

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

2014-2020

CUPRINS

1. INTRODUCERE	3
Cadru strategic	3
Procesul participativ de elaborare a strategiei	4
2. SCOPUL STRATEGIEI	5
3. PRINCIPIILE STRATEGIEI	6
4. CADRUL DE POLITICI - PROVOCĂRI	8
Sistemul de protecție socială	9
Educație	13
Sănătate	15
5. DESCRIEREA SITUAȚIEI ACTUALE	17
Context general	17
Structura demografică - Dinamica numărului de copii	18
Structura gospodăriilor	19
Sărăcie și excluziune socială	19
Copii afectați de sărăcie	20
Forme de deprivare a copiilor din mediul rural	21
Copii romi	22
Excluziunea socială a copiilor cu dizabilități	22
Alte categorii de copii vulnerabili	24
Educație	25
Sănătate	29
Violența asupra copilului	32
Forme de discriminare a copilului	35
Ascultarea opiniei și participarea copilului	36
6. OBIECTIVE GENERALE ȘI SPECIFICE/MĂSURI	38
7. REZULTATE AȘTEPTATE (ORIZONT 2020)	43
8. PROCEDURI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE	47
Dezvoltarea mecanismelor de guvernare și consolidarea sinergiilor între sectoare	47
Monitorizarea implementării Strategiei Naționale	48

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, educație 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.

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 și/sau excluziune socială. În 2012 aproximativ 125 de milioane de cetățeni europeni trăiau în sărăcie și /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.

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 și Protocolul său opțional, recent ratificată de către România reprezintă, de asemenea, un document cadru ale cărui 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 handicap, 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

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.¹

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 tuturor exercitarea liberă și deplină a drepturilor lor.

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

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

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

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

5. Promovarea parteneriatului interinstituțional și cu societatea civilă

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

Parteneriatele între 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.

7. Asigurarea stabilității, continuității și complementarității îngrijirii personalizate acordate fiecărui copil.

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.

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 societale 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 alocațiile 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:

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

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

Sistemul de protecție socială

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.

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 de la 25.114 existenți în decembrie 2007 la 22.124 în septembrie 2013. Este de așteptat ca efectele crizei economice asupra familiilor cele mai vulnerabile și lipsa unui sistem eficient de prevenire a separării copilului de familie să pună presiuni asupra sistemului de protecție specială a copilului. Primele semnale au apărut din 2011, când a fost înregistrată o ușoară creștere a numărului de copii în centre de plasament, tendință menținută și în următorii doi ani. Este de asemenea de remarcat faptul că această creștere se produce în condițiile în care numărul de copii protejați în servicii de tip familial continuă să scadă. 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

¹ Eurostat

² Idem

rezidențial au 14-17 ani, urmași de cei de 10-13 ani. Tinerii care părăsesc sistemul de protecție specială după împlinirea vârstei de 18 ani reprezintă a categorie vulnerabilă, expusă riscului de excluziune 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 nici de servicii sociale de consiliere și asistență în găsirea unui loc de muncă sau asigurarea unei locuințe sociale.

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%).

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

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

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

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

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

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

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

Evaluările³ 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 teren⁴ relevă 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.

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**

³ UNICEF, 2005, 2011

⁴ UNICEF,2012

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 căruia i se vor adresa acele măsuri prin care acestora li se va oferi asistența și sprijinul 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 și preșcolară.

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 în domeniul asistenței sociale 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 protecție socială în jurul protecției familiei**, prin creșterea gradului de securitate socială, dar și al responsabilității individuale printr-o politică care să se centreze 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 cu necesitate 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.

Educație

Există încă numeroase provocări în ceea ce privește accesul, participarea și finalizarea învățământului obligatoriu de către toți copiii din România.

Școala, de multe ori, nu reușește să identifice și să contracareze 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, întâzieri de dezvoltare, dificultăți de învățare, necunoașterea limbii române (în cazul unor copii de alte etnii), etc.

Măsurile inițiate în decursul ultimilor ani la nivelul școlilor pentru monitorizarea mai atentă a situațiilor de absenteism și abandon nu au avut rezultatul scontat, pentru că au fost insuficient pregătite și nu au fost însoțite și de programe care să sprijine școlile în asistarea copiilor în risc. În continuare lipsește un sistem de monitorizare individual și fiabil^v care să permită urmărirea aplicării măsurilor atât la nivel local, cât și la nivel de sistem.

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 familiilor acestor copii;*
- *resurse și programe de dezvoltare profesională la dispoziție 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 la **învățământul profesional și tehnic**, oferit în cadrul învățământului obligatoriu de primii doi ani ai învățământului liceal, profilul tehnologic (clasa a IX-a și a X-a) și de primul an a învățământului profesional (clasa a X-a), reintrodus în anul școlar 2011/2012 după desființarea Școlilor de Arte și Meserii. Desființarea acestora în anul 2009/2010 a reprezentat o importantă provocare în ceea ce privește dreptul la educație al copiilor care finalizaseră 8 clase de studiu și care doreau să urmeze un parcurs de profesionalizare de 2-3 ani, care să-i ajute să învețe o meserie.

Rezultă astfel că 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:

- **Pregătirea insuficientă 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 curriculumului actual la nevoile acestor categorii de elevi;
- **Alocările financiare insuficiente** prin mecanismul actual; 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 a unor activități extra-curriculare prin care școala să exploateze talentele și abilitățile elevilor și să asigure, astfel, dezvoltarea întregului potențial al acestora;
- **Dificultățile în identificarea copiilor care au abandonat școala** și sprijinul insuficient acordat în prezent pentru a preveni acest fenomen sau pentru a asigura reintegrarea în învățământul de zi, cu frecvență redusă sau de tip *A doua șansă*.
- **O abordare a educației centrată excesiv pe dimensiunea formală**, cu o pondere încă redusă a activităților școlare bazate pe principiile educației non-formale și informale^{vi}.

