>

Mai mult de o treime dintre copiii săraci relativ din România sunt în același timp afectați de deprivare de locuire<sup>xviii</sup>, 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<sup>xix</sup> 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<sup>xx</sup>. 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 2012\*15), 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 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.

---

\*15) World Vision, 2012: p. 87

\*16) Idem, p. 90

\*17) Idem, p. 89

## Copii romi

Problematika 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 căsătorii, situație cu un impact negativ asupra participării școlare, accesului la piața muncii a tinerelor familii și a oportunităților următoarelor generații de copii\*19).

---

\*18) Banca Mondială, 2013

\*19) Unicef, Roma Early Childhood Inclusion Report, 2012

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 intrerupt studiile, iar 8,9% nu au fost înscriși niciodată\*20).

- 14,2% dintre copii nu frecventează deloc școala unde sunt înscriși sau nu merg regulat\*21).

- 16,3% dintre copiii romi repetă clasa, de trei ori mai mulți decât copiii ne-romi\*22) care trăiesc în aceleași zone.

- La nivelul de învățământ secundar superior (16-19 ani), participarea copiilor romi e de patru ori mai scăzută.\*23)

---

\*20) Agenția Împreună 2013

\*21) Idem. p.78

\*22) Idem. p. 79

\*23) UNDP/WB/EC Regional survey, 2011

---

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.

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 vechi\*24) 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.

---

\*24) Horga, Jigău, 2009

---

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 copiilor\*26).

---

\*25) Societatea Academică din România, 2009

\*26) Unicef, Copiii cu dizabilități, raport 2013

---

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 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 problematice 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<sup>xxi</sup> 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 aceștia\*27).

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 etc.\*28).

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)

---

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

\*28) Unicef, Copiii cu dizabilități, raport 2013

\*29) MEN

---

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.

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:

---

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

---

- 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.
- 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 modulat.\*31)

---

\*31) HHC România, 2012

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, 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

Categoriile 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 vârsta 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 62\*34).

---

\*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](http://www.ise.ro/wp-content/uploads/2013/12/Studiu_CP_clasapregatitoare.pdf))

\*34) Institutul Național de Sănătate Publică, 2010

---

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 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)

---

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

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

---

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"<sup>xxii</sup>.

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 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 vârsta învățământului obligatoriu nu mergeau la școală (excluzând clasa pregătitoare).\*37)

---

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

---

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 nr. 117/2013](#), respectiv minim de 3 ani, din 2014, conform [OUG nr. 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<sup>xxiii</sup>. 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).

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 țintelor 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 slabe\*39).

---

\*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>)

---

#### 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 2012\*40), față de 26.9 la mie în 1990\*41)), 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 înregistrează în mortalitatea postneonatală, 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).

---

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

\*41) Eurostat

---

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 cariati, 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-Sănătatea-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 greutateii, 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 fetelor\*42).

---

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

---

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 unui studiu recent\*44), 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.

---

\*43) World Vision, 2012

\*44) Organizația Salvați Copiii România, 2013

---

În cadrul populației defavorizate, comportamentele violente sunt mai răspândite, după cum arată un studiu asupra beneficiarilor, părinți și copii, din Centrele Educaționale Salvați Copiii<sup>xxiv</sup>. 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)

---

\*45) Organizația Salvați Copiii România, 2013

---

Un studiu epidemiologic<sup>46</sup> 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 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) exploatare 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 gospodăriei<sup>46</sup>).

---

<sup>46</sup>) World Vision, 2013

### 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 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 măsură\*47). 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 copii\*48).

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<sup>xxvi</sup>. 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 săracă\*49).

---

\*47) CNCD, 2012

\*48) World Vision, 2012

\*49) Banca Mondială, 2013

---

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 grădiniță\*50); România este țara cu cea mai mare pondere a copiilor care merg la grădinițe destinate exclusiv sau aproape exclusiv pentru copii romi\*51).

- 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.<sup>xxvii</sup>

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 școli\*52), iar o analiză a serviciilor educaționale oferite de unitățile școlare cu un număr ridicat de elevi de etnie romă arată că, în general, ponderea elevilor

romi dintr-o școală este invers proporțională cu calitatea serviciilor educaționale furnizate\*53).

---

\*50) Agenția Împreună, 2013

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

\*52) Unicef, 2010

\*53) Unicef, 2009

---

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<sup>xxviii</sup>.

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 importante\*54).

---

\*54) World Vision, 2012

---

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-guvernamental\*55) 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.

---

\*55) Salvați Copiii, FONPC, 2012

---

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 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)

\*56) Organizația Salvați Copiii România, 2013

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 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.

## 5. OBIECTIVE GENERALE ȘI SPECIFICE/MĂSURI/REZULTATE

\*T\*

\*Font 7\*

OBIECTIV GENERAL 1. Îmbunătățirea accesului copiilor la servicii de calitate		
OBIECTIV SPECIFIC așteptate	Măsuri	Rezultate
1.1. Creșterea administrativ teritoriale gradului de acoperire a serviciilor SPAS funcționale la nivel local cel puțin un asistent	1.1.1. Asigurarea unui serviciu public de asistență socială funcțional în fiecare unitate administrativ-teritorială	Cel puțin 80% din unitățile au SPAS funcțional Toate localitățile urbane au Cel puțin 80% din SPAS-uri au social



serviciile curative și preventive beneficiază de programele caracter preventiv	1.1.2. Creșterea accesului copiilor la servicii de sănătate de tip preventiv și curativ	Copiii beneficiază de din pachetul de bază Cel puțin 95% din copii naționale de sănătate cu
finalizează învățământul	1.1.3. Creșterea accesului copiilor la educație	Cel puțin 98 % din copii obligatoriu
destinate copiilor petrecerea timpului particularităților de vârstă și nevoilor	1.1.4. Dezvoltarea de facilități destinate activităților recreative și petrecere a timpului liber de către copii	Rețea funcțională de facilități pentru activități recreative și liber, adaptată specifice ale acestora
servicii sociale realiza	1.1.5. Analizarea oportunității acordării unui pachet minim de servicii sociale pentru copii	Studiu acordare pachet minim de
unitățile administrativ comunitare integrate	1.1.6. Dezvoltarea de servicii comunitare integrate	Cel puțin un sfert dintre teritoriale asigură servicii
stimulativ pentru public-privat în beneficiul funcționale înființate în baza	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 realizarea de parteneriate copilului Parteneriate public-privat Servicii destinate copiilor parteneriatelor public-privat
1.2. Creșterea elaborate și difuzate la calității serviciilor administrativ-teritoriale. furnizate copiilor și difuzate la nivelul	1.2.1. Creșterea calității serviciilor sociale destinate copiilor	Standarde minime de calitate nivelul tuturor unităților Metodologii de lucru elaborate SPAS și DGASPC
medicale de calitate sănătate îmbunătățit	1.2.2. Asigurarea calității serviciilor medicale pentru copii la toate nivelurile de asistență medicală	Copiii au acces la servicii Sistem de măsurare a stării de
antepreșcolară și preșcolară special a celor din	1.2.3. Creșterea calității serviciilor de educație	Servicii de educație adecvate nevoilor copiilor, în