- **Insuficienta recunoaștere a 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 părinților 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 aceștia. 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, a copiilor cu posibilități materiale reduse sau a 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 pentru susținerea programelor tip "Șansa a doua prin educație", 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 și populaționale, 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 obiectivă.

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 se furnizează prin medicii de familie^{vii}, 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 pentru rezolvarea acestor riscuri, odată ce au fost identificate. 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 a acestora, iar 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/clinic 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.**

Servicii 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.**

Asistența medicală comunitară este asigurată de aproximativ 1000 de asistente comunitare și facilitată de circa 300 mediaci sanitar, acoperirea fiind insuficientă întrucât ambele categorii de profesioniști lucrează numai în mediul rural, în comunitățile cu pondere ridicată de romi.

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 2012⁵. 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 valori⁶. În 2012, 41,7% dintre persoanele din România se aflau în risc de sărăcie și /sau excluziune socială^{viii}, 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^{ix}, 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

⁵ Eurostat

⁶ Idem

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 se află 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^x în România trăiesc în prezent mai puțin de 3,7 milioane de copii, mai exact 3.653.637 copii la 1 Ianuarie 2013⁷. Această scădere este importantă și ca pondere în populație^{xi}, 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^{xii} nu a suferit schimbări importante, fiind de 23,6 în 2007 și 23,4 în 2011⁸. Schimbările în structura populației evidențiază accentuarea procesului de îmbătrânire demografică^{xiii}, cu consecințe negative economice și sociale pe termen lung, aceasta conducând la creșterea dependenței economice și apariția unor dezechilibre în sistemele de asigurări sociale.

Una dintre caracteristicile cheie, distinctivă pentru România în comparație cu majoritatea celorlalte țări europene, este ponderea ridicată a populației rurale^{xiv}, 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

⁷ Idem

⁸ Idem

în urban. Ponderea copiilor 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 rural⁹.

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 2011¹⁰. În același timp, o tendință similară este înregistrată și în ceea ce privește vârsta mediană a femeilor la nașterea primului copil, care a ajuns la 26 de ani în 2011.

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

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

Sărăcie și excluziune socială

Mai mult de jumătate dintre copiii români se află în risc de sărăcie și/sau excluziune socială^{xv} (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).

⁹ INS

¹⁰ TransMONEE

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

Copii afectați de sărăcie

Mai mult de un copil din trei este sărac relativ^{xvi} 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^{xvii}.

Un copil român din trei este sărac deși locuiește în gospodării în care adulții lucrează . Aproape 1 din 5 copii din gospodării active pe piața muncii este sărac deși adulții lucrează mai mult de 80% din timpul lor activ (au o intensitate foarte ridicată a muncii). România înregistrează pentru ambii indicatori cele mai ridicate rate ale sărăciei la nivel european¹¹. Rata sărăciei copiilor din gospodării în care adulții muncesc a crescut de la 29,1% în 2007 la 32,6% în 2012. Rata sărăciei copiilor din gospodării cu o intensitate a muncii foarte ridicată a scăzut ușor, de la 18,9% în 2007 la 17,3% în 2012. **Aproape unul din zece copii trăiește în gospodării fără locuri de muncă.** În același timp, riscul de sărăcie relativă pe total adulți care lucrează și au copii în întreținere este mai mult decât dublu în România față de UE27: 23,4% față de 11,5% în 2012¹²; veniturile din muncă sunt așadar suficiente pentru a asigura traiul în condiții adecvate, inclusiv întreținerea copiilor, înregistrându-se o sărăcie salarială.

În 2012, **rata deprivării materiale severe^{xviii} 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 Eurostat

¹² Idem

(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%).^{xix}

Mai mult de o treime dintre copiii săraci relativ din România sunt în același timp afectați de deprivare de locuire^{xx}, 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^{xxi} afectează în continuare 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^{xxii}**. 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 2012¹³, **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.¹⁴ Aproape un

¹³ World Vision, 2012: p. 87

¹⁴ Idem, p. 90

sfert dintre copii (23%) petrec în drumul dintre casă și școală o oră sau mai mult.¹⁵ Testele naționale la clasa a VIII-a și XII-a și testările internaționale (PISA, TIMSS, PIRLS) arată, de asemenea, că există discrepanțe majore între rezultatele elevilor din mediul rural în comparație cu cei din mediul urban.

Copii romi

Problematika copiilor aparținând etniei romă continuă să preocupe atât pentru autoritățile române cât și pentru cele internaționale. **Apartenența la etnia romă crește cu 37% riscul unui copil de a fi sărac**¹⁶. Studiile arată de asemenea că **aproximativ 40% dintre copiii romi beneficiază de hrană insuficientă**, iar aproximativ 28% dintre copiii /tinerii între 15 și 19 ani sunt căsătoriți, situație cu un impact negativ asupra participării școlare, accesului la piața muncii a tinerelor familii și a șanselor următoarelor generații de copii¹⁷.

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

- La nivelul copiilor de vârstă școlară, mai mult de 15% se află în afara școlii: 6,9% au întrerupt studiile, iar 8,9% nu au fost înscriși niciodată¹⁸.
- 14,2% dintre copii nu frecventează școala unde sunt înscriși deloc sau nu merg regulat¹⁹.
- 16,3% dintre copiii romi repetă clasa, de trei ori mai mulți decât copiii ne-romi²⁰ care trăiesc în aceleași zone.
- La nivelul ciclului secundar superior (16-19 ani), participarea copiilor romi e de patru ori mai scăzută²¹

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.