bază prin parcurgerea profesional dezvoltată în acord cu pieței muncii		categorii în risc de excluziune   Copiii dobândesc competențe de învățământului obligatoriu   Oferta învățământului   nevoile copiilor și cerințele
includ bune practici	1.2.4. Stimularea transferului de bune practici în domeniul serviciilor și politicilor pentru copil	Politicile și strategiile recunoscute și evaluate
contact cu copilul sunt drepturilor copilului și	1.2.5. Creșterea calității profesionale a resurselor umane din serviciile sociale, de educație și de sănătate pentru copii	Profesioniștii care intră în formați în domeniul protecției adopție
1.3. Creșterea sunt informați cu privire capacității lor și la serviciile beneficiarilor de a accesa și utiliza serviciile destinate	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 la drepturile și îndatoririle publice pe care le pot accesa
copilului și familiei profesioniști finalizează cel puțin educației parentale.	1.3.2. Dezvoltarea competențelor parentale în ceea ce privește creșterea, îngrijirea și educarea copiilor	Cel puțin 50000 de un program de formare în aria
consultative constituite și tehnică) în cadrul unui derulate în vederea copilului	1.3.3. Implicarea comunității în asigurarea respectării drepturilor copiilor	Structuri comunitare susținute (prin asistență program pilot   Campanii locale și naționale promovării drepturilor
1.4. Întărirea preluat în sistemul de capacității de relevante evaluare și interinstituțională elaborată monitorizare a respectarea drepturilor drepturilor copilului și a situației sociale	1.4.1. Instituirea unui sistem național de monitorizare și evaluare cu privire la situația copiilor din România	Set de indicatori elaborat și raportare al instituțiilor   Metodologie de colaborare   Studii periodice cu privire la copilului realizate
a acestuia. sociale realizată	1.4.2. Crearea unui mecanism de identificare și monitorizare a tuturor copiilor vulnerabili	Copiii vulnerabili identificați   Hartă a sărăciei și excluziunii
monitorizare a drepturilor	1.4.3. Stimularea culturii organizaționale în	Mecanism funcțional de

	utilizarea evaluării în toate instituțiile publice cu  un rol activ în promovarea drepturilor copilului	copilului realizat.
drepturilor copilului		Metodologie de monitorizare a  realizată
OBIECTIV GENERAL 2. Respectarea drepturilor și promovarea incluziunii sociale a copiilor aflați în  situații vulnerabile		
2.1. Asigurarea unui  sociale pilotat  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
2.2. Reducerea  privește cuprinderea,  decalajelor existente  elevilor în toate formele de  între copiii din  de sănătate și servicii  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  participarea și rezultatele  educație, accesul la servicii  sociale
2.3. Eliminarea  identificați timpuriu și orientați  barierelor de  adevate: educaționale,  atitudine și mediu în  vederea reabilitării  și reintegrării  beneficiază de servicii  sociale a copiilor cu  dizabilități	2.3.1. Dezvoltarea unui sistem integrat de depistare  precoc și evaluare complexă a copilului cu  dizabilități  2.3.2. Furnizare de servicii integrate sociale, de  sănătate și educaționale prietenoase și accesibile  pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora	Copii cu dizabilități  către servicii de sprijin  medicale, sociale.  Copiii cu dizabilități  prietenoase și accesibile
copii cu dizabilități sunt  acoperirii nevoilor specifice ale	2.3.3. Susținerea familiilor cu copii cu dizabilități  în vederea creșterii și îngrijirii în familie.	Părinții care au în îngrijire  sprijiniți în vederea  copiilor și ale lor
privire la nevoile și  dizabilități	2.3.4. Dezvoltarea de atitudini pozitive în familie și  societate, față de copiii cu dizabilități.	Populația este informată cu  drepturile copiilor cu
cu copiii cu CES	2.3.5. Creșterea incluziunii educaționale a copiilor  cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale.	Bază de date la nivel național  realizată.

învățământul de masă cu CES incluzivă. afara sistemului de educație reintegrare școlară.		Copiii identificați în beneficiază de educație Copiii cu CES care sunt în beneficiază de măsuri de
2.4. Reducerea stereotipurilor negative decalajului de față de copiii romi în 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 față de romi, în general și special, implementate
specializat în intervenția	2.4.2. Facilitarea accesului copiilor romi la serviciile sociale, educaționale și medicale	Comunitățile rome au personal la nivelul comunității
oportunități egale cu copiii învățământ.	2.4.3. Eliminarea segregării în unitățile de învățământ care au primit recomandări în acest sens din partea autorităților competente.	Copiii romi au asigurate ne-romi în unitățile de
2.5. Continuarea restructurării și adaptate la tranziției de la îngrijirea	2.5.1. Creșterea eficienței și eficacității actualului sistem de servicii de îngrijire de tip familial	Servicii de tip familial nevoile actuale ale copiilor.
instituțională a temporar sau definitiv de copiilor la îngrijire îngrijire în servicii de tip comunitară	2.5.2. Interzicerea instituționalizării copilului de vârstă mică	Copiii de vârstă mică separați familie beneficiază de familial.
închise copiilor expuși riscului de intra în sistemul de	2.5.3. Închiderea de instituții de tip vechi și dezvoltarea de servicii comunitare	Toate instituțiile clasice Cel puțin 25% din numărul separare de familie nu vor mai protecție specială
protecție specială copiilor pentru părăsirea specială condițiile de mediu favorabil independentă revizuit ale copiilor dezvoltate	2.5.4. Dezvoltarea abilităților de viață independentă ale copiilor, în vederea pregătirii acestora pentru părăsirea sistemului de protecție specială	Profesioniștii din sistemul de formați în vederea pregătirii sistemului de protecție Cadru legal care vizează formării deprinderilor de viață și aprobat Abilități de viață independentă
2.6. Reducerea copiilor străzii la nivel fenomenului copiii	2.6.1. Dezvoltarea serviciilor specializate destinate copiilor străzii, în acord cu nevoile existente	Studiu privind situația național realizat

străzii destinate copiilor străzii		Rețea de servicii sociale dezvoltată
copiilor străzii.	2.6.2. Reducerea cauzelor ajungerii copiilor în stradă	Incidență scăzută a fenomenului
2.7. Încurajarea conflict cu legea au acces reintegrării sociale socială și familială și familiale a	2.7.1. Dezvoltarea rețelei de servicii implicate în lucrului cu copiii aflați în conflict cu legea	Copiii aflați în situații de la servicii de reintegrare
copiilor în conflict pot depune plângeri legate cu legea și prevenirea tratamente crude, inumane recidivelor unui mecanism accesibil	2.7.2. Eliminarea culturii impunității față de copilul aflat în conflict cu legea	Copiii privați de libertate, de tortură și alte pedepse sau sau degradante prin intermediul și funcțional
2.8. Reducerea efectele grave ale consumului influenței factorilor substanțe nocive de risc și dezvoltarea influenței factorilor	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 de droguri sau de alte
de protecție la de asistență integrată, consumul de droguri și copiilor consumatori de alte substanțe nocive nocive. pentru copii, corelat cu diversificarea serviciilor de asistență integrată a consumului de substanțe	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 care să corespundă nevoilor droguri sau alte substanțe
2.9. Oferirea de muncă în străinătate au sprijin adecvat copiilor cu părinți plecați la muncă în	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 acces la servicii de suport
străinătate precum psihologică în școli, și persoanelor care plecați la muncă în și îngrijesc	2.9.2. Creșterea rolului școlii în compensarea deficitului de suport generat de lipsa părinților	Servicii de consiliere tuturor copiilor cu părinți străinătate
2.10. Promovarea unui sănătate, în funcție de stil de viață sănătos în rândul	2.10.1. Asigurarea de servicii de sănătate în rândul copiilor și adolescenților	Copiii au acces la servicii de caracteristicile vârstei.

adolescenților		
OBIECTIV GENERAL 3. Prevenirea și combaterea oricăror forme de violență		
3.1. Promovarea profesionalității și populația generală a valorilor	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, recunosc toate formele de ale acestora.
și implementarea unor		
acțiuni de violență în mass-media și sensibilizare îmbunătățit și implementarea	3.1.2. Scăderea expunerii copiilor la violență în mass-media și mediul on-line	Cadru legislativ cu privire la mediul on-line, evaluat, lui monitorizată
3.2. Reducerea cazurilor de violență fenomenului violenței	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 realizată
în rândul copiilor		
OBIECTIV GENERAL 4. Încurajarea participării copiilor la luarea deciziilor care îi privesc		
4.1. Dezvoltarea în școli cu privire la mecanismelor care să asigure participarea a deciziilor care-i copiilor	4.1.1. Asigurarea accesului echitabil la informații adecvate pentru toți copiii pot	Campanii naționale de informare formele și activitățile participă la procesul de luare privesc, derulate
activității Consiliului	4.1.2. Susținerea diversificării formelor de participare a copiilor	Evaluare la nivel național a Național al elevilor realizată
structurilor participative		Programe de susținere a implementate.

\*ST\*

## 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 guvernanță 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 acțiune 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 neînscriși



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](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 triplu 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 deprivării 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 mucegai 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 teritorial 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 "Și ei trebuie să aibă o șansă! - Program de sprijin pentru integrarea socială și profesională a persoanelor cu tulburări de spectru autist", implementat de Fundația 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 Național 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-cercetării/> 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

\*T\*

ANITP	- Agenția Națională Împotriva Traficului de Persoane
ANPDCA	- Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție
CC	- 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 Internațional Reading Literacy Study
PISA	- Programme For Internațional Student Assessment
REF	- Roma Education Fund
SPAS	- Serviciul Public de Asistență Socială
TIMSS	- Trends in Internațional 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

\*ST\*

## ANEXA 2

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

\*T\*

\*Font 7\*

1. OBIECTIV GENERAL Îmbunătățirea accesului copiilor la servicii de calitate
OBIECTIV SPECIFIC 1.1. Creșterea gradului de acoperire a serviciilor la nivel local

Tintă finală (2020)*	Măsuri Surse de finanțare	Acțiuni Instituții res- ponsabile	Indicatori	Indicatori de referință*)	Tintă interme- diară (2016)*
	bile/ Insti- ții par- tenere **)				
100%	1.1.1. Asigurarea unui serviciu Buget local 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%
80%	Fonduri europene	1.1.1.2. Asigurarea de personal specializat la nivelul fiecărui SPAS	Ponderea SPAS care au cel puțin un asistent social	NA	60%
100%	Fonduri europene	1.1.1.3. Asocierea a două sau mai multe localitățile 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%
	Buget local		Număr de SPAS-uri care funcționează în baza unei asocieri	NA	NC
100%	Fonduri europene	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%	1.1.2. Creșterea accesului copiilor la servicii de sănătate de tip preventiv și pachetul curativ	1.1.2.1. Diversificarea serviciilor de asistență medicală primară, cu accent pe serviciile preventive care să fie furnizate prin de servicii de bază, bazate	% copii care beneficiază de serviciile curative și preventive din pachetul de bază	NA	90%
95%			% copii care beneficiază de	NA	90%

Buget de stat	CNAS	pe riscuri specifice și pe	programele naționale de			
	APL	grupe de vârstă	sănătate cu caracter			
			preventiv			

Buget de stat	MS	1.1.2.2. Dezvoltarea	Număr servicii comunitare			
20	Programul	sistemului de asistență	integrate constituite;	0	9	
	Elvețian de	ANPDCA				
	Cooperare și	medicală comunitară (inclusiv				
	Programul	prin mediatorii sanitari) și				
	Norvegian;	constituirea de servicii				
	Fonduri	comunitare integrate				
	Europene					
	Buget local					

Buget de stat	MS		Numărul asistentelor			
3000	Programul	APL	medicale comunitare	1000	2000	
	Elvețian de					
	Cooperare și					
	Programul					
	Norvegian;					
	Fonduri					
	Europene					
	Buget local					

2000	Buget de stat	1.1.2.3. Dezvoltarea	Număr cabinete medicale	1000	1600	
	Buget local	MEN,	școlare cu personal angajat			
		asistenței medicale în	conform normativelor în			
	APL	unitățile de învățământ	vigoare;			
	MS	antepreșcolar, preșcolar,	% elevi care beneficiază de			
		școlar și studentesc.	servicii de asistență			
			medicală în unități de			
			învățământ			

creștere	FNUASS	1.1.2.4. Definirea și	% consultații active la	NA	creștere	
	CNAS	MS	copii din totalul		cu 20%	cu 40%
		implicarea activă a medicului	consultațiilor la copii		față de	față
de		de familie și al	ale medicului de familie		valoarea	
valoarea de		CMR			de	
referință		specialiștilor medicali din			referință	
		comunitate în depistarea				
		copiilor aflați în situații				

		de risc și în orientarea lor				
		către servicii eficiente de				
		prevenție primară și				
		secundară.				
creștere	FNUASS	1.1.2.5. Identificarea de	Ponderea copiilor care au	NA	creștere	
	CNAS	MS modalități flexibile de	beneficiat de consultații		cu 30%	cu 50%
	CMD	asigurare a accesului tuturor	medicină dentară în			
		copiilor la servicii de	sistemul ASS/an			
		medicină dentară preventive				
		și curative, pe cât posibil				
		gratuite				
NA	FNUASS	1.1.2.6. Identificarea de	Nr. copii care au beneficiat	NA	NA	
	CNAS	MS modalități flexibile de	de asistență ambulatorie de			
		asigurare a accesului copiilor	specialitate în sistemul			
		la serviciile necesare de	ASS/an			
		asistență medicală de				
		specialitate ambulatorie				
NA	FNUASS,	1.1.2.7. Identificarea de	Nr. copii cu TSA care au	NA	NA	
Buget de stat	CNAS	MS modalități flexibile de	beneficiat de asistență de			
		asigurare a accesului copiilor	specialitate în sistemul			
		cu tulburări de sănătate	ASS/an			
		mentală la servicii de tip				
		preventiv, diagnosticare				
		precoce și de tip curativ				
95%	Buget de stat	1.1.2.8. Asigurarea unei	% copii vaccinați DTP la 12	89%	91%	
	CNAS	MS acoperiri vaccinale adecvate	luni			
	APL	pentru copii				
	CMI					
95%	Buget de stat	MS	% copii vaccinați ROR la 12	95%	95%	
	CMI	APL	luni			
		MS	% copii vaccinați antipolio			