¹⁵ Idem, p. 89

¹⁶ Banca Mondială, 2013

¹⁷ Unicef, Roma Early Childhood Inclusion Report, 2012

¹⁸ Agenția Împreună 2013

¹⁹ Idem. p.78

²⁰ Idem. p. 79

²¹ UNDP/WB/EC Regional survey, 2011

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

Nu există informații recente asupra frecvenței școlii și performanțelor școlare ale CES, cercetări mai vechi²² indicând faptul că există o **rată ridicată de abandon școlar a acestora**. Una dintre întrebările de cercetare care încă nu a primit răspuns în România se referă la impactul politicilor de integrare a copiilor cu nevoi educaționale speciale în învățământul de masă.

Sistemul educațional din România creează dezavantaje majore pentru persoanele cu dizabilități.

Incidența neșcolarizării și a abandonului timpuriu este de 7 ori, respectiv de 2 ori mai mare, 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.

Serviciile comunitare de prevenire, identificare, intervenție timpurie sunt subdezvoltate, mai ales în mediul rural. Serviciile de sănătate și reabilitare 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 handicap, 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.

Studiile sporadice arată că **gradul de accesibilizare a spațiului public pentru persoanele cu dizabilități este scăzut.**

O altă problemă care se evidențiază în ansamblul acestei problematici este cea a copiilor diagnosticați cu tulburări din spectrul autist (TSA). Conform Ministerului Sănătății, în România existau la 31 decembrie 2012, 7900 copii diagnosticați cu TSA, dintre care 5952 erau încadrați în grad de handicap. Un sondaj de opinie^{xxiii}, realizat în anul 2011, în rândul medicilor de familie a arătat că

²² Horga, Jigău, 2009

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 aceștia²³.

Alte categorii de copii vulnerabili

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

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

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

Copiii fără acte de identitate reprezintă categoria afectată de cele mai grave forme de excluziune socială, deoarece aceștia nu au practic 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 aproximativ 1.400 copii, cei mai mulți (1.150) în București.²⁴ Aceștia aveau un nivel scăzut de educație (cei mai mulți având cel mult școală primară), principala sursă de venit a lor 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.

²³ Fundatia Romanian Angel Appeal, în parteneriat cu MMFSPV, Asociația de Psihologii Cognitive, Iași, 2013

²⁴ Salvați Copiii, 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 ciclul primar (inclusiv clasa pregătitoare), ciclul gimnazial și primii doi ani din ciclul secundar superior.

Conform datelor demografice și celor privind cuprinderea școlară, la nivelul anului școlar 2012/2013 un **număr de aproximativ 56.000 copii de vârstă învățământului primar sunt în afara sistemului de educație**. Din această estimare sunt excluși copiii care urmează clasa pregătitoare, fiind în prezent într-o etapă de tranziție, ce marchează o îndepărtare de tendința părinților de a amâna vârsta debutului școlar la 7 ani, în special în mediul urban^{xxiv}.

Majoritatea copiilor din grupa de vârstă 7-10 ani care sunt în afara sistemului au fost școlarizați dar au renunțat la școală, iar majoritatea copiilor care abandonează școala în învățământul primar o fac fie pe parcursul primului an (datorită inadapării 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 al copiilor arată că cei din mediul rural se confruntă mai des cu riscul de abandon în învățământul primar, prin comparație cu cei din mediul rural. Astfel, speranța de viață școlară a acestora este de 3,3 ani în comparație cu 3,7 ani. De asemenea, abandonul școlar a crescut constant după momentul trecerii la 10 ani de școlaritate obligatorie, chiar dacă situația s-a ameliorat ușor în ultimii trei ani. În anul școlar 2012/2013, valoarea indicatorului a fost de 1,6%. În cazul acestui indicator nu apar diferențe semnificativ pe medii de rezidență însă metoda de calcul (intrare/ieșire) are o serie de limite. Este important de remarcat și faptul că acest indicator înregistrează un decalaj constant pe sexe: mai mulți băieți din ciclul primar abandonează școala, comparativ cu fetele.

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.

Scăderea drastică a capacității creșelor ca unități de educație timpurie reprezintă un motiv de îngrijorare 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 62²⁵.

²⁵ 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), **ponderea copiilor care frecventează grădinița în totalul copiilor de vârstă învățământului preșcolar este cu aproximativ 6 puncte procentuale mai redus 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.

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 peste 28.000 de elevi**.

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 creșterea riscului de abandon și, implicit, la o pregătire insuficientă pentru un rol activ în societate. Acest lucru este accentuat de **ponderea încă relativ redusă a celor care ulterior se întorc în sistemul de educație, de exemplu prin programe de tip „A doua șansă”^{xxv}**.

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. Totuși, acest indicator nu surprinde situația copiilor care nu au mai ajuns în clasa a VIII-a și, implicit, nu au mai continuat parcursul educațional în nivelul post-gimnazial.

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), mulți dintre aceștia având în prezent perspectiva de a nu se mai întoarce niciodată la școală.

Desființarea Școlilor de Arte și Meserii a condus la necontinuarea studiilor a cel puțin 10% dintre elevii care au terminat clasa a VIII-a, în principal din cauza faptului că familiile nu pot să acopere costurile a 4 ani de școlarizare. **Acest fenomen a fost vizibil în special în cazul elevilor din mediul rural**, în condițiile în care rețeaua liceelor este mult mai slab dezvoltată aici în comparație cu mediul urban. Măsura din 2011 de reînființare a claselor de învățământ profesional^{xxvi}, începând cu clasa a X-a, în cadrul liceelor tehnologice a încercat să sprijine și să recredibilizeze această alternativă, însă există un **deficit de încredere din partea elevilor și familiilor acestora pentru învățământul profesional și tehnic**. O problemă care persistă este cea legată de obligativitatea de a urma clasa a IX-a la un liceu tehnologic înainte de a intra în învățământul profesional.