95%	Buget de stat	APL		la 12 luni	89%	91%	
		CMI					
		MS		% copii vaccinați			
96%	Buget de stat	APL		antiHepatita B la 12 luni	96%	96%	
		CMI					
60%	Buget de stat	MS	1.1.2.9. Asigurarea prevenirii	% copii care au beneficiat	NA	30%	
	Buget local	MEN	primare a HIV și ITS prin	de servicii de prevenție pe			
		APL	intervenții adaptate	niveluri de învățământ			
		CMI	specificului beneficiarilor.				
7,9	FNUASS	MS	1.1.2.10. Dezvoltarea cu	mortalitate infantilă	9,9	8,9	
	Buget de stat	CNAS	prioritate a paletei de				
	Buget local	APL	servicii prenatale, perinatale				
		CMI	și postnatale și a				
a			alternativelor de facilitare				
	FNUASS	MS	accesului la aceste servicii	% nou născuți sub 2500 g	8,50%	7,50%	6%
	Buget de stat	CNAS	acordând o atenție aparte				
	Buget local	APL	persoanelor și comunităților				
		CMI	defavorizate				
	FNUASS	MS	1.1.2.11. Întărirea	nr. examene de screening			
	Buget de stat	CNAS	capacității instituționale	adresate copiilor	3	5	7
	Buget local	APL	pentru identificarea de				
			riscuri și pentru monitori-				
80%	FNUASS	MS	zarea și evaluarea calității	% copii la risc examinați	NA	20% - 60%	60 -
	Buget de stat	CNAS	serviciilor la toate				
	Buget local	APL	nivelurile de asistență				
			medicală				
50%	Buget de stat	MS	1.1.2.12. Implementarea de	% copii/adolescenți care	NA	25%	
	Buget local	MEN	intervenții de prevenție	beneficiază de intervenții			
		MMFPSPV	primară, secundară și terțiară	de prevenție primară,			
		ANPDCA	pentru copii/adolescenți	secundară, terțiară privind			
		APL	privind principalele riscuri	principali determinanți ai			
		ANA	legate de sănătate - consum	sănătății.			
		MAI	de alcool, tutun, droguri,				

		nutriție sănătoasă, activitate				
		fizică, consum media,				
		comportament sexual.				
NC	Buget de stat	1.1.2.13. Îmbunătățirea MS sistemului informațional în domeniul sănătății pentru a asigura identificarea corectă a nevoilor de servicii, a acoperirii cu servicii de sănătate	NC	NA	Sistem informa- țional revizuit	
1.1.3. Creșterea accesului copiilor la educație	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 local	ANPDCA				
95%				82%	86%	
1.1.3.2. Dezvoltarea		Rata de participare în învățământul primar și gimnazial		90,6%	93,5%	
98%	Buget de stat	1.1.3.2. Dezvoltarea sistemului de monitorizare a participării copiilor în învățământul primar și gimnazial				
1000	Buget de stat	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	



5000	Buget de stat	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	
Fonduri europene	MEN					
<hr/>						
45.000	Buget de stat	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	
Buget de stat	MEN					
<hr/>						
650	Buget local	șanselor de angajare ale absolvenților	Număr parteneriate dezvoltate la nivel național între unități de învățământ profesional și tehnologic și angajatori	350 (estimat)	500	
Fonduri europene	MEN APL					
<hr/>						
50.000	Buget de stat	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	MEN					
<hr/>						
1.1.4. Dezvoltarea dublării de facilități detaliate destinate activităților recreative și petrecere a timpului liber de către copii	Buget de stat	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 și 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	
	MTS FSE MEN MMFPSPV ANPDCA APL					
<hr/>						
1.1.5. Analizarea	Buget de stat	1.1.5.1 Realizarea unui studiu	NC	NC	Studiu	NC
	ANPDCA					

oportunității		la nivel național cu privire			realizat	
acordării unui		la conținutul pachetului				
pachet minim de		minim de servicii sociale				
servicii sociale		pentru copil				
pentru copii						
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
Testare realizată	Fonduri europene	1.1.5.3 Testare pachetului minim de servicii sociale	NC	NC	NC	
Cofinanțare ministere	MEN					
1.1.6. Dezvoltarea de servicii comunitare integrate	Buget de stat ANPDCA MS MEN	1.1.6.1. Realizarea unui studiu cu privire la organizarea și funcționarea serviciilor comunitare integrate.	NC	NC	Studiu realizat	
NC	Fonduri europene	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	
din totalul localităților vulnerabile	Fonduri europene	1.1.6.3. Extinderea serviciilor comunitare integrate conform studiului	1) Ponderea localităților vulnerabile în care există servicii comunitare integrate	NA	5% din totalul localităților vulnerabile	25%
1.1.7. Creștere Nu este cazul capacității	MMFPSPV ANPDCA	1.1.7.1. Definirea de politici publice multisectoriale, intersectoriale		NA	2	5

	instituționale de definire și de implementare de politici intersectoriale pentru protecția drepturilor copilului la nivel central	integrate, coordonate și adaptate contextului național				
și local 280	Fonduri europene Cofinanțare bugete ministere	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	
	Mecanisme Nu este cazul proceduri dezvoltate	1.1.7.3. Dezvoltarea de mecanisme și proceduri pentru intervenții multisectoriale	NC	NC	NC	și
NC	Nu este cazul	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 in- cluziune realizată și corelată cu prezenta Strategie	

Strategii sectoriale care	Strategii de protecție a copiilor aflați în situații vulnerabile în strategiile sectoriale	1.1.7.5. Integrarea acțiunilor de protecție a copiilor aflați în situații vulnerabile în strategiile sectoriale	NC	NC	sector-riale în	în
care	MAI				care sunt	sunt
integrate	integrate	MJ			acțiuni	
acțiuni de protecție a protecție	copiilor				de	
					a	
					copiilor	

Politici publice destinate copilului	Nu este cazul parteneriatului public-privat în politicile publice destinate copiilor	1.1.7.6 Includerea cazului MS parteneriatului public-privat în politicile publice destinate copiilor	NC	NC	Politici publice	
	MJ				care	care
partene-					includ	includ
					partene-	
public-					riatul	riatul
					public-	
realizate	realizate				privat	privat

		1.1.7. Creșterea capacității instituționale de definire și de implementare de politici intersectoriale pentru protecția drepturilor copilului la nivel central și local				
--	--	---	--	--	--	--

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 ANPDCA calitate și de cost privind furnizarea de servicii destinate protecției		NC	NC	Standarde minime de calitate și de cost	
---	---	--	----	----	---	--

			copilului și elaborarea de standarde pentru serviciile care nu au astfel de standarde			elaborate și difuzate la nivelul tuturor unităților administrative teritoriale.
NC	Nu este cazul	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	MMFPSPV ANPDCA	NC	NC	Metodologii de lucru elaborate și implementate la nivelul SPAS și DGASPC
6	1.2.2. Asigurarea Buget de stat 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	MS	Nr ghiduri de bune practici/proceduri elaborate	NA	3
50%	Buget de stat asistență medicală	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	MS	% medici de familie care utilizează instrumente de screening pentru afecțiuni /condiții cronice și pentru tratamentul adecvat al acestora	0	25%

75%	Fonduri europene	MMFSPV	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%	
-----	------------------	--------	---	---	----	-----	--

90%;	Fonduri europene	MS	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%
70%	Cofinanțare	MEN					
	Buget de stat	APL					
	Buget local						

Fonduri europene	MS	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				
40%	Cofinanțare	MEN						
	Asistenți	minister						
	Buget de stat	APL						
	Buget local							

1.2.3. Creșterea calității serviciilor de educație	Fonduri europene	MEN	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							

25%	Nu este cazul	MEN	1.2.3.2. Continuarea procesului de reformă a curriculumului național și a sistemului de evaluare pentru îmbunătățirea competențelor elevilor în	Scăderea procentului elevilor care obțin rezultate slabe la matematică, științe și lectură, la evaluările naționale și internaționale	38-40%	32-34%	sub
-----	---------------	-----	---	---	--------	--------	-----

		domeniul lecturii, matematicii					
		și științelor, cu efecte					
		vizibile la evaluările					
		naționale și internaționale					
		(PISA, TIMSS, PIRLS)					
Mecanisme	Mecanisme	1.2.3.3. Identificarea unor	NC		NC		
finan-		Nu este cazul				de finan-	de
		mecanisme de finanțare viabile				țare a	țare a
	MFP	ANPDCA					
		pentru dezvoltarea programelor					
diferitelor		de sprijin tip: școală după				diferi-	
programe		școală, A doua șansă, ZEP,				telor	
sprijin		Centre multifuncționale etc.				programe	de
aplicate		care au ca beneficiari copii				de	
		vulnerabili				sprijin	
						stabilite	
1.2.4. Stimularea		1.2.4.1. Identificarea/	NC		NC	Inter-	
100	Nu este cazul	MMFPSPV				venții/	
		Mediatizarea intervențiilor/				experi-	
bune practici	MEN	experiențelor de bună				ențe de	
domeniul	MS	practică, în special în cazul				bună	
serviciilor și		categoriilor de copii cu				practică	
politicilor pentru		oportunități reduse și				recunos-	
copil		promovarea lor la nivel				cute și	
		național.				promovate	
Nu este cazul	ANPDCA	1.2.4.2. Elaborarea unui set	NC		NC	Set de	NC
		de standarde privind				standarde	
	MEN	practicile prietenoase				elaborat	
	MS	furnizate copilului și					
		mediatizarea acestora.					
Nu este cazul	ANPDCA	1.2.4.3. Promovarea și	Număr de comunități care	NA	25	50	
		implementarea conceptului de	implementează modelul de				
	MDRAP	comunități prietenoase pentru	comunitate prietenoasă				
	APL	copii					
	MEN						
	MS						
1.2.5. Creșterea		1.2.5.1. Creșterea gradului	Număr de profesioniști	NA	20000		
50000	Fonduri						

calității europene profesionale a Cofinanțare resurselor umane Buget de stat din serviciile	ANPDCA MS MEN	de înțelegere și de respectare a drepturilor copilului în rândul profesioniștilor ce lucrează cu și pentru copii	formați în domeniul protecției drepturilor copilului și adopției			
sociale, de educație și de Nu este cazul sănătate pentru copii	MEN		Număr de acțiuni de sensibilizare organizate în vederea introducerii cursului opțional referitor la drepturile și îndatoririle copilului	NA	2	6

50%	Nu este cazul ANPDCA	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%
-----	----------------------	--	---	----	---	--------

NC	Nu este cazul ANPDCA MEN	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	
----	--------------------------	---	----	----	----------------------------	--

50%	Fonduri europene ANPDCA APL	1.2.5.4. Dezvoltarea competențelor de atragere de fonduri și management de proiect a autorităților locale cu responsabilități în domeniul protecției	Ponderea angajaților participanți la cursuri în domeniul managementului de proiect	NA	20%	
-----	-----------------------------	--	--	----	-----	--



		drepturilor copilului				
<p>OBIECTIV SPECIFIC 1.3. Creșterea capacității beneficiarilor de a accesa și utiliza serviciile destinate copilului și familiei</p>						
1.3.1. Creșterea gradului de cunoaștere și de europene Cofinanțare 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			NC		NC	Materiale informative, ghiduri ce vizează serviciile pe care copiii le pot accesa elaborate și distribuite
Fonduri europene		1.3.1.2. Evaluarea impactului și ajustarea acțiunilor de informare	NC		NC	1) Studiu de impact realizat NC



Fonduri europene	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 identifi-		
Cofinanțare minister Buget de stat				ficat		
Fonduri europene	1.3.1.5. Organizarea de campanii de promovare a adopției	Număr de campanii organizate	NC		2	6
Cofinanțare minister						
1.3.2. Dezvoltarea competențelor parentale în ceea ce privește creșterea, îngrijirea și educarea copiilor	1.3.2.1. Implicarea/Cooptarea categoriilor de personal care lucrează cu copiii în programe de formare în aria educației parentale	Număr persoane care lucrează cu copiii care au participat și finalizat cel puțin un program de formare în aria educației parentale.	NA		20000	
50000	Buget de stat	MS				
45%	Nu este cazul	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%	
90000	Buget de stat	MS				
4	Buget local	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	NA	40000	
	APL		Număr programe structurate de educație parentală derulate la nivel național	NA	2	

				în instituțiile de învățământ și în serviciile sociale			
1.3.3. Implicarea Nu este cazul	ANPDCA	1.3.3.1. Elaborarea unei metodologii de lucru pentru structurile comunitare consultative (SCC)	NC		NC	Metodologie de lucru realizată	NC
copiilor Fonduri europene		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%	
Cofinanțare MMFPSPV							
Fonduri europene	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	
creșterea a	Cofinanțare MMFPSPV					2)creșterea cu 40% a SCC	
						20% a SCC	
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	ANPDCA Nu este cazul MEN MS MJ	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	