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^{xxvii}. Resursele aflate la dispoziția profesorilor în aria implicării părinților copiilor în situație de risc sunt, de asemenea, puțin dezvoltate.

În prezent **aproape unul din cinci tineri nu reușește să finalizeze învățământul obligatoriu și nici să obțină o calificare în sistemul de formare continuă**, fiind privat, astfel, de competențe de bază care să-i asigure integrarea în societatea de astăzi. După ce anul 2008 a marcat cea mai scăzută valoare

înregistrată în România a indicatorului părăsirea timpurie a sistemului de educație, ajungând la 15,9% (la un singur punct procentual de media UE), în 2012 acesta a ajuns la 17,4%, la peste 4 puncte procentuale în comparație cu media UE. Această valoare plasează România în topul primelor cinci state europene cu ratele cele mai ridicate ale părăsirii timpurii a școlii. Comparativ cu obiectivul UE de a reduce procentul persoanelor care părăsesc timpuriu școala la mai puțin de 10% până în 2020, obiectivul României este de a atinge o rată de 1,3% (*Strategia Europa 2020*). Și în privința acestui indicator se menține diferențierea pe sexe, rata părăsirii timpurii a școlii fiind mai mare în rândul băieților decât al fetelor la orice nivel educațional, exclusiv școlarizarea profesională.²⁶

România se află încă printre țările cu scorurile cele mai slabe din UE 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, 40,8% dintre elevi au obținut rezultate slabe, de două ori mai mulți în comparație cu media țărilor UE participante (22,1%). Ponderi la fel de ridicate ale elevilor cu rezultate slabe sunt înregistrate și la lectură și științe (peste 37%). Acest deficit afectează într-o măsură mai mare elevii care provin din familii dezavantajate socio-economic, băieții în comparație cu fetele (în special în cazul competențelor la lectură și la științe) și elevii din mediul rural.

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 2012²⁷, față de 26.9% în 1990²⁸), **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 postnatală, dominată de cauze evitabile (în anul 2012, 29% dintre decese au fost cauzate de boli respiratorii și 4.6% de accidente, ambele cauze fiind considerate potențial evitabile). Analizând structura deceselor pe cauze, se constată că **29% dintre decesele infantile sunt determinate de boli respiratorii acute și 4.6% de accidente, ambele cauze fiind considerate evitabile.**

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

²⁶ The World Bank, Strategie națională pentru reducerea părăsirii timpurii a școlii în România (draft) – A doua versiune

²⁷ Institutul Național de Sănătate Publică. Mortalitatea infantilă în România. Anul 2012.

²⁸ Eurostat

- 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.

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** (alături de Bulgaria – 12,1‰). 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 cercetare calitativă realizată asupra serviciilor de sănătate mintală pentru copiii din România a arătat că **”îngrijirile de sănătate mintală pentru copii și adolescenți se concentrează în România în spitale de psihiatrie sau secții de psihiatrie infantilă din alte tipuri de unități sanitare”**, în România existând la momentul efectuării studiului (2010) „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.²⁹

În prezent, mulți copii cu tulburări de sănătate mintală accesează serviciile în etape târzii, etape 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 19026 de cazuri HIV/SIDA înregistrate din anul 1985, 12119 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 înregistrați 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).

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.

²⁹ Salvați Copiii România, 2010

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. **5,4% dintre adolescenții cu vârste între 14 – 17 ani au experimentat un tip de drog pe parcursul vieții lor.**

Dintre adolescenții sexual activi, circa două treimi declară că au un partener stabil și **mai puțin de jumătate dintre cei cu partener stabil utilizează în mod constant mijloace de protecție**, iar 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.

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 stare de sănătate și 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 fetelor³⁰.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă pentru copiii de 5 -17 ani cel puțin o oră de activitate fizică moderată sau intensă zilnic, subliniind că un efort adițional aduce beneficii adiționale. 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

³⁰ WHO. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey

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 ne semnificativă 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".³¹ La nivel național, conform unui studiu recent³², un părinte din cinci consideră că bătaia este un mijloc pozitiv de educare în timp ce nivelul abuzului fizic ușor și moderat are o incidență cuprinsă între 38 și 63 de procente din totalul părinților.

În cadrul populației defavorizate, comportamentele violente sunt mai răspândite, după cum arată un studiu asupra beneficiarilor, părinți și copii, din Centrele Educaționale Salvați Copiii^{xxviii}. **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 reprezentativ Salvați Copiii din 2013 arată că în mediul școlar 7% dintre copii afirmă că sunt abuzați fizic, 33% sunt jigniți. Studiul mai arată că frecvența violenței 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 roma.

Fenomenul violenței online afectează un număr în creștere al copiilor, România având la nivel european, conform unui studiu al Organizației Salvați Copiii, 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 Organizației Salvați Copiii relevă faptul că 52% dintre copii au suferit o formă de violență online, pondere în creștere cu 10 puncte procentuale față de 2009.

Un studiu epidemiologic^{xxix} 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%

³¹ World Vision, 2012

³² Salvați copiii, 2013

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 problematică, 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. Astfel, măsurile de prevenire a acestui fenomen, acolo unde sunt promovate, se limitează la transmiterea unor mesaje generale de promovare a non-violenței, neexistând planuri individualizate la nivelul școlii de prevenire și combatere a violenței. De asemenea, datele existente privind violența sunt mult subestimate, înregistrând, de cele mai multe ori, doar situațiile grave^{xxx}.

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

Există anumite indicii, oferite de cercetări, potrivit cărora **în anumite categorii sociale din România, utilizarea muncii copilului este destul de răspândită,** astfel că în rural un sfert dintre copii afirmă că sunt obosiți din cauza faptului că au trebuit să muncească în gospodărie înainte sau după terminarea

programului de școală, iar 12% spun că au lipsit de la școală pentru că au trebuit să lucreze. Copiii din rural petrec în medie două ore pe zi pentru activități de curățenie, îngrijire a animalelor sau îngrijire a altor membri ai gospodăriei³³.

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 măsură³⁴. 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 copii³⁵.

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^{xxx}. 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 săracă³⁶.

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

³³ World Vision, 2013

³⁴ CNCD, 2012

³⁵ World Vision, 2012

³⁶ Banca Mondială, 2013

- 6% dintre romi afirmă că au copii preșcolari care nu au fost acceptați la grădiniță³⁷; România este țara cu cea mai mare pondere a copiilor care merg la grădinițe doar sau aproape doar pentru copii romi³⁸.
- diferite cercetări în comunități mari de romi au indicat comportamente discriminatorii.
- apar fenomene de segregare a copiilor romi în anumite zone, prin repartizarea lor în clase sau școli separate.^{xxxii}

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 școli³⁹, 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 furnizate⁴⁰.

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 școala și/sau în comunitatea proprie^{xxxiii}, **lipsa metodologiilor de lucru și a facilităților tehnice pentru copiii cu nevoi educaționale speciale constituind o formă de discriminare a acestora.**

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 importante⁴¹.

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

³⁷ Agenția Împreună, 2013

³⁸ Roma Early Childhood Inclusion (RECI) Overview Report, 2012

³⁹ Unicef, 2010

⁴⁰ Unicef, 2009

⁴¹ World Vision, 2012

non-guvernamental⁴² evidențiind deficiențe în funcționarea acestora sau constituirea artificială a structurilor, fără ca acestea să aibă un rol în reprezentarea elevilor, **critică rămânând mai ales participarea elevilor la deciziile care îi afectează la nivelul școlilor din mediul rural**. Cercetările au stabilit că **nivelul de informare al adolescenților cu privire la serviciile care le sunt adresate sunt vagi și stereotipe în mediul urban și extrem de limitate în rural**.

Un studiu recent al Salvați Copiii⁴³ 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.

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^{xxxiv} 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.

⁴² Salvați Copiii, FONPC, 2012

⁴³ Organizația Salvați Copiii România, 2013

6. OBIECTIVE GENERALE ȘI SPECIFICE/MĂSURI

OBIECTIV GENERAL 1. Îmbunătățirea accesului tuturor copiilor la servicii de calitate	
OBIECTIV SPECIFIC	Măsuri
1.1. Creșterea gradului de acoperire a serviciilor la nivel local	1.1.1. Asigurarea unui serviciu public de asistență socială funcțional în fiecare unitate administrativ-teritorială
	1.1.2. Creșterea accesului copiilor la servicii de sănătate de tip preventiv și curativ
	1.1.3. Creșterea accesului copiilor la educație
	1.1.4. Dezvoltarea de facilități destinate activităților recreative și petrecere a timpului liber de către copii
	1.1.5. Analizarea oportunității acordării pachetului minim de servicii
	1.1.6. Dezvoltarea de servicii comunitare integrate
	1.1.7. Creșterea capacității instituționale de definire și de implementare de politici intersectoriale pentru protecția drepturilor copilului la nivel central și local
1.2. Creșterea calității tuturor serviciilor furnizate copiilor	1.2.1. Creșterea calității serviciilor sociale destinate copiilor
	1.2.2. Asigurarea calității serviciilor medicale pentru copii și la toate nivelurile de asistență medicală
	1.2.3. Creșterea calității serviciilor de educație
	1.2.4. Stimularea transferului de bune practici în domeniul serviciilor și politicilor pentru copil
	1.2.5. Creșterea calității resurselor umane din serviciile sociale, de educație și de sănătate pentru copii
1.3. Creșterea capacității beneficiarilor de a accesa și utiliza	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

serviciile destinate copilului și familiei	1.3.2. Dezvoltarea competențelor parentale în ceea ce privește creșterea, îngrijirea și educarea copiilor
	1.3.3. Implicarea comunității în asigurarea respectării drepturilor copiilor
1.4. Întărirea capacității de evaluare și monitorizare a drepturilor copilului și a situației sociale	1.4.1. Instituirea unui sistem național de monitorizare și evaluare cu privire la situația copiilor din România
	1.4.2. Crearea unui mecanism de identificare și monitorizare a tuturor copiilor vulnerabili
	1.4.3. Stimularea culturii organizaționale în utilizarea evaluării în toate instituțiile publice cu un rol activ în promovarea drepturilor copilului
OBIECTIV GENERAL 2. Respectarea drepturilor și promovarea incluziunii sociale a copiilor aflați în situații vulnerabile	
OBIECTIV SPECIFIC	Măsuri
2.1. Asigurarea unui minim de resurse pentru toți copiii, în cadrul unui program național antisărăcie, cu atenție specială pe copii	2.1.1. Creșterea accesului copiilor săraci la serviciile de bază
2.2. Reducerea decalajelor existente între copiii din mediul rural și copiii din mediul urban	2.2.1. Creșterea accesului la educație, sănătate și servicii sociale a copiilor din mediul rural
2.3. Eliminarea barierelor de atitudine și mediu în vederea reabilitării și reintegrării sociale a copiilor cu dizabilități	2.3.1. Dezvoltarea unui sistem integrat de depistare precoce și evaluare complexă a copilului cu dizabilități
	2.3.2. Furnizare de servicii integrate sociale, de sănătate și educaționale prietenoase și accesibile pentru copiii cu dizabilități și familiile acestora
	2.3.3. Susținerea familiilor cu copii cu dizabilități în vederea creșterii și îngrijirii în familie.