		1.4.1.2. Realizarea de	Număr de protocoale			
Nu este cazul	ANPDCA	schimburi de date pe bază de	semnate între instituții	0	6	6
	MMFPSPV	protocoale de colaborare,	relevante pentru			
	MEN	între instituțiile relevante	respectarea drepturilor			
	MS	pentru respectarea drepturilor	copilului			
		copilului și instituțiile				
		furnizoare de date statistice				
<hr/>						
		1.4.1.3. Efectuarea de studii	Număr studii periodice			
Buget de stat	ANPDCA	periodice despre respectarea	efectuate	NA	1	3
		drepturilor copiilor pentru				
		care nu se poate realiza o				
		colectare continuă de date				
<hr/>						
		1.4.1.4. Realizarea de studii				
Buget de stat	ANPDCA	care să ofere puncte de	Număr studii efectuate	NC	1	3
		pornire pentru îmbunătățirea				
		cadrelor normativ al				
		adoapțiilor, în acord cu				
		contextul social actual.				
<hr/>						
1.4.2. Crearea și		1.4.2.1. Identificarea la nivel				
implementarea unui	ANPDCA	național a tuturor copiilor	NC	NC	Identifi-	NC
Nu este cazul	APL	aflați în situații de			ficare la	
mecanism de		vulnerabilitate			nivel	
identificare și					național	
monitorizare a					realizată	
tuturor copiilor						
<hr/>						
vulnerabili		1.4.2.2. Elaborarea unei hărți			Hartă a	
Fonduri		a sărăciei și excluziunii	NC	NC	sărăciei	NC
europene	ANPDCA	sociale la nivel comunitar,			și ex-	
Cofinanțare	MMFPSPV	cu date defalcate pe vârste,			cluziunii	
minister	APL	nivel de educație și			sociale	
		participare școlară			pentru	
					copii	
					realizată	
<hr/>						
		1.4.2.3. Monitorizarea	Pondere comunităților			
100%	Nu este cazul	ANPDCA	vulnerabile identificate	NC	100%	

	MMFPSPV		prin studiul realizat prin			
			acțiunea 1.4.2.2.			
			monitorizate			

1.4.3. Stimularea Studii de culturii diagnostică organizațională în utilizarea organizațională evaluării în toate realizate instituțiile publice cu un rol activ în promovarea progresului drepturilor realizată copilului	1.4.3.1. Dezvoltarea periodică ANPDCA MEN organizațională în MS 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) de 2) rizare
--	---	----	--	----	----	--------------------------

Mecanism de monitorizare	Nu este cazul ANPDCA MFP de supervizare prin care să se asigure că alocarea resurselor și efectuarea cheltuielilor se fac într-un mod cât mai eficient	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 testată realizată	
--------------------------	--	---	----	----	---	--

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 Fonduri accesului copiilor europene 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
---	---	----	--	----	----	---------------------

Nu este cazul MEN MFP	2.1.1.2. Includerea în formula de finanțare per capita a unui	NC		NC	Metodologie de	NC
-----------------------	---	----	--	----	----------------	----

		coeficient de corecție pentru școlile care au minim 50% elevi școlarizați ce provin din familii sărace			corecție financiară realizată	
Nu este cazul	MEN ANPDCA 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
100%	Nu este cazul	2.1.1.4. Îmbunătățirea calității serviciilor medicale oferite în zonele vulnerabile social	% copii din zonele vulnerabile înscriși la medicul de familie	NA	80%	
			ponderea copiilor care au beneficiat de un consult pe an	NA		
din comunită- Buget local identifi- la acțiunea 1.4.2.2.	MEN	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% țile ficate
creștere	Nu este cazul	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% cu 20%	

OBIECTIV SPECIFIC 2.2. Reducerea decalajelor existente între copiii din mediul rural și copiii din mediul urban

2.2.1. Creșterea Buget de stat accesului la - 1%   Buget local educație, sănătate Fonduri și servicii sociale europene a copiilor din mediul rural	2.2.1.2. Dezvoltarea unor programe de sprijin de tipul MEN școală după școală, ZEP, Centre multifuncționale etc. pentru scăderea riscului de absenteism și abandon școlar al copiilor din mediul rural	Scăderea ratei abandonului școlar în învățământul rural la nivelul educației de bază (inv. primar și gimnazial)	1,9-2,3%	1,5-2,0%	1,5%
200000   Buget de stat Fonduri europene	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	
80%   Buget de stat Buget local Fonduri europene	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
creștere   Buget de stat Fonduri europene Buget local	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	cu 20%	cu 40%
90%   FNUASS Buget de stat Buget local	2.2.1.6. Dezvoltarea de MS alternative flexibile pentru asigurarea accesului echitabil la servicii medicale de asistență primară pentru	% copii din mediul rural înscriși pe lista MF;	NA	70%;	



			copiii din mediul rural			
40%	FNUASS	2.2.1.7. Dezvoltarea de MS	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%
	Buget de stat	CNAS				
	Buget local	APL				

50%	FNUASS	2.2.1.8. Dezvoltarea de MS	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%
	Buget de stat	CNAS				
	Buget local	APL				

OBIECTIV SPECIFIC 2.3. Eliminarea barierelor de atitudine și mediu în vederea reabilitării și reintegrării sociale a copiilor cu dizabilități

100%	Dezvoltarea unui sistem integrat de depistare precoce și evaluare	Buget de stat	2.3.1.1. Implementarea de MS 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%
		ANPDCA				
		APL				
		CMI				

	complexă a copilului cu dizabilități implementat	ANPDCA	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 definit și implementat
		Nu este				

100%	2.3.2. Furnizare de servicii integrate sociale,	Buget de stat	2.3.2.1. Includerea tuturor serviciilor medicale necesare în pachetul de servicii de	% servicii necesare copiilor cu dizabilități incluse în pachetul de servicii de bază	NA	80%
------	---	---------------	--	--	----	-----

de sănătate și educaționale	bază					
prietenoase și accesibile pentru 60% Buget de stat copii cu dizabilități și familiile	2.3.2.2. Dezvoltarea serviciilor de abilitare/MS reabilitare	Ponderea copiilor cu dizabilități cu nevoi de abilitare/reabilitare care beneficiază de servicii	NA	40%		
acestora 41 creștere 100%	2.3.2.3. Înființarea de echipe mobile specializate, în zonele locale APL 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% cu		
20%	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%		
2.3.3. Sustinerea Fonduri europene 20000 copii cu Cofinanțare APL dizabilități în minister vederea creșterii și îngrijirii	2.3.3.1. Dezvoltarea ANPDCA abilităților parentale MEC specifice cu suportul profesioniștilor din comunitate	Număr de părinți ai copiilor cu dizabilități care au participat și finalizat un astfel de program	NA	10000		
în familie dintre părinții au în îngrijire cu îngrijire	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 care au în copii copii cu tăți dizabili- lități	90%	
din de atitudini populația	2.3.4. Dezvoltarea 2.3.4.1. Implementarea de acțiuni de informare, educare europene ANPDCA	Ponderea populației informate cu privire la	NA	30% din	50%	

pozitive în familie și comunicare neinformată Cofinanțare APL și societate, față de copiii cu dizabilități.	MS		nevoile și drepturile copiilor cu dizabilități		neinformată	
Nu este cazul	ANPDCA MMFPSPV	2.3.4.2. Promovarea conceptului de abilitate versus dizabilitate	Număr campanii de informare implementate la nivel național	NA	1	3
Fonduri 70% europene Cofinanțare ministere	ANPDCA MS MEN	2.3.4.3. Formarea profesioniștilor care lucrează cu copilul cu dizabilități	Pondere profesioniștilor care lucrează cu copilul cu dizabilități cuprinși în programe de formare	NA	30%	
2.3.5. Creșterea incluziunii Nu este cazul educaționale a copiilor cu dizabilități și/ sau cerințe educaționale speciale	MEN ANPDCA	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 legis- lativ revizuit	NC
NC	MEN Nu este cazul	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) Meto- dologie de identi- ficare realizată 2) Bază de date la nivel național realizată privind copiii cu CES	
Buget de stat 7 Fonduri europene	MEN	2.3.5.3. Dezvoltarea la nivel național a unor programe de formare a cadrelor didactice	Număr programe naționale de formare a cadrelor didactice în domeniul	NA	3	

		în domeniul educației	educației incluzive			
		incluzive, cu prioritate				
		pentru cei care lucrează la				
		clasă/grupă, în prezent, cu				
		cel puțin doi/trei copii cu				
		dizabilități și/sau cu CES				

90%	Buget de stat	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%	
-----	---------------	---	--	----	-----	--

40%	Buget de stat	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%	
-----	---------------	--	--	----	-----	--

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

2.4.1. Combaterea Fonduri atitudinii negative europene a societății față Cofinanțare de romi, în general minister 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
--	--	----------------	----	---	---

2.4.2. Facilitarea Bucget de stat accesului copiilor romi la serviciile sociale,	2.4.2.1. Implicarea activă a personalului specializat în facilitarea accesului copiilor romi la servicii sociale,	Ponderea comunităților rome care au personal specializat în intervenția la nivelul comunităților de romi	NA	15%	
--	--	---	----	-----	--

educaționale și medicale	și ANR	educaționale și medicale la nivelul comunităților de romi (mediatori școlari, mediatori sanitari, experți romi locali)				
--------------------------	--------	--	--	--	--	--

70%	Nu este cazul	2.4.2.2. Sprijinirea programelor de formare în aria educației inter-culturale, 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 inter-culturale și istoriei/tradițiilor rome.	NA	25%	
-----	---------------	--	--	----	-----	--

100%	Nu este cazul	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%	
------	---------------	--	---	---	----	-----	--

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

de	2.5.1. Creșterea eficienței și asistență eficientă și eficacității actualului sistem de servicii de îngrijire de tip familial categorii copii constituită	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 evaluare lizată de
----	---	--	----	----	---	--------------------------

NC	Nu este cazul	2.5.1.2. Revizuirea, completarea și modificarea legii privind regimul juridic	NC	NC	Legislație revizuită	
----	---------------	---	----	----	----------------------	--

		al adopției și a normelor metodologice ale acesteia.			completată și modificată
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.	ANPDCA	Număr de copii cu vârste sub 3 ani instituționalizați	738	0 copii cu vârste sub 3 ani instituționalizați
2.5.3. Închiderea Buget de stat de instituții de tip vechi și europene dezvoltarea de servicii comunitare Buget local	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	ANPDCA	Număr instituții de plasament organizate clasic închise	90	70
Fonduri europene Buget local	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	ANPDCA MS APL	Pondere unităților administrativ teritoriale cu cel puțin un serviciu de îngrijire de zi	NA	60%
2.5.4. Dezvoltarea abilităților de viață independentă Cofinanțare ale copiilor, în vederea pregătirii acestora pentru părăsirea	2.5.4.1. Formarea personalului implicat în creșterea și îngrijirea copiilor din instituțiile de tip familial în dezvoltarea deprinderilor de viață independentă	ANPDCA	Pondere personalului din instituții format în dezvoltarea deprinderilor de viață independentă	NA	50%

sistemului de	2.5.4.2. Asigurarea			Cadru	
protecție specială	condițiilor de mediu pentru	NC		legis-	NC
Nu este cazul	exercitarea deprinderilor de			lativ	
	viață independentă, în			revizuit	
	instituțiile destinate				
	protecției copilului				

OBIECTIV SPECIFIC 2.6. Reducerea fenomenului copiii străzii

2.6.1. Dezvoltarea	2.6.1.1. Evaluarea fenomenului			Studiu	
serviciilor	copiilor străzii în vederea	NC		la nivel	
NC	stabilirii dimensiunii		NA	național	
specializate	fenomenului și a cauzelor			realizat	
destinate copiilor	principale ale acestui fenomen				
străzii, în acord					
cu nevoile					

existente	2.6.1.2. Întărirea rețelei de	Număr de localități cu copii			
	echipe mobile (serviciul	ai străzii deservite de	NA	NA	
100%	APL	echipe mobile			
	social stradal) din cadrul				
	DGASPC				

Fonduri	2.6.1.3. Dezvoltarea	Număr de localități cu copii			
100%	adăposturilor de zi și de	ai străzii în care este	NA	NA	
europene	APL	disponibil sprijin de			
	noapte și a centrelor de	urgență			
	primire în regim de urgență				
	pentru copiii străzii				

2.6.2. Reducerea	2.6.2.1. Sprijinirea copiilor	NC		NC	Procedură
NC	MMFPSPV				de iden-
cauzelor ajungerii	expuși riscului de a rămâne				tificare
copiilor în stradă	fără locuință				a copi-
					ilor în
					risc de a
					rămâne
					fără
					locuință
					realizată

Fonduri	2.6.2.2. Campanii de				
---------	----------------------	--	--	--	--

3	europene	ANPDCA	descurajare a cerșetoriei	Număr de campanii	NA	1	
	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
	Nu este cazul	MAI					
		APL					

OBIECTIV SPECIFIC 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	MJ	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	IMN				
		MAI					

40	Buget de stat	MJ	2.7.1.2. Crearea de servicii specializate pentru copilul care săvârșește fapte penale și care nu răspunde penal 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	
	Buget local	MAI					
		ANPDCA					
		APL					

30	Fonduri europene	ANPDCA		Număr servicii specializate	12	20	
	Buget local	APL					

	Buget de stat	MJ	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%	Fonduri europene					

	2.7.2. Eliminarea		2.7.2.1. Instituirea unui				Mecanism
--	-------------------	--	---------------------------	--	--	--	----------



culturii		mecanism accesibil copiilor	NC		NC	accesibil	NC
Nu este cazul impunității față de copilul aflat în conflict cu legea	MJ ANPDCA	privăți de libertate, pentru a putea depune plângeri legate de tortură și alte pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante				copiilor privăți de li- bertate, pentru a putea depune plângeri creat	