	<p>2.3.4. Dezvoltarea de atitudini pozitive în familie și societate, față de copiii cu dizabilități.</p>
	<p>2.3.5. Creșterea incluziunii educaționale a copiilor cu dizabilități și/sau cerințe educative speciale</p>
<p>2.4. Reducerea decalajului de oportunități dintre copiii romi și ne-romi</p>	<p>2.4.1. Combaterea atitudinii negative a societății față de romi, în general și față de copiii romi în special</p>
	<p>2.4.2. Facilitarea accesului copiilor romi la serviciile sociale, educaționale și medicale</p>
	<p>2.4.3. Eliminarea oricărei forme de segregare în toate formele de învățământ</p>
<p>2.5. Continuarea tranziției de la îngrijirea instituțională a copiilor la îngrijire comunitară</p>	<p>2.5.1. Creșterea eficienței și eficacității actualului sistem de servicii de îngrijire de tip familial</p>
	<p>2.5.2. Interzicerea instituționalizării copilului de vârstă mică</p>
	<p>2.5.3. Dezvoltarea de servicii alternative la îngrijirea instituțională</p>
	<p>2.5.4. Dezvoltarea abilităților de viață independentă ale copiilor, în vederea pregătirii acestora pentru părăsirea sistemului de protecție specială</p>
<p>2.6. Reducerea fenomenului copiilor străzii</p>	<p>2.6.1. Dezvoltarea serviciilor specializate destinate copiilor străzii, în acord cu nevoile existente</p>
	<p>2.6.2. Reducerea cauzelor ajungerii copiilor în stradă</p>
<p>2.7. Încurajarea reintegrării sociale și familiale a copiilor în conflict cu legea și prevenirea recidivelor</p>	<p>2.7.1. Dezvoltarea rețelei de servicii implicate în lucrul cu copiii aflați în conflict cu legea</p>
	<p>2.7.2. Eliminarea culturii impunității față de copilul aflat în conflict cu legea</p>

2.8. Întărirea controlului consumului de droguri, sau alte substanțe nocive în rândul copiilor și reducerea consecințelor acestui fenomen	2.8.1. Conștientizarea de către copii, familie și comunitate a efectelor grave ale consumului de droguri sau de alte substanțe nocive în rândul copiilor
	2.8.2. Asigurarea funcționării la nivel comunitar a unor servicii de asistență integrate, adecvate și accesibile, care să corespundă nevoilor copiilor consumatori de droguri sau alte substanțe nocive
2.9. 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
	2.9.2. Creșterea rolului școlii în compensarea deficitului de suport generat de lipsa părinților
2.10. Prevenirea sarcinilor nedorite în rândul adolescenților	2.10.1. Asigurarea de servicii de sănătate a reproducerii și planificare familială în rândul copiilor și adolescenților
OBIECTIV GENERAL 3. Prevenirea și combaterea oricăror forme de violență	
OBIECTIV SPECIFIC	Măsuri
3.1. Promovarea valorilor non-violenței și implementarea unor acțiuni de sensibilizare	3.1.1. Creșterea gradului de cunoaștere și de conștientizare de către copii, părinți, profesioniști și populația generală a tuturor formelor de violență.
	3.1.2. Scăderea expunerii copiilor la violență în mass-media și mediul on-line
3.2. Reducerea fenomenului violenței în rândul copiilor	3.2.1. Întărirea capacității furnizorilor de servicii publice în ceea ce privește prevenirea și combaterea oricăror forme de violență asupra copilului
OBIECTIV GENERAL 4. Încurajarea participării copiilor la luarea deciziilor care îi privesc	
OBIECTIV SPECIFIC	Măsuri
4.1. Dezvoltarea mecanismelor care să asigure participarea copiilor	4.1.1. Asigurarea accesului echitabil la informații adecvate pentru toți copiii

4.1.2. Suștinerea diversificării formelor de participare a copiilor

7. REZULTATE AȘTEPTATE (ORIZONT 2020)

Rezultatele de impact așteptate la sfârșitul perioadei de implementare a prezentei strategii sunt următoarele:

- Înlăturarea copiilor din sărăcie sau excluziune socială
- Reducerea cu 5% a decalajului de acces al copiilor, din mediul rural, la servicii
- Reducerea cu 30% a numărului copiilor separați temporar sau definitiv de familie
- Închiderea tuturor instituțiilor clasice destinate copiilor separați temporar sau definitiv de familie
- Copiii de vârstă mică separați temporar sau definitiv de familie beneficiază de îngrijire în servicii de tip familial
- Copiii cu cerințe educative speciale au acces la educație incluzivă
- Copiii cu dizabilități au acces la servicii de depistare precoce, evaluare și reabilitare
- Reducerea semnificativă a numărului copiilor victime ale oricărei forme de violență
- Implicarea activă a copiilor în elaborarea strategiilor și documentelor de politică publică
- Abandonul școlar în învățământul obligatoriu scade la jumătate în comparație cu situația actuală.
- Numărul copiilor 0-3 ani care beneficiază de servicii de educație și îngrijire timpurie se dublează.
- Cel puțin 95% dintre copii cu vârsta cuprinsă între 4-6 ani frecventează învățământul preșcolar
- Numărul adolescenților (15-18 ani) care nu sunt cuprinși în sistemul de educație sau formare profesională și nici nu au loc de muncă scade cu cel puțin 30%.
- Copiii au competențe de bază dezvoltate la finalizarea învățământului obligatoriu
- Mortalitatea infantilă scade cu cel puțin 30% - 3 la mie
- Copiii au acces la pachetul de bază de servicii de sănătate și la programele naționale de sănătate
- Acoperire vaccinală de cel puțin 95% pentru copiii cu vârsta de până la 2 ani cu vaccinurile din calendarul național de imunizare.
- Copiii cunosc riscurile și efectele grave ale consumului de droguri sau de alte substanțe nocive
- Copiii, în funcție de caracteristicile vârstei, au acces la servicii de sănătate a reproducerii.