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 copiii, familie și comunitate a efectelor grave ale consumului de droguri sau de alte substanțe nocive în rândul copiilor	MAI prin ANA MEN MS ANPDCA APL	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
---	---	---	-------------------	----	---	---

2.8.2. Asigurarea funcționării la nivel comunitar a unor servicii de asistență integrate, adecvate și accesibile, care să corespundă nevoilor copiilor consumatori de	MAI prin ANA MS MEN ANPDCA APL	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	Inter-venții de identifi- ficare, atragere și motivare a copiilor dezvol-	NC
---	---	---	----	----	---	----

		droguri sau alte substanțe nocive				tate	
Buget de stat	MAI prin	2.8.2.2. Derularea de activități de promovare și dezvoltare a serviciilor de tratatament 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 local	ANA					
	MS						
	APL						

Fonduri	MS	2.8.2.3. Dezvoltarea și sustinerea programelor de tip MAI prin "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%	europene	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 copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate	NC	2.9.1.1. Identificarea tuturor copiilor cu ambii părinți/ ANPDCA părintele unic susținător plecați la muncă în străinătate	NC		NC	Evidență a copi- ilor cu părinți plecați în stră- inătate realizată	
---	----	---	----	--	----	--	--

Nu este cazul	ANPDCA	2.9.1.2. Elaborarea unei metodologii specifice de intervenție pentru copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate și care se confruntă cu probleme de integrare socială	NC		NC	Metodo- logie de lucru cu copiii cu părinți plecați la muncă în străi- nătate realizată	NC
---------------	--------	--	----	--	----	--	----

		2.9.1.3. Dezvoltarea unor	% copiilor cu părinți			
Buget de stat	ANPDCA	programe personalizate de	plecați la muncă în	NA	40%	
80%	Buget local	MEN	consiliere și suport pentru	străinătate care au acces		
	APL		copiii cu părinți plecați la	la servicii de suport		
			muncă în străinătate			

		2.9.2. Creșterea	2.9.2.1. Dezvoltarea unor	Numărul copiilor care		
rolului școlii în		programe personalizate de	beneficiază de programe	NA	X	
X Nu este cazul	MEN		sprijin educațional pentru	personalizate de sprijin		
compensarea			elevii care înregistrează o	educațional		
deficitului de			scădere a randamentului școlar			
suport generat de						
lipsa părinților						

OBIECTIV SPECIFIC 2.10. Promovarea unui stil de viață sănătos în rândul adolescenților

		2.10.1. Asigurarea	2.10.1.1. Diversificarea și	Nr. Campanii naționale de		
Buget de stat		de servicii de	extinderea intervențiilor de	educație pentru sănătate	NA	2
6	Buget local	MS	educație pentru sănătate în			
sănătate în rândul			rândul copiilor/adolescenților			
Fonduri	MEN					
copiilor și	APL					
europene						
adolescenților						

		2.10.1.2. Asigurarea unei	Ponderea nașterilor			
	MS	acoperiri adecvate cu servicii	survenite în cazul unor	10%	9%	
7%	Buget de stat	MEN	tinere sub 20 ani			
	APL		de planificare familială			
			pentru adolescenți			

		2.10.1.3. Stimularea	Număr de acțiuni de			
	MEN	instituțiilor școlare de a	sensibilizare organizate în	NA	2	6
Nu este cazul	APL		vederea introducerii			
	MS		cursului opțional referitor			
			la educația pentru sănătate			
			la educația pentru sănătate			

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. Creșterea Fonduri gradului de cunoaștere și de Cofinanțare constientizare de minister către copii, părinți,	70% europene	3.1.1.1. Campanii de schimbare a percepției colective cu ANPDCA privind la violență, cu accent pe impactul negativ asupra dezvoltării copilului	Ponderea persoanelor care conștientizează efectele negative ale tuturor formelor de violență	NA	NA
profesioniști și Buget de stat MEN populația generală 50% Buget local a tuturor formelor de violență.		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%
Buget de stat MEN 30% Buget local		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%
Buget de stat MEN 25% Buget local		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%
NC Buget de stat		3.1.1.5. Realizarea unei baze de date cu bune practici în ANPDCA domeniu	Bază de date realizată și actualizată periodic	NA	100%
Fonduri 50% europene Cofinanțare minister Buget de stat Buget local		3.1.1.6. Întărirea capacității și promovarea telefonului ANPDCA copilului de la nivelul DGASPC inițiat 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%
3.1.2. Scăderea Legislație		3.1.2.1. Revizuirea ANPDCA	Număr de acte normative		1) Iden-

expunerii copiilor la violență în mass-media și mediul on-line	legislației cu privire la protecția copilului de	modificate și completate	NC		
la violență în CNA	Nu este cazul MAI				
la violență în protecția copilului de	formele de violență promovate în mass-media și mediul online				și lacunelor
					la
					nivelul
					legis-
					lației
					privind
					violența
					asupra
					copilului
					promovată
					în mass-
					media și
					mediul
					online
					2) Reco-
					mandări
					elaborate

OBIECTIV SPECIFIC 3.2. Reducerea fenomenului violenței în rândul copiilor

3.2.1. Întărirea de capacității monitorizării furnizorilor de servicii publice revizuit 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
--	---	---	----	----	------------------------

100%	ANPDCA Nu este cazul APL	3.2.1.2. Implementarea mecanismului de semnalare, intervenție și monitorizare a cazurilor de violență, indiferent de locul de producere (familie, școală, comunitate, instituții)	Pondere a instituțiilor cu atribuții în protecția copilului care utilizează mecanismul de semnalare, intervenție și monitorizare a cazurilor de violență	21 EIL	60%
------	-----------------------------	---	--	--------	-----

NC	Nu este cazul	ANPDCA MEN MS 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	

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	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 adecvate pentru toți copiii	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 dezvoltarea organizațională a Consiliului Național al Elevilor la nivel național realizată	Program de susținere a structurilor participante ale elevilor imple-			

30%	Nu este cazul	MEN ANPDCA	4.1.1.3. Stimularea participării copiilor din mediul rural care	Pondere copii /adolescenți din mediul rural care	NA	10%		
-----	---------------	---------------	---	--	----	-----	--	--

	APL	mediul rural la structurile reprezentative ale elevilor	participă activ la structurile reprezentative ale elevilor			
față		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	40% de de prezent
prezent	Nu este cazul					
Strategii	Strategii	4.1.1.5. Consultarea structurilor reprezentative ale copiilor în elaborarea strategiilor și documentelor de politică publică realizate con-	NC	NA	și	și
Nu este cazul	MEN					
documente	documente					
politică						
publică						
realizate						
con-						
sultarea						
structu-						
reprezen-						
ale						
copiilor						

\*ST\*

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

\*\*) prima instituție menționată este responsabilă

#### LISTĂ ABREVIERI

\*T\*

ANA	Agencia Națională Antidrog
ANITP	Agencia 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
MMFPSPV	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
MS	Ministerul Sănătății
MTS	Ministerul Tineretului și Sportului
PIRLS	Progress in Internațional Reading Literacy Study

\*ST\*

-----