Rezultatele specifice ale îndeplinirii obiectivelor sunt următoarele:

➤ Obiectiv general Accesul tuturor copiilor la servicii de calitate

- Cel puțin 80% din unitățile administrativ teritoriale au SPAS funcțional și toate SPAS-urile au cel puțin un asistent social care lucrează direct cu copilul
- Copiii beneficiază de serviciile curative și preventive din pachetul de bază și din programele naționale de sănătate
- Cel puțin 90 % din copii finalizează învățământul obligatoriu
- Rețea funcțională de facilități destinate copiilor pentru activități recreative și petrecerea timpului liber, adaptata particularităților de vârstă și nevoilor specifice ale acestora
- Profesioniști din diverse domenii formați în vederea organizării de activități recreative și petrecere a timpului liber
- Cel puțin un sfert dintre unitățile administrativ teritoriale asigură servicii comunitare integrate
- Cadru legislativ revizuit și stimulat pentru realizarea de parteneriate public-privat în beneficiul copilului
- Parteneriate public-privat funcționale
- Servicii destinate copiilor înființate în baza parteneriatelor public-privat
- Cel puțin 5 inițiative intersectoriale definite și implementate la nivel național
- Standarde minime de calitate elaborate și difuzate la nivelul tuturor unităților administrativ-teritoriale.
- Metodologii de lucru elaborate și difuzate la nivelul SPAS și DGASPC
- Copiii au acces la servicii medicale de calitate
- Sistem de măsurare a stării de sănătate îmbunătățit
- Servicii de educație antepreșcolară și preșcolară adecvate nevoilor copiilor
- Copiii au competențe de bază dezvoltate prin parcurgerea învățământului obligatoriu.
- Oferta învățământului profesional dezvoltată în acord cu nevoile copiilor și cerințele pieței muncii
- Politicile și strategiile includ bune practici recunoscute și evaluate
- Profesioniștii care intră în contact cu copilul sunt formați în domeniul protecției drepturilor copilului
- Cursuri opționale referitoare la drepturi și îndatoriri introduse în programa școlară

- Copiii sunt informați cu privire la drepturile și îndatoririle lor și la serviciile publice pe care le pot accesa
- Cel puțin 50000 de părinți formați pe an în cadrul unor programe guvernamentale specifice
- Structuri comunitare consultative constituite și susținute (prin asistență tehnică) în cadrul unui program pilot
- Campanii locale și naționale derulate în vederea promovării drepturilor copilului
- Set de indicatori elaborat și preluat în sistemul de raportare al instituțiilor relevante
- Metodologie de colaborare interinstituțională elaborată
- Studiu la nivel național cu privire la respectarea drepturilor copilului
- Studiu la nivel național cu privire la copiii vulnerabili
- Hartă a sărăciei și excluziunii sociale realizată
- Mecanism funcțional de monitorizare a drepturilor copilului realizat

➤ **Obiectiv general Respectarea drepturilor și promovarea incluziunii sociale a copiilor aflați în situații vulnerabile**

- Pachet minim de servicii definit
- 80% din copiii săraci au acces la servicii de bază
- Decalaj redus cu 50% între copiii din mediul rural și copiii din mediul urban
- Copiii cu dizabilități au acces cât mai rapid la serviciile necesare de depistare precoce și evaluare
- Copiii cu dizabilități beneficiază de servicii prietenoase și accesibile
- Părinții care au în îngrijire copii cu dizabilități sunt sprijiniți în vederea acoperirii nevoilor specifice ale copiilor și ale lor
- Ponderea populației care dezvoltă atitudini pozitive față de copiii cu dizabilități, crescută cu 20%
- Bază de date la nivel național cu copiii cu CES realizată.
- Copiii identificați în învățământul de masă cu CES beneficiază de educație incluzivă.
- Copiii cu CES care sunt în afara sistemului de educație beneficiază de măsuri de reintegrare școlară.
- Ponderea populației cu atitudini negative față de romi, scăzută cu 20%
- Copiii romi au acces la serviciile sociale, educaționale și medicale
- Copiii romi au asigurate oportunități egale cu copiii ne-romi în toate formele de învățământ
- Servicii de tip familial restructurate și adaptate la nevoile actuale ale copiilor.

- Copiii de vârstă mică separați temporar sau definitiv de familie beneficiază de îngrijire în servicii de tip familial.
- Toate instituțiile clasice închise
- Cel puțin 25% din numărul copiilor expuși riscului de separare de familie nu vor mai intra în sistemul de protecție specială
- Profesioniștii din sistemul de protecție specială formați în vederea pregătirii copiilor pentru părăsirea sistemului de protecție specială
- Cadru legal care vizează condițiile de mediu favorabil formării deprinderilor de viață independentă revizuit și aprobat
- Abilități de viață independentă ale copiilor dezvoltate
- Studiu privind situația copiilor străzii la nivel național realizat
- Rețea de servicii sociale destinate copiilor străzii dezvoltată
- Incidența scăzută a copiilor străzii.
- Copiii aflați în situații de conflict cu legea au acces la servicii de reintegrare socială și familială
- Copiii privați de libertate, pot depune plângeri legate de tortură și alte pedepse sau tratamente crude, inumane sau degradante prin intermediul unui mecanism accesibil și funcțional
- Copiii cunosc riscurile și efectele grave ale consumului de droguri sau de alte substanțe nocive
- Rețea funcțională de servicii de asistență integrată, care să corespundă nevoilor copiilor consumatori de droguri sau alte substanțe nocive.
- Copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate au acces la servicii de suport
- Servicii de consiliere psihologică în școli, accesibile tuturor copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate
- Copiii au acces la servicii de sănătate a reproducerii, în funcție de caracteristicile vârstei.

➤ **Obiectiv general Prevenirea și combaterea oricăror forme de violență**

- Copiii, părinții, profesioniștii și populația generală recunosc toate formele de violență și efectele grave ale acestora.
- Cadru legislativ cu privire la violența în mass-media și mediul on-line, evaluat, îmbunătățit și implementarea lui monitorizată
- Metodologie de monitorizare a cazurilor de violență realizată

➤ **Obiectiv general Încurajarea participării copiilor la luarea deciziilor care îi privesc**

- Campanii naționale de informare în școli cu privire la formele și activitățile concrete prin care copiii pot participa la procesul de luare a deciziilor care-i privesc, derulate
- Evaluare la nivel național a activității CNE realizată
- Programe de susținere a structurilor participative implementate.

8. PROCEDURI DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE

Dezvoltarea mecanismelor de guvernare și consolidarea sinergiilor între sectoare

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

Ca mecanism de comunicare și coordonare va fi înființat Comitetul Consultativ de Coordonare (CCC) al protecției drepturilor copilului, prezidat de Ministrul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și incluzând reprezentanți ai majorității instituțiilor și organizațiilor relevante. Secretariatul CCC va fi asigurat de Direcția Protecția Copilului din cadrul MMFPSPV. Înființarea, atribuțiile și competențele Comitetului Consultativ de Coordonare vor fi stabilite prin Hotărâre de Guvern. Comitetul Consultativ de Coordonare este un organism fără personalitate juridică, având în componența sa reprezentanții ministerelor la nivel de Secretat de Stat, reprezentanții altor organe de specialitate ale administrației publice centrale, ai structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale, precum și reprezentanții structurilor asociative ale societății civile, cu funcții de conducere:

- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
- Ministerul Educației Naționale
- Ministerul Sănătății
- Ministerul Afacerilor Interne
- Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice
- Ministerul Justiției
- Avocatul Poporului;
- Uniunea Națională a Președinților Consiliilor Județene;
- Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil din România;
- Asociația Directorilor Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului.

- Colegiul Asistenților Sociali

Coordonarea activităților intersectoriale privind îndeplinirea obiectivelor se va face la nivelul MMFPSPV, pe baza unui plan de implementare a strategiei care va include atât programele și intervențiile proprii ale MMFPSPV cât și ale celorlalți actori importanți din domeniul protecției și promovării drepturilor copilului.

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 CCC vor sprijini, în limita competențelor ce le revin, acele autorități din zone în care copiii se confruntă cu probleme critice.

Monitorizarea implementării Strategiei Naționale

Pentru monitorizarea națională a implementării strategiei este desemnat Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, prin intermediul Direcției Protecția Copilului.

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.

Planul de monitorizare și evaluare va urmări:

- consolidarea utilizării abordărilor bazate pe fapte și utilizarea pe deplin a statisticilor și a datelor administrative existente;
- îmbunătățirea disponibilității rapide a datelor pentru monitorizarea situației copiilor
- îmbunătățirea capacității statistice (inclusiv a defalcării pe vârste și sexe), acolo unde este posibil și necesar, în special în ceea ce privește măsurarea accesului la servicii de calitate și accesibile financiar, urmărind în mod special situația celor mai vulnerabili copii.
- transparența procesului de monitorizare și evaluare și diseminarea largă a rezultatelor
- evaluarea intermediară a impactului măsurilor și activităților strategiei în vederea ajustării acestora

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

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

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

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

Note explicative

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

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

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

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

^v Parte a Condiționalităților ex-ante, Strategia României de combatere a fenomenului de părăsire timpurie a sistemului de educație prevede ca până la finalul anului 2014 să fie implementat un sistem de management electronic al informațiilor în educație care să permită identificarea copiilor în situație de abandon în timp real.

^{vi} Evaluarea Programului național de activități extracuriculare și extrașcolare “Școala altfel/ Să știi mai multe, să fii mai bun!”, Institutul de Științe ale Educației, 2013 demonstrează că școala poate deveni un spațiu în care cunoștințele și abilitățile elevilor pot fi bine valorizate și valorificate prin strategii didactice bazate pe principiile educației non-formale și informale

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

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

^{ix} 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

^x Rata fertilității a fost de 1,3 în 2011 și 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

^{xi} 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

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

^{xiii} 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

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

^{xvi} 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.

^{xvii} 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

^{xviii} 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.

^{xix} 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.

^{xx} 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.

^{xxi} 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.

^{xxii} 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)

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

^{xxiv} Astfel, dacă în anul școlar 2011/2012, trei pătrimi dintre copiii de 6 ani erau înscriși în grădiniță și aproape 20% în învățământul primar în anul școlar 2012/2013, numai 17,8% dintre copiii de 6 ani mai erau cuprinși în grădinițe și peste 73% erau deja în ciclul primar.

^{xxv} 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.

^{xxvi} Programul național care a promovat această politică este prezentat în detaliu în portatul dedicat www.alegetidrumul.ro

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

^{xxviii} 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

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

^{xxx} Statisticile oficiale privind cazurile de violență școlară raportate anul trecut au avut ca sursă a datelor plângerile înregistrate la Poliție.

^{xxxi} 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

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

^{xxxiii} 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 repondenți au apreciat că acești copii cu dizabilități sunt integrați în mare măsură

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

LISTĂ ABREVIERI

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